

INTERNACIONAL DEL
CONOCIMIENTO

Envejecimiento y Cultura en América Latina y el Caribe

CONGRESO INTERNACIONAL

**Ciencias, tecnologías y culturas.
Diálogo entre las disciplinas del conocimiento.
Mirando al futuro de América Latina y el Caribe.**

Universidad Central de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Santiago - Chile
2009

*A cada Adulto Mayor: los que están,
los que partieron y los que vendrán...
“...No dejaste deberes sin cumplir
Tu tarea de amor fue la primera
Jugaste con el mar como un delfín
Y perteneces a la primavera...”*

Pablo Neruda

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, UNIVERSIDAD CENTRAL DE CHILE

Representante legal

Sr. Luis Lucero Alday

Compilación y edición

María Gladys Olivo Viana, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Central de Chile.
Marcelo Piña Morán, Ciencias Sociales, Instituto de Ciencias Sociales, Universidad Católica del Maule

Derechos reservados

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de la tapa, puede ser reproducida, almacenada o transmitida en manera alguna por ningún medio, ya sea eléctrico, químico, mecánico, óptico, de grabación o de fotocopia, sin permiso previo del autor.

Primera edición 2009

Registro de Propiedad Intelectual N° 181.879

ISBN 978-956-330-006-2

Fotografía portada

Julia Freeman-Woolpert

Corrección de textos

Patricio Rosas Opazo

Diseño y composición

Patricio Castillo Romero

Impresión

Ril Editores, Alférez Real 1464, Providencia, Santiago de Chile.

Teléfono (56-2) 223 8100 - Fax (56-2) 225 42 69, E.mail: ril@editores.com

Publicaciones de Ciencias Sociales – Universidad Central de Chile

Teléfono: (56-2) 582 6000

ÍNDICE

REFLEXIONES EPISTEMOLÓGICAS, TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS EN GERONTOLOGÍA

PRÓLOGO	7
PRESENTACIÓN	13
LA GERONTOLOGÍA SOCIAL Y EL CAMPO DE LA EDAD Patricio Ríos Segovia	19
INTERVENCIÓN SOCIAL GERONTOLÓGICA. ARTICULANDO LAS DIMENSIONES EPISTEMOLÓGICAS, TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS Marcelo Piña Morán	33

FORMACIÓN GERONTOLÓGICA

REFLEXIONES ACERCA DEL PROCESO DE APRENDIZAJE EN LAS PERSONAS MAYORES Isabel Margarita Ramírez Fernández	53
DESARROLLO DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN MÉXICO: LA EXPERIENCIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, CAMPUS ZARAGOZA Víctor Manuel Mendoza Núñez, María de la Luz Martínez Maldonado, Elsa Correa Muñoz	67
EL VIEJISMO EN LA ENSEÑANZA DE LA GERONTOLOGÍA Y SUS REPERCUSIONES EN LAS PRÁCTICAS SIGNIFICANTES DE DOCENTES Y ALUMNOS María de la Luz Martínez Maldonado, Víctor Manuel Mendoza Núñez	79

ACCIÓN SOCIAL CON PERSONAS MAYORES

HACIA UNA CONVENCION INTERNACIONAL DE DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES Tania Mora	95
TREINTA AÑOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA ATENCIÓN AL ENVEJECIMIENTO EN MÉXICO Marissa Vivaldo Martínez, Sergio López Moreno	111
TIEMPO LIBRE Y ESPARCIMIENTO FAMILIAR. UN ESPACIO PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES María Gladys Olivo Viana	123

INCLUSÃO DIGITAL DE ADULTOS MAIORES: TECNOLOGIA, CULTURA E LAZER	141
Johannes Doll, Saulo Neves de Oliveira	

ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y RURALIDAD

LUGAR DE RESIDENCIA RURAL COMO FACTOR DE RIESGO DE DETERIORO COGNITIVO LEVE EN ADULTOS MAYORES MEXICANOS	155
Alicia Arronte Rosales, Martha A. Sánchez Rodríguez, Víctor Manuel Mendoza Núñez	
LOS CAMBIOS FAMILIARES A LA LUZ DE LA LECTURA DE UNA ADULTA MAYOR	169
Ana Castro Ríos	
LAS PRÁCTICAS SIGNIFICANTES DE LOS VIEJOS Y SU RELACIÓN CON EL PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN UNA ZONA DE ALTA MARGINALIDAD EN MÉXICO	183
María de la Luz Martínez Maldonado, María del Consuelo Chapela Mendoza, Víctor Manuel Mendoza Núñez	
ADULTOS MAYORES COMPESINOS. CUIDANDO LA BÍODIVERSIDAD AGRÍCOLA Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA	199
Lizbeth Núñez Carrasco	

INVESTIGACIONES EN EL CAMPO GERONTO-GERIÁTRICO

SALUD EN LAS PERSONAS MAYORES Y SU ASOCIACIÓN CON EL GRADO DE FUNCIONALIDAD	219
Roxana Lara Jaque, María Angélica Mardones	
GERIATRÍA ORAL	235
Soraya León Araya	
SÍNDROME METABÓLICO EN ADULTOS MAYORES MEXICANOS: PREVALENCIA, SUBDIAGNÓSTICO Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA Y LA DEPRESIÓN	253
Elsa Correa Muñoz, Guadalupe Suárez Soto, Raquel Retana Ugalde, Víctor Manuel Mendoza Núñez	

Prólogo

Desde hace cuatro décadas aproximadamente nuestro país viene experimentando una disminución sistemática de las tasas de natalidad y, en forma paralela, un aumento persistente de las expectativas de vida de la población. Como es de suponer, si mantenemos todos los demás factores constantes, el resultado inevitable ha sido un paulatino y constante proceso de envejecimiento de la población.

Desde un punto de vista demográfico, si hace cincuenta años la estructura etárea de la población chilena correspondía a la típica pirámide de base amplia característica de los países subdesarrollados, hoy cerca del bicentenario la cuestión ha cambiado en forma sustancial y la pirámide tiende a transformarse más bien en un rectángulo y, en ausencia de medidas especiales, la proyección lógica es hacia una pirámide invertida con frecuencia presente en los países desarrollados.

Como es de suponer, los cambios demográficos ocurridos en Chile son una consecuencia directa de factores vinculados a los procesos de modernización experimentados por nuestra sociedad durante las últimas décadas. En efecto, los cambios económicos, políticos, tecnológicos y educacionales han provocado un importante impacto en las ideas y creencias relacionadas con el trabajo, la familia, el matrimonio y los hijos, generando en forma simultánea modificaciones sustantivas en el estilo de vida y en las expectativas y aspiraciones de la población impactando directamente sus proyectos de vida.

De acuerdo con lo señalado, la transición demográfica que vive Chile hunde sus raíces en un profundo cambio valórico impulsado en forma preferente por un sistema social que privilegia una economía de mercado y procesos de racionalización vinculados con el individualismo. Desde este punto de vista, como se ha comprobado en forma reiterada, el mercado por sí sólo no resuelve los complejos problemas que plantea la transición demográfica y el Estado debe asumir la responsabilidad de diseñar la política pública que garantice en el largo plazo los equilibrios que permitan el desarrollo armónico de nuestra sociedad.

En este sentido, uno de los temas prioritarios de la política pública se relaciona directamente con la población que se define como Adulto Mayor. De acuerdo con los datos y proyecciones realizadas por el Instituto Nacional de Estadísticas, para el año 2010 la población de 60 años y más alcanzará 2.213.436 habitantes, cifra que corresponde al 12.9% de la población total del país. Si ampliamos la perspectiva, los análisis demográficos indican que para el año 2025 los adultos mayores sumarán 3.846.562, equi-

valentes al 20.1% de la población total. Por último, si la proyección se realiza para el año 2040 la cifra de adultos mayores sube a 5.045.512, siendo igual al 25.0% de la población total, es decir, en poco más de 30 años uno de cada cuatro chilenos será adulto mayor.

Una representación cuantitativa como la descrita no permite advertir con toda claridad los profundos niveles de complejidad que introduce al sistema social una población de adultos mayores numerosa y en permanente aumento. Nuestra hipótesis es que la sociedad chilena en su conjunto no ha tomado conciencia real y se encuentra lejos de haber dimensionado en toda su magnitud los efectos sistémicos que se producen como consecuencia de disponer de una población de adultos mayores de tal magnitud. Nuestra impresión es que no estamos tomando todos los resguardos ni planificando con la debida anticipación la forma en que deberán satisfacerse las necesidades que inevitablemente demandará la población de adultos mayores. Menos aún existe preocupación por visualizar el conjunto de oportunidades que se abren y que pueden ser aprovechadas debido simplemente al volumen que representa la población de los Adultos Mayores.

Sólo con la intención de mostrar algunas de las dimensiones de planificación, investigación y perspectivas de análisis que deberían considerarse prioritarias en los estudios que se formulen y sin el ánimo de ser exhaustivo ni excluyente, sino más bien con el ánimo de ilustrar los desafíos que enfrentamos, nos parecen de relevancia las siguientes cuestiones.

Quizás uno de los retos de mayor importancia sea cambiar las concepciones implícitas o explícitas que una parte significativa de la población mantiene hacia los adultos mayores y que se caracterizan por ser generalizaciones imperfectas e inflexibles que se aplican a un individuo sólo por el hecho de pertenecer al grupo de adultos mayores. Las creencias, mitos y prejuicios existentes constituyen una barrera difícil de derribar y que produce sufrimientos reales. Creencias sobre la vida afectiva y sexual, el rendimiento laboral, capacidad de estudio, procesos psicológicos básicos constituyen sólo algunas de las tantas áreas plagadas de prejuicios. En este sentido, no bastan las buenas intenciones se requiere de investigación sistemática que permita identificar los prejuicios existente para de ese modo orientar sobre bases sólidas las acciones pertinentes. Debemos ser capaces de provocar un cambio cultural en nuestra sociedad de tal modo que la edad deje de ser un factor de discriminación negativa en los diferentes planos en que se materializa la vida social.

No cabe duda que con el paso de los años los seres humanos vamos perdiendo algunas de nuestras capacidades físicas, experimentamos cambios corporales y sufrimos enfermedades que se traducen en importantes transformaciones en nuestro estilo de vida. Estas modificaciones que se

presentan con el paso del tiempo, inevitablemente son acompañadas de cambios en el plano psicológico y social. Aceptar que no somos los mismos de antes y mantener una salud mental adecuada y altos niveles de autoestima requiere de una preparación que muchas veces no hemos recibido. Resulta estratégico comprender con claridad que las concepciones de la vida y la muerte, los roles de joven o adulto mayor y los proyectos de vida son cuestiones que se aprenden y parte del avance requiere que cada uno de nosotros experimente procesos de socialización anticipatoria que nos permitan entender con mayor empatía el mundo de los adultos mayores y con esto disminuir las distancias que puedan separarnos. Habitualmente se cifran grandes esperanzas en la educación formal como mecanismo para cambiar la conducta de las personas, no obstante, en muchos casos esos cambios resultan más efectivos cuando impulsamos transformaciones mediante el aprendizaje vicario o simplemente por la vía de los hechos consumados.

Como se puede advertir, para todos estos procesos necesitamos disponer de profesionales idóneos y suficientes para atender la salud física, mental y social de los adultos mayores de modo que estén en condiciones de desarrollar el máximo de sus potencialidades hasta el último de sus días de vida.

Los cambios estructurales vividos por nuestra sociedad también han impactado las condiciones de existencia de los adultos mayores. Por ejemplo, las transformaciones ocurridas en la organización familiar dan lugar a la existencia preferente de familias nucleares que no consideran la presencia de los abuelos, a diferencia de la familia tradicional que los incluía. Aparentemente, la sociedad chilena no ha definido el rol del adulto mayor o maneja definiciones muy estrechas que impiden aprovechar en toda su magnitud los conocimientos y experiencia que pueden transmitir especialmente a los más jóvenes.

Desde otro ángulo, una proposición básica de las Ciencias Sociales afirma que los individuos para mantener su equilibrio psicológico y salud mental deben necesariamente mantener interacciones fluidas con su medio ambiente. En otras palabras, los niveles de integración social de un individuo le proporcionan los objetivos que le permiten mantener su vida, su motivación, sus proyectos, en una palabra las ganas de vivir. Entre las dimensiones que resultan de mayor importancia para la integración social se encuentran la familia y el trabajo. Paradojalmente, los adultos mayores en la sociedad moderna tienden a experimentar la situación del “nido vacío” y la jubilación, es decir, pierden aquello que les proporcionó en parte importante sentido a sus vidas. Esta situación puede presentar ribetes más dramáticos si el adulto mayor pertenece a los estratos más bajos de la

población. Pero en cualquier caso, personas formadas con diversidad de intereses y amplia participación social se encontrarán en mejores condiciones para enfrentar su vida de adulto mayor.

Cuando se tiene una concepción integral del ser humano y se aplica desde que nace hasta que muere incluso, la idea de jubilar pierde completo sentido. El trabajo es consustancial al ser humano y es uno de los factores más importantes de realización personal. No sólo trabajamos por dinero, necesitamos sentirnos útiles, estimados y queridos durante toda nuestra vida y particularmente cuando somos adultos mayores y sabemos que cada día cuenta.

Como se deduce de lo indicado, resulta indispensable abordar la temática del adulto mayor de manera interdisciplinaria con el propósito de proporcionar perspectivas novedosas y soluciones integrales. Necesitamos preparar arquitectos y diseñadores que proyecten edificios públicos, viviendas, instalaciones y utensilios domésticos que contemplen las especificaciones apropiadas que faciliten la vida cotidiana de los adultos mayores y sobretodo eviten los accidentes. Necesitamos psicólogos, sociólogos, trabajadores sociales, médicos, enfermeras, ingenieros, periodistas, profesores, etc. que se proyecten y especialicen profesionalmente en el área del adulto mayor. Prácticamente no existen profesiones o carreras técnicas desde las cuales no se pueda mirar al adulto mayor y obtener un enfoque provechoso.

Precisamente, el libro que presentamos a continuación contiene un conjunto de artículos que constituyen una muestra significativa de la forma en que los profesionales de las Ciencias Sociales nos encontramos reflexionando en torno a la temática del adulto mayor. Desde esta perspectiva, el documento nos invita a profundizar nuestro conocimientos en cinco áreas de vital importancia para el desarrollo de la gerontología: En primer lugar, se examinan las bases epistemológicas, teóricas y metodológicas de la gerontología dando cuenta de la teoría del conocimiento subyacente, en segundo lugar, se analizan un conjunto de experiencias en el área de la formación gerontológica, en tercer lugar, se revisan variadas prácticas en el ámbito de la acción social con personas mayores, en cuarto lugar, se pasa revista a formas de envejecimiento en el ambiente rural y, por último, se presentan significativas experiencias en el campo geronto-geriátrico.

No cabe duda que los artículos incluidos en el libro son un aporte significativo al conocimiento de las temáticas que permiten desmistificar las creencias en torno al adulto mayor. También significan una base desde la cual se puede formular, comparar y evaluar la política pública nacional por cuanto los estudios recogen la experiencia obtenida en otros contextos culturales donde no se ratifican los mismos principios valóricos.

Finalmente, es muy importante valorar el esfuerzo de los investigadores que se dedican a estudiar y reflexionar sobre estas materias, en muchos casos, sin los recursos económicos necesarios y sólo inspirados en una concepción humanista de las personas que imperativamente nos indica que, por el sólo hecho de nacer, los individuos se encuentran dotados de un conjunto de derechos que son inherentes a la persona y que como profesionales de las ciencias sociales los debemos reconocer, difundir y defender.

Luis Gajardo Ibáñez
Sociólogo
Decano (I) Facultad de Ciencias Sociales
Universidad Central de Chile

Presentación

En el mes de Octubre de 2008, se constituye la mesa de trabajo: *“Envejecimiento y Cultura en América Latina y el Caribe: reflexiones respecto del pensamiento y la acción profesional con y junto a las personas mayores”*, como parte del “Congreso Internacional de Ciencias, Tecnologías y Culturas”, organizado en Santiago de Chile por el Instituto de Estudios Avanzados de la Universidad de Santiago de Chile USACH; y cuya finalidad es convocar y proponer un diálogo entre las disciplinas del conocimiento, para de esta manera visualizar el futuro de América Latina y el Caribe.

FUNDAMENTOS PARA LA DISCUSIÓN:

En todos los países de la región de América Latina y el Caribe, la proporción y el número absoluto de personas de 60 años y más se incrementarán sostenidamente en los próximos decenios. En términos absolutos, entre los años 2000 y 2025, 57 millones de personas mayores se están incorporando y se sumarán a los 41 millones existentes y entre 2025 y 2050 ese incremento será de 86 millones de personas. Se trata de una población que crece rápidamente (3,5%) y con un ímpetu mayor que el que muestra la población de edades más jóvenes. En efecto, la velocidad de cambio de esta población será entre tres y cinco veces mayor que la de la población total en los períodos 2000 - 2025 y 2025 - 2050, respectivamente (CEPAL, 2003:3).

Producto de esta dinámica, la proporción de personas mayores de 60 años se triplicará entre el 2000 y el 2050; “de esa forma, para esta última fecha, uno de cada cuatro latinoamericanos será una persona adulta mayor. Debido al aumento de la longevidad, el peso de las personas más viejas entre los mayores se incrementará; la población mayor de 75 años pasará de un 2% a un 8% entre el 2000 y el 2050” (CEPAL, 2003:3). Dos indicadores de la estructura por edad señalan algunas de las implicaciones demográficas de este proceso. En primer lugar, la edad mediana de la población aumentará 15 años entre el 2000 y el 2050; de esa forma, para el 2050 la mitad de la población tendrá más de 40 años. En segundo lugar, la relación numérica entre viejos y menores cambiará drásticamente. En la actualidad por cada 100 menores hay 25 adultos mayores; y para el final de la primera mitad del siglo habrá un 28% más de personas mayores que de menores.

Al respecto, cabe hacer notar que la región tiene una marcada heterogeneidad. Para tal efecto, se clasificó a los países según la etapa en que se

encuentran en su proceso de envejecimiento, señalando cuatro categorías acorde a los perfiles actuales de envejecimiento¹.

Un primer grupo de países es denominado de envejecimiento incipiente, e incluye a Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y Paraguay. Muestra porcentajes de personas de 60 años y más que oscilan entre el 5% y el 7% en el año 2000 y tendrían valores de entre el 15% y 18% en el año 2050. Este proceso se podría acelerar si en estos países se consolida y se incrementa la disminución de la fecundidad.

Un segundo grupo de países es clasificado como de envejecimiento moderado. Tienen proporciones de personas de 60 años y más entre 6% y 8%, que para el 2050 superarían el 20%. En este grupo se sitúan Belice, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guyana, México, Perú, República Dominicana y Venezuela. Son países que presentaron procesos de cambios importantes en la fecundidad entre 1965 y 1990, aproximadamente.

Un tercer grupo de países es denominado como de envejecimiento moderado avanzado, presentando en la actualidad porcentajes de personas mayores entre un 8% y 10%. Experimentarán un incremento rápido de este porcentaje hasta cifras de 25% a 30% de personas mayores. Entre estos países están Bahamas, Brasil, Chile, Jamaica, Suriname y Trinidad y Tabago.

Finalmente, en el grupo de envejecimiento avanzado se encuentran países "como Uruguay y Argentina, pioneros en el envejecimiento en América Latina, más Cuba y varios países del Caribe (Antillas Neerlandesas, Guadalupe, Barbados, Martinica y Puerto Rico)" (CEPAL, 2003:5).

RELEVANCIA Y PROPÓSITO DE LA MESA:

A cinco años de aprobado el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento y a cuatro años de aprobada la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan Internacional de Madrid, se llevó a cabo los días 4, 5 y 6 de Diciembre del 2007 en la ciudad de Brasilia – Brasil, la *Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América latina y el Caribe: hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos*. En la oportunidad los Gobiernos de América Latina y el Caribe aprobaron la declaración de Brasilia sobre Envejecimiento.

Uno de los temas que destaca la declaración señala: "Instamos a los centros académicos, a las sociedades científicas y a las redes de cooperación

¹ Clasificación presentada por la división de población de la CEPAL, proyecciones demográficas 2003 y de Naciones Unidas, World population prospects. The 2000, vol I. Algunos países podrían cambiar de categoría si los nuevos datos censales modifican considerablemente las estimaciones. "La clasificación de los países se realizó sobre la base de los valores de la tasa global de fecundidad y del índice de envejecimiento observados en los países de la región en el decenio de 1990" (CEPAL, 2003:4).

en población, envejecimiento y desarrollo, a realizar estudios detallados, diversificados y especializados sobre el tema, así como a organizar reuniones de trabajo e intercambio, y crear y apoyar centros de estudios, investigación y formación de recursos humanos en este ámbito (Declaración de Brasilia, 2007: 4). Asimismo, los días 1,2 y 3 de Diciembre de 2007 se realizó el *Foro Regional sobre Envejecimiento de Organizaciones de la Sociedad Civil de América Latina y el Caribe: Evaluación del Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento*. En esa instancia de trabajo se aprobó la Carta de Brasilia 2007 – Declaración de la Sociedad Civil, en la que en uno de sus puntos se menciona: “Exigimos que se hagan efectivas las recomendaciones 82 y 83 del Plan de Acción de Madrid (2002), referidas al fortalecimiento de los procesos de incorporación del enfoque gerontológico en los currículos académicos con énfasis en la visión de vejez activa, participativa y saludable” (Carta de Brasilia, 2007:5)

A la luz de éstos importantes requerimientos, el objetivo de la discusión se centró en contribuir al establecimiento de una instancia de trabajo centrada en compartir reflexiones epistemológicas, análisis teóricos, investigaciones y publicaciones centradas en la temática de la vejez y el envejecimiento en América Latina y el Caribe. Por su carácter interdisciplinario se convoca a académicos, investigadores y profesionales que se desempeñen en este ámbito, desde disciplinas y profesiones asociadas a campos del conocimiento tales como: biológico, médico, psicológico, trabajo social, sociología, antropología, educación, enfermería, kinesología, economía, política, derecho, odontología, filosofía, etc.

Organizados en Ejes de Trabajo, se abordaron los siguientes

- Reflexiones Epistemológicas respecto de la Gerontología (Ciencia, Disciplina, Enfoque, etc.)
- Investigaciones en Gerontología.
- Investigaciones en Geriatria.
- Políticas Gerontológicas.
- Reflexiones teóricas en Gerontología (artículos, libros, documentos o trabajos sin publicar).
- Reflexiones teóricas en Geriatria (artículos, libros, documentos o trabajos sin publicar).

Como consecuencia de esta actividad, surgen dos iniciativas a desarrollar:

- Constituir una red académica interdisciplinaria e interuniversidades para abordar los temas del envejecimiento y la vejez

- Generar la posibilidad de producir una publicación que de cuenta de la síntesis de la mesa.

La Universidad Central, a través de su escuela de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales, entre cuyos lineamientos estratégicos esta la formación en Gerontología Social para sus estudiantes y consciente del mandato institucional de vinculación con el medio, asume el rol de coordinación, compilación y publicación del trabajo que se presenta; en equipo con el Instituto de Ciencias Sociales de la Universidad Católica del Maule, con vasta trayectoria en el tema.

Se ha congregado en esta compilación a actores académicos y profesionales pertenecientes a las siguientes Universidades Chilenas y extranjeras que quisiéramos nombrar: Universidad Católica de Valparaíso, Universidad de Talca; Universidad Católica del Maule, Universidad del Bio-Bio ; Universidad Central; Universidad Autónoma de México; Universidad Federal de Rio Grande de Sul; además de representantes profesionales de SENAMA Chile y la corporación chilena Años.

El escenario de esta red del conocimiento, al alero de profesionales e instituciones visionarias, hace mirar con optimismo la disposición al debate en momentos en que pareciera ser que el individualismo exacerbado, ha traspasado también a las fronteras del conocimiento.

Un reconocimiento y agradecimiento muy especial a la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Central, que auspicia esta publicación, que integra el conjunto de documentos que se presentaron en el Congreso y que con ello busca dejar materializado su compromiso con los temas ciudadanos, con el desarrollo académico, la investigación y la reflexión prospectiva.

María Gladys Olivo Viana
Académica,
Universidad Central
Magister en Ciencias de la Educación
Dra. © Psicología y Educación

Marcelo Piña Morán
Académico,
Instituto de Ciencias Sociales
Universidad Católica del Maule
Master en Gerontología Social
Dr. © Estudios Americanos
Mención Pensamiento y Cultura
Latinoamericana.

**REFLEXIONES EPISTEMOLÓGICAS,
TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS
EN GERONTOLOGÍA**

La Gerontología Social y el Campo de la Edad

PATRICIO RÍOS SEGOVIA*

Resumen

La ponencia que se presenta propone un nuevo enfoque teórico para aproximarse al objeto de estudio de la Gerontología Social. Tal perspectiva se construye sobre la base de postular la existencia de un campo social de la edad que autonomiza la reflexión de la edad y como consecuencia la investigación sobre la vejez, una de varias edades. En una apretada síntesis, la ponencia caracteriza la vejez como el resultado de un proceso complejo de producción social histórica y culturalmente situada.

Abstract

The paper that continues proposes a new theoretical perspective to assume Social Gerontology's object of study. The approach is built through the postulation of the existence of an independent social field of age, according to what Bourdieu understands for a "social field". In this context, the fact of studying age becomes an autonomous exercise of thought. Consequently, aging an old age research becomes autonomous. In a tight synthesis, the paper proposes the old age as the result of a complex social and historical production process.

Introducción

Con pocas variantes, las líneas que siguen exponen de manera resumida los conceptos expuestos por el autor de esta ponencia y el investigador Eugenio Gutiérrez, contenidos en el artículo "Envejecimiento y Campo de la Edad: Elementos sobre la Pertinencia del Conocimiento Gerontológico".¹

Edad y Reflexión Gerontológica

A diferencia de las ciencias sociales, en las disciplinas duras hay algunas en las que la edad se transforma en un componente constitutivo de su

* Investigador de Edades Consultores. MA en Literatura Hispanoamericana. Investigador y docente del área del envejecimiento y políticas sociales (Instituto AÑOS, Corporación AÑOS, Edades Consultores).

¹ *Revista Última Década*, 14 (25). Santiago, diciembre, 2006, p. 11-41.

objeto de estudio. Es el caso de la pediatría y de la geriatría, ambas ramas clínicas de la medicina.

La primera de ellas se define como aquella que “se encarga de todos los aspectos médicos de la salud de los niños... El rango nominal de edad de interés de la Pediatría abarca al niño desde antes de su nacimiento (en coordinación con otras ramas de la medicina tales como la genética médica, la obstetricia y la perinatología) hasta que completa su crecimiento somático y su desarrollo biológico y psicológico.”² A su vez, la geriatría es concebida como “la especialidad médica que se ocupa de los aspectos preventivos, curativos y de la rehabilitación de las enfermedades del adulto en senectud.”³

Como puede apreciarse, en ambos casos la edad constituye un componente central de la definición disciplinaria. En el caso de la pediatría, envejecientes de 0 a 18 años y en el caso de la geriatría adultos adentrados en la senectud, es decir, post adultez, por mucho que en este caso las fronteras etarias entre adultez/post adultez vacilen.

Nada parecido ocurre en las ciencias sociales en las que la edad, como el género, forman parte de categorías analíticas transversales, aptas para el desarrollo de estudios aplicados y estudios de casos, en un ir y venir incesante, entre la pragmática del préstamo metodológico y un descriptivismo lineal, a falta de una teorización pertinente.

Así las cosas, la Gerontología Social aparece establecida al margen de una identidad disciplinar rigurosa y más bien, como coinciden muchos textos, la Gerontología Social se acomoda a otros rasgos, a saber: i) carencia de un objeto de estudio unitario y, por el contrario, vinculación de sus intereses disciplinarios a parcelas de ciencias relacionadas, por una parte, al envejecimiento –teorías biológicas y psicológicas del envejecimiento– y, por otra, a la vejez, una de las edades componentes del ciclo vital; ii) poseer un carácter multidisciplinario; iii) multiuso de metodologías provenientes de las ciencias biológicas, de la sicología, la sociología, la antropología, la historia, la demografía, etc.; iv) confusión de dominios y criterios que oscilan entre la geriatría y la gerontología social.

A esta apretada síntesis es necesario agregar la constatación de la pobreza de atención y de reflexión que a nivel de la cultura ha recibido la categoría edad. Variable del funcionamiento social o fundamento de la división del trabajo en la observación de las sociedades menos complejas, la categoría edad ha sido desplegada, básicamente, por las ciencias de la conducta, derivando en

² http://med.javeriana.edu.co/pediatría/postgr/g_fundam.htm

³ <http://es.wikipedia.org/wiki/Geriatr%C3%ADa>

un abanico de edades o etapas del desarrollo humano, cada una de ellas caracterizada por un conjunto de rasgos compartidos por el conglomerado de los individuos situados en los rangos etarios asignados a la etapa de la cual se trate: niñez, adolescencia, juventud, etc.

Más de una evidencia existe en el sentido de que no hay nada más alejado de una certeza que la homologación de los sujetos de acuerdo a sus edades cronológicas. Envejecer en una sociedad organizada estructuralmente para la guerra o en otra organizada para el consumo producirá, sin lugar a dudas, *ethos* diferentes entre los individuos que comparten una misma edad.

En lo importante, en este documento, se parte de la sospecha fundada de que el uso que la cultura dominante hace de la categoría “edad” no alude a nada sustancial ni universal y que para explorar esta sospecha es imprescindible adoptar un punto de vista diferente: el de la producción de las edades.⁴ El presente trabajo postula que el “contexto” de las “edades” representa un espacio, una referencia cultural, mucho más apropiada que otras para el proyecto de una gerontología social que desde su etimología aparece adscrita al estudio de los más envejecidos, a la última de las edades antes de la muerte.

Concebida en este marco, la gerontología social se encuadraría en un campo cultural bien definido: el de la edad que, por una parte, implica el paso del tiempo, es decir, el envejecimiento y que, por otra, implica a las edades y su producción. En otras palabras, no puede desligarse el paso del tiempo –el envejecer– de la construcción social y cultural que la sociedad hace de este sin pagar el precio deformante de “naturalizar” el proceso de envejecer, de biologizarlo, falseando el carácter primariamente histórico y social que, desde esta perspectiva, este posee y, como consecuencia, escamotear el rasgo de “fenómenos socialmente producidos” que tienen las edades.

Con la colaboración de las categorías analíticas básicas de la construcción de Pierre Bourdieu, los párrafos que continúan identificarán la existencia de un campo social y cultural llamado edad, postulando sus componentes fundamentales así como entregará algunos elementos de su funcionamiento.

⁴ Esta perspectiva abre el camino para explorar por separado la realidad de una adultez mayor sana y otra enferma, inquietud que se encuentra con insistencia en múltiples textos gerontológicos. No obstante, hay que advertirlo una vez más, esta confusión se ha instalado con fuerza en el paradigma asistencialista que predomina en el imaginario de la vejez a nivel societal y que tiende a reproducirse una y otra vez en el sector de los servicios y de las políticas públicas, cuyos destinatarios sean envejecientes mayores.

El Campo Social de la Edad

El sostén central de la hipótesis que sustenta esta ponencia consiste en proponer la edad, no como una variable o como una categoría analítica transversal de la ciencia social, sino como, por una parte, un entramado complejo, como un auténtico campo social bourdesiano y, por otra parte, como capital simbólico, también en clave bourdesiana.

En síntesis, el concepto de campo social de Bourdieu se especifica porque:

- i) Constituye un microcosmos dentro del macrocosmos del espacio social global.
- ii) Las reglas del juego y las apuestas que lo vertebran refieren a reglas y apuestas específicas de ese campo y no son transferibles a otro campo.
- iii) El juego interno de cada uno de ellos se instituye por la disputa que los agentes que actúan allí establecen en pos de la apropiación y/o de la recomposición del capital específico y legitimado del campo.
- iv) Implica un sistema o un espacio estructurado de posiciones las que son ocupadas por los diversos agentes que se disputan un capital asimétricamente distribuido, factor que determina posiciones de dominancia y de dominados.
- v) El campo se visualiza así como un espacio de correlación de fuerzas históricamente determinado y cruzado por las estrategias de los agentes en función de mantener o cambiar tal correlación.

Campos Sociales y Habitus

Las estructuras relativamente estables que articulan el espacio social conocidas como campos en la teorización de Bourdieu se especifican en cuanto sistemas de relaciones no solo en función de las posiciones relativas de sus componentes internos, sino por oposición a la noción de habitus de los agentes que operan en él. Fruto de la diversidad de prácticas e intercambios sociales en los que se involucran los sujetos, agentes o instituciones al interior del conjunto de restricciones y de condiciones de los campos específicos en que suceden esos intercambios, los sujetos, agentes e instituciones incorporan habilidades, conocimientos, nociones, a la vez que capacidades adecuadas de desempeño a las estructuras de esos campos. La práctica instala en ellos verdaderos sistemas de percepciones y disposiciones estructuradas y estructurantes que orientan comportamientos y soluciones cotidianas. A esta realidad, Bourdieu la llama habitus. Como se ve, el habitus es a la vez el

producto de las prácticas de los sujetos ejercidas en los diversos campos –interiorización de las convenciones del campo que orientan sus prácticas–, pero, simultáneamente, disposiciones para ejercer la vida práctica con la potencia suficiente como para modificar las estructuras del campo.

Habitus y campo son, por una parte, categorías analíticas que funcionan solo en la medida en que son términos que se suponen mutuamente al interior de una oposición significativa y, por otra, son categorías del ámbito histórico, es decir, de la racionalidad específica de los acontecimientos históricos.

La Edad: Campos y Subcampos

El subcampo de la longevidad

La vida y su prolongación medida en años son el primer escalón de observación y estudio de la gerontología social. Envejecer es adentrarse en años, acumular años de existencia. Y eso es edad.

Se toca aquí una primera distinción gerontológica que dice relación con el campo de la edad. Los individuos construyen sus existencias sobre la base de un desarrollo orgánico –que nos ubica en el mundo animal– y de la conciencia, que nos distingue al interior de ese mundo como una especie diferente a otras especies. Ambas realidades constituyen un continuo. La lógica del *continuum* biológico del desarrollo orgánico del cuerpo requiere en la actualidad marcos de referencia que hay que buscar en campos disciplinarios como la biología genética, las biotecnologías, la biomedicina.

Por otra parte, y como es sabido, el continuo de la conciencia deja de ser tal con la aparición y desarrollo en los individuos de la lengua. La aparición, ejercicio de la lengua –el habla– y su desarrollo permite nacer a la cultura, al mundo de las significaciones y de la interacción comunicativa.⁵

En este nivel, la edad es el núcleo de un campo de significaciones muy amplio integrado, entre otros, al dominio de la identidad personal de los individuos y de la dinámica de su percepción subjetiva.

Conteniendo este nivel, la longevidad se presenta así como un subcampo del campo gerontológico de la edad y es aquel que se estatuye en función de la lucha social por la prolongación de la vida, es decir, por el control del envejecimiento y, como consecuencia, por el control de la prolongación de la vida. La longevidad es parte, entonces, de la legitimación de la edad como capital simbólico.

⁵ En el sentido que está contenido en el pensamiento del lingüista Ferdinand de Saussure y en las elaboraciones de Morris Berman.

El control del envejecimiento de las personas y, por consiguiente, la producción de una mayor longevidad de los individuos está vinculado, por una parte, a las estrategias de políticas públicas puestas en marcha y sostenidas, básicamente, por los estados de bienestar y, por otra, a las iniciativas de los agentes de las industrias farmacológicas, de las biotecnologías y de la ciencia médica.

El subcampo de las clases de edad

La instalación de las clases de edad en un universo social dado es el resultado de un proceso histórico particular. Por ejemplo, en las sociedades de occidente la infancia recién es percibida socialmente en cuanto clase de edad a fines del siglo XVII. Hasta ese entonces, los niños vivían revueltos con los adultos. A su vez, la clase de edad “adulto mayor” recién emerge en el siglo pasado. Las clases de edad se instalan, pues, como el segundo eje de cristalización del capital simbólico edad al interior del campo con el mismo nombre.

En su visualización resulta central el concepto de edad social. Este último complejiza, tensiona, desestructura y desafía tanto al sentido común como a los imaginarios que rondan y han rondado la categoría edad, proponiéndola como una construcción social y cultural a través de la cual, al interior de las sociedades, los diferentes grupos sociales organizan sus actividades.

Para el imaginario de la antigüedad clásica, por ejemplo, el ciclo de vida de los seres humanos tenía tres edades. La mítica Esfinge las sintetizaba sosteniendo que el hombre era aquel animal que caminaba al amanecer en cuatro patas, en dos hacia el medio día y en tres hacia el anochecer. Infancia, adultez y vejez, tres etapas del desarrollo humano, tres etapas del volverse viejo y una sola manera de vivir la vejez: en tres patas. Para la voraz Esfinge, vejez y ortopedia, una misma fase.

Un conjunto de factores ligados en especial a la cultura moderna han determinado que las fases del ciclo vital tiendan a ser percibidas de una manera más diversificada y sustancialista. Existiría una manera de existir en el espacio que definiría “lo joven”, “lo infantil”, “lo viejo”. Distinciones tales como infancia subdividida en primera infancia e infancia, adolescencia, preadolescencia, juventud, adultez, adulto joven, adulto mayor, etc., legitiman la fantasía de la naturalización de etapas universales del ciclo vital.

Este último fenómeno es el resultado de la actuación de agentes en el campo de la edad que apuntan en esa dirección de manera simultánea, a lo

menos en dos órdenes de cosas: el mercado y el del desarrollo de las ciencias humanas, en especial del área de la psicología evolutiva.

En el primer orden de cosas, cabe aludir la mercadotecnia que ha impuesto microculturas vinculadas a las etapas del ciclo vital vigorosas. La adolescencia es hoy, por ejemplo, un punto de referencia importante de la publicidad y desde allí, pero también desde otros puntos estratégicos de la industria del consumo, se han gatillado verdaderos enclaves, auténticos imaginarios, para vivir como “adolescente”: música, modas vestimentarias, alimentarias, de intervenciones corporales, prácticas sociales, rituales de encuentro, espacios públicos.

Este alcance a los agentes de la mercadotecnia, todos ubicados en el polo del incentivo del consumo, es a su vez la cristalización de procesos históricos complejos desarrollados en los siglos XIX y XX, en especial, con la constitución y consolidación democrática o masiva de instituciones como la escuela y la universidad y de construcción de identidades vigorosas en la afirmación de protagonismos que les habían sido negados.

Los hallazgos realizados a nivel de las ciencias vinculadas a la educación y en especial las construcciones de la psicología evolutiva describieron e instituyeron fases o edades del ciclo vital mucho más matizadas que las del imaginario de la devoradora de hombres, la Esfinge.

Ontogenia –observación de la evolución de los seres vivos desde su nacimiento hasta su muerte– y observación del decurso del proceso de individualización de los sujetos de la especie humana, psicología evolutiva, han puesto en escena el ciclo vital. No obstante, sus etapas difieren dependiendo del teórico que las describa. Wallon establece seis estadios de desarrollo, desde el nacimiento (0 años) hasta la adolescencia (que comienza con los doce años) para lo que ontogénicamente se enuncia como períodos de desarrollo y madurez. Piaget, distingue cuatro fases para los mismos períodos. Erikson, en tanto, fundamenta ocho etapas.⁶

La puesta en escena de las edades en las sociedades modernas, sin embargo, va de la mano de la irrupción del protagonismo juvenil en el ámbito de las decisiones políticas, en las discusiones sobre el destino de los espacios

⁶ Wallon: 1) Estadio impulsivo (desde el nacimiento hasta los cinco o seis meses); 2) Estadio emocional (desde los seis meses hasta completar el año); 3) Estadio sensorio motriz y proyectivo (1 a 3 años); 4) Estadio del personalismo (3 a 6 años); 5) Estadio Categorical (6 a 11 años); 6) Estadio de la Adolescencia. Por su parte, Piaget establece las siguientes fases en el desarrollo que está referido básicamente a la infancia/adolescencia: 1) Período sensorio motriz (desde el nacimiento hasta aproximadamente los dos años); 2) Período del pensamiento preoperacional (2 a 7 años de edad); 3) Período de operaciones concretas (7 a 11 años); 4) Período de operaciones formales (11 a 15 años). Por último, las ocho etapas que distingue Erikson son: 1) Etapa del bebé (primer año de vida); 2) Apertura a la relación con ambos padres (segundo año de vida); 3) Apertura a las relaciones con la familia básica (3 a 5 años de edad); 4) Apertura a las relaciones de la escuela y con vecinos (6 a 12 años de edad); 5) Adolescencia; 6) Primera juventud; 7) Juventud y primera madurez; 8) Adultez.

sociales e históricos habitados por lo más jóvenes, en las visiones que son capaces de crear, opuestas o distintas a las propuestas de los mayores.

En otras palabras, desde la perspectiva del campo de la edad, el capital simbólico de la edad reconoce en la lucha por definir los contenidos y estatutos de las clases de edad uno de los enclaves centrales desde el cual, la edad, en cuanto capital simbólico, es definido y administrado.

Infancia, juventud, adultez, vejez no refieren a ningún contenido predefinido *per se* y devienen en categorías sociales y culturales, es decir, en capital simbólico de la edad, al interior de las luchas que los distintos agentes del campo establecen en función de mantener o cambiar los contenidos que definen las clases de edad.

Una gerontología social, preocupada de dar cuenta del estado del campo de la edad en un momento dado, de acuerdo a la perspectiva que aquí se sigue, habrá de caracterizar cada una de las clases de edad en función de las relaciones que guarden entre ellas y en función de su carácter de clase de edad dominante o subordinada, además de dar cuenta de los factores que permiten la reproducción de ese estado y/o de los elementos que juegan para su reemplazo. En esta tarea, la gerontología social habrá de preguntarse por la posición que ocupa al interior del campo de la edad, el capital simbólico de la vejez. Ello, en función de los dos subcampos esbozados: el de la longevidad y el de las clases de edad.

En términos generales, y es sólo una hipótesis, el capital simbólico de la vejez, al interior del primero de los subcampos, aparece subsumido y desdibujado en el orden del deseo: vivir una larga vida. Las apuestas de los agentes en el subcampo de la longevidad constituyen un ponerse con la "vida" y en las que la condición de realidad de las mismas está constituida por la interdicción de la vejez, por erradicar del campo de la edad a la vejez, que es lo mismo que poner como condición la negación de la vejez como integrante del valor simbólico de la edad.

En el subcampo de la longevidad, la vejez está ubicada claramente en el paradigma dominado del campo de la edad, puesto que las estrategias de los agentes en sus apuestas coinciden desde diversas posiciones a valorizar el capital simbólico de la edad más cercana a la frontera de la adultez/juventud como aquel capital por el cual hay que luchar.

En el subcampo que se describe, el capital simbólico de la edad por el cual se lucha está asociado, en sus modulaciones más moderadas, a la postergación más extrema de la aparición de la enfermedad, a la perduración de la sexualidad, de la capacidad de aprender, de conservación de las funcionalidades vitales y, en sus modulaciones más extremas, a la erradicación radical de las enfermedades, a la conservación ilimitada de las funcionalidades, etc.

Como se ve, desde las manipulaciones posibles de producción de las edades en el subcampo de la longevidad, la tendencia reside, en su versión más moderada, a morir después de una larga vida como adulto/joven (nunca más a morir de viejo). En su versión más extrema, en el extremo de la edad prometida, a no morir.

Por otra parte, desde la perspectiva del subcampo de las clases de edades, la vejez, en la mirada contemporánea, constituye un componente del capital simbólico de la edad inscrito en el paradigma de la subordinación.

Su ubicación al interior de este paradigma no deja, sin embargo, de causar inquietud. Por varias razones: los longevos poblarán la tierra en una mayor proporción que los menos longevos; su proliferación pondrá en duda la capacidad de los menos longevos de sostener el aparato productivo sin la colaboración de los más longevos; las actuales tendencias de los más longevos, inducidos por el funcionamiento actual de las sociedades modernas, a refugiarse en los espacios del retiro funcional social, ponen en duda la capacidad de sustentabilidad de las sociedades modernas.

Más allá de esta colección de miedos, el capital simbólico etario de los más envejecidos, en las actuales circunstancias está puesto en duda al interior de la estructura de las edades sociales de las sociedades modernas, en la medida que su valor como capital simbólico de la edad se encuentra limitado en su relación con las otras edades de manera drástica. Así, podemos observar que:

- i) Los criterios del desgaste, del cansancio vital y del deterioro orgánico que fundamentaron en sus orígenes la necesidad del retiro de los más envejecidos. A finales del siglo XIX y bajo el reinado de un capitalismo bárbaro la posibilidad de abandonar el trabajo y percibir un salario fue una auténtica conquista.⁷
- ii) Por otra parte, en una sociedad crecientemente industrial y urbana el derecho adquirido tenía una contraparte vinculada al dinamismo de la lucha entre las clases de edades: quien deja un empleo –el más envejecido– permite que otro –menos envejecido– obtenga un empleo. El derecho de los más envejecidos puede mirarse también como la astucia de una estrategia de la clase de edad de los adultos para desplazar del mercado del trabajo a los adultos más envejecidos.

⁷ Se alude aquí a los inicios del concepto de seguridad social y de las referencias básicas del estado bienestar. Así, en 1883 se implantaron los primeros programas estatales de previsión social en la Alemania de Bismarck. Dicha legislación estableció las bases de la moderna seguridad social bajo el principio contributivo, mediante el cual se financiaba obligatoriamente un sistema básico de previsión social.

- iii) El capital simbólico de la edad se encuentra así, asimétricamente dispuesto al interior de un campo –la edad– en el que el espacio de la dominación es ejercido por todos aquellos adscritos a la clase de edad de los adultos.⁸

El subcampo de las generaciones

Frente a las clases de edad, las generaciones constituyen grupos de individuos situados en el espacio social de una manera diferente. Mientras las primeras están visibles y cristalizadas en el régimen de prohibiciones sociales, licencias sociales validadas, las generaciones remiten “a las variaciones estructurales en el tiempo, dentro de un campo, de los modos de generación de sujetos”. Por ello, “la extensión en el espacio social e histórico de una generación dependerá de las categorías del observador y de la extensión o restricción de lo que se entienda como “homogeneidad de las condiciones de existencia”. (Martín Criado, op. cit: 5)

El interés gerontológico en las generaciones proviene, básicamente, de dos de las necesidades que fundan a la gerontología social en cuanto disciplina social y no solo como un campo de preocupaciones interdisciplinario, a saber: a) la necesidad de explicar los mecanismos y procesos que puedan dar cuenta de la reproducción o del cambio de los contenidos de las clases de edad en un momento específico de estructuración del campo de edad; b) la necesidad de dar cuenta de la manera de producción específica de los individuos más envejecidos en el campo de la edad. Todo ello en la medida en qué se entienda por generación:

- i) Un grupo de sujetos cuya identidad no está dada por la contemporaneidad cronológica –coincidencia en los años de nacimiento– que vivencian sino, más bien, en la posibilidad que tal circunstancia abre de ser partícipes de escenarios vitales similares.
- ii) A la contemporaneidad y a la posición en el campo de la edad habría que agregar el rasgo de un grupo de sujetos que posee una “*situación análoga...* en el espacio social”, más que un grupo concreto poseedor de un lazo social entre sus miembros que los liga e identifica, aunque ello no sea descartable. (Mannheim, 1990, p. 41)

⁸ En esta dirección, varios autores (Feixa, Martín Criado, entre otros) enmarcan esta idea bajo el concepto de adultocentrismo.

Habitus, clases de edad y generaciones

¿Cómo orientan sus actuaciones al interior de cada campo los agentes que allí operan? Según Bourdieu, cada sujeto o agente orienta sus actuaciones al interior de un campo dado a partir de sus respectivos habitus definidos en cuanto sistemas “de disposiciones durables y transferibles –estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes– que integran todas las experiencias pasadas y funciona en todo momento como matriz estructurante de las percepciones, las apreciaciones y las acciones de los agentes de cara a una coyuntura o acontecimiento y que él contribuye a producir.” (Bourdieu, 1991)

En este sentido, al interior del subcampo de las clases de edad es dable postular la existencia de habitus específicos in/corporados en los sujetos que integran cada una de las clases de edad cuyos contenidos pueden y deben ser explorados por una Ciencia del Envejecimiento. Dentro de ella, a la Gerontología Social, entre otras operaciones, le correspondería estudiar y describir el habitus de los envejecientes más envejecidos.

No obstante, dado que la pregunta por el habitus de la post adultez no puede ser explorada ni contestada, sino al interior del haz de relaciones que la post adultez guarda con el resto de las clases de edad al interior del subcampo de la edades, la pregunta por el habitus de la post adultez instala simultáneamente una pregunta por la estructuración del subcampo y más allá de él por el campo de la edad.

De aquí, es también cierto afirmar que en un estado dado del subcampo de las clases de edad, cada distinción practicada en este subcampos –lo joven/lo adolescente/lo niño/lo viejo– habrá de instalarse en el subcampo de las clases de edad en función de habitus diferenciados.

La explicitación del concepto de habitus tiene consecuencias también para la tarea y las funciones que como agentes sociales al interior del campo de la edad cumplen las generaciones, es decir, tiene efectos para el análisis del subcampo de las generaciones. A diferencia de las clases de edad, el habitus generacional es el resultado de la producción de generaciones nuevas producto a su vez del cambio de las condiciones materiales y sociales de la producción de los sujetos: “la transformación del modo de generación social de los agentes determina la aparición de *generaciones* diferentes”.

Una gerontología social debiera investigar los habitus generacionales para explicarse desde allí los cambios que pudieran evidenciarse en las definiciones de las clases de edad al interior del campo de la edad, poniendo el énfasis en la clase de edad de los más envejecidos.

Si es que las clases de edad y los habitus respectivos de quienes las componen se corresponden con ciertas condiciones de existencia, el estado del campo de la edad habrá de modificarse por la emergencia de habitus nuevos introducidos en el campo de la edad por la producción de nuevos contingentes de sujetos al interior de condiciones de existencia diferentes.

La gerontología social habrá de preocuparse de manera preferente de construir su objeto de estudio en torno a las generaciones y sus habitus respectivos dedicando especial énfasis a tomar nota de las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales de producción de los más envejecidos.

La rigurosidad metodológica que ponga en este afán habrá de permitir la emergencia de una disciplina social capaz de generar sus propias herramientas analíticas, demarcar fronteras, en especial con las disciplinas más afines y tender a consolidar su pertinencia. En el intertanto, las modulaciones teóricas de Bourdieu, sirven de punto de arranque.

Bibliografía

- Bourdieu, P. (1991). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.
- Berman, M. (2004). *El Reencantamiento del Mundo*. Santiago: Cuatro Vientos.
- De Saussure, F. (1983). *Curso de Lingüística General*. Madrid: Alianza.
- Feixa, C. (s.f.). Antropología de las Edades. Recuperado de www.cholonautas.edu.pe/
- La pediatría, recuperado de http://med.javeriana.edu.co/pediatrica/postgr/g_fundam.htm
- La geriatría, recuperado de <http://es.wikipedia.org/wiki/Geriatr%C3%ADa>
- Mannheim, K. (1990). *Le problème des générations*. Paris: Nathan.
- Martín Criado, E. (s.f.). (a) Generaciones/Clases de Edad, recuperado de www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/G/generaciones.htm
- Revista Última Década* (SciELO) 14 (25). Santiago, diciembre, 2006, 11-41.
- Wallon, H., Piaget, J., Erikson, E. (s.f.). El desarrollo e involución de la conducta. Recuperado de www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/rrhh/deiconduch.htm

Intervención Social Gerontológica: Articulando las Dimensiones Epistemológicas- Teóricas y Metodológicas

MARCELO PIÑA MORÁN*

Resumen

La Gerontología Social analiza el proceso de envejecimiento y vejez, considerando dimensiones tales como: biológica, psicológica, económica, política, cultural, educativa y social. A partir de un enfoque pluridisciplinario centra su interés en la perspectiva sociocultural, siendo su propósito desarrollar investigaciones e intervenciones sociales basadas en enfoques epistemológicos, teóricos y metodológicos.

Cuando se habla de intervención social gerontológica no se trata solo de implementar modelos conceptuales, sino que además es necesario considerar el o los enfoques epistemológicos-teóricos y metodológicos que “den sentido” y fundamenten el “para qué” de las respectivas acciones a realizar. En ese sentido, este artículo tiene como objetivo analizar la relevancia de articular estas tres dimensiones en el quehacer gerontológico.

Para tal efecto, en primer lugar se describirá el concepto de epistemología y dos obstáculos epistemológicos. Posteriormente, se mencionarán algunas premisas a considerar en la intervención gerontológica y, por último, se dará a conocer una propuesta de trabajo grupal para ser aplicada con pequeños grupos.

Abstract

The Social Gerontology analyzes the process of aging and oldness; they are considering dimensions such as biological, psychological, economic, politics, cultural. The Social Gerontology focus own interest in the social-cultural perspective from multidisciplinary approach, being the own intention to develop researches and social interventions based on epistemological, theoretical and methodological approach. When it is spoken of The Social Intervention Gerontology is not only to introduce conceptual models but also it is necessary to consider the approach or the epistemological-theoretical and methodological approaches that it “should be sense” and should base in “why” of actions to realize. In this way, this article has an

* Marcelo Piña Morán, Académico Instituto de Ciencias Sociales de la Universidad Católica del Maule, Master en Gerontología Social Aplicada, Doctor© en Estudios Americanos, Mención Pensamiento y Cultura de la Universidad de Santiago de Chile. Integrante del Comité Consultivo del Servicio Nacional del Adulto Mayor de Chile (SENAMA).

objective to analyze the importance of the three dimensions of Gerontology. For this effect, the first time will be described the concept of the epistemology and two epistemologists obstacles. Later, will be mentioned some premise to consider in the gerontological intervention. Finally, will be announced an offer of group work to be used in small groups.

Epistemología¹

Se utiliza la expresión epistemología para referirse a la teoría del conocimiento científico. “En el vocabulario de filosofía de Lalande se dice que es esencialmente el estudio crítico de los principios, las hipótesis y los resultados de diversas ciencias, destinado a determinar su origen lógico, no psicológico, su valor y su propósito objetivo” (Vergara, 2006, p. 267). A su vez, Ernest Cassirer plantea que la epistemología es el estudio del problema del conocimiento científico.

Según Jorge Vergara, es probable que la identificación entre epistemología y teoría del conocimiento científico suponga la idea de que el único conocimiento sería el conocimiento científico. Esta concepción se ha cuestionado a partir de la filosofía post-positivista, la teoría sociológica fenomenológica, el pensamiento oriental, etc. En la actualidad se reconoce la existencia de diversas formas de saberes, siendo el conocimiento científico solo uno de ellos.

En la diversa producción internacional respecto de la epistemología de las ciencias sociales se pueden plantear, acorde a la teoría habermasiana de los intereses cognoscitivos, tres grandes posturas epistemológicas. Estas son las siguientes:

i) Enfoque Empírico-Analítico

De carácter positivista o con cercanía a esa filosofía representa “la tradición galileana que, desde la ilustración, quería demostrar de una vez que la búsqueda de conocimiento culmina en el dominio de la naturaleza y el progreso material” (Mardones, 1982, p.133). Fue sistematizada por Comte y tiene entre sus teóricos más relevantes a Emile Durkheim, Karl Popper, Thomas Jun, Jean Piaget, Niklas Luhmann y John Elsner. (Vergara, 2006, p. 272)

ii) Postura Fenomenológica, Hermenéutica y Lingüística

Su origen está en las concepciones teleológicas de Aristóteles y sus raíces más cercanas en Hegel y en la historiografía y lingüística alemana. Se

¹ Este tema se basa en la definición de epistemología elaborada por el académico Jorge Vergara en el texto *Pensamiento Crítico Latinoamericano, Conceptos Fundamentales*, coordinado por el Dr. Ricardo Salas Astrain.

constituyó en una respuesta crítica al positivismo y a su idea de adecuar los conocimientos científico-sociales al modelo empleado por las ciencias naturales, particularmente la física y la matemática. “Sus teóricos sostienen que las ciencias sociales poseen una racionalidad diferente y metodologías propias frente a las ciencias naturales... coinciden en considerar la “comprensión” (Verstehen) como el método adecuado para acceder al mundo humano que es significativo e intencional, aunque sus nociones sobre la comprensión sean diferentes.” (Vergara, 2006, p. 273)

iii) Posición Dialéctica y Crítico-Hermenéutica

Difiere del objetivismo empiricista y del subjetivismo de la postura comprensiva. El análisis dialéctico implica el ejercicio constante de la auto-crítica, “que cuestiona los procesos de positivación y cristalización de lo social, ya señalados por el joven Hegel; y los de fetichización analizados por Marx. Esta postura continúa con la Escuela de Frankfurt y se convierte en Adorno en el ejercicio permanente de la crítica. Se desarrolla paralelamente a las investigaciones de Ernest Bloch y Georg Lucas y conduce a los nuevos intentos de fundamentación de las ciencias humanas con Jürgen Habermas y Karl-Otto Apel.” (Vergara, 2006, p. 273)

Por otro lado, cabe hacer notar que la gerontología,² al ser un campo de trabajo que considera distintas disciplinas y enfoques, se ve enfrentada a la necesidad de discutir y articular teorías, metodologías y métodos de trabajo diversos. Es por esta razón que se considera relevante mencionar los aportes de Habermas a la discusión que se genera en Ciencias Sociales respecto a la validez de uno u otro enfoque.

Según Habermas,³ la tímida discusión abierta por el neokantismo respecto de las diferencias metodológicas entre las ciencias de la naturaleza y ciencias del espíritu está hoy olvidada. “La autocomprensión positivista predominante entre los investigadores ha adoptado la tesis de la unidad de las ciencias empíricas: el dualismo que se creía fundado en la lógica de la investigación, se reduce, según los criterios del positivismo, a una diferencia de desarrollo entre esas dos clases de ciencias” (Habermas, 1996, p. 81).

² Cabe mencionar el enfoque de la gerontología crítica “perspectiva teórica que se construye sobre las bases de diversas tradiciones intelectuales dentro de la teoría social –economía política, perspectiva humanista y perspectiva biográfica–, y que caracterizado principalmente a la escuela británica en los estudios sobre envejecimiento.” (Véase en Osorio, 2007, 204).

³ Basado en el texto de Habermas, *La Lógica de las Ciencias Sociales*, específicamente en el capítulo II la Hermenéutica.

Las ciencias nomológicas se extienden actualmente más allá del ámbito de las ciencias naturales teóricas para incorporar ámbitos como la economía, psicología, sociología y ciencia política. Por otro lado, las ciencias histórico-hermenéuticas continúan su camino por las viejas vías. No existen indicios de que sus procedimientos se puedan integrar del todo al modelo de las ciencias experimentales estrictas.

Esta yuxtaposición de teoría analítica de la ciencia y reflexión hermenéutica de fundamentos parece no molestar a ninguna de las partes en su consolidada autoconciencia. No existiría ningún motivo para analizar este síndrome de dualismo científico si no hubiese un ámbito en que permanentemente se conduce a síntomas que implican una discusión. Es en el campo de las ciencias sociales donde chocan y se vinculan enfoques y fines diversos. En el estado actual de las disciplinas sociales resulta tentador plantear que los problemas metodológicos que no están aclarados se deben a una confusión que se podría remediar mediante una limpieza lógica a fondo y a un programa de ciencia unitaria. Desde esta perspectiva, los positivistas plantean que del "purgado corpus de las ciencias sociales tradicionales habría de surgir una ciencia empírico-analítica del comportamiento, universal y en principio unitaria, que en su estructura no tendría por qué distinguirse de las ciencias teóricas de la naturaleza." (Habermas, 1996, p. 81)

Estos enfoques rivales en ciencias sociales tienen entre sí una estrecha relación que se origina negativamente en que a la sociedad no puede encasquetársele el conjunto de teorías generales de la misma forma en que: cabe hacerlo con los procesos objetivados de la naturaleza. Mientras que las ciencias de la naturaleza y las ciencias del espíritu se pueden profesar mutua indiferencia y soportar una convivencia más enconada que pacífica, las ciencias sociales tienen que dirimir bajo un mismo techo la tensión de esos planteamientos divergentes; aquí es la propia práctica de la investigación la que obliga a reflexionar sobre la relación entre procedimientos analíticos y procedimientos hermenéuticos. (Habermas, 1996, p. 83)

En este sentido, tanto las investigaciones sociales como las intervenciones sociales en gerontología requieren que los equipos de trabajo analicen la relación y pertinencia entre los enfoques epistemológicos-teóricos y metodológicos que se consideren en la acción gerontológica.

La Noción de Obstáculo Epistemológico Planteado por Bachelard⁴

Al investigar las condiciones psicológicas del progreso de la ciencia es necesario destacar el problema del conocimiento científico en términos de obstáculos. “Es ahí donde mostraremos causas de estancamiento y hasta de retroceso, ahí donde discerniremos causas de inercia que llamaremos obstáculos epistemológicos” (Bachelard, 2004, p. 15). Se conoce en contra de un conocimiento previo, modificando conocimientos mal adquiridos o superando todo aquello que dificulta la espiritualización.

La ciencia se opone a la opinión, ya que esta piensa mal y traduce necesidades en conocimientos. El espíritu científico impide tener opinión respecto a situaciones que no se comprenden y que tampoco se formulan claramente. Es fundamental saber plantear los problemas, ya que para un espíritu científico el conocimiento es respuesta a una pregunta.

Cuando el espíritu prefiere confirmar su saber y no aquello que lo contradice, entonces domina un espíritu conservativo y el crecimiento espiritual se paraliza. Cuando el conocimiento empírico se racionaliza “nunca se está seguro de que los valores sensibles primitivos no afectan a los raciocinios” (Bachelard, 2004, p. 17). Se puede reconocer que la idea científica que es muy familiar se carga con un concreto psicológico demasiado pesado, perdiendo su **vector de abstracción**. En la investigación científica el espíritu no se siente impedido de variar las condiciones, de salir de la contemplación de lo mismo y buscar lo otro, vale decir, dialectizar la experiencia.

La noción de obstáculo epistemológico se puede estudiar en el desarrollo histórico del pensamiento científico y cuando es puesto en práctica por la educación. Lo que se encuentra en la historia del pensamiento científico está muy lejos de servir efectivamente a la evolución de este pensamiento. Según Bachelard, solo la razón dinamiza a la investigación, ya que va más allá de la experiencia común, siendo el esfuerzo de racionalidad y construcción el que debe interesar al epistemólogo. “El historiador de la ciencia debe tomar las ideas como hechos. El epistemólogo debe tomar los hechos como ideas, insertándolas en un sistema de pensamientos” (Bachelard, 2004, p. 20). Si un hecho es mal interpretado en una época, sigue siendo un hecho para el historiador. Sin embargo, para el epistemólogo es un **obstáculo**, un contrapensamiento.

⁴ Esta información se basa en el texto “La Formación del Espíritu Científico”, de Gastón Bachelard. En el texto se mencionan varios obstáculos epistemológicos, para este trabajo se han destacado los obstáculos de la experiencia básica y el conocimiento general.

La noción de obstáculo pedagógico también es desconocida en la educación. Los profesores de ciencias creen que el espíritu se inicia como una lección, repitiendo una clase o una demostración. El interés debería centrarse en **cambiar** (no adquirir) una cultura experimental.

El primer obstáculo mencionado por Bachelard es cuando “**La experiencia básica** es colocada por delante y por encima de la crítica... He aquí entonces la tesis filosófica que sostendremos: el espíritu científico debe formarse en contra de la naturaleza, en contra de lo que es, dentro y fuera de nosotros, impulso y enseñanza de la naturaleza, en contra del entusiasmo natural, en contra del hecho coloreado y vario” (Bachelard, 2004, p. 27). Es deber del espíritu científico formarse reformándose.

Desde el punto de vista gerontológico, la experiencia se antepone a la crítica cuando se aplican los mismos modelos y enfoques de intervención, sin apertura a nuevas propuestas de trabajo. Por ejemplo, en una investigación⁵ realizada en establecimientos de larga estadía se encontró que los talleres y actividades de las instituciones no incluían enfoques actuales en gerontología y además se basaban en una sistema de planificación normativa que antepone los intereses de los profesionales por sobre las necesidades de las personas mayores, su familia y su comunidad.

Un segundo obstáculo se refiere al **conocimiento general como obstáculo para el conocimiento científico**. En este punto, Bachelard señala que la falsa doctrina de lo general ha retardado el progreso del conocimiento científico. Un psicoanálisis del conocimiento objetivo debe analizar meticulosamente todas las seducciones de la **facilidad**, de esa forma, se llegará a una teoría de abstracción científica verdaderamente sana. El autor propone una serie de ejemplos, donde concluye que “si se mide el valor epistemológico de estas grandes verdades comparándolas con los conocimientos erróneos que han reemplazado, no cabe duda que estas leyes han sido eficaces. Mas ya no lo son.” (Bachelard, 2004, p. 68)

Este obstáculo se presenta cuando los profesionales, funcionarios y equipos de trabajo no se interesan por conocer y analizar nuevos enfoques epistemológicos y teóricos, considerando que sus bases conceptuales (cuando han sido discutidas) en gerontología son un dogma que no puede ser refutado.

⁵ Investigación que se incluye en el libro *Gerontología Social Aplicada. Visiones Estratégicas para el Trabajo Social*, publicada por el autor de este artículo el año 2004 en la Editorial Espacio de Argentina.

Propuesta de Intervención Gerontológica Estratégica con Grupos

Ideas Principales

- i) Se plantea que las Personas Mayores son un grupo excluido por participación y modo de vida, siendo relevante su integración social a la familia y a la comunidad.
- ii) Se propone un Enfoque de Intervención Gerontológica Estratégica para trabajar con grupos que consideren a los Adultos Mayores como **actores sociales vulnerables** y a los profesionales como **actores sociales involucrados**. Se basa en un enfoque del rol del Adulto Mayor que supere el tradicional “viejismo” y valore las potencialidades y recursos sociales que posee.
- iii) Considerando el enfoque del desarrollo humano se trata de satisfacer aquellas necesidades que son valoradas por las personas mayores. De manera especial su participación en las actividades económicas, culturales, políticas y sociales de sus comunidades.
- iv) Se basa en premisas del enfoque epistemológico de la Sociología del Conocimiento, en la Teoría de Roles y Teoría de la Actividad aplicada al ámbito gerontológico y en el Diseño de Planificación Estratégica.

Fundamentación

Según Manuel Castells, varios acontecimientos de trascendencia histórica han modificado el contexto social de la vida humana hacia el final del segundo milenio de la era cristiana. Una revolución tecnológica que está centrada en las tecnologías de la información está cambiando la sociedad a un ritmo acelerado. Se ha acentuado el desarrollo desigual entre los segmentos y territorios dinámicos de las sociedades. Los movimientos sociales tienden a ser fragmentados y localistas. La gente se reagrupa en torno a identidades primarias: religiosa, étnica, territorial y nacional. En un mundo de poder e imágenes la búsqueda de la identidad atribuida o construida se convierte en la fuente fundamental de significado social. Las redes globales conectan o desconectan de manera selectiva a individuos, grupos, regiones o incluso países, según su relevancia para lograr las metas procesadas en la red. Según Castells, los principales rasgos de este paradigma de la tecnología de la información son: la información es su materia prima, la capacidad de penetración de los efectos de las nuevas tecnologías, la lógica de interconexión de todo sistema, su capacidad para

reconfigurarse y la convergencia creciente de tecnologías específicas en un sistema altamente integrado. El paradigma de la tecnología de la información no evoluciona hacia su cierre como sistema, sino que hacia una apertura como una red multifacética. Sus cualidades decisivas son: su carácter integrador, la complejidad y la interconexión. No obstante estos avances, existen grandes áreas del mundo e importantes segmentos de la población desconectados del nuevo sistema tecnológico. La oportunidad diferencial de acceso al poder de la tecnología para las gentes, los países y las regiones es una fuente de desigualdad en la sociedad. (Castells, 1999 26.28)

En este contexto social, cabe hacer notar que la sociedad contemporánea asigna una fuerte valoración a lo científico y tecnológico por sobre la experiencia personal. Es así como el adulto mayor comienza a ser considerado como un ser que no tiene nada valioso que aportar. Resulta tradicional la expresión de que los adultos mayores tienen un “rol sin rol”, vale decir, una posición social carente de obligaciones. En una sociedad moderna las tareas son, principalmente, de tipo laboral, ya que a través de ellas el individuo adquiere su respectivo status económico y social. El hecho de que este grupo etario no forme parte de la población activa significa que queda privado del status que proporciona el producir, así como liberado de diversas obligaciones constituyentes de un rol social en una sociedad centrada en las tecnologías de la información.

Con la finalidad de facilitar la construcción y valoración del rol social activo de las personas mayores surge la necesidad de diseñar e implementar estrategias de intervención gerontológica basadas en la comprensión del proceso de vejez y envejecimiento, tendientes a mejorar su calidad de vida.

A continuación, se propone un enfoque⁶ de *trabajo grupal* contemporáneo, que considere a los Adultos Mayores como *Actores Sociales Vulnerables* y a los profesionales como *Actores Sociales Involucrados*. Se basa en un enfoque del rol del Adulto Mayor que supere el tradicional “viejismo” y valore las potencialidades y recursos sociales que poseen. Para tal efecto, la propuesta se centra en los postulados de la sociología del conocimiento, teoría de roles aplicada al ámbito gerontológico y en el diseño de planificación estratégica.

El enfoque debe ser entendido como un proceso activo, de modo que promueva una propuesta participativa e innovadora que dé cuenta de una visión colectiva de gestión flexible, compartida por todos los actores sociales que formen parte del proceso de intervención. Desde la perspectiva estratégica, la lógica en el diseño contempla un trabajo donde los Adultos

⁶No se trata de proponer “recetas” de intervención. El enfoque debe ser entendido como una propuesta a desarrollar con y junto a las personas mayores, acorde a las características específicas de cada grupo.

Mayores participan en la situación inicial (diagnóstico grupal), diseño de trayectoria y situación deseada.

A continuación, se mencionan algunos valores que deben guiar la Intervención Gerontológica.

Valores de la Gerontología Social

Con relación a los valores, cabe señalar que “para orientar cualquier profesión resulta útil identificar unos valores que faciliten al profesional la toma de decisiones. Estos valores son comunes a la mayor parte de las profesiones sociales y se describen a continuación: como las seis ‘ies’:

- i) **Individualidad:** Cada sujeto envejece de forma única.
- ii) **Independencia:** Hay que facilitar al máximo la autonomía y libertad de cada persona para que no dependa de otras personas y pueda tomar sus propias decisiones.
- iii) **Integración:** El envejecimiento no debe segregar al individuo de su medio ambiente material y social habitual.
- iv) **Ingresos:** El anciano debe tener recursos materiales suficientes para resolver por sí mismo sus necesidades básicas.
- v) **Interdisciplinariedad:** En el envejecimiento intervienen muchos factores por lo que las soluciones idóneas requieren la intervención de varias disciplinas y de distintos profesionales.
- vi) **Innovación:** Los retos del envejecimiento son únicos en la historia de la humanidad y requieren soluciones innovadoras, no sirviendo los esquemas asistenciales del pasado.” (Moragas, 2000, p. 12-13)

Asimismo, cabe mencionar que en la actualidad se habla de la gerontologización de la sociedad y de las profesiones, siendo fundamental considerar las siguientes premisas en la Intervención Social Gerontológica:

- i) Desde la planificación estratégica se debe propender a la autonomización de los distintos actores sociales afectados o vulnerables (en este caso los adultos mayores). Asimismo, incorporar activamente a los actores sociales involucrados –familia, cuidadores, funcionarios y comunidad– en la situación inicial, diseño de trayectoria, trayectoria y situación deseada.
- ii) No dirigir la intervención a instruir, sino a perturbar y gatillar los procesos sociales.

- iii) Analizar las fortalezas y debilidades de los profesionales y funcionarios en la atención a los adultos mayores.
- iv) Analizar la pobreza en una perspectiva promocional y no asistencial.
- v) Propiciar una descentralización pensada en el tema de la inversión en lo territorial, en función de las necesidades y problemas de los adultos mayores.
- vi) Potenciar dos grandes objetivos con la intervención gerontológica: fortalecer el vínculo social y revalorar el ejercicio de la ciudadanía.
- vii) Considerar los planteamientos de las Asambleas Mundiales de Envejecimiento, Principios a Favor de las Personas Mayores, Estrategia Regional de Seguimiento al Plan Madrid, Declaraciones de Brasilia y acuerdos posteriores.
- viii) Recorrer caminos Epistemológicos- Teóricos y Metodológicos en la Intervención Social Gerontológica.

Descripción⁷

A continuación, se mencionan brevemente algunos elementos conceptuales de la sociología del conocimiento, teoría de roles y diseño estratégico, que constituyen en su conjunto el soporte desde el cual se debe entender este enfoque. Cabe advertir que las bases Epistemológicas-Teóricas y Metodológicas que se mencionan se deben adecuar a cada intervención social. En caso contrario, se estaría frente a obstáculos epistemológicos ya descritos.

Con relación a la **sociología del conocimiento**, según Alfred Schutz: “mundo del sentido común”, “mundo de la vida diaria” y “mundo cotidiano” son expresiones que se refieren al mundo intersubjetivo experimentado por el hombre. Es la escena de la acción social donde los hombres entran en mutua relación y tratan de entenderse unos con otros, así como consigo mismos. Schutz, destaca tres elementos para comprender el mundo del sentido común.

En primer lugar, *la situación biográfica* plantea que aunque la realidad del sentido común conforma la matriz de toda acción social, cada individuo se sitúa en la vida de una forma específica. Nacer en el mundo significa nacer de progenitores que son exclusivos, ser criado por adultos que se constituyen en

⁷ En un artículo publicado por el autor de este trabajo en una Revista de Trabajo Social de la Universidad de Antioquia, la intervención gerontológica se basa en los planteamientos de Raymond Williams respecto de la Sociología de la Cultura.

elementos conductores del fragmento de experiencia de cada individuo. “Los seres humanos son concebidos por madres y no elaborados en retortas, el período formativo de cada vida transcurre de una manera única” (Natanson, 2003, p. 17). Cada persona continúa durante su vida interpretando lo que encuentra en el mundo según sus particulares intereses, deseos, motivos, aspiraciones, compromisos ideológicos y religiosos.

En segundo lugar, *el acervo de conocimiento a mano* constituido por tipificaciones del mundo del sentido común. Se acepta este mundo como existente antes del nacimiento del individuo. “No hace falta que nadie nos enseñe que lo común *es* común, que lo familiar *es* familiar; la textura misma de la vida del sentido común incluye estas tipificaciones, que hacen posible, en verdad, otras aseveraciones”. (Natanson, 2003, p. 18)

En tercer lugar, las *coordenadas de la matriz social* se refiere a que la definición del mundo del individuo surge producto de su subjetividad, sedimentada y estructurada de manera exclusiva. Sin embargo, aunque el individuo define su mundo desde su perspectiva, es un ser social enraizado en una realidad intersubjetiva. (Natanson, 2003, p. 16-19)

Desde estos planteamientos, interesa considerar sus significados, potencialidades, necesidades, intereses y aspiraciones que los Adultos Mayores tienen antes y durante su participación en el grupo. Se debe planificar con y junto a los integrantes del grupo.

Con relación a la **teoría de roles y teoría de la actividad** interesa potenciar la participación informativa, consultiva y resolutoria de las personas mayores, siendo considerados en cada uno de los momentos de la intervención. Respecto del **diseño de planificación situacional** la estrategia se basa en compartir el diseño del plan de gestión grupal desde su fase inicial. Debe ser entendido como un proceso activo, de modo que promueva a futuro la apropiación de una propuesta participativa e innovadora que dé cuenta de una visión colectiva de gestión flexible, compartida por las personas mayores y dinámicamente interactivas con los profesionales, familia y comunidad. En este sentido desde la perspectiva situacional la lógica en el Diseño de la Situación Inicial-Trayectoria-Situación Deseada obedece a:

para contribuir a

CONOCER

ACTUAR TRANSFORMAR

La participación y el involucramiento es una exigencia interna de la naturaleza misma del ser humano. En el caso del trabajo grupal, la participación de las personas mayores en la gestión se orientará hacia tres temas centrales: la expresión e integración de las demandas y necesidades indivi-

duales en la consecución de un interés colectivo, compartido desde la diversidad cultural, social y de género; como incentivo para una gestión grupal que sea eficaz, integradora y estimulante para el desarrollo humano, constituyéndose en un espacio de interacción en el cual se ponen en juego los deberes y derechos; como instrumento que satisfaga las necesidades ciudadanas de integración de las personas mayores, como sujetos activos en la vida social de su entorno ambiental físico, social y cultural. Participar en grupos es construir espacios para la vida.

La propuesta de diseño del plan de gestión grupal desde la perspectiva de la planificación estratégica es un enfoque que utiliza herramientas de comunicación y elementos de la dinámica cotidiana de trabajo, entendida como red de apoyo. La planificación estratégica es un trabajo participativo de un grupo de personas en torno a un objetivo común para el diseño de planes y programas en que los compromisos son claramente identificables y permiten una evaluación colectiva transparente. Contempla la participación de dos actores sociales de manera fundamental. En primer lugar, los actores sociales afectados o más vulnerables, es decir, las personas mayores que en rigor viven las situaciones y necesidades. En segundo lugar, los actores sociales involucrados que incluye a la familia, comunidad y profesionales que forman parte de su quehacer y su vida, incidiendo en decisiones de apoyo, rechazo o indiferencia respecto al interés para brindar atención y prioridad a los problemas o situaciones a intervenir.

El enfoque se puede aplicar con grupos⁸ de personas mayores pertenecientes a establecimientos de larga estadía, centros de atención diurna y grupos de tarea a nivel comunitario. Busca no solo la asociatividad, sino además potenciar el capital social, entendiendo este como la confianza y capacidad instalada que facilita la construcción de redes sociales que se generan al interior y el exterior del grupo, facilitando avanzar a la fase de productividad grupal.

El enfoque contempla cuatro momentos interdependientes. Estos, son los siguientes: *fundamentos estratégicos, situación inicial, diseño de trayectoria y situación deseada.*

⁸ Grupos o subgrupos no superiores a 25 personas. Está enfocado a una intervención microsocia.

Momentos del Modelo

Fundamentos Estratégicos⁹

Este proceso consta de cuatro procesos específicos: génesis de la estrategia grupal, vinculación con los propósitos de la institución, solicitud de recursos, diseño de mecanismos de motivación y selección de los actores sociales afectados o vulnerables. Son instancias interdependientes y que en ningún caso deben ser entendidos como un circuito lineal de trabajo.

Génesis de la estrategia grupal

Parte de la premisa de que profesionales, técnicos o funcionarios de alguna institución se interesan en proponer la formación de grupos de personas mayores. La motivación puede surgir de la experiencia laboral o de la demanda directa de personas mayores interesadas en integrar grupos para satisfacer necesidades afectivas, materiales e informativas. Los antecedentes pueden ser obtenidos a través de técnicas de recolección de información, como por ejemplo: observaciones, cuestionarios, entrevistas y análisis de documentos.

En este punto es clave considerar la dimensión sociopolítica de la intervención, entendida como “la acción social producida a partir de la inaceptabilidad de una situación vivencial de un grupo de individuos, la cual a su vez estaría provocada por la dinámica de base del sistema. Este último aspecto, que implica una mirada crítica a tal dinámica de base, es la que más claramente diferencia una intervención de tipo socio-política de una de tipo caritativa o asistencial” (Corvalán, 1996, p. 5). Es clave considerar a las personas mayores como interlocutores válidos y necesarios en el poder de toma de decisiones de sus situaciones y propuestas de intervención.

Vinculación con los propósitos de la institución

A la luz de los antecedentes recabados por los facilitadores de la propuesta que sustentan la estrategia de formar un(os) grupo(s) de trabajo se analiza la pertinencia que la propuesta tiene con la visión, misión y propósitos de la institución donde se desempeñe el profesional. Se trata de obtener el apoyo estratégico de la institución y del respectivo equipo del área o departamento en el que se implementará la estrategia.

⁹ Este momento solo se debe considerar si se está formando un grupo. Si el grupo ya está formado se debe comenzar con el momento dos, denominado: la situación inicial.

Recursos

Se deben solicitar los recursos humanos, materiales, financieros, equipamiento y de infraestructura necesarios para la intervención. Si la institución no cuenta con los recursos necesarios se debe postular la propuesta a fondos externos.

Mecanismos de motivación y selección de los actores sociales afectados o vulnerables

Se pueden utilizar procedimientos tales como: entrevistas, visitas domiciliarias, medios de difusión, carteles, dípticos y afiches. En esta fase del proceso se trata solo de imaginar estrategias de acercamiento a los actores sociales vulnerables, por lo tanto, no se elaboran diseños, programas o proyectos grupales.

Cabe hacer notar que todos los procesos de este momento denominado fundamentos estratégicos permite potenciar la variable política (entendida como toma de decisiones), con el fin de lograr el apoyo institucional que se requiere para organizar e implementar el Enfoque de Intervención Gerontológica.

Situación Inicial

La Situación Inicial se entiende como “el punto de inicio para planificar que se realiza mediante un Diagnóstico Situacional” (Pichardo, 1997, p. 82). En la elaboración del Diagnóstico Situacional se identifican las siguientes fases:

Se inicia con la elaboración del diagnóstico grupal comprensivo, entendido como *un proceso permanente que se realiza con y junto al grupo. Tiene como soporte epistemológico la sociología del conocimiento y permite que los actores sociales afectados e involucrados identifiquen las situaciones a intervenir resaltando las fortalezas y recursos del grupo, lo que permite planificar el diseño de trayectoria.* La información que es necesario incluir es la siguiente:

Identificación de grupos y actores sociales insertos en la situación

Lo que incluye historia del grupo, antecedentes individuales, familiares, sociales y culturales de sus miembros.

Identificación de relaciones simples referidas a situaciones de la realidad dimensionadas en su origen y magnitud a partir de la visión de los grupos. Incluye elementos de la dinámica interna del grupo, tales como: normas, roles, status, posición, metas, tareas, objetivos, comunicación, líder, liderazgo, conflicto (si corresponde), regulación de la intimidad grupal, directiva, comisiones, programa de trabajo y etapa(s) en la que se encuentra el grupo.

Identificación de relaciones complejas referidas a la conexión de los grupos y su realidad con el contexto global. Incluye aspectos referidos a lo cultural, económico, político, medio ambiental, asociativo y redes de apoyo.

Caracterización de los grupos sociales afectados e involucrados desde su propia percepción respecto a su historia, idiosincracia, entorno ambiental, vida colectiva cotidiana, conflictos y situaciones surgidas entre los actores sociales y su propio accionar.

Identificar actores o fuerzas sociales de apoyo o no al proceso. Antecedente relevante para la formulación de estrategias y su viabilidad de incorporar en la trayectoria. La idea es conocer y comprender las fuerzas a favor y en contra de la intervención grupal. Incluye el contexto institucional, grupal, familiar y comunitario.

Desde el inicio de la intervención grupal se debe elaborar un *contrato grupal*, en el que se consignan la negociación inicial entre los actores sociales afectados e involucrados. El contrato se va modificando acorde a los ajustes que se estimen pertinente.

Tareas del facilitador, debe estar atento a dos procesos que se pueden presentar en la fase de formación del grupo. En primer lugar, lo referido a su *autoridad al interior del grupo*. Los actores afectados le otorgan un poder "omnipotente" que se refleja en las expectativas respecto de las estrategias de intervención que este debería desarrollar para resolver los problemas, necesidades o situaciones a intervenir. Es necesario que el profesional o encargado deje claro su rol al interior del grupo, señalando que es un actor social involucrado y no el único responsable del proceso grupal. Se debe enfatizar que se trata de un trabajo colectivo que implica responsabilidades y desafíos permanentes. En segundo lugar, se cuestiona la autoridad del actor social involucrado, ya que se espera que tenga "respuesta" a las inquietudes del grupo. El facilitador debe perturbar, facilitar y gatillar los

procesos grupales, fortaleciendo la toma de decisiones y organización del grupo. Este proceso requiere clarificar la importancia de la participación a nivel informativo, consultivo y resolutivo.

Diseño de Trayectoria y Situación Deseada

Se entiende como un “conjunto de proyectos estratégicos que realizados en un encadenamiento temporal de secuencia, son capaces de alterar la situación inicial, hasta acercarse a la situación deseada” (Pichardo, 1997, p. 83). Los Proyectos de Acción Estratégica, son diseñados y ejecutados en conjunto con los actores con el propósito de modificar las situaciones de la realidad que así lo requieren. Para efectos de la propuesta de Intervención Social Grupal se elaborará un Plan de Diseño Grupal que contendrá los siguientes elementos:

Definición de Imagen Objetivo del Plan (Situación Deseada)

Su rol será orientador del desarrollo del proceso, debiendo responder a los intereses del grupo y a la búsqueda de atención a sus situaciones que requieren modificaciones en forma prioritaria. La Imagen Objetivo se diseña en base a los siguientes lineamientos:

- i) ¿Qué se hará? (señalando donde se busca llegar con el proceso)
- ii) ¿Con quién se hará? (referido al grupo meta)
- iii) ¿Cómo se hará? (enfoque valórico y epistemológico)
- iv) ¿En qué periodo de tiempo?

Definición de los Objetivos Estratégicos

Para ello son los actores, a través de técnicas participativas de consenso y basándose en los antecedentes del Diagnóstico Situacional, quienes deben definir las ideas matrices prioritarias para intervenir a través del plan, procurando con ello cambios cualitativos y cuantitativos a futuro en su situación de mediano y largo plazo. Cada objetivo estratégico definirá una idea de proyecto de acción estratégica.

Definición de Proyectos Estratégicos

Para definir los proyectos, es necesario establecer una relación de cada uno de los objetivos estratégicos con disponibilidad de recursos, políticas sociales existentes a nivel central y local, nivel de apoyo con que cuentan las ideas matrices o iniciativas del plan (consenso político) y nivel de priorida-

des establecido por los actores, para definir la viabilidad de su ejecución y logros.

Ordenamiento temporal de los proyectos

Referido a los periodos de tiempo en que se implementarán, a través del desarrollo de la trayectoria.

Ejecución de proyectos de acción estratégica

Referido al desarrollo de los proyectos antes definidos.

Evaluación permanente durante la ejecución

Asumido como un proceso de verificación y validación de la intervención grupal, que se realizará evaluando resultados, limitaciones y ajustes a través de corrección y retroalimentación de los proyectos de la trayectoria.

Consolidación del proceso

Para ello se requiere un fuerte y permanente apoyo a través de asistencia y capacitación técnica con un acompañamiento permanente y cercano, hasta lograr su consolidación, siempre apuntando a un trabajo con y junto al grupo.

Bibliografía

- Bachelard, G. (2004). *La Formación Del Espíritu Científico*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Barros, C. (1996). *Apoyo Social y Bienestar del Adulto Mayor*. Santiago: Instituto de Sociología de la Pontificia Universidad Católica de Chile.
- _____. (1993). *Tiempo Nuevo para el Adulto Mayor*. Santiago: Instituto de Sociología de la Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Briones, G. (1999). *Filosofía y Teorías de las Ciencias Sociales*. Santiago: Dolmen.
- Castells, M. (1999). *La Era de la Información. Economía, Sociedad y Cultura*. México: Siglo XXI.
- Corvalán, J. (1996). Los Paradigmas de lo Social y las Concepciones de Intervención en la Sociedad. CIDE, n° 4.
- Habermas, J. (1996). *La Lógica de las Ciencias Sociales*. Madrid: Tecnos.
- Moragas, R. (1991). *Gerontología Social*. Barcelona: Herder.
- Olivo, V. & María Gladys (2003). Planificación Social y Trabajo Social para el Desarrollo Territorial. *Pensamiento y Sociedad*. 2004. Universidad Central de Chile.
- Osorio, P. (2007). Construcción Social de la Vejez y Expectativas ante la Jubilación en Mujeres Chilenas. *Universum*, 2 (22).
- Pichardo, A. (1997). *Planificación y Programación Social*. Buenos Aires: Lumen-Humanitas.
- Piña, M. (2004). *Gerontología Social Aplicada: Visiones Estratégicas para el Trabajo Social*. Buenos Aires: Espacio.
- Salas, R. (2005). *Pensamiento Crítico Latinoamericano*. Santiago: Universidad Católica Silva Henríquez.
- Sánchez, C. (2000). *Gerontología Social*. Buenos Aires: Espacio.
- Schutz, A. (1962). *El Problema de la Realidad Social*. Buenos Aires: Amorrortu.

**FORMACIÓN
GERONTOLÓGICA**

Reflexiones acerca del Proceso de Aprendizaje en las Personas Mayores

ISABEL MARGARITA RAMÍREZ FERNÁNDEZ*

Resumen

Se presenta una reflexión acerca del proceso de aprendizaje en las personas mayores, a la luz de algunos aportes desde la psicología del aprendizaje a la gerontología. La experiencia de la Universidad del Adulto Mayor (UDAM) de Valparaíso, luego de seis años de funcionamiento, nos entrega algunos elementos de análisis, planteando nuevos desafíos al conocimiento de la vejez enmarcada en el proceso de educación continua.

Se acompaña una mirada al desarrollo curricular que ha tenido este programa y su adecuación permanente a fin de satisfacer la demanda y expectativas de sus alumnos, que se insertan en una modalidad nueva de estudios con carácter académico.

Una aproximación al estudio de impacto que provoca este proceso en la vida personal, familiar y social de las persona mayores hace necesaria una investigación rigurosa que oriente planificaciones y evaluaciones de futuros programas en el campo del envejecimiento.

Abstract

A reflection about the learning process in the elderly is presented. This reflection is made in light of contributions of the learning psychology to gerontology. After six years of operation, the Universidad del Adulto Mayor –UDAM-UV (Senior Citizens University) in Valparaíso, Chile, give us important elements for the analysis, posing new challenges to the knowledge of the elderly in the context of continuing education.

In addition, an examination of the curriculum development of this program is presented. The constant adaptation in order to satisfy the demand and expectation of the students who participate in this new academic approach, are some of the characteristic of this process.

An approximation to the study of the impact that this experience has on the senior citizens personal, family and social life, requires rigorous research to guide the planning and assessment of future programs in the field of aging.

* Isabel Margarita Ramírez Fernández. Educadora Familiar de la Universidad Católica de Valparaíso (1971). Estudios reconocidos en Alemania como sozialpädagoger/Sozialarbeiter (1977). Asistente Social de la Universidad Católica de Valparaíso (1996). Master en Gerontología Social Aplicada. Universidad de Barcelona España (2003). Docente Universidad de la Tercera Edad (UPTE) Universidad de Chile y la Universidad del Adulto Mayor (UDAM-UV), Universidad de Valparaíso.

Introducción

En nuestro mundo globalizado, marcado por la diversidad cultural, por el desarrollo tecnológico y de las comunicaciones y sobre todo por la velocidad en que ellos ocurren, si volvemos la mirada hacia las personas debemos considerar el impacto que el envejecimiento demográfico está produciendo en la sociedad.

En este escenario, hoy, más que nunca, la educación puede cumplir una función esencial en el desarrollo de las personas y de la sociedad, sin embargo, se necesita desarrollar un nuevo concepto más inclusivo de educación, una educación que propicie el desarrollo integral y el crecimiento permanente, adecuándose a las nuevas necesidades de todos y todas, distinto de aquel que acompañó la formación de las personas que hoy constituyen el segmento Adulto Mayor.

Entre las nuevas necesidades que impone el envejecimiento demográfico se hace imprescindible implementar políticas orientadas a la Educación Permanente de los individuos.¹

Las políticas públicas de vejez tendrán que enfatizar el rol de la educación en este desarrollo, considerando que la sociedad del conocimiento debe ser inclusiva también con las personas mayores.

Ellos, que son personas activas, sanas, protagonistas de su envejecimiento y cursan una etapa de su vida –la vejez–, no deben ser considerados beneficiarios en término de educación, sino sujetos de derecho, puesto que la educación es un derecho, por lo tanto, la sociedad tendrá para con ellos las mismas obligaciones que tiene con el resto de la población.

El tema educacional referido a personas mayores no es solo un tema de igualdad de derechos (dar a todos lo mismo), sino que se trata, más bien, de igualdad de oportunidades para acceder a ella, es decir, es un tema de equidad.

Muchos adultos mayores no han tenido la escolaridad obligatoria actual (12 años) y en la práctica el uso que han podido hacer con sus conocimientos en su propio beneficio de desarrollo es bastante más limitado de lo que hoy es posible.

Ello, también por falta de uso (léase analfabetismo por desuso) o simplemente falta de oportunidad de aplicar dichos conocimientos en sus vidas, de manera que, lejos de actualizarse en sus conocimientos, de acre-

¹ Constitución Política de Chile 1980, Artículo 19 N° 10. El derecho a la educación dice: “La educación tiene por objeto el pleno desarrollo de la persona en las etapas de su vida.”. “Corresponderá al Estado, asimismo, fomentar el desarrollo de la educación en todos sus niveles...” “Es deber de la comunidad contribuir al desarrollo y perfeccionamiento de la educación.”

centrarlos y de integrarlos a su bagaje, se fueron adormeciendo o quedando aislados y sin utilidad.

Por esto, aquí cabe aplicar una discriminación positiva en la educación. Se propone, en consecuencia, el principio de equidad (dar a cada uno según su necesidad). La discriminación positiva pretende justamente crear una situación de igualdad de oportunidades.

Es cierto, la enseñanza de la vida les ha dado, en el transcurso de ella, un enorme bagaje de conocimientos y experiencias, pero que no son precisamente las habilidades que requieren para adaptarse al mundo de hoy. Por ejemplo, el alfabetismo digital –base de las comunicaciones– difícilmente lo adquirirán por sí solos.

Habrá que reflexionar acerca del papel de la educación en una sociedad que envejece y cómo tendrán que ser estas oportunidades para que realmente se ajusten a las necesidades de las personas mayores.

En este contexto, la Psicología del Aprendizaje ha hecho grandes aportes a la educación y ellos han sido tomados por la gerontología, disciplina que se ocupa, de una forma amplia e interdisciplinaria, del complejo fenómeno del envejecimiento. Ambas vertientes orientan el desarrollo de la gerogogía o gerontología educacional.

Marco conceptual

La **vejez**, desde una dimensión individual, la concebimos como una etapa más del ciclo vital que se nos presenta como un gran reto personal, de búsqueda, conocimientos y adaptación a los cambios que nos demanda el proceso de envejecer, especialmente, en esta última etapa de la vida.

La **Educación en la vejez** se sustenta, por tanto, en el concepto de **edad funcional**, según la cual:

...la persona requiere permanentemente aprender nuevos roles lo que conlleva a la búsqueda de respuestas propias y específicas, ante las situaciones vitales que debe enfrentar.

La educación para el envejecimiento sano será entonces, aquélla que ilumine, ayude y acompañe la concreción del proyecto de vida, en el ser-siendo persona mediante un aprendizaje horizontal, dialógico e interpersonal y que exige a cada uno vivir según valores de creación, vivenciales y de actitudes. (Tamer, 1995)

Gerogogía es el término para referirse a los procesos que están implicados en la estimulación y en la prestación de ayuda para el aprendizaje de

las personas mayores. Abarca las peculiaridades de estimulación, motivación, ambiente, refuerzo a los problemas psíquicos, físicos y sociales que puedan presentar las personas que aprenden.

Ello se enmarca en un concepto de **Aprendizaje Permanente**, nunca acabado, que trae aparejado, por su parte, la exigencia social de ofrecer alternativas u oportunidades diferentes para las personas, en las distintas épocas de la vida, aún para los mayores, empeñados en seguir aprendiendo.

Es imprescindible señalar que al emplear el concepto de educación estamos aludiendo a la creación de conocimientos, al desarrollo de actitudes y al aprendizaje de destrezas.

Estado del arte. Investigaciones y desarrollo actual del tema

Teorías de aprendizaje

El desarrollo de las ciencias de la educación ha demostrado a nivel mundial la importancia del “aprender a aprender”. El Informe Delors (Delors, 1996) plantea con mucha claridad que en la sociedad del conocimiento más que aprendizaje memorístico y clases lectivas se requiere una postura cada vez más activa del alumno que aprende, es decir, desarrollar un aprendizaje centrado en el alumno. Y siguiendo esta perspectiva, se señalarán los principales aportes del constructivismo.

El constructivismo y el aprendizaje significativo

Aprendizaje se concibe como el proceso social de construcción y generación de conocimientos. El constructivismo constituye la convergencia de diversas aproximaciones psicológicas. Plantea que el individuo, tanto en los aspectos cognitivos y sociales del comportamiento como en los afectivos no es un mero producto del ambiente ni un simple resultado de sus disposiciones internas, sino una construcción propia que se va produciendo día a día como resultado de la interacción entre esos dos factores.

Esta teoría nos ayudan a comprender como se produce el aprendizaje, tanto de habilidades, actitudes y también en el ámbito conceptual.

Un importante concepto, que se ha instalado en la teoría educacional, lo ha aportado Ausubel (1976), nos referimos al **aprendizaje significativo**. En este aprendizaje los nuevos conocimientos se incorporan en forma sustantiva en la estructura cognitiva del alumno. Esto se logra al relacionar los nuevos conocimientos con los anteriormente adquiridos. En otras palabras, la construcción del conocimiento comienza con nuestra observación y reconocimiento de eventos y objetos a través de conceptos que ya posee-

mos. Nosotros aprendemos construyendo una red de conceptos. Importante aporte es, su modelo de enseñanza por exposición, para promover el aprendizaje significativo, en lugar del aprendizaje de memoria.

Sea como fuese presentada la información, la pregunta es cómo la nueva información es integrada dentro de la antigua estructura del conocimiento, lo que es crucial para que el aprendizaje significativo ocurra.

Para Ausubel, **aprender es sinónimo de comprender** e implica una visión del aprendizaje basada en los procesos internos del alumno y no solo en sus respuestas externas. Con la intención de promover la asimilación de los saberes, el profesor utilizará organizadores previos que favorezcan la creación de relaciones adecuadas entre los saberes previos y los nuevos. En síntesis, la teoría del aprendizaje significativo supone poner de relieve el proceso de construcción de significados como elemento central de la enseñanza.

Esto se logra cuando el estudiante relaciona los nuevos conocimientos con los anteriormente adquiridos, pero también es necesario que el alumno se interese por aprender lo que se le está proponiendo. Nos parece relevante destacar que en el caso del adulto mayor existe toda una experiencia de vida, una serie de conocimientos desarrollados y a partir de ellos será posible que vayan incorporando nuevos. Además, es preciso conocer los intereses, las necesidades de la persona, no considerarla un sujeto pasivo, sino justamente al revés, solo ella puede incorporar a su bagaje los nuevos conocimientos y lo hará en la medida que le interesen y que le reporten algo valioso a su vida.

Se requiere que ciertas condiciones estén presentes en la persona que aprende:

Predisposición

La persona debe tener algún motivo por el cual esforzarse. Ausubel señala dos situaciones frecuentes en la instrucción que anulan la predisposición para el aprendizaje significativo. En primer lugar, menciona que los alumnos aprenden las "respuestas correctas" descartando otras que no tienen correspondencia literal con las esperadas por sus profesores y, en segundo lugar, el elevado grado de ansiedad o la carencia de confianza en sus capacidades.

Ideas Inclusoras

Es necesario que el sujeto posea un background que le permita incorporar el nuevo material a la estructura cognitiva.

Una importante implicancia de la teoría de Ausubel es que ha resuelto la aparente incompatibilidad entre la enseñanza expositiva y la enseñanza por descubrimiento, porque ambas pueden favorecer una actitud participativa por parte del alumno, si cumplen con el requisito de activar saberes previos y motivar la asimilación significativa.

Cesar Coll (1997), quién realizara significativos aportes al desarrollo de la concepción constructivista del aprendizaje y de la enseñanza crítica, plantea que la educación es motor para el desarrollo globalmente entendido, lo que supone incluir también las **capacidades de equilibrio personal, de inserción social, de relación interpersonal y motrices**.

Coll, señala que el aprendizaje contribuye al desarrollo en la medida en que *aprender no es copiar o reproducir la realidad*. Para la concepción constructivista se puede aprender cuando se es *capaz de elaborar una representación personal sobre un objeto de la realidad* o contenido que se pretende aprender.

La concepción constructivista asume un conjunto de postulados en torno a la consideración de la enseñanza como un proceso conjunto, compartido, en el que el alumno, gracias a la ayuda que recibe de su profesor, puede mostrarse progresivamente competente y autónomo en la resolución de tareas, en el empleo de conceptos, en la puesta en práctica de determinadas actitudes y en numerosas cuestiones.

En síntesis, los diversos autores que hemos citado han aportado al constructivismo una serie de ideas que nos permiten comprender **cómo aprendemos**: construyendo nuestros propios conocimientos que le dan significado a la realidad, así, el proceso de construcción de significados es un elemento central de la enseñanza y supone que el proceso de enseñanza-aprendizaje siempre debe estar **centrado en la persona que aprende**, con un rol activo en la adquisición de conocimientos, habilidades y destrezas. El rol del profesor es de **facilitador, de mediador**.

Si consideramos los principios constructivistas aplicados al adulto mayor, nos hace mucho sentido, pues propician un enorme respeto por su vida y experiencia, le da oportunidad de conocer lo que a él le interesa, permite el proceso de integración y no lo deja pasivo, sino activo respecto a su propio proceso.

El aprendizaje en la vejez

La creencia más común en nuestra cultura es que la edad adulta implica estabilidad, ello también sería coincidente con lo que postulan las ciencias bio-médicas. Sin embargo, y como nos recuerda la Psicóloga Fernández Ballesteros, (Fernández-Ballesteros, 1992), la investigación de lo que ocurre comportamentalmente en la edad adulta es que, aunque con un menor incremento, el individuo sigue desarrollándose o perfeccionando sus repertorios comportamentales.

Es más, en nuestra sociedad actual, la verdadera profesionalización llega mucho después de la adolescencia y la máxima inversión educativa y formativa no sólo se produce en los primeros años de la vida, sino a todo lo largo de esta. En un mundo tecnificado, el aprendizaje se convierte en un objetivo preciado a todo lo largo del ciclo de la vida.

El estudio de la vejez hasta los años '80 estaba enfocado hacia la vejez prototípica, se investigaba todas aquellas características que constituían la "vejez normal", desconociendo la enorme variedad que existe entre las personas mayores. Ha quedado demostrado en múltiples investigaciones que las personas entre más avanzan en su ciclo de vida, más se diferencian; característica conocida como "heterogeneidad en la vejez".

Estudiando estas características aparece entonces el concepto de "vejez exitosa" cuyo enfoque se centra en conocer cuáles son los límites del funcionamiento en la edad avanzada. El éxito de esta mirada, que presenta un modelo más optimista a desarrollar en el campo de la gerontología, incrementa notoriamente el cuerpo de conocimientos sobre reservas inexploradas en las personas mayores y su potencial de cambio basado, fundamentalmente, en dos conceptos muy importantes: **la Variabilidad interindividual y la Plasticidad intraindividual**. (Baltes y Baltes, 1990)

La **variabilidad interindividual** nos amplía el limitado concepto existente de la vejez como una, donde es posible homogeneizar las características de este grupo etario, mostrándonos la enorme gama de personas distintas que conforman este conglomerado, en otros términos la **heterogeneidad** de la vejez.

La **plasticidad intraindividual** es otra de las características estudiadas por Baltes, por la que es posible asumir la capacidad de aprendizaje de las personas mayores.

A partir de la convergencia de aportes de la psicología evolutiva, que se ocupa actualmente de todas las etapas del ciclo vital, y de las investigaciones gerontológicas, centradas en el estudio del envejecimiento, podemos

decir que se ha avanzado enormemente en conocer a la persona en toda la complejidad de su desarrollo.

Esta vejez, revestida entonces de las dos características mencionadas (variabilidad interindividual y plasticidad intraindividual) nos predispone mejor a la comprensión del proceso de aprendizaje en la adultez mayor.

El término plasticidad se ha utilizado para describir diversos tipos de cambios asociados a la neurona y a sus conexiones. La plasticidad se define como la capacidad de una neurona de adaptarse a cambios en el ambiente interno o externo, a la experiencia previa o a las lesiones. La plasticidad apunta al potencial de un organismo para el cambio de un comportamiento en general, y para el incremento de sus rendimientos en particular. (Singer & Lindenberger, 2000)

La plasticidad de las capacidades de rendimiento en la edad adulta se puede investigar indirectamente a través del análisis de la variabilidad histórica y cultural (cambios que afectan a toda la sociedad, por ejemplo, la mejora de la alimentación), así como, directamente, por intervenciones como estudios de entrenamiento.²

Ello nos permite un acercamiento al potencial de rendimiento de la gente mayor, a la vez que puede mostrar qué variables influyen en su mantenimiento o, por el contrario, en su deterioro. Los cambios en los rendimientos intelectuales se ven influidos por la edad, por cambios del entorno material y sociocultural.

El desarrollo de la plasticidad cognitiva en la vejez

La gente mayor sana muestra claras ganancias de rendimiento en aquellas mediciones que están en el centro de la intervención cognitiva. Ahí varía el tamaño de los incrementos de rendimiento, dependiendo de una cantidad de características de intervención. Así, la mera repetición de tests en el ámbito de intervención de la inteligencia fluida conduce a más estrechos incrementos de rendimiento que el ampliado autorregulado ejercicio o el entrenamiento dirigido, los cuales conducen a ganancias de rendimiento de tamaño similar. (Baltes, Sowarka & Kliegl, 1989)

Villar (2005), nos entrega un interesante estudio respecto a los cambios cognitivos asociados al envejecimiento investigados por Paul Baltes y su equipo, quienes, como se ha mencionado anteriormente, han presentado una visión distinta en un marco de comprensión, sobre todo hacia aquellos

² Para ampliar estos antecedentes, Estudio del desarrollo cognitivo de la gente mayor de Jorge Juan Gómez Gude basado en los estudios de la Plasticidad del individuo de Paul Baltes.

cambios que, tradicionalmente, habían estado vinculados a la idea de declive.

Una distinción fundamental en este estudio es aquella que se establece entre la mecánica y la pragmática cognitiva, inspirados en la distinción clásica entre inteligencia fluida y cristalizada. Mientras la primera se refiere a los procesos cognitivos básicos, determinados especialmente por un sustrato biológico, la segunda hace referencia a las capacidades cognitivas contextualizadas en dominios de conocimiento y moldeadas por los entornos culturales en los que nos implicamos a lo largo de la vida.

El concepto de mecánica cognitiva permite a Baltes integrar dentro de su modelo los estudios y hallazgos procedentes de otras perspectivas, como el procesamiento de la información. Así, explica los declives que experimenta esta dimensión aludiendo a conceptos como la velocidad de procesamiento, la falta de eficiencia de la memoria de trabajo o los déficit en inhibición.

Sin embargo, Baltes plantea esta idea de declive de capacidades cognitivas básicas dentro de un contexto más amplio, en el que diferencia entre lo que denomina **rendimiento basal**, que representaría el nivel habitual de rendimiento en una determinada tarea, la capacidad de **reserva basal**, que se refiere al nivel de rendimiento máximo en condiciones de alta exigencia, y la capacidad de **reserva evolutiva**, que alude al rendimiento máximo al que podemos llegar si se efectúan intervenciones optimizadoras.

Esta diferenciación le ayuda a observar que a medida que envejecemos no decrecería tanto nuestro rendimiento basal como nuestras capacidades de reserva. Pese a ello, estas capacidades siempre se mantendrían en alguna medida, siendo la concreción del concepto de plasticidad.

Gerontología Educacional

La Gerontología educacional o gerontología educativa nace del cuerpo de la teoría y la práctica de la educación de adultos. Considera que el rol y la función del educador/a gerontológico/a incluye analizar, diseñar los métodos de organización de la enseñanza, facilitar aprendizajes y también actuar como interventor social. Thornton (1992) propuso tres grandes áreas de trabajo: Educación de adultos mayores, Gerontología educativa y Gerontología académico/profesional.

Hoy, asistimos a un fenómeno nuevo en la educación de adultos. El adulto Mayor ingresa en las universidades y esto responde a expectativas propias del ser humano en su desarrollo. Una mirada hacia la cultura de la ancianidad (Fericgla, 2002) nos ayudará a comprender mejor, desde una

óptica antropológica, las motivaciones de este segmento etario –el de los viejos–, por insertarse en espacios nuevos de aprendizaje que aporten a su desarrollo:

El siglo XX ha visto nacer el colectivo de las personas mayores como grupo etario diferenciado, con intereses propios, con rasgos culturales específicos y con exigencias sociales definidas, cuya cultura está construida a partir de retazos de otros sistemas de valores adaptados a sus acondicionamientos y expectativas.

Entre las características de este modelo superestructural de cultura de la ancianidad se destaca una orientación predominante de origen externo y carácter homogeneizador que quiere orientar los valores de los viejos hacia el disfrute del ocio de consumo. El nuevo ethos está relacionado con el goce y la felicidad derivados de las diversiones como finalidad vital y se impone desde el exterior al colectivo social anciano, aún cuando este se muestre permeable a ello en cierto sentido.

Actualmente, con la aparición de Programas de Universidad para el Adulto Mayor, surge para este colectivo, la posibilidad de insertarse en otra esfera distinta de su desarrollo como persona.

Se podría decir que este evento (ingreso a la Universidad del adulto mayor) marca un hito en la historia social de los adultos mayores, quienes se reconocen en su vejez y desde allí asumen un compromiso consigo mismo y con la sociedad, lo que representa una ventana al mundo del conocimiento, de las comunicaciones y de la integración a través del aprendizaje, un potencial que está en ellos mismos.

La vejez, pese a su heterogeneidad, se asemeja, no obstante, en la disponibilidad de tiempo libre y la buena salud que acompaña a la gran mayoría de ellos. Esta especial situación les permite asumir compromisos en su vida cotidiana, algunos impuestos por la sociedad (roles propios de la vejez) y otros que obedecen a propias decisiones.

La decisión de ingresar a programas universitarios de mayores exigencias y duración en el tiempo emerge, al parecer, de motivaciones más personales. La autoestima juega un rol decisivo, poniendo en juego sus propios esfuerzos y desafíos por mostrar y mostrarse a sí mismos sus capacidades para mantenerse integrados a la sociedad, esta vez, conciente y decididamente a la sociedad del conocimiento.

Reflexiones acerca de la experiencia en la UDAM

El Programa Universidad del Adulto Mayor (UDAM-UV) de la Universidad de Valparaíso, enmarcado dentro de los planes de desarrollo y el concepto de *educación permanente*, ofrece y desarrolla un espacio académico y de capacitación a las personas mayores de 55 años.³

Las personas mayores se integran a un proceso de enseñanza-aprendizaje, especialmente diseñado para ellos, en un modelo Gerogógico de capacitación,⁴ de durabilidad sostenida.

Este Programa comenzó con tres diplomados ofrecidos a 104 alumnos, hoy tiene 336 alumnos en 10 diplomados ejecutivos.⁵ Comprende 3 asignaturas de especialidad, asignaturas transversales y módulos comunes.

Contempla prácticas de 20 horas en el 4º semestre, consistente en una réplica Comunitaria de los conocimientos adquiridos en los 3 semestres de estudio, efectuada en diversas organizaciones educativas, sociales, culturales y comunitarias.

Seis años de experiencia en el programa nos habilitan a dirigir una mirada crítica de revisión a ciertos tópicos, los cuales, a su vez, quedan propuestos para futuras revisiones.

El tema económico no es un tema menor para las personas mayores que quieren integrarse a programas de estudio. En el caso de la UDAM-UV, el 52% de los estudiantes reciben beca de estudio, lo cual también asegura el autofinanciamiento del programa.

Aún cuando no es el objetivo central del programa, se espera que estos estudios habiliten mejor a los alumnos para desempeñarse en trabajos remunerados. Una demostración de ello ha sido la formación de organismos con personalidad jurídica que los estudiantes han constituido en forma autónoma, donde se replican prácticas de sus programas de estudio, lo que les ha permitido postular y adjudicarse proyectos concursables y ejercer trabajos remunerados.

Entre las debilidades que presenta el programa se podría señalar la insuficiencia de personal docente y lo escaso e inadecuado de su infraestructura material, pese a ello, el programa ha seguido incrementándose para responder a la demanda de las personas mayores. Surgen, sin embargo, otros aspectos que parece importantes profundizar.

³ Sistema especial de ingreso sin haber rendido una Prueba de Selección Universitaria (P.S.U.).

⁴ Capacitación especializada en el área gerontológica, para docentes, centrada en el conocimiento de la realidad de los adultos mayores, en un contexto actualizado, sus necesidades educacionales y el desarrollo de sus potencialidades y los recursos metodológicos adecuados.

⁵ Las 5 áreas de estudio son: 1) Administración y Gestión de Empresas, 2) Humanidades y Arte, 3) Informática, 4) Salud y Calidad de Vida y 5) Turismo y Cultura.

Este Programa ha servido como un centro de estudios exploratorio para tesis de pre-grado a otras carreras de la Universidad de Valparaíso, no obstante, al interior de la UDAM-UV no se está generando conocimientos en un sentido riguroso. No está siendo sistematizado por un equipo, ni está generando investigaciones por parte del cuerpo docente, que es lo más cercano a la praxis educativa.

Sin desconocer la rigurosa evaluación que se realiza en cada asignatura y en cada módulo, es igualmente importante poder contrastar los conceptos que nos entrega la gerontología educativa con la praxis diaria que tiene lugar al interior de estas aulas. Averiguar en qué medida se da el **aprendizaje significativo** al que adherimos, como lo concibe Ausubel, con ideas **inclusoras**, atingentes al contexto social y familiar del adulto mayor y en particular, a su biografía.

Puede ser que no se estén relevando en esta práctica, precisamente, los elementos más básicos del proceso de aprendizaje del adulto mayor. Si pensamos en su autoestima y en las posibilidades de que este aprendizaje acreciente su bienestar, ¿estaremos entregando verdaderamente un aporte en esa dirección? ¿Es una educación para la vida, que le ayuda a situarse, a comunicarse, a saber actuar y saber dónde ir, en el sentido de poder dar una orientación y finalidad a su vida?

Para que esta preocupación impregne el quehacer académico del programa parece imprescindible una formación básica, actualizada y permanente en el ámbito gerontológico, de todo el personal que integra el programa UDAM-UV.

Los alumnos adulto mayor no parecen dispuestos a dejar pasar esta oportunidad de ampliar sus conocimientos. Lo demuestra su interés por iniciar nuevos diplomados cuando han terminado uno. También en ellos ha cambiado el concepto del tiempo: de su tiempo. Ahora se atreven a extender sus proyectos a más largo plazo confiando en el manejo de sus capacidades y de las condiciones socio económicas y de salud, requeridas para el estudio.

Sin embargo, las capacidades de aprendizaje que han sido comentadas en este artículo (plasticidad intraindividual) y demostrado con el rendimiento de los alumnos y sus respuestas a las exigencias académicas nos mueven a reflexionar, si ese esfuerzo de los alumnos es el reflejo directo de su autoconcepto, de su biografía, de su voluntad y motivación, entonces lo que no puede dejar de estar presente por parte del programa UDAM-UV es el aprendizaje más personalizado, dialogante, motivador, a fin de no frustrar las reales expectativas y la osada decisión de estos alumnos. Esto,

implica cuidar, especialmente, para que se den las condiciones efectivamente optimizadoras, al aprendizaje.

Muchas de las inquietudes que presentan los alumnos respecto a contenidos de los programas nos debe hacer pensar hacia adonde apuntan sus expectativas. Probablemente no tengan tan claro cuales son las falencias, pero desde estas líneas me atrevería a insinuar qué falta en el programa, o se aprecia muy tenuemente, un sentido más profundo, una espiritualidad, algo que les entregue elementos de reflexión, una religiosidad en el sentido más amplio, un trascender más allá del ethos cotidiano, lo cual, siendo una necesidad inherente al ser humano, se hace más evidente cuando ya ha cursado la mayor parte de la vida y se llega a una etapa de paz y revisión. Será necesario ocuparse también de los afectos y sentimientos de las personas mayores y darles un cause adecuado en el proceso de enseñanza-aprendizaje en que estamos empeñados.

Bibliografía

- Ausubel, D. (1976). *Psicología Educativa: Un Punto de Vista Cognoscitivo*. México: Trillas.
- Baltes, M., Kohli, M., Sames, Hrsg. (1989). *Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen*. Max-Planck Institut für Bildungsforschung und Freie Universität Berlin. 1. Aufl. –Bern; Stuttgart, Toronto.
- Baltes, P.B., Sowarka, D., Kiegl, R. (1989). Cognitive training research on fluid intelligence in old age: What can older adults achieve by themselves? *Psychology of Aging*.
- Baltes, P.B., Baltes, M. (1989). *Erfolgreiches Altern: Mehr Jahre und mehr Leben*. Max-Planck-Institut für Bildungsforschung und Freie Universität Berlin.
- Coll, C., et al. (1997). *El Constructivismo en el Aula*. (6ª.ed.). Barcelona: Graó.
- Delors, J. (1996). *La Educación Encierra un Tesoro*. Informe a la Unesco de la Comisión Internacional sobre la educación para el siglo XXI. Santillana: Unesco.
- Fericgla, J.M. (2002). *Envejece: Una Antropología de la Ancianidad*. Barcelona: Herder.
- Fernández Ballesteros, R., et al. (1992). *Evaluación e Intervención Psicológica en la Vejez*. Barcelona: Martínez Roca.
- Gómez Gude, Jorge Juan. (2006). Estudio del Desarrollo Cognitivo de la Gente Mayor. *Revista Biomédica*, 2 (2).
- Lindenberger, U., Baltes P.B. (1995). Kognitive Leistungsfähigkeit im hohen Alter: Erste Ergebnisse aus der Berliner Alterstudie. *Zeitschrift für Psychologie*.
- Mífsud Tony, S.J. (2006). *Ethos Cotidiano. Un Proceso de Discernimiento*. Universidad Alberto Hurtado.
- Ramírez, F.C.L. (2004). *Reformas Educativas Chilenas de 1965 y 1990: Análisis de Aspectos Curriculares*. Tesis presentada para optar al Grado Académico de Doctora en Ciencias de la Educación.
- Tamer, N. (1995). *El Envejecimiento Humano: sus Derivaciones Pedagógicas*. Interamer 51. Serie Educativas. OEA.
- Thornton, J.E. (1992). Educational Gerontology in Canada. *Educational Gerontology*, 18 (5).
- Villar, F. (2005). Educación en la Vejez: hacia la Definición de un Nuevo Ámbito para la Psicología de la Educación. *Infancia y Aprendizaje*, 28 (1).

Desarrollo del Envejecimiento Activo en México: La Experiencia de la Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Zaragoza

VÍCTOR MANUEL MENDOZA NÚÑEZ*

MARÍA DE LA LUZ MARTÍNEZ MALDONADO**

ELSA CORREA MUÑOZ***

Resumen

El concepto de Envejecimiento Activo establecido por la OMS en 1999 como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”, tiene 3 niveles de abordaje, como i) paradigma, ii) estrategia política y iii) programas y acciones comunitarias. En este sentido, es indispensable que se consideren los 3 niveles de abordaje para el desarrollo e implementación de programas nacionales, estatales y municipales, ya que el paradigma sustenta la estrategia política y esta última es la base operativa para los programas y acciones comunitarias. Por tal motivo, la Fes Zaragoza, Unam, desarrolló un modelo de atención de núcleos gerontológicos sustentado en el enfoque teórico del Envejecimiento Activo y el Empoderamiento, a través de la metodología de investigación-acción, considerando las estrategias de autocuidado, ayuda mutua y autogestión, así como el uso óptimo de las redes de apoyo social formal e informal, con el fin de lograr el máximo de bienestar, salud y calidad de vida de los adultos mayores en la comunidad. Como resultado de la investigación se logró que uno de los Estados de nuestro país (Hidalgo) adoptara como política pública el Envejecimiento Activo.

* Médico Cirujano egresado de la Enep Zaragoza, Unam. Realizó estudios de Maestría en Gerontología en la Universidad Autónoma de Madrid y de Doctorado en Ciencias Biológicas en la Unam en el área del envejecimiento. Es jefe de la Unidad de Investigación en Gerontología de la Fes Zaragoza, Unam. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel II.

** Psicóloga egresada de Enep Zaragoza, Unam. Realizó estudios de Maestría en Educación especial en la Fes Zaragoza, Unam, y en Gerontología Social en la Universidad Autónoma de Madrid. Es Candidata a Doctora en Salud Colectiva en la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. Autora de artículos científicos sobre envejecimiento y vejez.

*** Licenciada en Enfermería egresada de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Unam. Realizó estudios de Maestría en Gerontología en la Universidad Autónoma de Madrid. Profesora de Tiempo Completo de la Fes Zaragoza, Unam. Profesora de los módulos de Envejecimiento Saludable y Gerontología Social del Diplomado en Gerontología de la Fes Zaragoza, Unam.

Abstract

The concept of Active Ageing was defined by the WHO in 1999 as the process of optimizing opportunities for health, participation, and security in order to enhance quality of life as people age. Active ageing can be approached at three different levels: (i) as a paradigm, (ii) as a political strategy, and (iii) as programs for community actions. It is essential to take into consideration such paradigms in the development of national, state and municipal programs, because the paradigm determines the political strategy which is the operative base of programs and community actions. Hence, Fes Zaragoza - Unam has developed an attention model aimed at the promotion of gerontological nuclei based on the theoretical underpinnings of active ageing and empowerment. Our methodological approach can be typified as a form of action research, and is aimed at the enforcement of self-care, self-direction, and social group bonding strategies (both formal and informal), our main objective being the attainment of high standards of well-being, health, and life quality among the elderly. An important side product of our program has been the endorsement of Active Ageing as a State public policy by the State of Hidalgo in Mexico.

Introducción

El concepto de envejecimiento activo fue establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1999, definiéndolo como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”. El término activo, se refiere a la participación continua de los adultos mayores en forma individual y colectiva, en los aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos y no solamente a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra. Este concepto en el plano operativo se refiere al empoderamiento de los adultos mayores en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en los que están inmersos.¹

Entre los antecedentes relevantes del envejecimiento activo podemos señalar la teoría de la actividad, la cual establece que la participación social es imprescindible para el logro de un óptimo nivel de satisfacción con la propia vida. Este enfoque surge en oposición a la teoría de la desvinculación propuesta en 1961 por Cumming y Henry (1961), quienes señalaban

¹ World Health Organization. (2002). *Active aging: a policy framework*. Geneva. Disponible en: www.who.int/hpr/ageing/publications.htm

que durante la vejez ocurría una disminución de la actividad social, la cual era considerada como un hecho normal y hasta adaptativo para las personas mayores en correspondencia a la expectativa de la sociedad.² Sin embargo, la teoría de la actividad señalaba que el hecho de que los ancianos se apartasen de la sociedad no sería ni deseado ni buscado intencionalmente por la persona mayor. Sino que se debía fundamentalmente a los impedimentos y barreras sociales y hasta físicas que le eran impuestas.³

El envejecimiento activo tiene 3 niveles de abordaje, como i) paradigma, ii) estrategia política y iii) acción instrumental a nivel comunitario. (Figura 1)

El envejecimiento activo como paradigma permite tener una visión actual del envejecimiento y la vejez congruente con las capacidades físicas, psicológicas y sociales de la mayoría de los ancianos en el mundo, ya que se ha demostrado en la actualidad que la mayoría de los ancianos son funcionales y por lo tanto representan un capital social fundamental sobre todo para ellos mismos.^{4,5}

Como estrategia política, el envejecimiento activo constituye una alternativa para sustituir el modelo actual de atención gerontológica que visualiza al adulto mayor como un ser decadente y enfermizo, sin posibilidades de un desarrollo social y económico, de ahí que con frecuencia se considera a los viejos como una carga social y económica. Por tal motivo el establecimiento de políticas públicas acordes con el envejecimiento activo permitirán alcanzar las metas señaladas por la OMS:⁶

- i) Menos muertes prematuras en etapas productivas.
- ii) Menos discapacidades relacionadas con enfermedades crónicas en la ancianidad.
- iii) Más personas que disfruten de una calidad de vida positiva a medida que vayan envejeciendo.
- iv) Más personas que participen activamente en los ámbitos sociales, culturales, económicos y políticos de la sociedad, en trabajos

² Cumming, E., Henry, W. E. (1961). *Growing old: The process of disengagement*. New York: Basic Books.

³ Serra, E., Abengózar, M.C. (1990). Ancianidad y Preparación para la Muerte. *Anales de Psicología*, 6 (2), 147-158. Disponible en: www.um.es/analesps/v06/v06_2/04-06_2.pdf

⁴ Menéndez, J., Guevara, A., Arcia, N., León Díaz, E.M., Marín, C., Alfonso J.C. (2005). Enfermedades Crónicas y Limitación Funcional en Adultos Mayores: Estudio Comparativo en Siete Ciudades de América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica*, 17 (5/6), 353-361.

⁵ Perls, T., Terry, D. (2003). Understanding the determinants of exceptional longevity. *Ann Intern Med*, 139, 445-449.

⁶ World Health Organization. (2002). *Active aging: a policy framework*. Geneva. Disponible en: www.who.int/hpr/ageing/publications.htm

remunerados y sin remunerar y en la vida doméstica, familiar y comunitaria.

- v) Menos gastos debidos a los tratamientos médicos y la atención sanitaria.

A nivel comunitario, es indispensable desarrollar modelos que permitan la implementación sistemática de estrategias para lograr el empoderamiento del adulto mayor, para que se adopten los pilares del envejecimiento activo, “*participación, salud y seguridad*”, para lograr el máximo de bienestar, salud y calidad de vida. Para tal efecto, Walter (2006) propone los siguientes 7 principios que permiten delinear los componentes del envejecimiento activo.⁷

- i) Contribuir al bienestar individual, familiar, comunitario y social y no limitar su enfoque al trabajo remunerado.
- ii) Tener un enfoque preventivo, incluyendo en lo posible a todos los grupos de edad.
- iii) Abarcar a toda la población de viejos, incluyendo a los frágiles y dependientes.
- iv) Considerar el mantenimiento y fortalecimiento de la solidaridad intergeneracional.
- v) Considerar derechos y obligaciones.
- vi) Ser participativo (empoderamiento).
- vii) Evitar extrapolar programas de intervención gerontológica desarrollados en contextos distintos.

Considerando lo anterior, la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México (Fes Zaragoza, Unam) en 1996 desarrolló un modelo de atención comunitaria considerando la participación activa de las personas adultas mayores para lograr el máximo de salud, bienestar y calidad de vida en su entorno sociocultural.⁸ En este sentido, en el año 2002 el modelo se adecuó acorde con el paradigma del envejecimiento activo.⁹

⁷ Walter, A. (2006). Active ageing in employment: its meaning and potential. *Asia Pacific Review*, 13 (1), 78-93.

⁸ Mendoza, V.M., Correa, E., Sánchez, M., Retana, R. (1996). Modelo de Atención de Núcleos Gerontológicos. *Geriatría*, 12, 15-21.

⁹ Mendoza, V.M. (2007). Gerontología comunitaria. En Rodríguez, G.R., Lazcano B.G., *Práctica de la Geriatría*. (2ª ed., pp. 496-503). México: McGraw Hill.

El modelo incluye a la Unidad de Atención Primaria Gerontológica (UAPG) como uno de los elementos de la red de apoyo social, responsable de formar a los Promotores para el Desarrollo Integral Gerontológico (PDIG), quienes son los responsables de coordinar los grupos de ayuda mutua, denominados núcleos gerontológico (NG), integrados por 10 a 15 adultos mayores agrupados por afinidad y cercanía geográfica entre sus domicilios. Los NG funcionan bajo las directrices de autocuidado, ayuda mutua y autogestión. Los pilares del modelo son: la vigilancia de salud gerontológica; la formación de promotores para el desarrollo integral gerontológico; la orientación familiar para el cuidado de los adultos mayores en el hogar; y la adaptación y desarrollo social gerontológico.¹⁰

El propósito del presente trabajo es mostrar la experiencia de la Fes Zaragoza, Unam, respecto al desarrollo del envejecimiento activo.

Material y métodos

A través de una aproximación cualitativa (investigación acción) se analizaron los siguientes aspectos: i) habilidades individuales de las personas adultas mayores para constituirse en promotores para el desarrollo integral gerontológico, ii) elementos favorables del entorno para el desarrollo del modelo enmarcado en el envejecimiento activo. Se llevó a cabo un estudio exploratorio durante el bienio 2005-2007, para identificar los aspectos sociodemográficos de las personas adultas mayores, además de convocar y seleccionar a los participantes en los cursos de promotores. Se editó un libro sobre Gerontología Comunitaria (ISBN 970-32-1514-9)¹¹ dirigido a personas adultas mayores, el cual fue utilizado como material didáctico para la formación de los ancianos como promotores.

Resultados

Respondieron a la convocatoria 200 ancianos, de los cuales 143 se formaron como promotores para el desarrollo integral gerontológico, quienes tenían entre sus objetivos: i) replicar sus conocimientos y formar otros promotores, ii) coordinar un grupo de ayuda mutua o iii) participar activamente en dichos grupos. Del total de promotores formados, 10 replicaron sus conocimientos formando, a su vez, 140 nuevos promotores. Asimismo, 28 promotores formaron 48 grupos de ayuda mutua (núcleos gerontológi-

¹⁰ Mendoza, V.M. (2007). Gerontología comunitaria. En Rodríguez, G.R., Lazcano B.G., *Práctica de la Geriatria*. (2ª ed., pp. 496-503). México: McGraw Hill.

¹¹ Mendoza, V.M., Martínez, M.L., Vargas, L.A. (2004). *Gerontología Comunitaria*. México: Fes "Zaragoza", Unam.

cos) agrupando un total de 558 adultos mayores, quienes se encuentran en un proceso gradual de empoderamiento (cuadro 1). Por otro lado, la experiencia de la formación de promotores fue presentada ante el Instituto para la Atención de los Adultos Mayores del Estado de Hidalgo, cuya institución gubernamental Estatal considerando los resultados del estudio decidió adoptar como política pública el Envejecimiento Activo.

Discusión

En la Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento celebrada en Madrid en el 2002 se resaltó la relevancia del envejecimiento activo como la estrategia clave para lograr el máximo de salud, bienestar y calidad de vida de las personas adultas mayores, en el marco de la teoría de la actividad los principios a favor de las personas de edad de la ONU y los retos que implica la transición demográfica epidemiológica.¹² Por tal motivo, uno de los retos de los países participantes en dicha Asamblea es desarrollar e implementar el paradigma del envejecimiento activo acorde con las características, desarrollo económico y aspectos socioculturales de su población. En este sentido, en Europa se desarrolló el proyecto “ActivAge” 2002-2005, en el que participaron los 10 países europeos: Alemania, Austria, Finlandia, Alemania, el Reino Unido, Suiza, Polonia, Noruega, la República Checa, Francia e Italia con el fin de identificar y analizar las socio-institucionales, económicos, políticos frente a realidades la aplicación de las políticas de envejecimiento activo en Europa, cuyos resultados más relevantes demuestran las dificultades de cada país relativas a la organización y desarrollo Estatal que favorece la dependencia institucional vinculada a los derechos y logros sociales en contraposición al envejecimiento activo, de ahí que se plantee el dilema de involucrarse en el envejecimiento activo y renunciar a logros tales como el retiro y jubilación en edades previas a la vejez.^{13,14}

Por otro lado, la importancia de la participación de grupos comunitarios de adultos mayores de ayuda mutua ha tenido un gran desarrollo en países de América del Sur (Argentina, Chile, Colombia, Perú y Uruguay), en donde funcionan más de 30,000 organizaciones de este tipo, agrupadas en alrededor

¹² Naciones Unidas. (2002). *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. Madrid, 8 a 12 de abril de 2002. Nueva York: Autor.

¹³ The Interdisciplinary Centre for Comparative Research in the Social Sciences. Overcoming the barriers and seizing the opportunities for active ageing policies in Europe. Project “ActivAge”, Final Report, 2005. Disponible en: www.iccr-international.org/activage/en/index.html

¹⁴ Gilles, Ch., Parent, A. (2006). Active aging and pension reform: the gender implications in France. *Gender Issues*, 23 (1), 65-89.

de 1000 redes. Los objetivos de estas organizaciones abarcan aspectos sociales y de salud. En algunos países incluso se han establecido consejos nacionales de adultos mayores, los cuales han propiciado cambios legislativos con impacto social y político en beneficio de los ancianos de su país.¹⁵ En este sentido, en nuestro país las experiencias formales y sistemáticas sobre envejecimiento activo son escasas, de ahí la necesidad de desarrollar modelos de gerontología comunitaria enmarcados en dicho paradigma que puedan ser adaptados en diferentes contextos socioculturales.

El modelo desarrollado en la Fes Zaragoza, Unam, establece como estrategias fundamentales para mantener, prolongar y recuperar la funcionalidad física, mental y social el autocuidado, la ayuda mutua y la autogestión, siendo indispensable el empoderamiento de los adultos mayores, el cual no será posible sin el conocimiento básico sobre los aspectos e implicaciones biológicas psicológicas y sociales del envejecimiento y la vejez, de ahí que nuestra propuesta se sustente en la formación de promotores para el desarrollo integral gerontológico.^{16,17} Al respecto, aunque los resultados de nuestro estudio exploratorio demuestran el interés de los adultos mayores en participar activamente en el cuidado de ellos y de otros ancianos, entre las dificultades más relevante a las que nos enfrentamos para lograr la participación y empoderamiento de los adultos mayores que participaron en la formación de promotores fueron los estereotipos y prejuicios de la vejez que prevalecen en la sociedad, en las instituciones y en los propios viejos, caracterizados por un “viejismo negativo”, ya que no se reconocen las capacidades físicas e intelectuales de los ancianos y, por lo tanto, existe una gran resistencia de la sociedad para incorporarlos y reconocerlos como un capital social fundamental para el desarrollo de los propios adultos mayores.¹⁸ No obstante, los resultados emanados del trabajo desarrollado hasta el momento por nuestro grupo de investigación ha permitido que uno de los Estados de nuestro país (Hidalgo) decida adoptar como política pública el envejecimiento activo, lo cual representa un enorme reto para todos los involucrados, ya que el requisito fundamental para lograr el envejecimiento activo es el empoderamiento de los adultos mayores, para lo cual será necesario brindarles el apoyo informativo necesario para que puedan

¹⁵ Villarreal, M.M. (2006). *Mecanismos Participativos en el Diseño, Formulación e Implementación de Leyes, Políticas y Programas sobre Envejecimiento*. Santiago: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (Celade) - División de Población de la Cepal. Disponible en: www.eclac.cl/publicaciones/xml/3/27963/lcl2542e-P.pdf

¹⁶ (2ª ed., pp. 496-503).

¹⁷ Maton, K.I. (2008). Empowering community settings: agents of individual development, community betterment, and positive social change. *Am J Community Psychol*. doi 10.1007/s10464-007-9148-6.

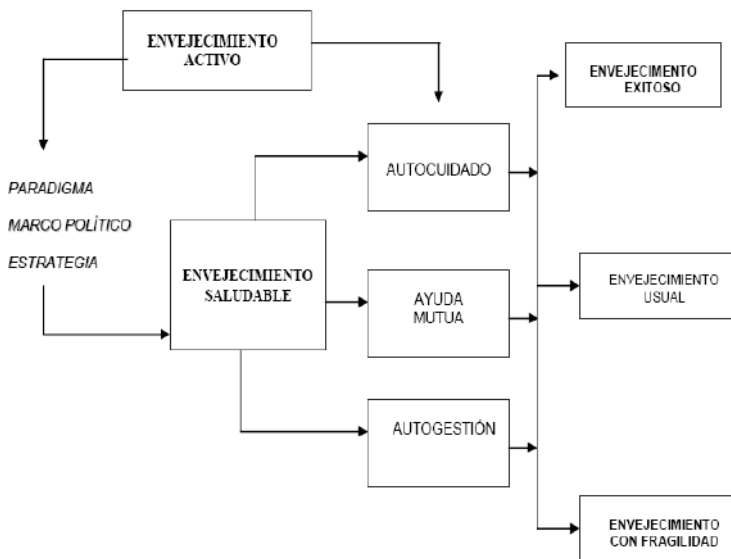
¹⁸ Mendoza, V.M., Martínez, M.L., Vargas, L.A. (2008). *Viejismo: Prejuicios y Estereotipos de la Vejez*. México: Fes “Zaragoza”, Unam.

ejercer adecuadamente el autocuidado, la ayuda mutua y la autogestión sustentados en los conocimientos básicos de la gerontología comunitaria.

Agradecimientos

Este trabajo fue realizado con el apoyo financiero de la Dirección General de Asuntos del personal Académico de la UNAM. Proyecto **PAPIIT IN303407**.

Figura 1. Niveles de abordaje del envejecimiento activo



Cuadro 1. Formación de promotores para el desarrollo integral gerontológico

Participantes	Número	Porcentaje
Ancianos que respondieron a la convocatoria	200	
Ancianos formados como promotores	143/200	72%
Promotores que replicaron el curso	10/200	5%
Promotores que formaron núcleos gerontológicos	28/200	14%
Núcleos gerontológicos formados	48	
Total de ancianos beneficiados	558	

Bibliografía

- Cumming, E., Henry, W. E. (1961). *Growing old: The process of disengagement*. New York: Basic Books.
- Gilles, Ch., Parent, A. (2006). Active aging and pension reform: the gender implications in France. *Gender Issues*, 23 (1), 65-89.
- Maton, K.I. (2008). Empowering community settings: agents of individual development, community betterment, and positive social change. *Am J Community Psychol*. doi: 10.1007/s10464-007-9148-6.
- Mendoza, V.M. (2007). Gerontología comunitaria. En Rodríguez, G.R., Lazcano B.G., *Práctica de la Geriatría*. (2ª ed., pp. 496-503). México: McGraw Hill.
- Mendoza, V.M., Correa, E., Sánchez, M., Retana, R. (1996). Modelo de Atención de Núcleos Gerontológicos. *Geriatrka*, 12, 15-21.
- Mendoza, V.M., Martínez, M.L., Vargas, L.A. (2004). *Gerontología Comunitaria*. México: Fes "Zaragoza", Unam.
- Mendoza, V.M., Martínez, M.L., Vargas, L.A. (2008). *Viejismo: Prejuicios y Estereotipos de la Vejez*. México: Fes "Zaragoza", Unam.
- Menéndez, J., Guevara, A., Arcia, N., León Díaz, E.M., Marín, C., Alfonso J.C. (2005). Enfermedades Crónicas y Limitación Funcional en Adultos Mayores: Estudio Comparativo en Siete Ciudades de América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública*, 17 (5/6), 353-361.
- Naciones Unidas. (2002). *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. Madrid, 8 a 12 de abril de 2002. Nueva York: Autor.
- Ney, S. (2005). Active aging policy in Europe: between path dependency and path departure. *Ageing Int*, 30 (4), 325-342.
- Perls, T., Terry, D. (2003). Understanding the determinants of exceptional longevity. *Ann Intern Med*, 139, 445-449.

Serra, E., Abengózar, M.C. (1990). Ancianidad y Preparación para la Muerte. *Anales de Psicología*, 6 (2), 147-158. Disponible en: www.um.es/analesps/v06/v06_2/04-06_2.pdf

The Interdisciplinary Centre for Comparative Research in the Social Sciences. Overcoming the barriers and seizing the opportunities for active ageing policies in Europe. Project "ActivAge", Final Report, 2005. Disponible en: www.iccr-international.org/activage/en/index.html

Vidovicová, L. (2005). To be active or not to be active, that is the question: the preference model of activity in advanced age. *Ageing Int*, 30 (4), 343-362.

Villarreal, M.M. (2006). Mecanismos Participativos en el Diseño, Formulación e Implementación de Leyes, Políticas y Programas sobre Envejecimiento. Santiago: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (Celade) - División de Población de la Cepal. Disponible en: www.eclac.cl/publicaciones/xml/3/27963/lcl2542e-P.pdf

Walter, A. (2006). Active ageing in employment: its meaning and potential. *Asia Pacific Review*, 13 (1), 78-93.

World Health Organization. (2002). Active aging: a policy framework. Geneva: Disponible en: www.who.int/hpr/ageing/publications.htm

El Viejismo en la Enseñanza de la Gerontología y sus Repercusiones en las Prácticas Significantes de los Docentes y Alumnos

MARÍA DE LA LUZ MARTÍNEZ MALDONADO*

VÍCTOR MANUEL MENDOZA NÚÑEZ**

Resumen

Un tema de gran relevancia a investigar es el viejismo, definido como el proceso de sistemática estereotipación y discriminación contra las personas por el hecho de ser viejas. En el campo de la educación, algunos estudios han demostrado que cuando los profesores no tienen conocimientos sobre Gerontología y Geriátrica desarrollan prácticas viejistas durante el proceso enseñanza-aprendizaje, lo que a su vez repercute negativamente en la formación académica de los estudiantes, propiciando estereotipación y discriminación hacia los viejos durante la práctica profesional. Por tal motivo, recientemente se realizó un estudio exploratorio con el fin de evaluar los conocimientos, los prejuicios y estereotipos sobre la vejez en docentes, alumnos y viejos, en el que se observó que un alto porcentaje de los docentes la Fes Zaragoza, Unam, que imparten las materias de Geriátrica y Gerontología en las carreras de Medicina, Odontología, Enfermería y Psicología consideran poco relevante el estudio de la vejez y el envejecimiento en la formación de los alumnos. Asimismo, se encontró en los alumnos una asociación negativa entre el nivel de conocimientos sobre Gerontología y Geriátrica con el porcentaje promedio de prejuicios negativos expresado. Por otro lado, también se encontró un alto porcentaje de autoestereotipos, principalmente, de tipo negativo y pueril en las personas adultas mayores de la comunidad.

* Psicóloga egresada de Enep Zaragoza, Unam. Realizó estudios de Maestría en Educación especial en la Fes Zaragoza, Unam y en Gerontología Social en la Universidad Autónoma de Madrid. Es Candidata a Doctora en Salud Colectiva en la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. Autora de artículos científicos sobre envejecimiento y vejez.

** Médico Cirujano egresado de la Enep Zaragoza, Unam. Realizó estudios de Maestría en Gerontología en la Universidad Autónoma de Madrid y de Doctorado en Ciencias Biológicas en la Unam en el área del envejecimiento. Es jefe de la Unidad de Investigación en Gerontología de la Fes Zaragoza, Unam. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel II.

Abstract

Ageism, defined as the process of systematic stereotyping and discrimination against older people, is a very important subject for research. In education, some studies have shown that a poor knowledge of Gerontology or Geriatrics is related to the development of ageist practices during the teaching-learning process. This phenomenon has a negative repercussion on the education of students leading to stereotyping and discrimination against the elderly during their professional practice. An exploratory study was carried out in order to evaluate the knowledge, prejudices and stereotypes about ageing in teachers, students and older people. Results showed that a very high percentage of teachers at FES Zaragoza, responsible of the Geriatrics and Gerontology courses in Medicine, Dentistry, Nursing and Psychology, considered the study of ageing and elderness an irrelevant component in the education of university students. Likewise, a negative association between level of knowledge about Gerontology and Geriatrics and mean percentage of negative prejudices against the elderly was found among students. Furthermore, older people in the community reported a high level of self stereotyping, mainly negative and puerile.

Introducción

Las instituciones de Educación Superior deben responder a las necesidades que la sociedad demanda para contribuir al desarrollo del país y al bienestar de la población. Dentro de los temas emergentes se encuentra el referido al envejecimiento, por lo que las instituciones educativas deben dar respuesta a las necesidades de los viejos, con el propósito de mejorar su calidad de vida. En agosto de 2005 la OPS y el Ministerio de Salud de Perú realizaron un **Foro sobre Enseñanza de Geriatría y Gerontología**, en donde se redactó la Declaración de Lima.¹ En este documento se plasma la importancia que tienen las instituciones educativas para afrontar los retos del envejecimiento de la población. Por lo que resulta imprescindible preparar a los futuros profesionistas (médicos, odontólogos, psicólogos, enfermeras, químicos fármaco biólogos, trabajadores sociales, antropólogos, entre muchos otros), para la atención de los viejos, dotándolos de conocimientos, habilidades y actitudes que les permitan comprender este fenómeno en su complejidad y poner en práctica estrategias innovadoras para la atención de este grupo mayoritario de la

¹ Academia Latino Americana del Adulto Mayor (Alma). Declaración de Lima sobre Enseñanza de Geriatría y Gerontología en el Perú. I Foro Enseñanza de Geriatría y Gerontología en el Perú. 31 de agosto del 2005. Disponible en: www.medicina.usmp.edu.pe/Academico/Investigacion/pdf/CA8LOFYZ..pdf

población y proponer acciones que repercutan en la elaboración de políticas públicas y en la creación de planes y programas de estudio.

La Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, de la Universidad Nacional Autónoma de México (Fes Zaragoza, Unam) desde 1976 imparte las siguientes licenciaturas: médico cirujano, cirujano dentista, psicología y enfermería, y en los últimos 5 años, ha incluido en los planes de estudio contenidos temáticos sobre geriatría y gerontología, aunque sólo la carrera de cirujano dentista tiene módulos específicos de gerontología. No obstante lo anterior, los docentes que imparten las materias relativas al envejecimiento no tienen formación académica especializada en esas disciplinas, por lo que no se tiene la certeza de que los conocimientos que les transmiten a los alumnos sean correctos, precisos y actualizados. Al respecto, algunas investigaciones han demostrado que cuando los profesores no tienen los conocimientos adecuados en gerontología y geriatría muestran prejuicios y estereotipos sobre la vejez y envejecimiento, los cuales son transmitidos de manera implícita y en ocasiones explícita a sus alumnos.^{2,3}

Butler (1969), definió al viejismo como el proceso de sistemática estereotipación y discriminación contra las personas por el hecho de ser viejas, tal y como ocurre con el racismo y el sexismo que se acompaña de discriminación derivada del color de la piel o del género. Los viejos se categorizan como seniles, rígidos en acción y pensamiento, pasados de moda en valores morales y capacidades. El viejismo permite a las generaciones más jóvenes ver a los viejos como personas diferentes a ellos mismos, por lo que sutilmente dejan de reconocerlos como seres humanos.⁴

El viejismo es un tema de gran complejidad, ya que sin darnos cuenta hay una multiplicidad de espacios en los que se generan y perpetúan los prejuicios y estereotipos que conforman a este fenómeno. El principal problema es cuando estos se transforman en actitudes comunes que tienen espacio en ámbitos sociales, tales como el lenguaje, la familia, la comunidad, la escuela y en las prácticas profesionales, entre otros⁵. Por tal motivo, el propósito del presente estudio fue evaluar los conocimientos, prejuicios y estereotipos sobre la vejez que manifiestan los estudiantes y profesores universitarios de las ciencias sociales y de la salud de la Fes Zaragoza, Unam.

² Lee, M., Reuben, D.B., Ferrell, B.A. (2005). Multidimensional attitudes of medical residents and geriatrics fellows toward older people. *J Am Geriatr Soc*, 53 (3), 489-494.

³ Levy, B.R. (2001). Eradication of ageism requires addressing the enemy within. *Gerontologist*, 41 (5), 578-579.

⁴ Butler, R.N. (1969). Age-ism. Another form of bigotry. *Gerontologist*, 9 (4), 243-246.

⁵ Butler, R.N. (2004). The future of ageism. New York: International Longevity Center. Disponible en: www.ilcusa.org/lib/pdf/ageismib5.04.pdf

Material y métodos

Diseño y sujetos

Previo consentimiento informado, se llevó a cabo un estudio transversal analítico en una muestra a conveniencia (no probabilística) en 531 alumnos y 111 profesores.

Características de la población

Estudiantes de licenciatura del octavo semestre habían cursado las materias con contenidos académicos relativos a la geriatría y gerontología: i) 278 de la carrera de cirujano dentista; ii) 62 de la carrera de psicología; iii) 58 de la carrera de enfermería; iv) 133 de la carrera de medicina.

Profesores sin estudios de posgrado en el área de geriatría y gerontología que imparten módulos o materias vinculados con el proceso de envejecimiento y la vejez: i) 26 de la carrera de cirujano dentista; ii) 26 de la carrera de psicología; iii) 32 de la carrera de enfermería; iv) 27 de la carrera de medicina.

Método

Previo validación por consenso de expertos se aplicó a todos los participantes un cuestionario relativo a prejuicios y estereotipos hacia la vejez y conocimientos básicos sobre el envejecimiento. **Los prejuicios positivos y negativos sobre la vejez** fueron definidos como: *el juicio anticipado sin fundamento de una situación o características biológicas, psicológicas y sociales hacia los viejos y la vejez*. Los conocimientos básicos sobre gerontología se midieron a través de preguntas dicotómicas (cierto/falso) sobre aspectos demográficos, biológicos, psicológicos y sociales relativos a la vejez y el envejecimiento⁶. Los estereotipos, se definieron como los rasgos característicos sin fundamento que le son atribuidos a un grupo poblacional de manera generalizada. De estos últimos se consideró que los participantes asumían **estereotipos positivos** cuando de manera generalizada consideraban a los viejos como *generosos, bondadosos, cariñosos, confiados, comprensivos, pacientes, sinceros, sencillos, sabios*; **estereotipos negativos** cuando referían que eran *achacosos, pesimistas, machacones, lentos, chochos, pesados, malhumorados, irritables, susceptibles, preocupados*; **estereotipos pueriles** cuando los catalogaban como *caprichosos, infantiles, raros, chismosos, maniáticos*; y **este-**

⁶ Breytspraak, L., Kendall, L., Halpert, B. (2003). What do you know about aging? A Quiz. Center on Aging Studies at the University of Missouri-Kansas City. Disponible en: www.ltcombudsman.org/uploads/Agingquiz.pdf

reotipos sociales cuando se referían a los viejos como *útiles, sociables, flexibles, divertidos, solitarios, respetables*⁷. Los resultados fueron analizados a través de frecuencias relativas y una ponderación proporcional para el análisis de los estereotipos, además se realizó un análisis de varianza (Anova) y Ji cuadrada (X^2). Se utilizó el programa estadístico SPSS V 13.0.

Análisis de resultados

Entre los hallazgos más relevantes de nuestro estudio se encontró un porcentaje promedio de prejuicios negativos significativamente más alto ($p<0.05$), coincidente con un porcentaje promedio de conocimientos significativamente más bajos ($p<0.05$) en los alumnos de las carreras de enfermería y psicología en comparación con los alumnos de medicina y odontología. Asimismo, se observó un porcentaje promedio de prejuicios positivos significativamente más alto ($p<0.05$) en los alumnos de la carrera de psicología en comparación con los alumnos de la carrera de odontología. (cuadro 1)

Por otro lado, de manera concordante los profesores de la carrera de enfermería tuvieron un porcentaje promedio significativamente más alto de prejuicios negativos ($p<0.05$) en comparación con los profesores de las demás carreras. Del mismo modo, el porcentaje promedio de prejuicios positivos fue significativamente más alto en los profesores de la carrera de psicología ($p<0.05$) en concordancia con lo observado en los alumnos de la misma carrera. Respecto al nivel de conocimientos de los profesores se encontró una calificación promedio menor del 70% en todas las carreras sin mostrar diferencias estadísticamente significativas. (cuadro 2)

En el análisis comparativo global entre alumnos y profesores se encontró un porcentaje promedio significativamente más alto ($p<0.05$) de prejuicios negativos en los alumnos, aunado a un porcentaje promedio significativamente más bajo en el nivel de conocimientos ($p<0.05$). (cuadro 3)

Como se puede observar, los alumnos de enfermería y psicología tienen un porcentaje promedio significativamente más alto de prejuicios negativos y positivos en comparación con los alumnos de las otras carreras asociado a menor nivel de conocimientos. Estos hallazgos refuerzan lo reportado por otros autores respecto a que la falta de conocimientos sobre la vejez genera prejuicios y estereotipos y, consecuentemente, mayor grado

⁷ Gómez, T. (2003). *Heteroestereotipos y Autoestereotipos Asociados a la Vejez en Extremadura*. Tesis de Doctorado para la obtención del título de Doctor en Psicología, Facultad de Formación del Profesorado, Universidad de Extremadura, Extremadura, España.

de vejeismo durante su práctica profesional.^{8,9} Igualmente, se observó una concordancia entre el mayor porcentaje promedio de prejuicios negativos y positivos entre alumnos y profesores de la carrera de enfermería y psicología, respectivamente. Esto puede deberse al enfoque y visión y desarrollo de cada carrera, ya que en el caso de la carrera de enfermería se trata de una disciplina abocada principalmente al cuidado de personas con problemas de salud a nivel hospitalario. En este sentido, si analizamos los antecedentes de la Enfermería como campo del conocimiento encontramos que, además de los aspectos técnicos, su práctica profesional promueve el apoyo a los desvalidos, enfermos graves y con enfermedades crónicas y en el caso de los adultos mayores se enfatiza el prototipo del “viejo frágil”, sin considerar que más del 80% de los adultos mayores son totalmente independientes y sanos desde el punto de vista gerontológico, por lo que la visión de vejez-fragilidad está fuera del contexto actual.¹⁰

Por otro lado, la psicología bajo una visión propositiva e idealista promueve de manera injustificada los prejuicios positivos, lo cual en cierta medida es contraproducente para el manejo objetivo de la realidad que viven las personas adultas mayores.

Es de llamar la atención que no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de conocimientos respecto al envejecimiento y la vejez en los profesores de las diferentes carreras, lo cual sugiere que, independiente de los conocimientos de gerontología y geriatría que poseen los docentes, también influye la visión social e individual que tienen de la vejez y del envejecimiento sobre el grado de vejeismo que manifiestan. Esto, como se demuestra en los resultados, repercute en el proceso enseñanza-aprendizaje de la gerontología y la geriatría. Al respecto, este factor no ha sido considerado en otras investigaciones, por lo que puede ser de interés para futuros estudios.

De la misma forma, en el análisis global sin diferenciar carrera se observó un porcentaje promedio significativamente más alto ($p < 0.05$) de prejuicios negativos en el grupo de alumnos en comparación con los profesores aunado a un menor grado de conocimientos. Este hallazgo, aunque un tanto obvio, nos permite hacer los siguientes señalamientos, por un lado, refuerza la propuesta de que los conocimientos sobre la gerontología y la

⁸ Academia Latino Americana del Adulto Mayor (Alma). Declaración de Lima sobre Enseñanza de Geriatría y Gerontología en el Perú. I Foro Enseñanza de Geriatría y Gerontología en el Perú. 31 de agosto del 2005. Disponible en: www.medicina.usmp.edu.pe/Academico/Investigacion/pdf/CA8LQFYZ.pdf

⁹ MacEntee, M.I., Pruksapong, M., Chris, C.L., Wyatt, C.C.L. (2005). Insights from students following an educational rotation through dental geriatrics. *J Dent Educ*, 69 (12), 1368-1376.

¹⁰ Peláez, M., Palloni A., Pinto G., Arias, E. (2001). Encuesta Multicéntrica. Salud Bienestar y Envejecimiento (Sabe) en América Latina y el Caribe. Washington: OPS Cais 36, 5, 6-19.

geriatría tienen un efecto directo y significativo sobre los prejuicios negativos del envejecimiento y que los conocimientos transmitidos por los profesores no son suficientes para mejorar la percepción que tienen los alumnos sobre la vejez. Por tal motivo, los resultados justifican el desarrollo de un programa de formación y actualización docente en nuestro plantel en este campo del conocimiento.

En el análisis de la posible influencia del género sobre los prejuicios no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, esto descarta el efecto que podría tener la percepción subjetiva de la vejez por el rol social de ser hombre y mujer, apoyando nuevamente que el factor determinante de mayor relevancia es el nivel de conocimientos.

Los 3 calificativos expresados tanto por alumnos como profesores fueron, en primer lugar, *experiencia*, seguido de *enfermedad* y *sabiduría*. Asimismo, aunque en orden distinto, coinciden entre los primeros diez calificativos la *soledad*, *cariño*, *respeto*, *ternura* y *amor*.

Como se puede observar, los alumnos de la carrera de enfermería tuvieron un porcentaje promedio significativamente más alto de estereotipos sociales en comparación con los alumnos de las demás carreras, esto puede ser consecuencia del alto grado de prejuicios negativos que también manifestaron y el bajo nivel de conocimientos detectado.

En este sentido, no debemos descartar que el campo del conocimiento también pueda influir significativamente sobre la visión social de la vejez, ya que si revisamos el desarrollo histórico de la enfermería, esta disciplina se enmarca en los cuidados hospitalarios y de cuidados en cama para las personas más vulnerables y frágiles con un contacto social más estrecho, lo cual puede influir de manera significativa en la percepción subjetiva negativa sobre todo, si no se tiene el conocimiento teórico suficiente y pertinente.

Por otro lado, se observó un promedio significativamente más alto de estereotipos negativos en los alumnos de la carrera de odontología, lo cual sugiere que, en este campo de conocimiento, podría haber un mayor porcentaje de viejismo implícito, debido al desarrollo y visión de la carrera, además del bajo nivel de conocimientos sobre el proceso de envejecimiento y la vejez. En este sentido, nuestro grupo de investigación recientemente encontró que un alto porcentaje de los docentes de la Fes Zaragoza, Unam, que imparten los conocimientos de geriatría y gerontología consideran poco relevante el estudio de la vejez y el envejecimiento para la formación académica de los alumnos,¹¹ lo cual repercute negativamente en la formación

¹¹ Mendoza, V.M., Martínez, M.L., Correa, E. (2007). Perceptions on the importance of gerontological education by teachers and students of undergraduate health sciences. *BMC Med Educ*, 1. Disponible en: www.biomedcentral.com/1472-6920/7/1

académica de los mismos. Por lo que la sensibilización y formación académica de los docentes debe ser uno de los elementos prioritarios para evitar o contrarrestar el viejismo y, consecuentemente, mejorar la calidad de la enseñanza de la geriatría y la gerontología en los planes de estudio de licenciatura de nuestra Facultad.

El predominio de los prejuicios negativos encontrado tanto en profesores como en alumnos de todas las carreras se puede explicar, en cierta medida, por el enfoque geriátrico que predomina en la enseñanza de las ciencias de la salud las carreras que se imparten en la Fes Zaragoza, Unam, lo cual responde a una postura Aristotélica, en la que se concibe a la vejez de manera negativa vinculada con la enfermedad.¹² Por el contrario, el estereotipo positivo en el que se les atribuye a los viejos características positivas, aunque se les considere *per se* sujetos con limitaciones físicas y cognitivas, se puede explicar por el bajo nivel de conocimientos sobre el envejecimiento encontrado en todos los participantes del estudio. En este sentido, el nivel de conocimientos básicos de gerontología encontrado en los docentes y alumnos fue menor de 170%.

Al respecto, se ha demostrado en algunos estudios que la falta de conocimientos sobre gerontología contribuye significativamente sobre los prejuicios y estereotipos de la vejez y, consecuentemente, son un elemento causal del viejismo.^{13,14}

Por otro lado, uno de los fenómenos que ha contribuido a que se propague el viejismo en la mayor parte del mundo ha sido la transición demográfica y epidemiológica, ya que la mayoría de los países consideran como un problema social a resolver el incremento proporcional de ancianos, la mayor longevidad y la mayor prevalencia e incidencia de enfermedades crónico-degenerativas, sin considerar que esta situación es consecuencia de las acciones exitosas de la salud pública enmarcada en la atención primaria a la salud, entre otros factores.¹⁵

¹² Alba, V. (1992). *Historia Social de la Vejez*. Barcelona: Laertes. 36-46.

¹³ International Longevity Center. Ageism in America. New York: Open Society Institute. Disponible en: www.ilcusa.org/_lib/pdf/Ageism%20in%20America%20The%20ILC%20Report.pdf

¹⁴ Diachun, L., Hillier, L.M., Stolee, P. (2006). Interest in geriatric medicine in Canada: how can we secure a next generation of geriatricians? *J Am Geriatr Soc*, 54 (3), 512-519.

¹⁵ Mendoza, V.M., Martínez, M.L., Vargas, L.A. (2008). *Viejismo: Prejuicios y Estereotipos de la Vejez*. México: Fes "Zaragoza", Unam.

De lo anterior, las instituciones de educación superior constituyen un factor clave para dar respuesta a la necesidad emergente de las implicaciones sociales y económicas del envejecimiento poblacional en el mundo para que, de manera razonada, ética y con fundamento científico, se establezcan acciones encaminadas a lograr el máximo de bienestar y calidad de vida de las personas adultas mayores acorde con su contexto sociocultural, para lo cual la formación de recursos humanos profesionales en el campo de la geriatría y la gerontología representa una prioridad. No obstante, como se demostró en el presente estudio, un factor que dificulta en gran medida el proceso de enseñanza-aprendizaje de este campo del conocimiento son los prejuicios y estereotipos sobre la vejez y el envejecimiento prevalentes en docentes y alumnos, de ahí que una de las primeras acciones recomendadas para la formación académica de pregrado y posgrado de geriatría y gerontología es implementar un curso para los docentes para analizar y discutir la problemática e implicaciones del vejeísmo, asimismo, es conveniente incluir en los planes de estudio de todas las carreras de las ciencias sociales y de la salud un curso propedéutico sobre conocimientos básicos de envejecimiento y vejeísmo.

Finalmente, también es necesario difundir y fortalecer los conocimientos sobre la vejez y el envejecimiento sustentados en el conocimiento científico en el ámbito familiar, comunitario y del mismo viejo, para que se desarrolle una cultura gerontológica.

Agradecimientos

Este trabajo fue realizado con el apoyo financiero de la Dirección General de Asuntos del personal Académico de la Unam. Proyecto **PAPIME PE302207**.

Bibliografía

Academia Latino Americana del Adulto Mayor (Alma). Declaración de Lima sobre Enseñanza de Geriatria y Gerontología en el Perú. I Foro Enseñanza de Geriatria y Gerontología en el Perú. 31 de agosto del 2005. Disponible en:
www.medicina.usmp.edu.pe/Academico/Investigacion/pdf/CA8LQFYZ..pdf

Alba, V. (1992). *Historia Social de la Vejez*. Barcelona: Laertes. 36-46.

Breytspraak, L., Kendall, L., Halpert, B. (2003). What do you know about aging? A Quiz. Center on Aging Studies at the University of Missouri-Kansas City. Disponible en:
www.ltombudsman.org/uploads/Agingquiz.pdf

Butler, R.N. (1969). Age-ism. Another form of bigotry. *Gerontologist*, 9 (4), 243-246.

_____. The future of ageism. New York: International Longevity Center. Disponible en: www.ilcusa.org/lib/pdf/ageismib5.04.pdf

Diachun, L., Hillier, L.M., Stolee, P. (2006). Interest in geriatric medicine in Canada: how can we secure a next generation of geriatricians? *J Am Geriatr Soc*, 54 (3), 512-519.

Gómez, T. (2003). *Heteroestereotipos y Autoestereotipos Asociados a la Vejez en Extremadura*. Tesis de Doctorado para la obtención del título de Doctor en Psicología, Facultad de Formación del Profesorado, Universidad de Extremadura, Extremadura, España.

International Longevity Center. Ageism in America. New York: Open Society Institute. Disponible en:
www.ilcusa.org/lib/pdf/Ageism%20in%20America%20%20The%20ILC%20Report.pdf

Lee, M., Reuben, D.B., Ferrell, B.A. (2005). Multidimensional attitudes of medical residents and geriatrics fellows toward older people. *J Am Geriatr Soc*, 53 (3), 489-494.

Levy, B.R. (2001). Eradication of ageism requires addressing the enemy within. *Gerontologist*, 41 (5), 578-579.

- MacEntee, M.I., Pruksapong, M., Chris, C.L., Wyatt, C.C.L. (2005). Insights from students following an educational rotation through dental geriatrics. *J Dent Educ*, 69 (12), 1368-1376.
- Mendoza, V.M., Martínez, M.L., Correa, E. (2007). Perceptions on the importance of gerontological education by teachers and students of undergraduate health sciences. *BMC Med Educ*, 1. Disponible en: www.biomedcentral.com/1472-6920/7/1
- Mendoza, V.M., Martínez, M.L., Vargas, L.A. (2008). *Viejismo: Prejuicios y Estereotipos de la Vejez*. México: Fes "Zaragoza", Unam.
- Peláez, M., Palloni A., Pinto G., Arias, E. (2001). Encuesta Multicéntrica. Salud Bienestar y Envejecimiento (Sabe) en América Latina y el Caribe. Washington: OPS Cais 36, 5, 6-19.

Cuadro 1. Prejuicios y nivel de conocimientos sobre la vejez de alumnos por carrera

	Odontología (n = 278)	Psicología (n = 62)	Enfermería (n = 58)	Medicina (n = 133)	Total (n = 531)
Prejuicio Negativo	46 ± 14.42	59 ± 13.13*	61 ± 11.47*	45 ± 14.10	49 ± 15.13
Prejuicio Positivo	19 ± 14.30	26 ± 19.70**	22 ± 19.50	20 ± 15.50	21 ± 16.10
Conocimiento	61 ± 10.54	43 ± 10.34***	43 ± 12.80***	64 ± 9.9	57 ± 13.52

Los datos son porcentajes promedio ± desviación estándar. Anova con prueba de Tuckey como posthoc. *Prejuicios negativos: Psicología y Enfermería vs. Medicina y Odontología $p < 0.05$; **Prejuicio positivo: Psicología vs. Odontología $p < 0.05$; ***Conocimientos: Psicología y Enfermería vs. Odontología y Medicina $p < 0.05$.

Cuadro 2. Prejuicios y nivel de conocimientos sobre la vejez de profesores por carrera

	Odontología (n = 26)	Psicología (n = 26)	Enfermería (n = 32)	Medicina (n = 27)	Total (n = 111)
Prejuicio Negativo	41 ± 12.34	38 ± 7.91	48 ± 16.67*	37 ± 14.52	43 ± 14.97
Prejuicio Positivo	17 ± 12.29	25 ± 7.91**	20 ± 14.71	15.44 ± 9.41	18 ± 12.57
Conocimiento	67 ± 5.58	66 ± 15.66	65 ± 7.53	68 ± 6.67	67 ± 7.64

Los datos son porcentajes promedio ± desviación estándar. Anova con prueba de Tukey como posthoc. *Prejuicio negativo: Enfermería vs. Medicina y Psicología, $p < 0.05$; **Prejuicio positivo: Psicología vs. Medicina y Odontología, $p < 0.05$.

Cuadro 3. Prejuicios y nivel de conocimientos sobre la vejez de profesores vs. alumnos

	Profesores n =111	Alumnos n = 531
Prejuicio Negativo	43 ± 14.98	49 ± 15.13*
Prejuicio Positivo	18 ± 12.57	21 ± 16.08
Conocimiento	67 ± 7.64	57 ± 13.53*

Los datos son porcentajes promedio ± desviación estándar.* t de Student, $p < 0.05$.

**ACCIÓN SOCIAL
CON PERSONAS MAYORES**

¿Hacia una Convención Internacional de Derechos de las Personas Mayores?*

TANIA MORA BIERE**

Resumen

La cuestión planteada no resulta fácil, por una parte, las personas que trabajan en la temática de la vejez y el envejecimiento, la sociedad civil y las propias organizaciones de personas mayores, probablemente considerarán este asunto como de vital importancia, Naciones Unidas también se ha pronunciado sobre este tópico, realizando dos Asambleas Mundiales sobre Envejecimiento, Viena 1982 y Madrid 2002. Los países de América Latina y el Caribe, en el contexto de Naciones Unidas, han llevado a cabo dos Reuniones de Seguimiento al Plan Internacional de Madrid, en 2003, Santiago, y 2007, Brasilia, en la que surgió explícitamente el planteamiento de la elaboración de una Convención Internacional de Derechos de las Personas de Edad, cuestión que fue reafirmado recientemente en Río de Janeiro, en Septiembre de 2008, en una reunión de seguimiento a la Declaración de Brasilia. Sin embargo, aun con los esfuerzos realizados por estos países, la pregunta que cabría hacerse es: ¿estarán preparados para hacer los lobbys correspondientes y “convencer” al resto de la Comunidad Internacional acerca de la importancia y relevancia de establecer una Convención Internacional jurídicamente vinculante de Derechos de las Personas de Edad?

Abstract

The issue presented is not easy. For one part, the persons involved in the subject of the elderly people and ageing process, the civil society and the elderly organizations themselves, will probably consider this issue of vital importance. On the other, the United Nations has also addressed this topic, at the two Worldwide Assemblies on Ageing, held in Vienna 1982 and Madrid 2003. The Latin American and Caribbean countries, in the context of the United Nations, have organized two Follow Up Meetings of the Madrid International Plan, one in Santiago 2003 and the other in Brasilia 2007, at which time the issue for the elaboration of an International Convention for the Rights of the Elderly was raised, issue which was recently reaffirmed in a follow up meeting held September 2008 in Rio de Janeiro, in the context of a follow up meeting of the Declaration of Brasilia.

* Ponencia presentada por Tania Mora Biere, en la Mesa de Envejecimiento, en el Congreso de la Universidad de Santiago, de Ciencias, Tecnología y Cultura.

** Abogado de la Universidad Diego Portales, Postitulada en Economía y Finanzas de la Universidad de Chile, Diplomada en Derechos Humanos y Políticas Públicas, de la Fundación Henry Dunand, actualmente está en proceso de elaboración de su Tesis para optar al grado de Master en Gerontología Social de la Universidad Autónoma de Madrid y desde el año 2003 a la fecha, se desempeña como la Encargada de la Unidad Jurídica del Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA."

However, notwithstanding the efforts made by these countries, the question which should be addressed is are the countries involved prepared for making the corresponding lobbies and to “convince” the rest of the International Community, with regard to the importance and relevance of establishing an International Convention, which juridically will link the Rights of the Elderly?

Introducción

A principios del siglo XXI, nadie podría dudar que el mundo se encuentra viviendo el fenómeno del envejecimiento de la población. Sin duda, este proceso se vive de diferente manera en las distintas regiones del mundo, desde un envejecimiento incipiente hasta niveles de envejecimiento avanzado, por lo que según estas tendencias podríamos aventurar que el envejecimiento poblacional ha llegado para quedarse.

Es así como la pregunta planteada al inicio del presente trabajo, ¿Hacia una Convención Internacional de Derechos de las Personas Mayores?, no resulta de fácil respuesta, no solo por el dispar envejecimiento que viven las distintas regiones del mundo, sino porque dentro de los mismos países que presentan grados de envejecimiento moderado a avanzado tampoco existe una opinión uniforme en torno a esta materia.

Para hacerle frente a este fenómeno, los países reaccionan de diferentes formas, lo que puede correlacionarse con el nivel de envejecimiento de cada uno. Algunos de ellos tienen una gran gama de servicios sociales para ofrecer tanto al grupo etario más envejecido, como a sus familias y cuidadores, como el caso de los países desarrollados de Europa, otros, en tanto, reaccionan instaurando legislaciones especiales referidas a las personas mayores, es el caso de países latinoamericanos como México, Costa Rica o Brasil, con dispares eficacias de las normas jurídicas implementadas.

Chile no escapa a esta tendencia global, el informe de Seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento¹ lo sitúa dentro de los países de rápido envejecimiento, encontrándose dentro del segmento de países desarrollados, cuyo ritmo de envejecimiento demográfico será superior al 6%, entre el 2005 y el 2025.

Si bien, las personas que trabajan en la temática de la vejez y el envejecimiento, la sociedad civil y las propias organizaciones de personas mayores, probablemente considerarán este asunto como de vital importan-

¹ Seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Informe del Secretario General de Naciones Unidas, 1/07/2008.

cia, los mismos gobiernos de los países en los que estas personas viven pueden tener opiniones dispares al respecto.

Es por ello que una Convención Internacional de Derechos para las Personas Mayores requiere del aunamiento de una serie de voluntades, la de los propios organismos que eventualmente la dicten la de los Estados que la aprueben y estén dispuestos a obligarse por las disposiciones en ella contenidas, así como una especie de voluntad general que las encuentre necesarias y urgentes.

La intención del presente trabajo es intentar dar una respuesta a la interrogante de si es posible, a lo menos en el corto plazo, establecer una Convención Internacional de Derechos de las Personas Mayores, para lo cual nos ha parecido relevante revisar el marco regulatorio desde la perspectiva mundial y latinoamericana de las normas que actualmente se encuentran vigentes, en el entorno de derechos humanos, relacionados con los mayores, tanto vinculantes como no vinculantes (*soft law*) para, finalmente, aventurarnos con algunas conclusiones que nos podrán dar luces acerca de la respuesta a esta interrogante.

Marco Regulatorio

Instrumentos Vinculantes

Se trata de acuerdos que los países convienen mutuamente, a modo de contratos, por los cuales voluntariamente se crean relaciones que obligan a los gobiernos que los firman y la característica saliente es que todos ellos son obligatorios para los Estados que los han ratificado. Los Tratados, Pactos y Convenciones son instrumentos de este tipo. La doctrina internacional ha señalado que un Estado que es parte de un instrumento vinculante está obligado a:

- i) Respetarlos, esto es, no obstruir la esfera protegida por los derechos.
- ii) Protegerlos, los Estados deben realizar acciones para prevenir o remediar la violación de los derechos, por personas o instituciones.
- iii) Promoverlos y hacer efectivo el pleno goce de los derechos, creando condiciones jurídicas, políticas, económicas, sociales y culturales que permitan el pleno desarrollo de la persona humana.

Al respecto, la Convención de Viena, sobre el derecho de los tratados señala en su art. 27º que “una parte no podrá invocar las disposiciones de su derecho interno como justificación del incumplimiento de un tratado”.

Dado lo anterior, el hecho que un Estado decida vincularse jurídicamente a normas de tipo internacional le significa incluso, en algunos casos, tener que adecuar su normativa interna a las disposiciones contenidas en la Convención o Pacto.

Sistema Internacional de DD.HH.

Si bien, nadie podría negar que el pilar fundamental de los derechos humanos lo constituye la “Declaración Universal de los Derechos Humanos”, primer documento universal aprobado por unanimidad por una organización internacional universal, en Diciembre de 1948, que contempla un conjunto de derechos denominados fundamentales, tales como la igualdad, la prohibición de discriminación por cualquier condición, el derecho a la seguridad social y a condiciones de vida adecuada. Sin embargo, y pese a los avances señalados, el Informe sobre Desarrollo Humano 2000 destaca que en todo el mundo persiste la discriminación en razón del género, el grupo étnico, la raza y la edad. Situación que no es diferente en América Latina, donde además la alta concentración de la riqueza la convierte en la región más rezagada del mundo en materia distributiva.²

Las ideas básicas de la Declaración se encuentran en el artículo 1º al señalar: “Todos los hombres nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”.

Los principios esenciales se encuentran señalados en el artículo 2º: “Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, religión, opinión política o de cualquier otra opinión, origen nacional o social, fortuna, nacimiento o de *cualquier otra condición social*”.

Al respecto, se puede señalar que los principios esenciales presentes en la Declaración señalan algunas distinciones específicas respecto de las cuales no podrá haber discriminación alguna, sin embargo, la “edad” no está específicamente considerada, quedando incluida en la categoría de “cualquier otra condición social”.

En lo que respecta al Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, que entró en vigor en marzo de 1976, también conocido como de derechos de la primera generación porque se encuentran especificadas las libertades civiles y políticas como la libertad de culto, que tiene como

² Ferrer, M. (2005). La Población y el Desarrollo desde un Enfoque de Derechos Humanos: Intersecciones, Perspectivas y Orientaciones para una Agenda Regional. *Serie Población y Desarrollo*, 60. Cepal/ Celade - División de Población, Chile.

propósito fundamental evitar que el Estado invada y agreda ciertos atributos del ser humano y la libre expresión, el pacto proporciona un listado de derechos relacionados con la libertad, seguridad e integridad física de la persona, así como su derecho a participar en la vida pública, por lo que estos derechos son aplicables también a toda persona y referidas, especialmente, a los llamados ciudadanos, es decir, los que participan activamente en la vida y decisiones de un país.

En cuanto al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que entró en vigor el mismo año de 1976, en el que es posible reconocer derechos llamados de segunda generación, referidos a derechos económicos, sociales y culturales como, por ejemplo, el derecho laboral básico, estos tienen por objeto asegurar la protección plena de las personas en tanto tales, partiendo de la base que las personas pueden gozar de derechos, libertades y justicia social, simultáneamente.

El Pacto, señala en su artículo 2º Nº 2, en lo que se refiere a las condiciones de discriminación, lo siguiente: “Los Estados parte en el presente Pacto se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o *cualquier otra condición social*”.

En este caso, una vez más la variable edad queda supeditada a la frase “... cualquier otra condición social” y no se reconoce como un específico de discriminación, como lo son raza, color o sexo.

Sistema Interamericano de DD.HH.

Si bien, la Convención Americana sobre Derechos Humanos conocida como el *Pacto de San José de Costa Rica* no incluye la edad en específico, (art. 1º) como sí lo hace con otras condiciones de discriminación como la raza, el color o el idioma, esta vuelve a estar incluida en las frases “...o cualquier otra condición social” como elemento de discriminación. El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos Sociales y Culturales, conocido como el *Protocolo de San Salvador*, constituye el primer instrumento de carácter vinculante, en el sistema interamericano de derechos humanos, que contiene normas específicas dirigidas a las personas mayores.

Si bien, en el artículo 3º del Protocolo, que contempla la norma general de la discriminación, la que no incluye la variable edad como condición de discriminación en específico, sino que vuelve a estar contenida en la frase “otra condición social”, se encuentran los artículos 9º y el 17º, los que

se refieren, especialmente, a derechos de las personas mayores. Estas normas disponen lo siguiente:

Art. 9º: Derecho a la Seguridad Social

1. Toda persona tiene derecho a la seguridad social que la proteja contra las consecuencias de la vejez y de la incapacidad que la imposibilite física o mentalmente para obtener los medios para llevar una vida digna y decorosa. En caso de muerte del beneficiario, las prestaciones de seguridad social serán aplicadas a sus dependientes.

El artículo 17º es aún más específico al señalar lo siguiente:

Art. 17º: Protección de los Ancianos

Toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad. En tal cometido, los Estados partes se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica y en particular a:

- i) proporcionar instalaciones adecuadas, así como alimentación y atención médica especializada a las personas de edad avanzada que carezcan de ella y no se encuentren en condiciones de proporcionárselas por sí mismas;
- ii) ejecutar programas laborales específicos destinados a conceder a los ancianos la posibilidad de realizar una actividad productiva adecuada a sus capacidades respetando su vocación o deseos;
- iii) estimular la formación de organizaciones sociales destinadas a mejorar la calidad de vida de los ancianos.

En cuanto a la vigencia de estas Convenciones y Pactos en Chile, la Declaración Internacional de DD.HH. y los Pactos Internacionales de Derechos Civiles y Políticos y de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se encuentran ratificados por el Gobierno de Chile, así como la Convención Americana sobre Derechos Humanos, más conocida como el *Pacto de San José de Costa Rica*.³

El caso del Pacto de San Salvador (Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) es diferente, pues actualmente se en-

³ Se debe considerar que para que un Pacto o Convención tenga fuerza obligatoria en el país debe, primeramente, ser suscrito por el Jefe de Estado y luego someterse a los trámites de una ley común, por lo que luego de su tramitación y aprobación Parlamentaria procede la sanción del Presidente de la República y su publicación en el Diario Oficial. (Art. 32 N° 17 Constitución Política de la República)

cuenta en la Comisión de Relaciones Exteriores del Senado en segundo trámite constitucional, desde marzo de 2006. En noviembre de 2008, el Ejecutivo envía Oficio haciendo presente la urgencia simple del proyecto lo que, en nuestra opinión, se indica alguna preocupación en el Ejecutivo por concluir su tramitación legislativa.

Instrumentos No Vinculantes

Estas manifestaciones de voluntad son instrumentos de derechos humanos que, si bien no son directamente obligatorios, contribuyen y pueden llegar a ejercer una influencia extraordinaria y son indicadores de derecho consuetudinario y avance en el acuerdo de los países en algún tema. A estos instrumentos se les suele llamar de derecho blando, porque no son directamente vinculantes. Pertenecen a este tipo de instrumentos las Declaraciones y Resoluciones, también son conocidos como normas de *Soft law*.⁴

En torno a este tipo de normativas, que pueden llegar a constituir precedentes de extraordinaria influencia en el tratamiento de algunas temáticas para los Estados, el caso de Naciones Unidas es especialmente destacable, puesto que han manifestado una especial preocupación respecto al envejecimiento poblacional. En el año 1982, en Austria, se realizó la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento y se suscribió un Plan de Acción Internacional de Viena sobre Envejecimiento, que se constituyó como la primera asamblea de Naciones Unidas que específicamente aborda el tema del envejecimiento y se aprueba un Plan de Acción Internacional. En general, esta Asamblea abordó el tema del envejecimiento desde un enfoque demográfico y referido en específico a los países desarrollados.

Otro hito importante de destacar lo constituyen los Principios de Naciones Unidas a favor de las Personas de Edad, adoptados por Resolución N° 46/91 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en el año 1991. Mientras las Naciones Unidas a través de los años enunciaban un número de leyes en defensa de los derechos humanos de determinados grupos, como mujeres o niños, ninguno de ellos se refería a la situación de las personas mayores. Entonces, la Federación Internacional de la Vejez (FIV), una entidad privada sin fines de lucro, decidió redactar una Declaración sobre Derechos y Responsabilidades de las Personas de Edad que constituyó la base para la elaboración de estos principios.⁵ Estos principios son:

⁴ Huenchuan, S., Morlachetti, A., Vásquez, J. (2006). Derechos Humanos en la Edad Avanzada. Análisis de los Instrumentos de Derecho Internacional y de Derecho Interno en América Latina. Manuscrito. Cepal, Chile.

⁵ Antecedentes del documento de Principios de las Naciones Unidas a favor de las Personas de Edad.

- i) **Independencia:** las personas de edad deberán tener acceso a alimentación, agua, vivienda, vestimenta y atención de salud adecuados, mediante ingresos, apoyo de sus familias, de la comunidad y de su propia autosuficiencia.
- ii) **Participación:** comprende el derecho a la participación activa de las PM en la aplicación de las políticas dirigidas a ellos, posibilidad de formar movimientos y asociaciones.
- iii) **Cuidados:** se refiere a la posibilidad de beneficiarse de los cuidados de las familias, acceso a servicios sanitarios y disfrute de Derechos Humanos cuando residan en Establecimientos de Larga Estadía (ELE's).
- iv) **Autorealización:** comprende el aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial, a través del acceso a recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.
- v) **Dignidad:** considera el derecho de las personas mayores a vivir con dignidad y seguridad, verse libres de explotación y malos tratos físicos o mentales, ser tratados con dignidad, independientemente de su edad, sexo, raza, procedencia étnica, discapacidad situación económica o cualquier otra condición y de ser valorados debidamente con prescindencia de su contribución económica.

Algunos autores señalan que estos principios pueden ser considerados en esencia la base mínima de una futura Convención sobre los Derechos de las Personas Mayores, puesto que constituye un asunto discutido en el seno de las Naciones Unidas desde el año 1973.⁶

La Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento se realizó en Madrid, España, en el año 2002. En ella, se adoptaron dos documentos oficiales: la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento. En el primer documento se establecen los compromisos de los gobiernos para responder a los desafíos que plantea en envejecimiento a las formas de organización social, económica y cultural, mientras que, el segundo, constituye un instrumento programático en que se proponen más de un centenar de recomendaciones en tres áreas prioritarias: i) las personas

⁶ Huenchuán, S. & Vásquez, J. (2006). Derechos Humanos en la edad Avanzada Análisis de los Instrumentos de Derecho Internacional y de Derecho Interno en América Latina". Manuscrito. Cepal, Chile.

de edad y el desarrollo; ii) el fomento de la salud y bienestar en la vejez, y iii) la creación de un entorno propicio y favorable.⁷

El Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, 2002, plantea varios temas centrales relacionados con los derechos de las personas mayores.

- i) La plena realización de todos los derechos humanos y libertades fundamentales;
- ii) La garantía de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad, así como los derechos civiles y políticos y la eliminación de todas las formas de violencia y discriminación contra las personas de edad.

Avances en Latinoamérica y el Caribe

En el marco de Latinoamérica y el Caribe, se han desarrollado dos reuniones de seguimiento al Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento.

Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, Conferencia realizada, como se señaló, para dar seguimiento en la región a la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, organizada por el Gobierno de Chile con el apoyo de la Cepal y de los organismos del Grupo Interinstitucional sobre envejecimiento, realizada en Santiago, Chile, en noviembre de 2003.

En este documento se plantean metas, objetivos y recomendaciones para la acción en favor de las personas mayores en cada una de las tres áreas prioritarias acordadas en Madrid, representando un marco de referencia regional que cada país debería adoptar a sus realidades con el fin de responder rápida y eficazmente a las necesidades e intereses de las personas mayores.

Se señala como meta general el definir las prioridades para la implementación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, que se fundamenta en los Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad y se enmarca en los compromisos de la Declaración del Milenio.

⁷ Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Prólogo.

Siguiendo al Plan de Madrid, se precisan 3 áreas prioritarias:

- i) Personas de edad y desarrollo;
- ii) Salud y bienestar en la vejez;
- iii) Entornos propicios y favorables.

En torno a la primera área prioritaria, personas de edad y desarrollo, se definió como meta general: “Protección de los derechos humanos de las personas mayores y creación de las condiciones de seguridad económica, de participación social y de educación que promuevan la satisfacción de las necesidades básicas de las personas mayores y su plena inclusión en la sociedad y en el desarrollo.

Para alcanzar esta meta general, continúa la Estrategia, se definen objetivos específicos, con las correspondientes recomendaciones para la acción:

Objetivo 1: promover los derechos humanos de las personas mayores.

Recomendaciones para la acción:

- i) Incorporar explícitamente los derechos de las personas mayores a nivel de políticas, leyes y regulaciones.
- ii) Elaborar y proponer legislaciones específicas que definan y protejan estos derechos, de conformidad con los estándares internacionales y la normativa al respecto aceptada por los Estados.
- iii) Crear mecanismos de monitoreo a través de los organismos nacionales correspondientes.

Si bien, esta Conferencia constituyó un hito importante en el posicionamiento de la temática del envejecimiento en esta región –en ella participaron 30 Estados miembros de Cepal, más 3 Estados miembros asociados en esta instancia– no se abordó directamente la propuesta de elaboración de una convención específica respecto a las personas mayores, sin embargo, lo que sí se explicita a lo largo de toda la declaración es el reconocimiento explícito del tema del reconocimiento y la protección de los derechos humanos de las personas de edad.

La Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe, hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos se realizó en Brasilia, Brasil, del 4 al 6 de diciembre de 2007. Durante la actividad, las delegaciones tuvieron la oportunidad de presentar sus avances nacionales en la implementación de la Estrategia Regional sobre el Envejecimiento y los

debates se organizaron en torno a temas de interés para el proceso de examen y evaluación regional del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Como resultado de la reunión se adoptó la Declaración de Brasilia.

La Declaración de Brasilia de los Estados miembros, en lo atinente, señala:

Nº 26. *Nos comprometemos* a realizar las consultas pertinentes con nuestros gobiernos para impulsar la elaboración de una convención sobre los derechos humanos de las personas de edad en el seno de las Naciones Unidas.

De acuerdo a lo señalado en el Nº 26 ya citado, esta Declaración explicita un compromiso de los representantes de los países asistentes a impulsar las acciones con los Gobiernos para la elaboración de una Convención sobre Derechos de las Personas Mayores. Por lo que este sería el primer instrumento, no vinculante, en hacer explícita esta solicitud.

Trigésimo Segundo período de sesiones de Cepal (Santo Domingo, 2008)

En estas sesiones se adoptó la Resolución 644 (XXXII), la que incluye en específico recomendaciones sobre envejecimiento y desarrollo.

La resolución subraya la importancia de la Declaración de Brasilia, aprobada en la segunda Conferencia regional intergubernamental sobre el envejecimiento en América Latina y el Caribe. Asimismo, pide a la Secretaría que refuerce sus actividades en los temas de políticas públicas, información, investigación y derechos humanos y que preste apoyo técnico para la realización de reuniones de seguimiento de los acuerdos de Brasilia, en particular en lo que se refiere a los mecanismos internacionales de protección de derechos de las personas de edad.⁸

Reunión de Seguimiento de la Declaración de Brasilia

Realizada en Río de Janeiro, Brasil entre los días 16 y 17 de septiembre de 2008. El objetivo de la reunión fue formular recomendaciones sobre un proyecto de Convención de Derechos de las Personas de Edad y sobre las medidas prácticas que habría que tener en cuenta para impulsar la creación de una Convención y de un Relator Especial de los derechos de las personas de edad.

⁸ Informe de actividades 2006-2008 sobre envejecimiento y desarrollo para el Comité Especial sobre Población y Desarrollo del período de sesiones de la Cepal, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (Celade), División de Población de la Cepal, 2008.

En el marco de esta reunión, los 13 países presentes, además de representantes de organismos internacionales y representantes de la sociedad civil, señalaron la necesidad de contar con una Convención Internacional de Derechos de las Personas de Edad, además de la designación de un Relator Especial de Naciones Unidas sobre el tema.

La próxima reunión de seguimiento a la Declaración de Brasilia se realizará en Buenos Aires, tras una invitación del Gobierno argentino, con el objetivo de comenzar la discusión en torno a los contenidos de una Convención de derechos para las personas de edad, la reunión se realizará en Abril de 2009.

Seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Informe del Secretario General

Este informe fue elaborado en respuesta a la resolución 62/130 de la Asamblea General de Naciones Unidas, el que resume los resultados del primer ciclo de examen y evaluación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento y se presenta un esbozo del marco estratégico de aplicación solicitado por la Asamblea General, formulándose recomendaciones que se someten a la consideración de la Asamblea General.

Si bien, el informe hace un detallado análisis del estado del arte del Plan de Acción Internacional de Madrid, con datos demográficos actualizados de personas mayores de 60 años, en el ámbito de las futuras recomendaciones propuestas a la Asamblea General, el énfasis está puesto en la fijación de prioridades nacionales viables en alcanzar en los próximos años la elaboración de objetivos e indicadores para cuantificar los progresos en su aplicación, la sensibilización sobre el Plan de Acción de Madrid, el reforzamiento de redes de centros nacionales de coordinación sobre el envejecimiento, fomentar la cooperación técnica, facilitar la coordinación entre las organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales sobre el envejecimiento, reforzar la cooperación con medios académicos en torno a un programa de investigación sobre envejecimiento, entre otras.

Quizás, si el punto más importante esté dado en el N° 68 del informe en el que se señala: "Con respecto a la celebración de la 60ª Declaración Universal de Derechos Humanos, la Asamblea General tal vez desee pedir al Secretario General que presente a la Asamblea General, en su 64º período de sesiones, un informe específico sobre los derechos de las personas de edad.⁹

⁹ Ob cit. p. 2.

Conclusiones

De acuerdo a lo revisado a lo largo de este trabajo, se ha constatado que, desde el punto de vista normativo, la problemática del envejecimiento poblacional sostenido y la vejez ha aparecido en las últimas décadas como objeto de reconocimiento en los instrumentos internacionales de derechos humanos, tanto en el concierto mundial como latinoamericano. Por otra parte, han surgido cuestionamientos en el campo del derecho sobre la efectividad de las normas universales, dicho de otro modo, si la normativa de derechos humanos ha sido capaz de cubrir todas las necesidades de la humanidad, especialmente de aquellos grupos históricamente relegados, como los niños y niñas, mujeres, inmigrantes o personas mayores, por lo que el mero reconocimiento de la igualdad de derechos no ha supuesto, hasta ahora, ningún cambio en su situación de desventaja social.¹⁰

A consecuencia de lo anterior, han surgido normativas internacionales dirigidas a grupos específicos, caso de la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (1979) y la Convención de los Derechos del Niño. Mención especial merece la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas en diciembre de 2006, la que constituye el primer tratado de derechos humanos que ha sido adoptado en el siglo XXI, entrando en vigor el 3 de mayo de 2008. Este instrumento constituye un claro ejemplo que las necesidades específicas de un grupo de la población, en este caso las personas con discapacidad, requerían el reconocimiento de sus derechos como grupo, que consideraré sus características especiales.

Por lo que, volviendo a la pregunta inicial, ¿Hacia una Convención Internacional de Derechos de las Personas Mayores?, la comunidad internacional ha desarrollado instrumentos que señalan especialmente el respeto a los derechos humanos de las personas de edad y, salvo el caso del Protocolo de San Salvador, no existen otros instrumentos vinculantes que los recojan en especial. El Secretario General de Naciones Unidas, en el informe de Seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, de reciente data, Julio de 2008, indica que el énfasis está puesto en la revisión del cumplimiento del Plan Internacional de Madrid, sin embargo, creemos que hay un acercamiento al área de los derechos de las personas de edad, al proponer a la Asamblea General la realización de un informe específico sobre los derechos de las personas de edad.

¹⁰ Notas de Población N° 81, Cepal.

Por otra parte, para lograr el establecimiento de este tipo de instrumentos se requiere de un largo camino de sensibilización de las partes involucradas y de un decidido apoyo de la sociedad civil, tanto de aquellos que trabajan para los mayores, como de sus propias organizaciones.

Los países de Latinoamérica y el Caribe han manifestado la voluntad inicial, sin embargo, deberán ser capaces de sostener un trabajo coordinado y sistemático, por cuanto no todos los países están de acuerdo con esta propuesta. Si bien, el panorama no es fácil, por lo menos en el corto plazo, pensamos que si el conjunto de estos países logra seguir coordinados en torno a este objetivo común, se aúnan nuevas voluntades en países de otros continentes y se establecen redes estratégicas con la sociedad civil y las organizaciones de mayores, tanto de nivel nacional como internacionales, el camino puede ser lento, pero no por ello menos seguro, la compuerta ya se abrió y lo avanzado en torno a los derechos de los mayores nos lleva a pensar que el reconocimiento de las personas mayores como sujetos de derecho específicos en la normativa internacional se encuentra en camino a su establecimiento.

Bibliografía

- Ferrer, M. (2005). *La Población y el Desarrollo desde un Enfoque de Derechos Humanos: Intersecciones, Perspectivas y Orientaciones para una Agenda Regional*. Serie Población y Desarrollo N° 60. Cepal/ Celade. División de Población, Chile.
- Huenchuán, S. & Morlachetti, A. (2006). *Análisis de los Instrumentos Internacionales y Nacionales de Derechos Humanos de las Personas Mayores*. Notas de Población, n° 81. Cepal/ Celade, Chile.
- Huenchuán, S., Morlachetti A. & Vásquez, J. (2006). *Derechos Humanos en la Edad Avanzada. Análisis de los Instrumentos de Derecho Internacional y de Derecho Interno en América Latina*. Manuscrito. Cepal, Chile.
- Informe de Actividades 2006-2008 sobre Envejecimiento y Desarrollo para el Comité Especial sobre Población y Desarrollo del Período de Sesiones de la Cepal, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (Celade), División de Población de la Cepal, 2008.
- Instrumentos y Publicaciones de Naciones Unidas.
- Declaración Universal de Derechos Humanos.
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento y Plan de Acción Mundial sobre Envejecimiento, Austria. (1982).
- Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento, Madrid. (2002).
- Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre envejecimiento, Nueva York. (2003).
- Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad.

Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Prólogo. 2003.

Seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Informe del Secretario General de la Naciones Unidas. 1/07/2008.

Instrumentos Internacionales del Sistema Interamericano de Derechos Humanos.

Convención Americana sobre Derechos Humanos.

Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Protocolo de San Salvador.

Treinta Años de Políticas Públicas para la Atención al Envejecimiento en México

MARISSA VIVALDO MARTÍNEZ*

SERGIO LÓPEZ MORENO**

Resumen

La presente investigación hace un análisis crítico sobre la evolución de las políticas públicas para el envejecimiento en México, desde su surgimiento hasta los principales momentos de inflexión que ha sufrido los últimos años. Se contemplan tres niveles de análisis: macro, a partir del estudio de los lineamientos generales de la política de Estado y avanza a nivel legislativo; mezo, mediante el análisis de la evolución institucional de atención al envejecimiento; y micro, en cuanto al desarrollo a nivel de Programas de gobierno. Los principales hallazgos muestran que a nivel de política de Estado, a finales de la década de los setenta y principios de los ochenta existió interés por parte del gobierno federal de incluir a las personas mayores de sesenta años dentro de los grupos prioritarios de atención. Sin embargo, a partir de la segunda mitad de la década de los ochenta los esfuerzos se vieron limitados por la modificación en las prioridades de la política de Estado. En la actualidad, encontramos que la política pública para el envejecimiento en México resulta en extremo limitada al carecer de una Institución rectora en materia de normatividad y planeación, de una legislación armonizada en los niveles federal y local y, por último, al hecho de no contar con una estrategia o Plan Nacional Gerontológico capaz de coordinar las acciones de las diferentes instituciones encargadas de la atención al envejecimiento en México.

Abstract

This study is based on a critical analysis of the evolution of ageing public policies in Mexico from their early onset up to the present. Three levels of analysis are undertaken: macro, focused on the study of guidelines and regulations endorsed by current State policies as well as on advancements made in related legislation; mezo, centered on the analysis of the evolution of institutions developed in order to care for the elderly; and micro, which relates to the analysis of specific government programs. At the level of State politics, results indicate that, between the late 1970's and early 1980's, the federal government was interested in integrating the 60-year-old and above population as a priority group for care and attention. Nevertheless, during the second half of the 80's such initiative was limited

* Doctoranda en Ciencias en Salud Colectiva, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.

** Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.

due to changes in priorities of the State. Nowadays, public policies for the elderly are typified by an absence of a ruling institution in the areas of norm development and planning, by a lack of an articulated regulation of legal initiatives at federal and local levels, and lastly, by a lack of a National Gerontological Plan, capable of coordinating actions of the various institutions in charge of the elderly in our country.

Introducción

Los principales antecedentes de la política pública para la atención al envejecimiento en México se encuentran a mediados del siglo XIX, cuando se llevaron a cabo los primeros esfuerzos a nivel institucional para atender a este sector de la población, mediante la creación de la Dirección General de Fondo de Beneficencia y, más tarde, la Dirección General de Beneficencia Pública, instituciones que tenían como finalidad resolver el tema de la pobreza y el desamparo en diversos sectores entre los que se encontraban los viejos.

Más tarde, la promulgación de la Ley General de Pensiones Civiles y de Retiro de 1925 supuso un nuevo avance en la materia, garantizando en la legislación el acceso a condiciones mínimas de vida a los trabajadores durante la jubilación. Adicionalmente, encontramos grandes avances durante el siglo XX, pues la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en 1931, del Instituto Mexicano del Seguro Social en 1943 y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en 1963 garantizaron nuevas posibilidades de acceso al servicio de salud y otros beneficios a las personas envejecidas.

Sin embargo, el inicio de la política pública para la atención al envejecimiento en México resulta de interés a finales de la década de los setenta, por afrontar con anticipación los retos que traería consigo la inminente transición demográfica y el cambio epidemiológico. A partir de este momento se comenzaron a desarrollar esfuerzos por construir los cimientos a nivel institucional para en el futuro, consolidar una política integral de atención a este sector de la población.

Desafortunadamente, las prioridades a nivel de Estado y las coyunturas políticas y económicas del país produjeron que este tipo de política pública se desarrollara de manera desordenada y limitada, avanzando en el ámbito de algunos sectores de gobierno, pero abandonando la integralidad propuesta en sus orígenes.

Marco Teórico

Se ha definido a las políticas públicas como el conjunto de disposiciones, medidas y procedimientos que reflejan la orientación política del Estado y regulan las actividades gubernamentales relacionadas con las tareas de interés público, actuando e influyendo sobre la realidad económica, social y ambiental. (Lucchesi, 2002)

Una política pública debería corresponder a aquellos cursos de acción y flujos de información relacionados con un objetivo político definido en forma democrática y que es reflejo de la clara búsqueda del interés nacional. Debe contemplar orientaciones, instrumentos, definiciones institucionales y la previsión de sus resultados. Incluye el aspecto político como su origen, objetivo, justificación o explicación pública.

Si las políticas públicas no son enmarcadas en un amplio proceso de participación, ello puede sesgar a los actores públicos. En algún momento de la dinámica de los temas públicos es posible la aceptación de una política, su rediseño o su extinción. Este momento requiere que coincidan la preocupación social, la existencia de una solución técnica y el apoyo político.

Las políticas de la vejez son aquellas acciones organizadas por parte del Estado frente a las consecuencias sociales, económicas y culturales del envejecimiento poblacional e individual y que dentro de sus atributos generales se encuentra que cuentan con una normatividad, institucionalidad, medidas programáticas y normatividad. (Huenchuan, 1999)

Tradicionalmente, las políticas públicas sobre la vejez se han considerado como un *asunto de pobreza* basado en los modelos asistencialistas, asumiendo que la edad de la vejez está relacionada con determinadas fases particulares de vulnerabilidad durante el ciclo de vida (Wolf, 1989). En un segundo momento, se habló de las políticas de la vejez como un *asunto de derecho* que traspasa la esfera individual e incluye los derechos sociales. Otro enfoque es aquel que refiere a la vejez como asunto de *requerimientos para la vida* y propone que es necesario garantizar requerimientos mínimos para una vida digna en las áreas biológicas, psicológicas, de seguridad y culturales. (González, 2007)

Objetivo

Realizar un análisis crítico sobre la evolución de las políticas públicas para el envejecimiento en México, desde su surgimiento hasta los principales momentos de inflexión que ha sufrido los últimos 30 años y que se derivan, por un lado, de los cambios de administración y, por el otro, de las modificaciones en las prioridades a nivel de política de Estado.

Método

A partir de un análisis cualitativo se contemplan tres niveles de análisis: *macro*, a partir del estudio de los lineamientos generales de la política de Estado (Planes Nacionales de Desarrollo) y avance a nivel legislativo; *mezzo*, mediante el análisis de la evolución institucional de atención al envejecimiento; y *micro*, en cuanto al desarrollo a nivel de Programas de gobierno.

Resultados

Los presentes resultados de la investigación se dividen en tres grandes etapas de desarrollo de las políticas públicas para el envejecimiento en México, las que coinciden con los grandes cambios en la política pública nacional, derivada de los principales procesos económicos, políticos y sociales de los últimos treinta años. Específicamente, nos referimos al fin de Estado de Bienestar, a los inicios y a la consolidación de Estado neoliberal.

Primera etapa (1976-1982)

Los principales hallazgos muestran que a nivel de política de Estado, a finales de la década de los setenta y principios de los ochenta, durante la administración del presidente José López Portillo, existió un interés por parte del gobierno federal de incluir a las personas mayores de sesenta años dentro de los grupos prioritarios de atención, debido a los siguientes factores:

- i) **La transición demográfica y epidemiológica.** Los países desarrollados se encontraban cursando una franca transición demográfica y epidemiológica que los obligó a impulsar una serie de medidas nacionales para enfrentar los retos del envejecimiento. Este fenómeno llevó a especialistas nacionales a realizar estudios relativos a los posibles efectos de una transición similar en nuestro país, originada por los exitosos programas de control de la natalidad.
- ii) **Creación de Dignificación de la Vejez, A.C en 1977.** Fue la primera asociación civil, cuyo objeto social se dirigía hacia la población envejecida y, de hecho, se debe a su presidenta el impulso de la creación del Instituto Nacional de la Senectud.
- iii) **El Acuerdo de Alma Ata de 1978.** La firma de este importante acuerdo sobre Atención Primaria a la Salud fue una de las bases para la conceptualización de las primeras políticas públicas de atención al envejecimiento en materia de salud.

- iv) **Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de 1982.** A pesar de que este evento internacional estaba dirigido a países desarrollados, el Plan de Acción de Viena sobre el Envejecimiento fue considerado para la elaboración de las acciones institucionales que se propusieron durante la primera etapa de actividades de las instituciones nacionales en esa materia.

A nivel *mezzo*, encontramos que las acciones se enfocaron a la creación de dos instituciones que como objeto tenían la atención al envejecimiento.

- i) **El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia** creado por decreto en 1977 y que como una de sus funciones principales tenía la atención a las personas mayores de 60 años.
- ii) **Instituto Nacional de la Senectud**, creado por decreto el 22 de agosto de 1979, como organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y con el objeto de proteger, ayudar, atender y orientar a la vejez mexicana y estudiar sus problemas para lograr soluciones. En octubre de 1980 se le asignó presupuesto por primera vez.

A nivel *micro*, en este periodo las acciones más relevantes a nivel programático comenzaron a desarrollarse sectorialmente en diferentes instituciones nacionales como INSEN, DIF, IMSS e ISSSTE. Cabe señalar que se dio un gran avance a nivel de programas, pues la política consideraba al envejecimiento como un asunto que ameritaba esfuerzos interinstitucionales e interdisciplinarios. (DIF, 1980)

Segunda etapa (1983-2000)

A pesar del interés y de los esfuerzos desarrollados durante la primera etapa de políticas públicas, a partir de 1983 encontramos una desaceleración paulatina de las acciones en la materia. Esto se debió fundamentalmente a los siguientes problemas:

- i) Presiones de organismos internacionales (Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional).
- ii) La crisis económica nacional.
- iii) El inicio del proceso de individualización de la pobreza.
- iv) La focalización de las políticas sociales.

Sin embargo, es en esta etapa en la que por primera vez identificamos menciones al tema de la vejez, los viejos y el envejecimiento en los Planes Nacionales de Desarrollo, lo que nos haría pensar en un avance a nivel *macro* de organización de la política pública.

En el PND 1983-1988, propuesto por Miguel de la Madrid se menciona que:

- i) Es necesario dar atención prioritaria a las **necesidades básicas** de los grupos más desprotegidos.
- ii) Las acciones de salud estarán particularmente encaminadas a impulsar la **protección de los ancianos en estado de abandono total o parcial**.

A nivel *micro*, la propuesta de trabajo de Insen consistió en la organización y ejecución de programas asistenciales basados en el conocimiento, causas y consecuencias del proceso de envejecer.

- i) Económicos.
- ii) Sociales.
- iii) Educativos.
- iv) Psicológicos.
- v) Investigación.

Durante este periodo y derivado de la crisis económica, a pesar de que se desarrollaron esfuerzos por proponer programas específicos y sectoriales importantes, los problemas presupuestales generaron que el Insen creciera sin la capacidad presupuestal para dar abasto a sus necesidades.

Por otro lado, encontramos que durante el periodo 1989-1994, administrado por Carlos Salinas de Gortari, se caracterizó por un giro que se desprende de un concepto de política social que en sus supuestos tuvo como finalidad la equidad, el desarrollo, el bienestar colectivo y la justicia social. En este sentido, una de las prioridades para la existencia de una política de esta naturaleza fue, por una parte, la incorporación del desarrollo sostenible y, por otra, el ataque frontal a la pobreza extrema. El eje central de la política pública durante este sexenio fue el Programa Nacional de Solidaridad que, en lo que respecta al tema de envejecimiento, tuvo como resultado la creación de un solo programa:

Programa: Maestros Jubilados. Se inició en abril de 1992 en Guanajuato y su objetivo fundamental era el de reincorporar a la actividad educativa a los maestros jubilados.

Durante la administración de Ernesto Zedillo, el Plan Nacional de Desarrollo menciona que:

- i) De manera particular, se atenderá a las personas de la **tercera edad** que, al dejar de participar en actividades económicas formales constituyen uno de los sectores más desfavorecidos.
- ii) Las acciones en materia de desarrollo social deben considerar, necesariamente, como uno de sus objetivos que esta población tenga una **vida digna y tranquila** con los servicios de sustento, salud, vivienda y recreación que demanda.
- iii) La atención a este grupo, habrá de traducirse en acciones concretas orientadas al **funcionamiento de una seguridad social justa**, que les permita retirarse de la vida laboral sin detrimento de su bienestar; a la ampliación de los servicios educativos, culturales, de reposo y recreación y al aprovechamiento de sus conocimientos y experiencias.

Sustentadas en los principios fundamentales de la asistencia social y en las metas del Plan Nacional de Desarrollo, las líneas de atención que el Insen propuso se dirigieron al nivel preventivo y al desarrollo e implementación de servicios sociales.

- i) Económicos.
- ii) Sociales.
- iii) Educativos.
- iv) Psicológicos.
- v) Geriátricos.
- vi) Investigación.
- vii) Jurídicos.

Tercera etapa (2000-2006)

Este periodo está caracterizado por una reestructuración de la política pública general, al recrudecerse la focalización de los apoyos, lo que se reflejó claramente en el nuevo modelo de atención al envejecimiento.

Por un lado, a nivel macro, se avanza sustancialmente debido a la promulgación de la Ley de las Personas Adultas Mayores y al resurgimiento de Insen, actualmente Inapam, como organismo rector de la política pública en esta materia.

Estas acciones son reforzadas gracias a factores internacionales relevantes como el inicio de la construcción del régimen internacional para la atención a las personas de edad, derivado de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento.

El Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 señalaba que:

Con el fin de reducir las desigualdades que más afectan a la población, los criterios que se seguirán para la asignación de los recursos públicos estarán orientados a estimular e impulsar **la superación del nivel de vida de los grupos y personas más vulnerables** –los indígenas, los niños y ancianos, los discapacitados– y tomarán en cuenta las necesidades de otros sectores amplios –como las mujeres y los jóvenes–, sin perder de vista los programas de cobertura general que deberán ser atendidos.

Los avances a nivel *mezzo* durante esa administración se pueden sintetizar en:

- i) Creación del Instituto Nacional de los Adultos en Plenitud (tuvo una duración de seis meses).
- ii) Creación del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores como órgano descentralizado.

A nivel *micro*, es decir, en lo que se refiere a acciones programáticas, es destacable que se realizó un esfuerzo por elaborar un Plan de Acción denominado “Atención al Envejecimiento” que, desafortunadamente, fue una medida impulsada sectorialmente (Secretaría de Salud) y que no daba respuesta a las necesidades generales de la población envejecida. Derivado de la promulgación de la Ley de las Personas Adultas Mayores y de las facultades del Inapam que de ahí se desprenden, se esperaba la elaboración de un Plan Nacional Gerontológico que no se realizó.

Conclusiones

En la actualidad, encontramos que, a pesar de los avances a nivel legislativo y de la aparente acción gubernamental en el área, la política pública para el envejecimiento en México resulta en extremo limitada al no cubrir con los requisitos básicos de contar con una Institución rectora en materia de normatividad y planeación, con una legislación armonizada en los niveles federal y local y, por último, al hecho de no contar con una estrategia o Plan Nacional Gerontológico capaz de coordinar las acciones de las diferentes instituciones encargadas de la atención al envejecimiento en México.

Desde sus inicios y hasta el año 2002, la política para el envejecimiento se manejó como un asunto de pobreza. Cuando se promulga la Ley de las Personas Adultas Mayores y en los estados de la República comienzan también los esfuerzos por legislar en el tema, parecía que esta visión se modificaría hacia un asunto de derechos. Sin embargo, las acciones a nivel micro parecen indicar que, actualmente, hablamos de requerimientos básicos.

Es necesaria una nueva política pública que de manera organizada permita facultar en los hechos a una sola institución, para que se encargue de dictar los lineamientos generales de la política pública para el envejecimiento en México. Por otro lado, es fundamental buscar la armonización a nivel legislativo para garantizar el acceso a derechos en toda la República ya que, en la actualidad, tan solo 23 entidades federativas cuentan con una legislación al respecto. A nivel de programas, es necesario que México cuente con un Plan Nacional Gerontológico que responda a las necesidades bio-psico-socio-culturales del viejo, la vejez y el envejecimiento en México.

Bibliografía

- Aparicio, R. (2002). Transición Demográfica y Vulnerabilidad durante la Vejez. En *La Situación Demográfica en México*. México: Consejo Nacional de Población.
- Bardach, E. (2001). *Los Ocho Pasos para el Análisis de Políticas Públicas*: Porrúa y CIDE.
- Bay, G. & Macadar, D. (2003). América Latina y el Caribe: El Envejecimiento de la Población. 1950-2050. En *Boletín Demográfico* N° 72. Santiago: Cepal.
- Centro Interamericano de Estudios sobre Seguridad Social. (2002). *Problemas de Financiación y Opciones de Solución, Informe sobre la Seguridad Social en América 2002*.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. (2005). Sista Editorial.
- Declaración Política de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de Madrid de 2002*. (2002). Organización de Naciones Unidas.
- Derechos Humanos y Personas de Edad*. (1995). Comité de Derechos Económicos y Sociales, Organización de Naciones Unidas.
- Fox Quesada, V. (2005). *Quinto Informe de Gobierno*.
- González, J. (2007). Evaluación de los Avances de Inapam: Avances y Retos. *Salud Pública de México*, 49 (Número Especial).
- Ham Chande, R. (2003). *El Envejecimiento en México: el Siguiendo Reto de la Transición Demográfica*. México: Colegio de la Frontera Norte y Porrúa.
- Herrera Gómez, M. & Castón Boyer, P. (2003). *Las Políticas Sociales en las Sociedades Complejas*. España: Ariel.

Huenchuan Navarro, S. (2004). *Marco Legal y de Políticas a favor de las Personas Mayores en América Latina*. Santiago: Cepal.

_____. (1999). De Objetos de Protección a Sujetos de Derechos. Trayectoria de las Políticas de Vejez en Europa y Estados Unidos. *Revista de Trabajo Social Perspectivas: notas de intervención y acción social*, 8.

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.

Lucchesi, M. (2002). *A universidade no limiar do 3º milênio: desafios e tendências*. São Paulo: Leopoldianum.

Organización de las Naciones Unidas. (2002). *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*, Nueva York.

Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento. (1982). *I Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. Viena.

Poder Ejecutivo Federal. (1982). *Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988*. México.

Poder Ejecutivo Federal. (1994). *Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000*. México.

Poder Ejecutivo Federal. (1998). *Plan Nacional de Desarrollo 1999-1994*. México.

Poder Ejecutivo Federal. (2000). *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*. México.

Tiempo Libre y Esparcimiento Familiar. Un espacio para la Integración Social de las Personas Mayores

MARÍA GLADYS OLIVO VIANA*

“Por lo general el aislamiento, la marginación, destruye la identidad de las personas y causa rupturas familiares con destrucción de afectos; además la frustración de los proyectos de vida, destruye la capacidad creativa de las personas, lo cual conduce lentamente, a partir de un profundo resentimiento, a la apatía y pérdida de la autoestima”
(Max Neef, 1986, p. 31)

Resumen

Para aproximarse al tema sobre el uso del tiempo libre en personas mayores y asumir la práctica recreativa como forma de prevención para su salud física-mental actual y futura se toma como referencia la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas, en la que se señalan indicadores de nivel de vida, uno de los cuales es “Recreo y Esparcimiento”. Este, especifica que “Toda persona tiene derecho al descanso, al disfrute del tiempo libre, a la limitación racional de la duración del trabajo y a vacaciones periódicas”.¹ Como también el Derecho a la Salud, “El acceso universal a la Salud es un derecho que toda sociedad debe garantizar a sus ciudadanos por el solo hecho de ser personas, sin consideraciones de su situación socio-económica. Una adecuada justa y oportuna atención en la enfermedad es un derecho tan importante como el trato que recibe la persona, como lo es contar con la información y el estímulo a conductas preventivas”.²

En este sentido, la práctica recreativa, el ocio productivo, constituyen una forma de canalizar el tiempo libre en forma adecuada, así como también de alivianar tensiones que el medio ambiente ocasiona a la persona mayor, previniendo, de este modo, situaciones inconvenientes para la salud mental y orgánica que, permanentemente, afectan su mundo de interacción social familiar y comunitaria.

Basándose en el Modelo Integral o Educativo de Educación para la Salud, definido como “proceso Social de aprendizaje orientado a la autoresponsabilización de los individuos y las colectividades, en defensa de su propia

* Asistente Social –Universidad de Chile. Magíster en Ciencias de la Educación –Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación, Chile, diciembre 1999.

Doctora © en Investigación Psicopedagógica y Social. Universidad de Granada, España, julio 2007.
Directora Escuela de Trabajo Social Universidad Central de Chile.

¹ Hardy, C. & Morris, P. (2001). Derechos Ciudadanos, Una Década. Santiago: LOM.

² Ibid.

salud y la de los demás”³ y que enfoca hacia el equilibrio interno y externo de la persona como ente bio-psico-social, procurando el auto cuidado a través de un trabajo colectivo, se busca en esta reflexión realizar un aporte a nivel familiar y comunitario que permita establecer la relación existente entre la práctica recreativa y la salud mental e integración familiar como factores que condicionan ese “aprender a convivir” por parte de los miembros del grupo familiar con las personas mayores, miembros de su núcleo básico.

Abstract

To come closer the topic on the use of the free time in the major people and to assume the recreational practice as form of prevention currently and future for physical - mental healthy there is cited as an example: the Universal Declaration of the Human rights of the United Nations Organization, in which indicators of standard of living distinguish themselves, one of which is a “Playtime and Recreation”. It is specify that “Every people have to the right for resting and enjoying in his free time and the rational limitation of the time of the job and periodic holidays”. Like also the Right to health, “The universal access to the Health is a right that every society must guarantee his citizens for the only fact being person, without considerations of his socio-economic situation. A suitable and oportune attention in the illness is a right as important as the dealing that the person receives, as it is to be provided with the information and the stimulus to preventive conducts”.

In this sense, the recreational practice and the productive free time are constituted a way for canalizing the free time in suitable form, as well as to cheer up tensions that the environment causes on the mayor person. In this way, we are preparing for inconvenient situations for the mental and organic health that, permanently, is affected his world of familiar and community social interaction.

Basing on the Integral or Educational Model of Education for the Health, defined like “Social process of learning faced to the auto responsibility of the individuals and the communities, in defense of its own health and that of the others” and that focuses towards the internal and external balance of the person like bio-psychosocial entity, trying the self-care across a collective work, one thinks about how in this reflection to realize a contribution at familiar and community level that allows to establish the existing relation between the recreational practice and the mental health and familiar integration like factors that determine that one “to learn to coexist” on the part of the members of the familiar group with the biggest persons, members of his basic nucleus.

³ Lineros, D. (2005, enero). Asignatura Educación para la salud. Apuntes Doctorado Psicología y Educación. Chile.

Desarrollo del Tema

El hombre como tal representa un conjunto de posibilidades y limitaciones, es deber de él y de la sociedad que todas sus disposiciones alcancen la más plena realización. Para que el hombre nazca y se desarrolle en circunstancias adecuadas debe tener una estructura corporal, un funcionamiento orgánico y mental, una forma de moverse, un conjunto de necesidades humanas satisfechas, entre las que se encuentran el descanso y el movimiento, los que pueden ser cultivados o descuidados, según se neutralicen o no, por los efectos negativos que representan las condiciones de vida actual, que estimulan el sedentarismo, rutinas, inactividad, obligaciones, tensiones y angustias.

La Investigación Científica, las ciencias y experiencias de la vida cotidiana, indican que la presencia de un proceso de atrofia biológica y mental del hombre, se acentúa en la actual sociedad tecnificada, ya que incorpora cada vez menos esfuerzos físicos y la actividad intelectual y tecnológica tiende a “sedentarizar” a las personas. Otras investigaciones científicas sostienen que las hormonas del estrés son capaces de estimular los centros de ataque en el cerebro y viceversa, lo que explicaría la violencia fuera de control; especialistas plantean que si se logra disociar este circuito se podría intervenir la agresividad. En Chile, uno de cada cuatro chilenos se siente estresado siempre o frecuentemente, según información del Ministerio de Salud, y un 45,9% de las personas considera que algunas veces tiene estrés; mientras que un 10% de la población percibe en forma frecuente impulsos hostiles, es decir, ganas de “gritar, tironear o zamarrear” a otra persona. El estrés “es la respuesta del cuerpo a condiciones externas que perturban el equilibrio emocional de las personas” afirma la Neuróloga Andrea Chávez (Chávez, 2007). Esta situación que ha sido denominada la epidemia del siglo XXI afecta la calidad de vida no solo de la persona, sino de todo su entorno familiar, es transversal a todas las edades y causa o empeora problemas de salud física y mental en la persona.

Salud, señala Lineros (2005), es *“aprender a vivir, aprender a negociar múltiples formas de relaciones que el individuo, necesaria y constantemente mantiene consigo mismo, con los demás y con el entorno en un contexto de constante cambio”*. Salud, continúa Lineros, es un *“proceso que informa, motiva y ayuda al pueblo a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugna los cambios ambientales necesarios para facilitar que la población sea cada vez mas*

autónoma en el cuidado de su salud y participe individual y colectivamente en la transformación del entorno natural y social en pro de la salud."

Al mencionar e identificar elementos relacionales de los tópicos mencionados como practica recreativa, salud e integración familiar, asociándolos a una oportunidad para disponer de una mejor condición de vida en el momento de la vejez o adultez mayor es posible iniciar la reflexión frente a un tema de interés teórico, que se oriente a fortalecer la vida cotidiana de la persona mayor en su mundo de interacción social.

Bajo el Modelo Integral o Educativo de Educación para la Salud, que requiere una base de sustentación en conocimientos y metodologías adecuadas, además de coordinación interdisciplinaria, formación convergente, se busca abrir una opción alternativa frente a las temáticas tradicionales de trabajo profesional con personas mayores, al mismo tiempo que orientar el quehacer a promover en las personas mayores y en su grupo familiar, el interés por prácticas recreativas en familia. Se busca desplegar la mejor condición posible para la salud, a través de estas prácticas y al mismo tiempo posibilitar la toma de conciencia y asunción de responsabilidades individuales y colectivas de las familias con respecto a sus mayores. En este sentido, las tareas profesionales buscarán reeditar este trabajo de acción social como promotor de "intervenciones de aprendizaje social" donde "éste resulta mas socio-educativo, activando y ordenando los mundos internos de las personas que luego los dispongan para su vida de interacción social". (Chadi, 2000, p. 120)

Atendiendo a que el ser humano es por esencia perfectible y para ello requiere de consolidación personal, integración social, descanso activo, mejoramiento o mantención de su condición física, creación intelectual, expansión espiritual, las actividades físicas de carácter recreativo en su tiempo de ocio no podrían estar ausentes a lo largo de su vida, ya que desde tiempos antiguos, la recreación ha estado presente como una necesidad vital en el hombre, ya sea como preparación para vida futura o como una forma de interacción social con el entorno.

Planteamientos Teóricos

El cambio de la percepción de la perspectiva de vida es una situación de la sociedad más que del individuo en particular y cae dentro de la esfera de la cultura. La sociedad deberá asumir este cambio generando condicio-

nes posibles para los aprendizajes que en este caso se requieren para el desarrollo de nuevas actitudes sociales frente al proceso de vida del ser humano.

Normalmente, todo individuo inicia ese nuevo aprendizaje social al adquirir una nueva información que puede o no responder a una inquietud personal, pero que motiva una reflexión que puede sugerir una nueva respuesta a situaciones observadas, necesidades insatisfechas o no percibida anteriormente.

En la actualidad, sin duda, el fenómeno de la prolongación de la vida, que se evidencia en el aumento progresivo de la población Adulta Mayor y que debe integrarse en la vida en sociedad y a lo cotidiano, es visto como un fenómeno negativo debido a la visión que reside en la sociedad post industrial en que se *"tiende a valorizar al hombre por lo que produce durante la vida activa más que por el valor en si como ser humano"* (Piña, 2001, p. 1). Se percibe el envejecimiento como etapa degenerativa del ser humano.

Uno de los aspectos importantes en la formación del individuo es el aprendizaje de actitudes que expresan los valores que privilegia la cultura. Las actitudes del individuo y de la sociedad con respecto al Adulto Mayor son aporte del aprendizaje de valores. Todas las actitudes se aprenden por socialización, primero en su grupo inmediato, el hogar, al que se agregan después otros agentes, como la escuela, otras instancias y la sociedad toda. La familia debiera ser un importante punto de partida, si en la familia los ancianos son queridos, respetados, comprendidos e incorporados a la vida familiar, los niños aprenderán actitudes positivas hacia los Adultos Mayores.

También, la escuela tiene una responsabilidad en generar actitudes positivas frente a la ancianidad. Se trata de enseñar a cambiar la imagen de la vida, a considerar sus etapas o ciclos vitales, cada uno de los cuales debe vivirse y dentro de este contexto comprender a la ancianidad como una etapa normal del proceso de vida. Aun podemos observar en nuestra vida cotidiana elementos que estigmatizan la figura de los ancianos y los presentan en forma negativa.

En este contexto antes descrito, se busca aportar a la creación de una nueva cultura en que las personas de la sociedad perciban el envejecimiento como parte del proceso de vida que incluye diversos ciclos de vida, de tal manera que los adultos Mayores no constituyen individuos desechables,

sino que están en condiciones de integrarse a la sociedad. Comprender que la ancianidad implica el deterioro de algunas capacidades, principalmente físicas, pero que se compensan, en parte, por la experiencia de vida acumulada en forma enriquecedora y, por último, que la forma en que se viven las últimas etapas de vida están relacionadas con la forma en que ha vivido etapas anteriores.

Sin embargo, el deterioro físico y mental es susceptible de ser abordado desde diferentes áreas. Una de ellas, a la que refiere este documento, es la recreación que como forma de expresión humana es tan antigua como el hombre mismo. En su evolución histórica acompañó el desarrollo de las culturas, asistiendo a su nacimiento, apogeo y decadencia. Tuvo características naturales, rituales, guerreras, religiosas, domésticas, sociales, educativas, terapéuticas, rehabilitadoras, compensadoras y, por último, humanizadoras y todas ellas como respuesta a la necesidad del hombre de realizarse conforme a su propio modelo humano y resolver los problemas que la vida natural y sociocultural le planteaban.

Cada cultura determina el tipo de recreación que un pueblo adopta como parte de su vida nacional, a la larga determina el tipo de sociedad que construye y la clase de cultura nacional que forma. Esto resulta evidente, si se acepta el hecho fundamental de que la recreación no es un complemento de la vida social, mental y orgánica del hombre, sino una actividad vital y significativa, como cualquier otra con la que integra su integración formativa y su plenitud en tanto ser humano.

En el periodo renacentista, con los humanistas italianos, se pone de manifiesto la necesidad de la recreación al enfatizar la imposibilidad del hombre que trabaja con eficiencia sus tareas, si no median actividades agradables y recuperadoras. El objetivo del equilibrio y la compensación humana ya aparecen dominando la acción recreativa pese a que una visión física, el deporte y la recreación, buscan la reafirmación antropológica, cultural, espiritual, creativa e integral del hombre, son caminos hacia la más plena humanización.

La vida actual dominada por la tecnología genera la presencia en el mundo de personas solitarias y seriamente ocupadas, su comunicación es técnica mecánica, pero esto no alcanza a liquidar en el hombre su impulso de socialización, su anhelo de "compartir y estar junto a otros". La recreación se plantea como una forma colectiva de "resocialización", ya que es un campo de experiencia y actividades que se realizan especialmente en el

tiempo libre, escogidos voluntariamente y poseen la potencialidad de enriquecer la vida mediante la satisfacción de necesidades básicas de la persona y de cultivar relaciones humanas sanas y armónicas, es, por consiguiente, una actividad educativa para la salud física y mental que promueve el desarrollo integral.

El hombre, que está hecho para la actividad y la civilización, ha sedentarizado su vida. Entre los factores desencadenantes del cambio en la sociedad actual ocupa un lugar de privilegio el asombroso progreso de la técnica y la ciencia, este “progreso aparente” de la vida se manifiesta en la actualidad en fenómenos sociales tales como:

- i) Aumento de la duración de la vida.
- ii) Vidas mecanizadas que se desarrollan en lugares ajenos al contacto de la naturaleza.
- iii) Aumento de las horas de trabajo y reducción de las horas libres.
- iv) Disminución del esfuerzo físico, en la vida cotidiana y el trabajo.
- v) Tensiones que se manifiestan en Neurosis, Psicopatías, ansiedades acumuladas, sensación de cansancio existencial, desadaptaciones.

Para graficar parte de esta realidad en Chile es posible señalar que la disminución de la tasa de natalidad y el aumento de la esperanza de vida hace un incremento del grupo etario Adulto Mayor, el cual se puede ilustrar con los antecedentes de los censos Chilenos 1970, 1982, 1992, 2002:

	1970	1982	1992	2002
Mayores de 60 años	873.864	954.000	1.305.000	1.717.478
Crecimiento Intercensal (%)	7.5	8.4	9.8	24.02

Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Departamento de Estudios, extensión y publicaciones.

Ante este fenómeno social que produce en una sociedad la mayor presencia de población envejecida, se plantea que la edad:

No está unida a las capacidades, los deseos y las necesidades del adulto, es conveniente establecer una mirada más relevante de las necesidades humanas, las competencias humanas y la diversidad

humana. La sociedad envejecida, proporciona nuevas oportunidades y establece nuevos retos para los individuos, oportunidades para tener una experiencia mas variadas y enriquecidas, más relaciones y una mayor sensibilidad, es decir tener más posibilidades de desarrollarse humanamente de una forma más rica y prolongada. Y para la sociedad nuevas oportunidades para aprender a cuidar a los mayores y también para cuidar mejor de los jóvenes. Cuando se aprende a fomentar las cualidades humanas de cada persona, sin tener en cuenta su edad, existen posibilidades de que la sociedad envejecida se convierta en una sociedad más humana. (Neugarten, 1996, p. 377)

Todo esto lleva a comprender que el desafío actual es desarrollar la inquietud por el bienestar del ser humano mayor y una cultura que utilice los adelantos técnicos o científicos para el beneficio y satisfacción de necesidades de los hombres y no para su desmedro. Al respecto, Manfred Max Neef (1993) plantea que las personas tienen distintas necesidades y en su propuesta de Desarrollo a Escala Humana denomina Necesidades Humanas Fundamentales (NHF), clasificándolas en dos criterios:

- i) Necesidades según categorías existenciales (ser, poseer, hacer y estar).
- ii) Necesidades según categoría axiológicas (subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio creación, identidad y libertad).

En esa orientación, el mismo Max Neef señala que:

- i) Cualquier necesidad fundamental no satisfecha de manera adecuada produce una patología colectiva.
- ii) Hasta el momento se han desarrollado tratamientos para combatir patologías individuales o de pequeños grupos.
- iii) Hoy en día, nos vemos enfrentados a una cantidad de patologías colectivas para los cuales los tratamientos han resultado ineficaces.
- iv) Para una mejor comprensión de estas patologías colectivas es preciso establecer las necesarias transdisciplinariedades, “la humanización y la transdisciplinariedad responsables son nuestra respuesta a las problemáticas y son quizás, nuestra única defensa...” (Max Neef, 1986, p. 32)

En el contexto, entonces, ha de entenderse que las necesidades no son solo carencias, sino también y simultáneamente potencialidades humanas individuales y colectivas, mientras que los satisfactores son formas de ser, tener, hacer y estar de carácter individual y colectivo, conducente a la actualización de necesidades. La interrelación entre necesidades y satisfactores es permanente y dinámica, a través de esta se convierten en *parte y en definición de una cultura y en determinantes de los estilos de desarrollo*.

Por su parte y vinculado al enfoque de ciclo vital, la Dra. Ramona Rubio señala que:

Una alternativa a las concepciones ahistóricas del desarrollo, que lo concebían como simples secuencias unidireccionales, irreversibles y universales hacia un estado final. En cambio en esta teoría, inscrita en los modelos dialécticos, los factores internos (conductas instintivas, características y estados fisiológicos genéticamente programados de antemano) y los factores externos (aspectos de entorno físico y componentes culturales) influyen continua y recíprocamente. La Teoría del Ciclo Vital destaca la necesidad de estudiar al hombre en todos los periodos de su vida y de recurrir a otras variables distintas de la mera edad cronológica para describir y explicar el desarrollo. En base al enfoque del ciclo vital, el organismo psicológico, no puede reducirse ni al organismo biológico, ni al organismo socio-histórico, sino que debe abarcar la interacción de ambos. (Rubio, 1996, p. 53)

Estos planteos conducen a la búsqueda de aportaciones para la satisfacción de necesidades existenciales y axiológicas a través de una práctica recreativa en familia (entre otras), buscando las posibilidades de una mentalidad a favor de la vida al aire libre, de compartir en contacto con la naturaleza y desarrollando aspectos fundamentales como:

- i) Actividades intensas de equilibrio y compensación que favorezcan la salud mental, individual y familiar.
- ii) Transformar el tiempo de ocio familiar en un espacio que contribuya al desarrollo de una mejor salud mental y armonía familiar.
- iii) Coordinar mejores condiciones de vida que permitan a las personas elevar sus estándares de salud mental a través de la actividad física.

La recreación social retorna al hombre a aquella forma primaria de entender sus deberes y derechos en función de la colaboración solidaria y comprometida, y se constituye en un factor transversal de humanización de la “civilización tecnológica” en que vivimos, puesto que le permite a la persona crecer internamente, complementarse, superar o neutralizar los factores que se oponen a su desarrollo y perfeccionamiento. Por esto, la recreación se plantea como un componente básico para la salud física y mental, equilibrio, educación, cultura, compensación, desarrollo, creación, y plenitud.

Recreación - Salud Mental e Integración familiar

Desde la teoría de la auto expresión se reconoce la naturaleza del hombre, su estructura anatómica y fisiológica, su inclinación psicológica, su capacidad y deseo de auto expresión. El motivo de la vida es funcional y que el gozo, la verdadera dicha, lo que el mundo busca en toda experiencia es actuar, hacer cosas, funcionar. Esta teoría tiene en cuenta además el hecho de que las formas de actividad mediante las cuales el hombre obtiene el gozo están condicionadas por sus capacidades mecánicas, de conducta, su estado físico, sus actitudes y hábitos. Así, las actividades recreativas son aquellas para las cuales la estructura de su cuerpo se hayan bien adaptadas. La inclinación del hombre y la satisfacción que de ella obtienen en un determinado momento se ven también influidas por la abundancia de energía física o la naturaleza de su deseo de satisfacción mental o emocional. En un momento puedo desear una actividad agotadora y en otro un descanso.

Según esta teoría, el recreo es una forma de actividad, un intento de auto expresión producto del deseo del hombre de ser activo y de usar sus facultades y dotes al máximo. A través de la recreación el hombre encuentra la satisfacción de sus deseos de lograr compartir, crear, ganar, la aprobación y expresar su personalidad. La gran variedad de formas que adopta la recreación explica la complejidad de la naturaleza del hombre y de su medio social.

Si bien, esta teoría apunta a un planteo general, está de acuerdo con el pensamiento moderno. Es cierto que el hombre trata de expresarse en el trabajo, la experiencia religiosa y en el estudio, sin embargo, busca a menudo una recompensa aparte en la actividad física. La recreación es, pues, actividad llevada a cabo por sí sola. El hecho de que en el pasado el juego más que la recreación recibiese una atención particular indica que esta última solo recientemente ha surgido como un aspecto reconocido de la vida humana.

Asimismo, la salud mental (con enfoque comunitario) vinculada a las consecuencias de los cambios asistenciales, políticos, socioeconómicos y medioambientales que se han producido en las últimas décadas han modificado las necesidades, demandas de la población en los sistemas sanitarios, la atención primaria y la salud mental, son dos buenos ejemplos de cómo se ha producido esta transformación de la demanda que creció cuantitativamente hasta niveles insospechados y también ha cambiado cualitativamente. El nuevo paradigma de práctica de la medicina y la salud mental junto con los desarrollos de los sistemas asistenciales implican un cambio radical, el enfermo y la enfermedad es buscada activamente en la comunidad, incluso antes de su existencia.

El paradigma de la salud mental comunitaria lejos de ser un cuerpo teórico coherente y uniforme abarca diferentes prácticas asistenciales inscritas en las epistemologías dominantes de cada país. Lo que les une es el deseo de una transformación de la asistencia en la que el campo de mirada de los médicos que se abrirá al conjunto de la comunidad. Así, el objeto de atención se amplía gracias a una idea de enfermedad, sobre todo en las neurosis, más cercana a la de la reacción de un sujeto ante el medio que a la de los procesos específicos y que se refleja en las primeras clasificaciones de la OMS frente al tema de la salud mental.

Con este énfasis en “lo psi”, la nueva forma va capturando en su campo de categorías y procesos sociales, riesgos del ciclo de la vida y nuevos dilemas morales: las relaciones laborales, la insatisfacción de la sociedad de consumo, los problemas de la escuela, los problemas de pareja, la violencia, el embarazo, la vejez. Los nuevos dispositivos de salud mental buscan, por tanto, no solo atender la enfermedad, sino paliar las contradicciones de una sociedad moderna cada vez más compleja, donde los tradicionales mecanismos de la ayuda cercana están progresivamente desarticulados.

En la actualidad, la categoría de los trastornos mentales han aumentado en los últimos años y en prevalencia ha habido en los últimos años auténticas “epidemias” de depresión, fobia social, trastorno por déficit de atención, trastorno por estrés postraumático, lo que legitima un mayor protagonismo de la salud mental en la vida individual, familiar y colectiva.

Frente a lo señalado, para efectos de profundización de la reflexión y posterior propuesta para trabajar con personas mayores, se aborda la unidad familiar por tratarse del entorno más inmediato de cada ser humano. Según Virginia Satir, siguiendo su línea de pensamiento, se define a la familia como “un microcosmos del mundo. Las situaciones críticas como el poder, la intimidad, la autonomía, la confianza y la habilidad para la comu-

nicación son partes vitales que fundamentan nuestra forma de vivir en el mundo." (Satir, 1981, p.16)

En otras palabras, nuestro comportamiento en el mundo se origina en la experiencia adquirida en las relaciones de familia. En el sistema familiar se observan dos elementos que se hacen presente en todo momento: la autoestima definida como "los sentimientos e ideas que el individuo tiene de sí mismo" (Satir, 1981, p. 17) y también la solidaridad, que es el acto de dar y recibir apoyo, tanto afectivo como material, entre dos o más personas. Ambos aspectos fundamentales en la vida, ya que es con este potencial que las personas se relacionan y se articulan con el mundo en busca de la satisfacción a sus necesidades de desarrollo humano. Vinculada también a lo material o de servicios, como elementos necesarios para toda la familia, en esa categoría está la alimentación, la salud, el ocio, entre otros.

Para que un grupo familiar funcione necesita motivos para la cooperación, un conjunto de actividades que cumplir y un esquema de interacción entre sus miembros. En grupos que forman parte de una sociedad compleja consideramos como sentimientos integrantes del sistema externo aquellos originados en otros grupos de la sociedad más amplia y llevados por los miembros del grupo en cuestión. El deseo de un salario para mantener una familia constituye el ejemplo típico de tales sentimientos.

Tikopia es una isla aislada, no forma parte de una sociedad más amplia y sus miembros no pueden llevar al grupo sentimientos originados en otros grupos ajenos a él. Existen, sí, sentimientos que pueden tratarse como parte del sistema externo de la familia Tikopiana: los impulsos biológicos humanos.

El primero de los impulsos biológicos en la familia está representado por el deseo sexual, puesto que el hombre lo experimenta en todas las épocas del año y si tuviese una constitución sexual diferente, no podría haber producido una institución en la cual un hombre y una mujer viven permanentemente juntos.

Otra característica biológica del hombre para la formación de la familia es la maduración lenta de los jóvenes, quienes durante años son débiles e incapaces para defenderse por sí mismos. La especie jamás se habría mantenido por tanto tiempo como lo ha hecho si sus miembros no hubiesen tenido impulsos que los llevaron a alimentarse, proteger y enseñar a sus hijos.

Una familia es un grupo que debe realizar tareas y, por lo tanto, su conducta ilustra los principios de toda acción cooperativa. El esquema de la familia, en particular, guarda una dependencia mutua con el esquema de

interacción entre sus miembros. La actividad total de la familia se divide en especialidades, pudiendo existir más de una forma posible de realizar la división de esta y la índole de esta división y las necesidades de trabajo humano por parte de las diferentes especialidades determinan la frecuencia de la interacción entre los diferentes miembros de la familia. Lo importante es que en la familia como en cualquier organización, una tarea suprema por cumplir es la supervivencia y por consiguiente debe ejemplificar tanto como los demás grupos los principios generales de la organización cooperativa. Las demás características de la familia no pueden comprenderse sin hacer referencia a esta.

El desarrollo de la civilización ha significado quitar constantemente actividades a la familia y transferirlas a otras organizaciones por un proceso de diferenciación dentro del parentesco. En las familias de tiempos pasados no era necesario arbitrar actividades en común, porque ellas estaban establecidas, como la agricultura, la pesca, la fabricación de telas, la educación de los hijos y el ritual religioso. Hoy en día, casi las únicas actividades dejadas a la familia son el cuidado de los hijos pequeños que tal vez estén a punto de extinguirse también. El mantenimiento del grupo familiar, las relaciones entre marido y mujer, constituyen una base débil en la actualidad para un vínculo duradero y si el hombre y la mujer han de ser pareja deberán hallar actividades en las cuales puedan darse otros vínculos capaces de reducir las tensiones.

Con respecto a la integración familiar y extraído de un estudio que describe George Homans en su libro *El Grupo Humano*, tomando como base una familia primitiva de Asia (Tikopia) en la cual se analizan: el ambiente, los individuos, que difieren en edad y sexo, materiales y herramientas que empleaban para actuar sobre el ambiente y elementos de la conducta social: actividad, sentimiento, interacción y normas. Las características encontradas en estas familias se asemejan a las de la familia nuclear actual, no obstante, en la medida en que las familias tienen cierto parecido, debemos suponer que esta semejanza no es obra del azar, sino que existen fuerzas análogas producto de resultados similares en ellas.

En estas tres miradas desde la teoría de la autoexpresión, desde la salud mental y la integración familiar y revisando literatura profesional se hace evidente que en la actualidad el trabajo con personas mayores debe adecuarse a la constitución moderna de familia, a sus nuevos roles, a una mayor cantidad de años de vida en los miembros adultos, a la disolución del vínculo matrimonial como alternativa posible. Pero, al mismo tiempo, se observan realidades y conflictos, entre los cuales se encuentran frecuentes situaciones de violencia, estrés, conflictos internos, desintegración

familiar, marginación de los más vulnerables, como las personas mayores, que en algunas familias son utilizadas como un recurso proveedor o en otros, cuidadores de los nietos. Al decir de Erickson, “en vez de incluir a los ancianos, a menudo se los margina, se les abandona o no se les hace caso, los ancianos ya no son portadores de la sabiduría, sino como encarnaciones de la vergüenza”.

Frente a lo anterior, y dado que hoy en día nuestro medio aún no encuentra las formas familiares de integrar a las personas mayores en su funcionamiento de vida cotidiana, se hace conveniente buscar una forma de acción social que implique la actuación de profesionales con el objetivo de mejorar las condiciones de la familia, desde el punto de vista psicosocial. Este planteo, significará la movilización de elementos personales y relacionales, tales como sentimientos, actitudes, comportamientos y también movilización de recursos externos, entre los cuales podría encontrarse, como forma de intervención, el campo de la Educación para la Salud como un proceso que proporciona experiencias de aprendizaje que influyen favorablemente en la comprensión, actitudes y conductas en relación con la salud física y mental individual y de la comunidad. Específicamente, en el campo de la recreación en familia como elementos que:

- i) Sustenten la convivencia armónica para la integración familiar sana con personas mayores.
- ii) Promuevan un entorno ambiental que permita integrar elementos educativos-culturales para las comunidades familiares y comunitarias.
- iii) Al mismo tiempo que fortalecer la convivencia intergeneracional, rescatando el producto de experiencias acumuladas durante la vida de las personas mayores.
- iv) En definitiva, generar espacios socio educativos en las comunidades, en la idea de Paulo Freire quien señala que “la educación verdadera es praxis, reflexión y acción del hombre sobre el mundo para transformarlo” (Freire, 2008, p. 9), donde se articulen de manera integral los fenómenos complejos del envejecimiento, como una de sus consecuencias la nueva forma de estructura de familia, donde adquieran significaciones sociales, culturales, políticas, medio ambientales y recreativas en la comunidad, las prioridades y necesidades de la vida cotidiana de todo ser humano en esta etapa, a la que vamos avanzando desde que nacemos.

Todo el planteamiento anterior, en el contexto de vincular de manera creativa y con ideas liberadoras una práctica orientada a la realidad que permita generar transformaciones, desde la particular visión actual de familia, comunidad, persona mayor y practica recreativa, en una dinámica articuladora de historia, identidad, fuerza social, entorno ambiental y componentes afectivos, procurando con ello dinamizar el proceso de interacción social de las personas mayores desde sus propias familias y territorios a la vida cotidiana. Este planteo basado en la concepción de que el gestor del desarrollo es el hombre mismo, en un sistema dinámico, en espacios de libertad con identidad propia, con miradas comunes respecto al futuro y, esencialmente, con profundos vínculos afectivos surgidos al alero de la convivencia armónica, salud física-mental y la interacción familiar positiva. En este sentido, el trabajo con personas mayores, busca:

- i) **Orientar la acción social para el trabajo con personas mayores**, construyendo coherencia a través de una lógica de pensamiento multidimensional integrador, que analiza y considera las complejas relaciones entre las personas, organizaciones y el ambiente en que se desarrollan.
- ii) **Facilitar en las personas mayores y en sus organizaciones la capacidad de imaginar un mundo propio** con múltiples posibilidades que dan lugar a nuevos y diversos aprendizajes individuales, familiares y colectivos.
- iii) **Promover una actitud y una voluntad de permanente interacción en las familias con las personas mayores**, buscando la generación de una plena conciencia del valor de los procesos de aprendizaje conjunto, de la nueva cultura de convivencia con la persona mayor, que dará cuenta de este nuevo estado de cosas en nuestra sociedad donde se desarrolla la vida para cada ser humano y donde todos vamos envejeciendo.

En esta perspectiva, para trabajar con las personas mayores en la idea de Educación para la Salud, buscando la integración familiar y el uso de tiempos recreativos de manera conjunta, se propone:

- i) Trabajar activamente en familias, grupos y comunidades, en la idea conducente a facilitar procesos de interacción en el mundo cotidiano, creando con ello un entorno favorable para la salud física, mental y la integración.
- ii) Proactivamente identificar y adelantar de manera estratégica el conflicto de la relación humana que al incorporarlo de manera

espontánea en la vida cotidiana cumplirá una función estabilizadora en el medio social donde se geste, en este caso con las personas mayores, su vida familiar y comunitaria.

- iii) Inscribir en la micro cultura de la escuela el trabajo con personas mayores que permita promover esta cultura de convivencia intergeneracional en la familia y la comunidad, así como modificar patrones culturales propicios para la convivencia intergeneracional en familia y en comunidad, haciendo posible de esta forma el bienestar físico, psíquico y social.
- iv) Impulsar desde la academia, investigaciones sociales y diálogos académicos que aporten a buscar nuevas formas de vinculación de las categorías señaladas en el presente documento.

Bibliografía

- Adroher, S. *Mayores y Familia*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Documental Tendencias. (2004, 12 de octubre). *La Tercera*, p. 18.
- Erikson, E. (2000). *El Ciclo Vital Completado*. España: Paidós.
- Escartín, M.J., Palomar, M., Suárez, E. (1997). *Introducción al Trabajo Social II. Trabajo Social con Individuos y Familias*. Alicante: Aguaclara.
- Freire, P. (2008). *La Educación como Práctica de la Libertad*. (2ª.ed.) Buenos Aires: Siglo XXI.
- Garhan, S. (1961). *Historia de la Recreación en Chile*. Memoria para optar el título de profesor de Educación Física. Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Hardy, C., Morris, P. (2001). *Derechos Ciudadanos, una Década. 1990-2000*. Santiago: LOM.
- Hernández, R., Fernández, C., Batista, P. (2003). *Metodología de la Investigación*. (3ª.ed.). Chile: McGraw Hill.
- Homans, G. (1971). *El Grupo Humano*. Buenos Aires: Universitaria.
- Linerós, D. (2005). Apuntes de asignatura *Educación para la Salud*. Doctorado en Psicología y Educación. Chile.
- Olivo, M.G. (1980). *Memoria para optar al Título de Asistente Social*. Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Ortiz, A., de la Mata Ruiz, I. (2005). Documento de Trabajo. Ya es Primavera en Salud Mental. Átopos.

Inclusão Digital de Adultos Maiores: Tecnologia, Cultura e Lazer

JOHANNES DOLL*

SAULO NEVES DE OLIVEIRA**

Resumo

As sociedades contemporâneas são marcadas por mudanças, tanto nas estruturas sociais, quanto nas inovações tecnológicas, criando novas formas de exclusão, especialmente para adultos maiores. Nesta situação, processos de inclusão digital podem oferecer novas chances, apesar do risco de criarem também novas dependências. Neste contexto confuso e contraditório, o presente trabalho visa analisar as razões pelas quais adultos e adultos maiores freqüentam cursos de introdução ao uso do computador. São analisados três diferentes grupos que participaram de cursos de inclusão digital durante os últimos 7 anos: trabalhadores da indústria metalúrgica, público geral acima de 45 anos, pessoas idosas de grupos de convivência. O foco de análise está sobre as motivações que levam os participantes a realizar um curso de computação e sobre o uso do computador posteriormente ao curso. Os resultados demonstram que as chances de inclusão digital são mais altas para pessoas que possuem motivações mais claras e específicas em relação ao uso do computador, tanto para o trabalho, quanto para o lazer e a comunicação. Mesmo assim, certo grupo se mantém distante da cultura digital cotidiana, mesmo com um curso de inclusão digital concluído.

Abstract

The contemporary societies are marked by changes in social structures and in technological innovation, creating new forms of exclusion, especially for older adults. In this situation, processes of digital inclusion could provide new chances, despite the risk of also creating new dependencies. In this confusing and contradictory context, the paper aims to examine the reasons why adults and older adults attend courses of introduction to use the computer. There are analyzed three different groups who participated in courses on digital inclusion for the last 7 years: workers of the metallurgical industry, general public over 45 years, and members of groups for elderly people. The focus of analysis is on the motivations that lead participants to undertake a course in computing and on the use of

* Professor de Graduação e Pós-Graduação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil. E-mail: johannes.doll@ufrgs.br

** Licenciatura em Educação Física, mestrando do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil. E-mail: e sauloneves@ibest.com.br

computer after the course. The results show that the chances of digital inclusion are higher for people who have clearer and more specific motivations in relation to the use of computers, which is true for work and for entertainment and communication. But a considerable group of adults and elderly maintain their distance to the digital culture, even after the conclusion of a computer course.

Resumen

Las sociedades contemporáneas se caracterizan por cambios tanto en las estructuras sociales, como en la innovación tecnológica, creando nuevas formas de exclusión, en especial para los adultos. En esta situación, los procesos de inclusión digital pueden ofrecer nuevas oportunidades, a pesar del riesgo de crear nuevas dependencias. En este contexto confuso y contradictorio, en el presente documento tiene por objeto examinar las razones por las cuales los adultos y adultos mayores asisten a cursos de introducción al uso de la computadora. Se analizaron tres grupos diferentes que participaron en cursos sobre inclusión digital en los últimos 7 años: los trabajadores de la industria metalúrgica, el público en general con más de 45 años, y miembros en grupos de personas mayores. El foco de análisis sobre las motivaciones que llevan a los participantes a realizar un curso de computación y en el uso de las computadoras después del curso. Los resultados muestran que las posibilidades de inclusión digital son mayores para las personas que tienen motivaciones más claras y específicas en relación con el uso de las computadoras, tanto para el trabajo y para el entretenimiento y la comunicación. Sin embargo, cierto grupo sigue siendo muy lejos de la vida cotidiana la cultura digital, incluso con un curso en la inclusión digital terminado.

Introdução – informática nas sociedades contemporâneas

As sociedades contemporâneas são marcadas pela institucionalização de mudanças cada vez mais rápidas, tanto referentes às relações sociais (por exemplo, diversificação das estruturas familiares), quanto em relação às inovações tecnológicas (por exemplo, TIC–Tecnologias de informação e comunicação). Estas mudanças afetam o mundo de trabalho, as formas de educação, o consumo, bem como o espaço de tempo livre e lazer. Paralelamente, podemos constatar uma diversificação e segregação cada vez maior dentro da própria sociedade, levando à existência de grupos, comunidades e “tribos” com expressões culturais particulares. O fenômeno das diferentes comunidades do Orkut é um exemplo ilustrativo, da forma que as inovações tecnológicas e as estruturas sociais se perpassam.

Não só computadores, mas também as redes que os envolvem estão cada vez mais presentes em nosso cotidiano interligando pessoas em um espaço de *realidade virtual*. Lévy (2003) nos apresenta a virtualização do mundo, chamando a atenção para a habilidade que precisamos desenvolver na elaboração de uma resposta adequada ao fenômeno, o que ele chama de uma *nova arte de hospitalidade*. Para que isso seja possível, é preciso que seja dado um sentido a esta revolução e que ela não seja vista somente como os meios de comunicação em massa (televisão, rádio, etc.) a apresentam. Significa encarar a virtualização como parte de um processo de humanização onde, semelhante ao ocorrido em outros tempos, temos a tarefa de resolver conflitos que vão surgindo.

Em parte, estes conflitos se apresentam como exclusões em diversos níveis sociais a partir não só de razões econômicas, mas especialmente por limitações do indivíduo em se adaptar à velocidade das mudanças tecnológicas que caracterizam as sociedades contemporâneas (Lévy, 1993, 1996; Meis, 2002). Os avanços podem levar a uma humanização, como na visão otimista de Lévy, mas também há chances de serem produzidas exclusões. O indivíduo, entrando neste mundo virtual, ganha possibilidades de acesso a informações, à atualização, a uma nova comunicação. Todo este processo envolve também uma rede de valores e crenças tornando as possibilidades infinitas.

Diante dos avanços possíveis da *realidade virtual*, uma das preocupações atuais está com as pessoas que (ainda) não participam deste mundo. Enquanto a grande maioria dos jovens parece absorver de forma tranqüila e fácil as mudanças advindas do uso dos computadores (Meis, 2002), já as pessoas adultas maduras e idosas parecem ter mais dificuldades na interação com estes novos recursos. Entre as mudanças promovidas pelos computadores que afetam praticamente todas as esferas do cotidiano, gostaríamos destacar a questão da comunicação.

Pensando as mudanças que influenciaram as relações entre os indivíduos, a comunicação através do computador pode trazer diversos benefícios, entre eles, a transmissão e recebimento de informações de forma mais rápida e sem precisar sair da sua casa. As relações interpessoais ganham desta forma novas características, às vezes contraditórias. Enquanto por um lado as pessoas se aproximam pela facilidade de manter uma comunicação, mesmo separadas por continentes e mares, por outro lado se escondem pelas particularidades do espaço virtual, onde se podem assumir personalidades diferentes, sem que o outro lado da comunicação isso perceba. Importante destacar que a possibilidade de criar e manter redes sociais sem sair de casa

pode representar especialmente para as pessoas idosas, uma vantagem importante, com efeitos diretos à sua qualidade de vida.

Ao mesmo tempo, numa perspectiva cultural, as redes de comunicação influenciam nas identidades de gerações diferentes. Comunidades vão se formando, onde algumas afinidades se valorizam e se deixam de lado outras características (p.ex. idade, escolaridade, etc.). Por outro lado, nada impede que pessoas construam e assumam identidades que desejarem, dentro de uma diversidade de opções praticamente ilimitada. É interessante observar que, dentro de sites de relacionamento, é crescente a oferta de itens de configuração de perfil, onde o usuário aponta suas características (gênero, etnia, orientação religiosa, etc.). Em alguns, é possível possuir um *avatar*¹ que é a representação da pessoa neste ambiente de rede.

Em nível de relações sociais entre indivíduo e o trabalho, a comunicação que tem se tornado cada vez mais rápida, torna mais eficazes os procedimentos administrativos no que diz respeito ao fazer mais com menos, colaborando com o pensamento "*tempo é dinheiro*". Operários de empresas que contam com os benefícios da informatização conseguem produzir mais na medida em que perdem menos tempo na organização das equipes envolvidas, com a possibilidade de uma mobilização que ultrapassa fronteiras territoriais através da comunicação.

Todo este avanço influenciou e tornou possível que novas configurações de relações sociais se estabelecessem. Destacamos nestas o redimensionamento do tempo e do espaço e as formas que eles assumem e também as possibilidades de construções de identidades virtuais. Tanto na dimensão de relações entre indivíduos e na perspectiva cultural, quanto na dimensão de relação do indivíduo com o trabalho, tempo e espaço passam a se dimensionar de forma globalizadora, onde se deixam muitas vezes de lado as necessidades exigidas pela natureza biológica própria do ser humano.

Nas relações de tempo, acabam –se desconsiderando as necessidades naturais e individuais– assim como a maturação biológica para certas atividades; o tempo de sono necessário para o descanso que, de acordo com alguns pesquisadores se modifica com a idade (*apud* Geib *et alii*, 2003); a velocidade com que devem ser dadas respostas, não importando a hora ou momento em que está o indivíduo. As noções de tempo e espaço acabam nos sugerindo uma homogeneidade da população mundial que fica com a

¹ "*Avatar é uma figura que você pode personalizar e utilizar quando estiver interagindo com seus amigos online. Ao mudar o corte de cabelo, as roupas, os acessórios e o cenário, você pode criar sua própria e única personalidade.*" Definição extraída do site: www.yahoo.com.br

tarefa de sempre responder ao estímulo que lhe é dado de uma forma tão veloz quanto às mudanças que ocorrem no âmbito tecnológico.

Interessante observar que as contradições se encontram também nas redes de comunicação, pode-se observar nelas a existência de um movimento contrário à suposta homogeneidade populacional. Existe uma tentativa de saída do indivíduo da massificação para uma busca de uma identidade que se diferencie. E como já vimos, os ambientes de rede oferecidos tentam dar conta desta necessidade, provendo meios para que isso seja possível. Queremos chamar atenção que este movimento acaba por contribuir na formação de segregações. De qualquer forma, as exigências são iguais a todos com relação à frequência com que a identidade é atualizada na rede. Características marcantes da cultura pós-moderna que vivemos. (Candau, 2002)

Pensar neste contexto ao tentarmos analisar a situação do adulto maior na sociedade e sua inclusão no complexo mundo digital é o primeiro passo que sugerimos. E aqui, é necessário dizer que é a este contexto que nos referimos quanto utilizamos o termo cultura, essencialmente *semiótico*, que “*consiste em estruturas de significados socialmente estabelecidos*” (Geertz, 1989). Nesta aproximação, é imprescindível também que levemos em conta o contexto anterior, as *teias de significados* (Weber *apud* Geertz, 1989) já construídas socialmente em décadas anteriores, das quais migram estes adultos maiores a quem voltamos nossa atenção.

É possível então perceber que existem valores contidos em diferentes dimensões sociais e culturais –e aqui destacamos o tempo e o espaço–, que mudaram numa velocidade, possivelmente nunca vista na história da humanidade. Esta velocidade desafia-nos a pensar em como manter os indivíduos na cultura, possibilitando-lhes que alcancem suas realizações pessoais. E paralelamente, se questiona até que ponto é possível fazer com que estas mudanças tenham sentido na vida desses indivíduos. Este é um ponto que consideramos essencial na aprendizagem de adultos maiores. (Claxton, 2005)

Adultos maiores e o computador – discursos sobre inclusão

A partir deste contexto que a questão da inclusão digital de adultos maiores precisa ser vista e analisada. Pesquisas atuais demonstram que, comparando com os jovens, ainda são muito poucos adultos maiores que utilizam o computador e o mundo virtual. Por outro lado, o mundo digital pode oferecer novas chances e possibilidades, especialmente para este grupo. Assim, quando a idade avança e a saída de casa se torna penosa, os

adultos maiores podem, através do computador e da internet, manter suas relações sociais, por exemplo, comunicando-se com membros da família mais distantes, eles podem acessar informações interessantes ou podem simplesmente se divertir com o computador. Saber lidar com o computador e com o mundo virtual significa, para os adultos maiores, uma participação ativa no mundo atual.

O número de computadores em domicílio nos Brasil tem aumentado de forma significativa. Em 2001, no Brasil, 12,46% dos domicílios possuíam computador, sendo que 8,31% possuíam acesso à internet. Atualmente, somam 26,6% os domicílios que possuem computador,² e 17% têm acesso à internet.³ Mesmo contando essas vantagens, deve-se ter certo cuidado com o discurso geral da inclusão digital de todas as pessoas, pois são, muitas vezes, discursos carregados de interesses econômicos: da indústria, que precisa vender os computadores para novos segmentos da população; das empresas de telecomunicações, que querem vender seus serviços; dos bancos que preferem o *online-banking* em vez do atendimento no caixa. Isso quer dizer que participar ativamente no mundo atual pode ter significações diferentes nos discursos atuais que dizem promover a inclusão digital de adultos maiores.

A pouca participação dos adultos maiores no mundo digital é confirmada por diversos estudos. Os interesses destes estudos variam: numa ponta, vêem este dado como um aspecto negativo a ser superado; noutra, demonstram o interesse de ter incluída esta grande fatia de consumidores em potencial. (Kachar, 2003)

Dados das pesquisas

Neste contexto confuso e contraditório, o presente trabalho visa analisar as razões pelas quais adultos e adultos maiores freqüentam cursos de introdução ao uso do computador. No presente trabalho, analisamos as chances de pessoas adultas e idosas se incluírem realmente no mundo digital. Para isso, são analisados três diferentes estudos que nosso grupo de pesquisa realizou, ou está realizando, durante os últimos 7 anos: inclusão digital com trabalhadores da indústria metalúrgica, inclusão digital com pessoas acima de 45 anos, de forma geral, e inclusão digital com pessoas idosas de grupos de convivência. O foco de análise está sobre as motivações

² Dados Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2001 e 2007 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: www.ibge.gov.br

³ TIC Domicílios 2007 do Centro de Estudos sobre as Tecnologias da Informação e da Comunicação (CETIC). Disponível em: www.cetic.br

que levam os participantes a realizar um curso de computação e sobre o uso do computador posteriormente ao curso.

Inclusão digital com trabalhadores da indústria metalúrgica

O primeiro estudo trabalhava com um público específico-trabalhadores da indústria metalúrgica da região da Grande Porto Alegre, no Sul do Brasil. A partir de uma pesquisa sobre a imagem do trabalhador mais velho na indústria metalúrgica, percebeu-se que um dos principais problemas era a falta de cursos de atualização voltados especificamente para este público. Em função disso, foram elaborados e oferecidos para as 16 empresas que tinham participado da pesquisa anterior (imagem do trabalhador mais velho na indústria metalúrgica) um curso de introdução ao uso do computador. Em 2002 e 2003, foram realizadas duas edições do curso, seguido por um curso avançado em 2004, para o qual os participantes anteriores foram convidados.

Nestes cursos participaram no total 15 pessoas, com um perfil variado. A condição para participar era ter 40 anos completados e trabalhar na área da indústria metalúrgica. A grande maioria do grupo possuía uma escolaridade média, mas em quase todos os casos esta escolaridade foi concluída somente mais tarde na vida adulta. Com poucas exceções, os salários variavam entre 700 e 1.100 Reais. Em torno de um terço dos participantes possuía computador em casa, mas geralmente utilizado pelos filhos. O público era quase exclusivamente masculino, profissionais que preencheram diferentes funções dentro das empresas, na grande maioria trabalhadores (fornheiro, soldador, torneiro, etc.).

Questionado sobre a motivação em participar do curso, encontramos principalmente quatro motivos: 1. Convite da empresa ou de algum colega para participar do curso; 2. Curiosidade, vontade de saber alguma coisa sobre este mundo digital desconhecido; 3. Necessidade real no trabalho, principalmente por causa de funções administrativas; 4. Discurso geral de que hoje se precisa saber algo sobre computação, também tendo em vista possíveis empregos futuros.

Através de reencontros dois ou três meses após o curso e através de um segundo curso, para qual os participantes foram convidados, foi possível registrar, de que forma os conhecimentos adquiridos durante os cursos foram aproveitados pelos participantes. Na verdade, a grande maioria não tinha mais utilizado o computador, ou somente muito pouco. As razões para isso foram principalmente a falta de necessidade no trabalho e a ausência de um computador em casa. De fato, este grupo não percebeu uma real utilidade ou necessidade para o uso de um computador. Apesar

de existirem em vários casos máquinas computadorizadas (máquinas CNC - *Computer Numeric Control*) no trabalho, estas exigem ou um conhecimento muito aprofundado para programá-las ou podem ser utilizados sem qualquer conhecimento computacional. Desta forma, os conhecimentos adquiridos durante o curso diminuíram certa resistência ou insegurança em relação a estas máquinas, mas não contribuíram de fato para uma melhor interação com estes aparelhos.

Por outro lado, em torno de um terço dos participantes realmente conseguiu uma inclusão digital, utilizando o computador, geralmente em função do trabalho (escrever textos, fazer tabelas, mandar e-mails), mas também para o uso doméstico (escrever textos, poesias, internet). Além deste resultado, foi interessante registrar que mesmo aqueles que depois não utilizaram mais o computador, aproveitaram do curso, seja para ganhar uma visão mais concreta e realista deste “bicho de sete cabeças”, seja para uma auto-valorização que os participantes expressaram nas entrevistas.

Inclusão digital de adultos trabalhadores com mais que 45 anos

Apesar dos resultados positivos do primeiro estudo, era somente um número pequeno de trabalhadores que participaram dos cursos. Isso aconteceu, pois os convites foram feitos através das empresas, e a grande maioria delas não demonstrou interesse. Em função disso, resolvemos abrir os convites para os cursos a um público em geral, através de anúncio em jornal, dirigido a pessoas com mais que 45 anos ou mais de idade. A estrutura básica do trabalho continuou a mesma: um curso de quatro semanas, com dois encontros semanais, totalizando 20 horas, visando uma introdução ao uso do computador (noções básicas de *Windows*; utilização de editor de texto; internet). Este curso de extensão, que acontece no laboratório de informática da Faculdade de Educação, é acompanhado de um projeto de pesquisa com entrevistas individuais e observações da interação entre os participantes e o computador. Desde 2006 já foram realizados 6 cursos deste tipo com 73 participantes.

A diferença no convite via jornal resultou também em um público diferente dos cursos voltados para os trabalhadores metalúrgicos. Agora são muito mais mulheres que buscam este curso (75% mulheres, 25% homens), encontram-se mais pessoas com renda média e alta (15,1% renda baixa (0 - 3 salários mínimos⁴); 46,6% renda média (4 - 10 salários mínimos); 28,8% renda alta (acima de 10 salários mínimos), a escolaridade deste

⁴ O Salário Mínimo no Brasil corresponde atualmente (outubro 2008) a 415,00 Reais.

público é bem mais alta (50% ensino superior, 36% ensino médio, 14% ensino fundamental) e a maioria (77%) tem computador em casa.

Também o foco da motivação para realizar o curso mudou. Como praticamente todos vêm por vontade própria, não se encontra mais tão forte a motivação externa (a empresa mandou), apesar de alguns participarem mais em função de um convite de amigos ou parceiros do que por motivação própria. Entre as razões mais lembradas nas entrevistas com os participantes aparecem a vontade de se atualizar e a necessidade de conhecimentos a respeito do computador por questões profissionais, nisso não existem grandes diferenças com o grupo dos trabalhadores da indústria metalúrgica.

Novos aspectos motivacionais que aparecem nas entrevistas são a vontade de tornar mais independente da ajuda de outros, a necessidade de comunicação com filhos e parentes através da Internet e a questão do lazer. De forma geral, o público deste curso já possui idéias mais claras e específicas para quais fins gostaria de usar o computador. Isso se deve, provavelmente, à diferença da formação escolar, mas também ao fato, que a maioria já tem computador em casa e, por isso, possui uma idéia mais clara das possibilidades deste aparelho. Finalmente deve-se lembrar que entre a primeira e a segunda pesquisa se passaram quatro a seis anos e no meio tempo, a presença dos computadores nas vidas particulares e no trabalho aumentou bastante.

Seja pelo fato de ter computador em casa, seja por uma motivação mais intrínseca, os participantes da segunda pesquisa tendem a utilizar mais o computador depois do curso. Em um levantamento posterior ao curso conseguimos estabelecer contato com 51 dos 73 participantes. Entre estes, somente 14% não utilizaram o computador, enquanto 23,5% o usam esporadicamente, 23,5% regularmente e 39% indicaram um uso diário do computador.

Inclusão digital de pessoas participantes de grupo de convivência

Além destas experiências, temos a mais recente que é a de um curso desenvolvido numa parceria do Serviço Social do Comércio (SESC), o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC) e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). O curso é destinado a 20 adultos maiores, todos com mais de 65 anos, e participantes de um programa desenvolvido pelo SESC, chamado *Maturidade Ativa*. O curso é ministrado por professores do SENAC e nosso grupo atua como pesquisadores participantes, fazendo observações e também auxiliando os alunos nas atividades propostas.

Com o nome *Curso de Inclusão Digital Maturidade Ativa*⁵, prevê uma introdução ao uso dos equipamentos novos do mundo contemporâneo, principalmente do computador. Desta forma, o projeto tem o objetivo de inserir a comunidade de adultos maiores no mundo da informática, fornecendo ferramentas de aprendizagem sobre as tecnologias de informação e comunicação. A atividade visa proporcionar uma melhor qualidade de vida com o auxílio da tecnologia.

Durante este curso de informática com pessoas idosas de grupos de convivência, perguntamos aos participantes sobre a possível utilização do computador após concluírem o curso. A maior parte das respostas referia à utilidade do computador, em primeiro lugar, como uma ferramenta que propiciaria uma comunicação com os familiares, principalmente filhos e netos, e também com os amigos.

Em segundo lugar, os participantes disseram que o computador seria muito útil para seu lazer –referindo-se ao divertimento, busca de cultura geral, etc.–, e também para realização de atividades relacionadas com o próprio grupo de convivência do qual faziam parte, tais como produção de convites, cartazes e informativos. A separação destes dois tipos de atividades é proposital, pois um ponto interessante observado foi que estas atividades voltadas ao funcionamento do grupo eram referidas como lazer por alguns e como trabalho por outros.

Foi possível observar também que muitos, mesmo dizendo que tem o interesse de se comunicar com os familiares e amigos através do computador não demonstram qualquer noção de como exatamente isso será feito. Ficou evidente que a cultura de comunicação desta geração está bem diferente das culturas atuais, não só pelo uso de recursos técnicos diferentes (carta, computador, chats, etc.), mas também pelas linguagens, pelas expressões e pela própria forma de comunicação.

Interessante ainda em relação aos dois outros grupos, que os participantes do curso do SESC-RS encaram o computador mais em uma perspectiva de lazer, somente uma pessoa dos 21 participantes mencionou a idéia de utilizar o computador relacionado ao trabalho depois do curso.

⁵ Disponível em: <http://www.sesc-rs.com.br/maturidade/index.htm>

Conclusões

Os resultados trazem uma imagem diferenciada em relação às possibilidades de inclusão digital de pessoas adultas e idosas. Olhando para os três grupos, percebemos interesses, motivações, que variam de acordo com o contexto cultural onde os indivíduos estão inseridos. Assim, as razões de freqüentar um curso de informática são, em muitos dos casos, pouco específicas, sugerindo que a participação no curso não se deve a uma necessidade concreta, mas sim, a valores motivados por um discurso geral sobre a necessidade de conhecimentos de informática no mundo de hoje. As pessoas que possuem razões específicas para o uso da informática, tendem a utilizar o computador com mais freqüência depois do curso.

O fato de ter um computador em casa facilita a aproximação ao seu uso, mas nem sempre garante o interesse continuado. Especialmente quando as pessoas apresentam maiores dificuldades em lidar com o computador, a tendência de não o utilizar mais depois do curso aumenta bastante. Desta forma, os cursos, quando atendem às especificidades dos participantes, oferecem a possibilidade de inclusão digital para uma parte dos adultos maduros e idosos, porém certo grupo se mantém distante da cultura digital cotidiana, mesmo com um curso de inclusão digital concluído, dados confirmados também para países europeus. (Swelwyn et al., 2003)

A abertura de um espaço dentro da universidade para adultos e adultos maiores favorece a aprendizagem dos participantes, não só por proporcionar um curso de inclusão digital, mas também pelo significado da proposta no imaginário da comunidade. Essa iniciativa promove uma imagem positiva do adulto maior, mostrando à comunidade que há possibilidades de aprendizagem. E também permite a realização de desejos e superação de desafios por parte dessa população. É importante ressaltar que esses aspectos contribuem na diminuição da exclusão dos adultos maiores dos progressos tecnológicos da sociedade. Estes resultados podem ser obtidos, mesmo se os participantes depois do curso não continuem a utilizar o computador.

O desafio dos educadores em dar sentido à aprendizagem do uso do computador deve levar em conta a existência de discursos que promovem a inclusão. Muitos deles estão voltados para o consumo e para uma autonomia que contribui para a individualização. Por isso, se torna necessário estar atento a estes discursos. Este é um desafio que se apresenta ao educador em sua prática, aqui bem descrito por Doll, Buaes e Ramos (2008): *“formar sujeitos para um consumo crítico e ‘consciente’ das novas tecnologias, visto que elas ocupam um lugar importante no modo de conhecermos, pesquisarmos e nos relacionarmos com o mundo”*.

Bibliografia

- Candau, V. (2002). Multiculturalismo e educação: questões, tendências e perspectivas. En Candau, V. (org.), *Sociedade Educação e Culturas: questões e propostas*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Claxton, G. O. (2005). *Desafio de Aprender ao Longo da Vida*. Porto Alegre: Artmed.
- Doh, M. Erobern Silver-Surfer das Netz? Stiftung Digitale Chance. Recuperado el 6 de noviembre del 2007, de www.stepping-stones.de/content/stories/index.cfm/aus.10/key.905/secid.16/secid2.49
- Doll, J. (2002). The situation of elderly workers in Brazil. En Annual Bulletin of the TALIS Network. nº 12, 3-13.
- _____ (2007). Educação, cultura e lazer: perspectivas de velhice bem-sucedida. En Neria, Anita Liberalesso (org.), *Idosos no Brasil*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo.
- Doll, J., Buaes, C.S. Ramos, A.C. (2008). *Inclusão Digital de Adultos Maduros e Idosos: Desafios para Educação na Contemporaneidade*. Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul. Pesquisa em Educação e Inserção Social/ Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação. Itajaí, SC.
- Geertz, C.A. (1989). *Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Geib, L.T., Neto, A.C., Wainberg, R. & Nunes, M.L. (2003). Sono e Envelhecimento. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25 (3), 453-465.
- Kachar, V. (2003). *Terceira Idade & Informática: aprender revelando potencialidades*. São Paulo: Cortez.
- Lévy, P. (1996). *O que é Virtual?* São Paulo: Editora 34.
- Lévy, P. (1993). *As Tecnologias da Inteligência: o futuro do pensamento na era da informática*. São Paulo: Editora 34.
- Selwyn, N., Gorard, S., Furlong, J., & Madden, L. (2003). Older adults' use of information and communications technology in everyday life. *Aging and Society*, 23, 561-582.

ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y RURALIDAD

Lugar de Residencia Rural como Factor de Riesgo de Deterioro Cognitivo Leve en Adultos Mayores Mexicanos

ALICIA ARRONTE ROSALES*

MARTHA A. SÁNCHEZ RODRÍGUEZ**

VÍCTOR MANUEL MENDOZA NÚÑEZ***

Resumen

Algunos estudios han demostrado que el envejecimiento per se no altera las funciones cognitivas. En este sentido, hay factores biológicos, sociales y ambientales determinantes. El lugar de residencia rural ha sido vinculado con los estilos de vida, estado de salud y función cognitiva en la vejez, sin embargo, las evidencias científicas son controversiales. Por tal motivo, el objetivo del presente estudio fue determinar la influencia de lugar de residencia rural como factor de riesgo de deterioro cognitivo en ancianos. Para tal efecto, se estudiaron 127 adultos mayores, 44 con residencia en el área rural (Estado de Hidalgo, México) y 87 con residencia urbana (Ciudad de México) por más de 10 años. A todos se les aplicó el Miniexamen Mental de Folstein, estableciendo como criterio de deterioro cognitivo un puntaje de 23 o menos. Se encontró un 34% de deterioro cognitivo en los residentes del área rural en contraste con el 11% de los residentes del área urbana, con una razón de momios de 3.9 (IC95% ,1.3-11.4, $p = 0.01$). Nuestros resultados sugieren que el ambiente urbano constituye un factor protector para el deterioro cognitivo, debido quizá a las mejores condiciones de vida y a la mayor socialización.

* Psicóloga egresada de la Fes Zaragoza, Unam. Realizó estudios de Maestría en Neuropsicología en la Unam y de Gerontología en la Universidad Autónoma de Madrid. Cursó los Diplomados en Psicogeriatría y en Gerontología en Unam. Coordinadora del Programa de Gerontología Comunitaria de la Unidad de Investigación en Gerontología de la Fes Zaragoza, Unam.

** Química Farmacéutica Bióloga egresada de la Enep Zaragoza, Unam. Realizó estudios de Maestría en Epidemiología Clínica en la Facultad de Medicina, Unam. Maestría en Gerontología en la Universidad Autónoma de Madrid. Doctorado en Ciencias Biológicas, Unam. Profesora de la carrera de QFB en la Fes Zaragoza, Unam. Miembro del sistema Nacional de investigadores nivel I.

*** Médico Cirujano egresado de la Enep Zaragoza, Unam. Realizó estudios de Maestría en Gerontología en la Universidad Autónoma de Madrid y de Doctorado en Ciencias Biológicas en la Unam en el área del envejecimiento. Es jefe de la Unidad de Investigación en Gerontología de la Fes Zaragoza, Unam. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel II.

Abstract

Several studies have showed that aging per se does not alter the cognitive functions. In this sense, there are biologic, social and environmental determinant factors. The rural residence place has been linked with life stiles, health status and cognitive function, however the evidence scientific are controversial. For this reason, the objective of this study was to determine the influence of rural residence place as risk factor for mild cognitive impairment (MCI) in elderly subjects. A cross-sectional and comparative study was carried out in a sample of 127 elderly, 44 with rural residence place (Hidalgo, State, Mexico) and 87 urban residence place (Mexico City) during 10 years or more. Cognitive functions were evaluated through the Mini Mental State Examination. (MMSE) It was considered as cognitive deterioration when the score of MMSE was equal or lower than 23 points. We found that average MMSE score for the elderly residing in the rural area was lower than that for elderly persons living in the urban area (24.7 ± 3.2 vs. 27.2 ± 2.5. $p < 0.05$). At the same time, the percentage of (MCI) for rural area was of 34% vs. 11 for urban area, with odds ratio of 3.9 (CI95% , 1.3-11.4, $p = 0.01$). Our findings suggest that urban residence place is a protective factor for MCI, due probably to higher social support.

Introducción

El envejecimiento está determinado en gran medida por aspectos de tipo biológico, no obstante, las variables de tipo ambiental influyen significativamente en el tipo y características del mismo. En este sentido, el ambiente puede influir en el mantenimiento, estimulación y soporte de las condiciones físicas, psicológicas y sociales que determinan la salud, bienestar y calidad de vida de los adultos mayores. En este contexto, surgen los enfoques ecológicos del envejecimiento, de los cuales emana la gerontología ambiental, cuya disciplina tiene como objetivo la descripción, explicación, modificación y optimización de la relación del anciano con sus condiciones socioespaciales.^{1,2}

Entre los factores que influyen en la respuesta y adaptación al entorno de los individuos a través de su envejecimiento destaca el tipo e importancia de sus experiencias ambientales pasadas, la interpretación del propio anciano y de los demás grupos poblacionales, respecto a los cambios que va experimentando el individuo durante el proceso de envejecimiento, lo cual

¹ Harris, N., Grootjans, J., Wenham, K. (2008). Ecological aging: the settings approach in aged living and care accommodation. *Ecohealth*, 5 (2), 196-204.

² Kendig, H. (2003). Directions in environmental gerontology: a multidisciplinary field. *Gerontologist*, 43 (5), 611-615.

afecta su autoconcepto, atributos individuales y estado de salud.³ En este sentido, se ha señalado que en los modelos ecológicos sobre el envejecimiento se deben distinguir un mínimo de 3 grupos de individuos: i) personas funcionales con expectativas de mantenerse en esta condición por un largo periodo de tiempo, sanas o con enfermedades crónicas controladas, ii) personas con limitaciones temporales en la funcionalidad con posibilidades de recuperarse a corto plazo y iii) personas con limitaciones en la funcionalidad permanente y progresiva.^{4,5}

En la actualidad, es ampliamente reconocida la complejidad de la interacción de los componentes físico, social, organizacional y cultural del ambiente, que determina en gran medida el comportamiento y condiciones de salud y bienestar de los adultos mayores que residen en él. En este sentido, se ha propuesto un modelo denominado “Presión Ambiental (P-A)”, en el que se reconoce la participación activa del individuo y las influencias (condiciones, exigencias y retos) del ambiente para lograr el máximo de bienestar, salud y calidad de vida de los ancianos. La participación activa de los ancianos se refiere a la dimensión intencionada de “usar, manipular o ejecutar tareas específicas para su ambiente”.⁶

Por lo anterior, se ha reconocido la influencia del lugar de residencia sobre el estado de salud, incluyendo la esfera psicológica.^{7,8} Los resultados son controversiales, ya que dependiendo de la región se resaltan ventajas de vivir en el área rural o urbana. En nuestro medio, se ha encontrado que los ancianos que viven en el área urbana tienen una prevalencia e incidencia más alta de enfermedades crónico-degenerativas tales como la diabetes mellitus tipo 2 y la obesidad.^{9,10} Asimismo, nuestro grupo de investigación en un estudio exploratorio observó una prevalencia de deterioro cognitivo leve (DCL) significativamente más alta en los ancianos con residencia en el

³ Harris, N., Grootjans, J., Wenham, K. (2008). Ecological aging: the settings approach in aged living and care accommodation. *Ecohealth*, 5 (2), 196-204.

⁴ Golant, S.M. (2003). Conceptualizing time and behavior in environmental gerontology: a pair of old issues deserving new thought. *Gerontologist*, 43 (5), 638-648.

⁵ Wahl, H-W., Weisman, G.D. (2003). Environmental gerontology at the beginning of the new millennium: reflections on its historical, empirical, and theoretical development. *Gerontologist*, 43 (5), 616-627

⁶ Kendig, H. (2003). Directions in environmental gerontology: a multidisciplinary field. *Gerontologist*, 43 (5), 611-615.

⁷ Boyd, C.P., Parr, H. (2008). Social geography and rural mental health research. *Rural Remote Health* 8, 804.

⁸ Campbell, N.C., Iversen, L., Farmer, J., Guest, C., MacDonald, J. (2006). A qualitative study in rural and urban areas on whether—and how—to consult during routine and out of hours. *BMC Family Practice*, 7, 26.

⁹ Lerman, I.G., Villa, A.R., Llaca, C., Cervantes, R., Aguilar, C.A., Wong, B, et al. (1998). The prevalence of diabetes and associated coronary risk factors in urban and rural older Mexican populations. *J Am Geriatr Soc*, 46, 1387-1395.

¹⁰ Lerman, I., Villa, A.R., Martínez, C.L., Turrubiatez, L.C., Aguilar, C.A., Lucy, V., et al. (1999). The prevalence of obesity and its determinants in urban and rural aging Mexican populations. *Obes Res*, 7 (4), 402-406.

área urbana en comparación con los del área rural.¹¹ Por otro lado, en estudios realizados en otros países se han reportado ventajas de vivir en el área rural con respecto a la urbana sobre la situación en el estado de salud y calidad de vida de los ancianos, vinculado con el soporte social.^{12,13} No obstante, también se ha encontrado que las condiciones de salud, así como la funcionalidad física y mental son más precarias en los ancianos con residencia en el área rural, debido a problemas socioeconómicos, servicios de salud y soporte social deficientes.^{14,15}

Por tal motivo, el propósito del presente estudio fue evaluar la influencia del lugar de residencia sobre el deterioro cognitivo en adultos mayores con residencia en el área rural y urbana.

Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio transversal comparativo en una muestra de 127 adultos mayores, 44 con residencia en el área rural (Estado de Hidalgo, México) y 87 con residencia urbana (Ciudad de México) por más de 10 años. A todos los adultos mayores se les aplicó el Minieexamen Mental de Folstein validado para población Mexicana,¹⁶ estableciendo como criterio de deterioro cognitivo leve un puntaje de 23 o menos. También se aplicó la escala de depresión geriátrica (EDG) de Yesavage, asumiendo como punto de corte para depresión un puntaje igual o menor a 11. Los datos fueron analizados mediante frecuencias simples, "t" de student, ji cuadrada (X^2), razón de momios (RM) y regresión logística con un nivel de confianza al 95%. Se estableció como riesgo cuando la $RM > 1$, considerando significancia estadística cuando intervalo de confianza (IC) no incluyera al 1 y $p < 0.05$, para tal efecto se utilizó el paquete estadístico SPSS V14.0.

¹¹ Arronte, A., Téllez, A.A., Guzmán, M.A., Martínez, M.E., Mendoza, V.M. (2002). Evaluación del Estado Afectivo y Cognitivo en Dos Poblaciones de Adultos Mayores: Urbana y Rural. *Archivo Geriátrico*, 5 (5), 99-102.

¹² Clayton, G.M., Dudley, W.N., Patterson, W.D., Lawhorn, L.A., Poon, L.W., Jonson, M.A. et al. (1994). The influence of rural/urban residence on health in the oldest-old. *Int J Aging Hum Dev*, 38 (1), 65-89.

¹³ Kim, H.K., Hisata, M., Kai, I., Lee, S.K. (2000). Social support exchange and quality of life among the Korean elderly. *J Cross Cult Gerontol*, 15 (4), 331-347.

¹⁴ McCoy, J.L., Brown, D.L. (1978). Health status among low-income elderly persons: rural-urban differences. *Soc Secur Bull*, 41 (6), 14-26.

¹⁵ Tsai, S.Y., Chi, L.Y., Lee, L.S., Chou, P. (2004). Health-related quality of life among urban, rural, and island community elderly in Taiwan. *J Formos Med Assoc*, 103 (3), 196-204.

¹⁶ Reyes, S., Beaman, P.E., García, C., Villa, M.A., Heres, J., Cordova, A., et al. (2004). Validation of a modified version of the Minimental State Examination (MMSE) in Spanish. *Aging Neuropsychol Cogn*, 11, 1-11.

Resultados

Las características de la población rural y urbana no muestran diferencias estadísticamente significativas respecto a proporción de hombres y mujeres, estado civil, presencia de alguna enfermedad crónica y polifarmacia. (cuadro 1)

En el análisis cuantitativo del Miniexamen Mental por lugar de residencia se observó un puntaje promedio significativamente más bajo en la población de los adultos con residencia en el área rural en comparación con del área urbana ($p < 0.05$), no obstante, el puntaje promedio de la escala de depresión no mostró diferencias estadísticamente significativas. Con respecto al deterioro cognitivo leve se encontró una prevalencia del 34% en la población de ancianos con residencia en el área rural en contraste con el 11% de los del área urbana, asimismo, se detectó un 52% de posible depresión en el área rural y un 43% en el área urbana, cuyas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p > 0.05$). (cuadro 2)

En el análisis multivariado de regresión logística se detectaron como factores de riesgo el lugar de residencia rural con una razón de momios de 3.9 (IC_{95%}, 1.3-11.4, $p = 0.01$), la presencia de una o más enfermedades con una RM de 7.5 con una significancia estadística limítrofe (IC_{95%}, 0.8-64.9, $p = 0.06$) debido probablemente a lo limitado del tamaño de la muestra, sin embargo, la escolaridad baja, vivir sin pareja y la polifarmacia no se detectaron como factores de riesgo el DCL. (cuadro 3)

Discusión

El ambiente urbano es considerado como un factor pro-oxidante, promotor del envejecimiento acelerado y de las enfermedades crónico-degenerativas, de ahí la relevancia de la gerontología ambiental.^{17,18} En este sentido, desde el punto de vista demográfico, en nuestro país se cataloga como área rural a los asentamientos humanos menores de 2500 habitantes; cuando las localidades tienen de 2500 a 15 mil habitantes se les reconoce como mixtas y aquellas que tienen una población mayor de 15 mil habitantes se les denomina como urbanas.¹⁹ Por otro lado, la urbanización se asocia con las condiciones físicas del lugar y los servicios públicos de los que se dispone, lo cual determina en gran medida el comportamiento y los estilos

¹⁷ Harris, N., Grootjans, J., Wenham, K. (2008). Ecological aging: the settings approach in aged living and care accommodation. *Ecohealth*, 5 (2), 196-204.

¹⁸ Kendig, H. (2003). Directions in environmental gerontology: a multidisciplinary field. *Gerontologist*, 43 (5), 611-615.

¹⁹ Hernández, J.C. (2003). La Distribución Territorial de la Población Rural. En *Consejo Nacional de Población. La situación demográfica en México 2003*. México: Conapo, 63-75. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/2003/00.pdf>

de vida de los individuos que las habitan vinculados con el estado de salud.²⁰

La calidad de vida de los adultos mayores depende en gran medida de la funcionalidad física mental y social. Por tal motivo, en el ámbito de la funcionalidad mental, uno de los objetivos de la epidemiología del envejecimiento es conocer la prevalencia del DCL y los factores que lo determinan en diferentes contextos, con el fin de implementar programas preventivos.²¹ En este sentido, se ha reportado una prevalencia de DCL de hasta un 30% en ancianos Estadounidenses con residencia en el área rural,^{22,23} en contraste con el 12% encontrado en población urbana.²⁴ Asimismo, en estudios realizados en población urbana de países Europeos se ha reportado un 4% en adultos mayores españoles y un 8% en italianos^{25,26} y en población urbana de ancianos argentinos se reporta un 14%.²⁷

En nuestro estudio, se encontró una prevalencia de DCL significativamente más alta en los ancianos con residencia en el área rural en comparación con los del área urbana (34% vs. 11%) en congruencia con lo reportado en otras investigaciones,^{28,29} sin embargo, se contraponen a lo previamente reportado por nuestro grupo de investigación, en donde se observó que la prevalencia de DCL era significativamente más alta en los

²⁰ Harris, N., Grootjans, J., Wenham, K. (2008). Ecological aging: the settings approach in aged living and care accommodation. *Ecohealth*, 5 (2), 196-204.

²¹ Brenner, H., Arndt, V. (2004). Epidemiology in aging research. *Exp Gerontol*, 39, 679-686.

²² Pursler, J.L., Fillenbaum, G.G., Pieper, C.F., Wallace, R.B. (2005). Mild cognitive impairment and 10-year trajectories of disability in the Iowa established populations for epidemiologic studies of the elderly cohort. *J Am Geriatr Soc*, 53, 1966-1972.

²³ Grigsby, J., Kaye, K., Shetterly, S.M., Baxter, J., Morgenstern, N.E., Hamman, R.F. (2002). Prevalence of disorders of executive cognitive functioning among the elderly: findings from the San Luis Valley Health and Aging Study. *Neuroepidemiology*, 21 (5), 213-220.

²⁴ Manly, J.J., Bell-McGinty, S., Tang, M.X., Schupf, N., Stern, Y., Mayeux, R. (2005). Implementing diagnostic criteria and estimating frequency of mild cognitive impairment in an urban community. *Arch Neurol*, 62 (11), 1739-1746.

²⁵ Ravaglia, G., Forti, P., Montesi, F., Lucicesare, A., Pisacane, N., Rietti, E., et al. (2008). Mild cognitive impairment: epidemiology and dementia risk in an elderly Italian population. *J Am Geriatr Soc*, 56 (1), 51-58.

²⁶ Mías, C.D., Sassi, M., Masih, M.E., Querejeta, A., Krawchik, R. (2007). Deterioro Cognitivo Leve: Estudio de Prevalencia y Factores Sociodemográficos en la Ciudad de Córdoba, Argentina. *Rev Neurol*, 44, 733-738.

²⁷ Martínez de la Iglesia, J., Rubio, M.V., Espejo, J., Aranda, J.M. Enciso, I., Pérula de Torres, L.A., et al. (1997). Factores Asociados a la Alteración Cognitiva en una Población Urbana. Proyecto ANCO. *Aten Primaria*, 20 (7), 345-353.

²⁸ Pursler, J.L., Fillenbaum, G.G., Pieper, C.F., Wallace, R.B. (2005). Mild cognitive impairment and 10-year trajectories of disability in the Iowa established populations for epidemiologic studies of the elderly cohort. *J Am Geriatr Soc*, 53, 1966-1972.

²⁹ Martínez de la Iglesia, J., Rubio, M.V., Espejo, J., Aranda, J.M. Enciso, I., Pérula de Torres, L.A., et al. (1997). Factores Asociados a la Alteración Cognitiva en una Población Urbana. Proyecto ANCO. *Aten Primaria*, 20 (7), 345-353.

ancianos con residencia en el área urbana.³⁰ Respecto a la prevalencia de depresión en el presente estudio no se encontraron diferencias estadísticamente significativas con relación al lugar de residencia. No obstante, llama la atención que en ambas poblaciones la prevalencia de depresión es superior al 40%, lo cual contrasta con la prevalencia de menos del 25% reportada recientemente en un estudio realizado para ancianos de la ciudad de México.³¹ Estas discrepancias demuestran que no se deben establecer generalizaciones respecto a la influencia del área rural y urbana sobre problemas de salud, incluyendo las alteraciones cognitivas y afectivas, ya que las condiciones y características de las denominadas áreas “rurales” y “urbanas”, pueden ser muy diferentes aún en el mismo país.

Por otro lado, el estado de salud, incluyendo las funciones cognitivas y el estado afectivo en la vejez son determinadas en gran medida por el grado de participación e interacción social de los ancianos, la escolaridad, la actitud ante la vejez, los estilos de vida, además del ambiente físico y los aspectos biológico.^{32,33} En este sentido, el lugar de residencia “rural” o “urbana” determina en gran medida el comportamiento de los ancianos durante el proceso de envejecimiento y la vejez, lo cual se vincula con el empoderamiento y el autocuidado para su salud.^{34,35,36}

El campo de estudio relacionado con el urbanismo y ruralismo es de gran relevancia para la gerontología ambiental, no obstante, es un tanto aventurado suponer que el comportamiento y actitud de los ancianos de las denominadas “áreas rurales” y “áreas urbanas” es similar y, por lo tanto, no tiene fundamento suponer que las diferencias en los riesgos se presentan por el solo hecho de vivir en poblaciones que son catalogadas como urbanas o rurales por criterios demográficos, económicos y de servicios públicos. En la actualidad, en nuestro país se han introducido otros indicadores poblacionales que nos describen con mayor precisión las condiciones de vida de los individuos, tal como el índice de desarrollo humano que indica que

³⁰ Arronte, A., Téllez, A.A., Guzmán, M.A., Martínez, M.E., Mendoza, V.M. (2002). Evaluación del Estado Afectivo y Cognitivo en Dos Poblaciones de Adultos Mayores: Urbana y Rural. *Archivo Geriátrico*, 5 (5), 99-102.

³¹ García, C., Wagner, F.A., Sánchez, S., Juárez, T., Espinel, C., García, J.J., et al. (2008). Depressive Symptoms Among Older Adults in Mexico City. *J Gen Inter Med* (In Press).

³² Harris, N., Grootjans, J., Wenham, K. (2008). Ecological aging: the settings approach in aged living and care accommodation. *Ecohealth*, 5 (2), 196-204.

³³ Kendig, H. (2003). Directions in environmental gerontology: a multidisciplinary field. *Gerontologist*, 43 (5), 611-615.

³⁴ Campbell, N.C., Iversen, L., Farmer, J., Guest, C., MacDonald, J. (2006). A qualitative study in rural and urban areas on whether – and how – to consult during routine and out of hours. *BMC Family Practice*, 7, 26.

³⁵ Lerman, I., Villa, A.R., Martínez, C.L., Turrubiatez, L.C., Aguilar, C.A., Lucy, V., et al. (1999). The prevalence of obesity and its determinants in urban and rural aging Mexican populations. *Obes Res*, 7 (4), 402-406.

³⁶ Kar, S.B., Pascual, C.A., Chickering, K.L. (1999). Empowerment of women for health promotion: a meta-analysis. *Soc Sci Med*, 49, 1431-1460.

tanto los individuos disponen de una serie de capacidades y oportunidades básicas como gozar de una longevidad saludable, adquirir conocimientos, comunicarse y participar en la vida de la comunidad y disponer de recursos suficientes, el índice de marginalidad en el que se estima el déficit e intensidad de las privaciones y carencias de la población en dimensiones relativas a las necesidades básicas establecidas como derechos constitucionales, en este índice se incluye la educación (analfabetismo y población sin primaria completa), características de la vivienda (ocupantes en viviendas sin agua entubada, sin drenaje ni servicio sanitario, con piso de tierra, sin energía eléctrica y hacinamiento); ingresos (población ocupada que gana hasta dos salarios mínimos); y distribución de la población (población en localidades con menos de 5 mil habitantes).³⁷

En este sentido, es fundamental describir las características específicas del lugar de residencia rural o urbano que determinan el estado de salud, función cognitiva, estado afectivo, bienestar, satisfacción y calidad de vida de los ancianos, tales como escolaridad, participación social y comunitaria, acceso a servicios de salud, ingreso económico y redes de apoyo social formales e informales y no enmascarar los factores de riesgo con la denominación global de residencia rural vs. urbana.

Agradecimientos

El trabajo se llevó a cabo con el apoyo financiero de la Dirección General de Asuntos del Personal Académico de la Unam, Proyecto PAPIIT IN302507.

³⁷ Consejo Nacional de Población. Índices de Desarrollo Humano y Social. (2000). México: Conapo. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/6b.htm>

Bibliografía

- Arronte, A., Téllez, A.A., Guzmán, M.A., Martínez, M.E., Mendoza, V.M. (2002). Evaluación del Estado Afectivo y Cognitivo en Dos Poblaciones de Adultos Mayores: Urbana y Rural. *Archivo Geriátrico*, 5 (5).
- Blazer, D.G., Landerman, L.R., Fillenbaum, G., Horner, R. (1995). Health services access and use among older adults in North Carolina: urban vs rural residents. *Am J Public Health*, 85 (10), 1384-1390.
- Boyd, C.P., Parr, H. (2008). Social geography and rural mental health research. *Rural Remote Health* 8, 804.
- Brenner, H., Arndt, V. (2004). Epidemiology in aging research. *Exp Gerontol*, 39, 679-686.
- Campbell, N.C., Iversen, L., Farmer, J., Guest, C., MacDonald, J. (2006). A qualitative study in rural and urban areas on whether – and how– to consult during routine and out of hours. *BMC Family Practice*, 7, 26.
- Clayton, G.M., Dudley, W.N., Patterson, W.D., Lawhorn, L.A., Poon, L.W., Jonson, M.A. et al. (1994). The influence of rural/urban residence on health in the oldest-old. *Int J Aging Hum Dev*, 38 (1), 65-89.
- Consejo Nacional de Población. Índices de Desarrollo Humano y Social. (2000). México: Conapo. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/6b.htm>
- García, C., Wagner, F.A., Sánchez, S., Juárez, T., Espinel, C., García, J.J., et al. (2008). Depressive Symptoms Among Older Adults in Mexico City. *J Gen Inter Med* (In Press).
- Golant, S.M. (2003). Conceptualizing time and behavior in environmental gerontology: a pair of old issues deserving new thought. *Gerontologist*, 43 (5), 638–648.
- Grigsby, J., Kaye, K., Shetterly, S.M., Baxter, J., Morgenstern, N.E., Hamman, R.F. (2002). Prevalence of disorders of executive cognitive functioning among the elderly: findings from the San Luis Valley Health and Aging Study. *Neuroepidemiology*, 21 (5), 213-220.

- Harris, N., Grootjans, J., Wenham, K. (2008). Ecological aging: the settings approach in aged living and care accommodation. *Ecohealth*, 5 (2), 196-204.
- Hernández, J.C. (2003). La Distribución Territorial de la Población Rural. En *Consejo Nacional de Población. La situación demográfica en México 2003*. México: Conapo, 63-75. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/2003/00.pdf>
- Kar, S.B., Pascual, C.A., Chickering, K.L. (1999). Empowerment of women for health promotion: a meta-analysis. *Soc Sci Med*, 49.
- Kendig, H. (2003). Directions in environmental gerontology: a multidisciplinary field. *Gerontologist*, 43 (5).
- Kim, H.K., Hisata, M., Kai, I., Lee, S.K. (2000). Social support exchange and quality of life among the Korean elderly. *J Cross Cult Gerontol*, 15 (4).
- Lerman, I.G., Villa, A.R., Llaca, C., Cervantes, R., Aguilar, C.A., Wong, B, et al. (1998). The prevalence of diabetes and associated coronary risk factors in urban and rural older Mexican populations. *J Am Geriatr Soc*, 46.
- Lerman, I., Villa, A.R., Martínez, C.L., Turrubiatez, L.C., Aguilar, C.A., Lucy, V., et al. (1999). The prevalence of obesity and its determinants in urban and rural aging Mexican populations. *Obes Res*, 7 (4).
- Manly, J.J., Bell-McGinty, S., Tang, M.X., Schupf, N., Stern, Y., Mayeux, R. (2005). Implementing diagnostic criteria and estimating frequency of mild cognitive impairment in an urban community. *Arch Neurol*, 62 (11).
- Martínez de la Iglesia, J., Rubio, M.V., Espejo, J., Aranda, J.M. Enciso, I., Pérula de Torres, L.A., et al. (1997). Factores Asociados a la Alteración Cognitiva en una Población Urbana. Proyecto ANCO. *Aten Primaria*, 20 (7).
- McCoy, J.L., Brown, D.L. (1978). Health status among low-income elderly persons: rural-urban differences. *Soc Secur Bull*, 41 (6).
- Mías, C.D., Sassi, M., Masih, M.E., Querejeta, A., Krawchik, R. (2007). Deterioro Cognitivo Leve: Estudio de Prevalencia y Factores Socio-demográficos en la Ciudad de Córdoba, Argentina. *Rev Neurol*, 44.

- Purser, J.L., Fillenbaum, G.G., Pieper, C.F., Wallace, R.B. (2005). Mild cognitive impairment and 10-year trajectories of disability in the Iowa established populations for epidemiologic studies of the elderly cohort. *J Am Geriatr Soc*, 53.
- Ravaglia, G., Forti, P., Montesi, F., Lucicesare, A., Pisacane, N., Rietti, E., et al. (2008). Mild cognitive impairment: epidemiology and dementia risk in an elderly Italian population. *J Am Geriatr Soc*, 56 (1).
- Reyes, S., Beaman, P.E., García, C., Villa, M.A., Heres, J., Cordova, A., et al. (2004). Validation of a modified version of the Minimal State Examination (MMSE) in Spanish. *Aging Neuropsychol Cogn*, 11.
- Saag, K.G., Doebbeling, B.N., Rohrer, J.E., Kolluri, S., Peterson, R., Hermann, M.E. et al. (1998). Variation in tertiary prevention and health service utilization among the elderly: the role of urban-rural residence and supplemental insurance. *Med Care*, 36 (7).
- Tsai, S.Y., Chi, L.Y., Lee, L.S., Chou, P. (2004). Health-related quality of life among urban, rural, and island community elderly in Taiwan. *J Formos Med Assoc*, 103 (3).
- Wahl, H-W., Weisman, G.D. (2003). Environmental gerontology at the beginning of the new millennium: reflections on its historical, empirical, and theoretical development. *Gerontologist*, 43 (5).

Cuadro 1. Descripción de las características de la población rural y urbana

Marcador	Rural (n = 44)	Urbana (n = 83)
Género		
Femenino	36 (82%)	77 (93%)
Masculino	8 (18%)	6 (7%)
Estado civil		
Soltero	3 (7%)	5 (6%)
Casado o unión libre	16 (36%)	36 (44%)
Viudo	25 (57%)	33 (40%)
Divorciado o separado	0	8 (10%)
Presencia de alguna enfermedad	35 (79%)	69 (83%)
Polifarmacia \geq 3 medicamentos por día	13 (30%)	24 (29%)

Cuadro 2. Prevalencia de deterioro cognitivo leve y depresión

	Rural n = 44	Urbana n = 83
Puntuación Mini-mental	24.7 \pm 3.2*	27.2 \pm 2.5
Deterioro Cognitivo Leve (%)	15 (34%)**	9 (11%)
Puntuación Escala de Depresión	11.9 \pm 7.3	9.5 \pm 6.5
Depresión (%)	23 (52%)	36 (43%)

*Prueba t de Student, $p < 0.0001$; **Prueba X^2 , $p = 0.001$.

Cuadro 3. Factores para deterioro cognitivo

Factor	RM	IC 95%	Valor p*
Residencia (rural)	3.92	1.34 – 11.40	0.012
Presencia de una o más enfermedades	7.50	0.87 – 64.99	0.067
Polifarmacia \geq 3 medicamentos/día	1.82	0.57 – 5.83	0.313
Edad \geq 70 años	1.60	0.52 – 4.91	0.415
Vivir sin pareja	1.46	0.48 – 4.43	0.499
Escolaridad $<$ 3 años	1.07	0.34 – 3.30	0.909
Depresión	0.37	0.13 – 1.07	0.067

Prueba regresión logística, $R^2 = 0.247$, $p = 0.010$.

Los Cambios Familiares a la Luz de la Lectura de una Adulta Mayor

ANA CASTRO RÍOS*

Resumen

Uno de los ámbitos humanos donde se representan o reflejan de manera importante los cambios ocurridos en la sociedad es en la FAMILIA, dada su alta vinculación con la economía, la política, la cultura. Sobre la realidad de las familias rurales poco se conoce y sería erróneo hacer una aplicación directa a su realidad desde lo urbano. Por tanto, surge el interés de conocer las “prácticas actuales de las familias rurales” que dan cuenta de sus procesos de integración a los cambios que la sociedad les ha impuesto. La investigación, que en parte se presenta en este documento, pretendió comprender cuáles son las prácticas de la esfera íntima de las familias rurales hoy en día y cómo estas se ven afectadas por los cambios económicos, sociales y políticos de una sociedad con fuerte valoración de los procesos de modernización. Para esta presentación se analiza específicamente la visión de los adultos mayores de estas familias. Los resultados se discuten teóricamente, estableciendo relaciones con el marco teórico desarrollado originalmente para la investigación y las categorías especialmente levantadas en torno a la familia rural, procesos de modernización en el medio rural, construcción de prácticas de organización familiar, determinación de miradas de futuro del mundo de la familia rural, desde la visión de una mujer adulta mayor.

Abstract

One of the human fields where is represented or reflected, in an important way, the changes occurred in society is in FAMILY, given its high connection with the economy, politics, and culture. The reality of rural families is little know and would be erroneous to do a direct application, from the urban, to his reality. Therefore raise the interest to know the “current practices of the rural families” that illustrate their integration processes to the changes that society has imposed them. The investigation, that is partly present in this document, pretended to cover which are the practices of the intimate sphere of the rural families today, and how these are affected by the economic, social and political changes in a society with strong assessment about the modernization process. For this presentation is specifically analyzed the vision of the elderly ones in these families. The

* Doctora, Universidad Católica del Maule acastro@ucm.cl

results are discuss, establishing relations with the theoretical frame originally developed for the investigation, and with the categories especially raised in relation to rural family, modernization processes in the rural situation, the construction of practices on behalf of familiar organization, the vision about future from the rural family's world, as of the vision of an elderly woman.

Los contenidos desarrollados sobre familia y los cambios que han ido ocurriendo a nivel social en estas han sido analizados desde la perspectiva urbana y desde allí se han establecido similitudes, sin considerar prácticas, organización y diferencias sociales, económicas y culturales de otros sectores como el rural. Sin embargo, es igualmente necesario establecer un marco general de referencia en torno a los fenómenos que han impactado a las familias y establecer las actuales lecturas que se hacen de ella.

El concepto clásico de familia comienza de un sustrato biológico ligado a la sexualidad y a la procreación, así, la familia se constituye en la institución social que regula, canaliza y confiere significado social y cultural a estas necesidades humanas. Pedro Morandé señala que “la familia está íntimamente vinculada a la ontogénesis de cada ser humano y acompaña una parte fundamental de su desarrollo, especialmente en el momento de la formación de la identidad personal. En ella se aprende qué significa ser persona” (1998, p. 9). Para el autor, serán *filiación, consanguinidad y alianza conyugal* los elementos que permanecen íntimamente ligados al estudio de la familia. Por su parte, Elizabeth Jelin (1998), sostiene que será central revisar en el tema de familia, independiente de su estructura, el cómo se organiza la *convivencia, la sexualidad y la procreación*. Autores que desde diferentes puntos de vista tratarán de reflexionar en torno al tema, Morandé, desde una visión más tradicional y Jelin, desde una posición más crítica a lo que se ha denominado hasta hoy familia.

Giddens (1999), también asume que el tema de la desigualdad entre hombres y mujeres era intrínseco a la familia tradicional. Desde esta perspectiva entonces, la diversidad de estructuras familiares existentes hoy en día es valorada “como parte de los procesos de democratización de la vida cotidiana y de la extensión del derecho a tener derechos.” (Jelin, 1998, p. 18)

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.

Según Salles y Tuirán se trataría, sin embargo, de “una nueva relación basada en asimetrías matizadas por pautas democráticas.” (Jelin, 1998)

Concordante con los cambios ocurridos a nivel social, en Latinoamérica las principales transformaciones se han dado a niveles demográficos, aumento de hogares con jefatura femenina, creciente participación de las mujeres en el mercado laboral, modificaciones en los tipos de estructura familiar. (Arriagada, 2001)

El tamaño medio de la familia se ha reducido debido al descenso del número de hijos y el espaciamento entre estos. En relación a los tipos de familia, en América Latina han surgido nuevas configuraciones familiares, tales como parejas sin hijos, hogares sin núcleo y el aumento de los hogares con jefatura femenina. Las estructuras que prevalecen, sin embargo, son las tradicionales, familias nucleares y extensas. Otra estructura familiar que ha ido en aumento corresponde a las familias reconstituídas, ello, debido a la frecuencia de separaciones, divorcios y viudez y donde entonces se vuelven a constituir nuevos vínculos.

En relación a las etapas del ciclo de vida familiar, estas se han visto claramente influenciadas por algunos de los elementos indicados al principio de este trabajo, como los cambios demográficos y la postergación en la decisión de formar familias. Otro fenómeno asociado a los cambios del ciclo de vida familiar dice relación con el aumento de la esperanza de vida de las personas, que está presentando en algunos países el crecimiento de hogares de adultos mayores, especialmente de viudas jefas de hogar, ya que las mujeres presentan más años de vida que los hombres, el promedio para América Latina es de seis años más (Celade, en Arriagada, 2001), al igual que el promedio que muestra Chile.

Con todos los cambios enunciados, las familias están enfrentando situaciones extremadamente contradictorias o paradójales, pues por una parte es refugio y apoyo para sus miembros frente a los cambios y exigencias de la sociedad, en materias de empleo, educación, salud, tipos de convivencia social y al mismo tiempo estas exigencias provocan tensiones en su interior que les generan inseguridad y como consecuencia muchos padres se sienten incompetentes para ejercer su rol, aumenta la violencia intrafamiliar, la desintegración del grupo familiar favorece la desorientación de los hijos que pueden incurrir en otros problemas. Entonces, las familias así dañadas comienzan a no ser espacio de protección y afecto, sino, por el contrario, generan infelicidad, violencia y desconfianza.

Desde esta perspectiva, las familias son un actor vulnerable que no siempre está recibiendo de la sociedad el apoyo y los recursos que necesita para enfrentar las tensiones y cambios que esta misma les presenta. Por otra

parte, en el contexto que importa para esta presentación, las sociedades rurales han presentado cambios estructurales de manera significativa debido al modelo de desarrollo global.

Según indica Edelmira Pérez (2001), el mundo rural ha experimentado cambios importantes y de muy diversa índole según regiones, pero nos señala que en términos generales se pueden identificar tres grandes cambios:

- i) Demográficos: como resultado del éxodo masivo en los años '60 y '70, tanto en Europa como en América y el proceso de "contraurbanización" desarrollado por algunos países de Europa.
- ii) Económicos: originados por el declive de la agricultura y por la nueva visión que el mundo urbano tiene del mundo rural, que ha dado lugar a una mayor diversificación.
- iii) Institucionales: debido a la descentralización política, que pretende dar mayor poder a lo local y regional, presentando sin embargo desarrollos desiguales. Y por otro lado, la supra-nacionalización de la política agraria, especialmente en la Unión Europea.

La misma autora nos señala que el mundo rural se encuentra ante un difícil conjunto de problemas que mantiene perplejos a los agentes sociales que deben intervenir en la gestión de este, como son:

- i) Crisis de la orientación y producción: puesto que hoy en día el agricultor se debate entre la necesidad de asegurar la manutención de su familia, la competitividad comercial existente y la diversidad de orientaciones o indicaciones que recibe de las demandas del mercado.
- ii) Crisis de población y poblamiento: la declinación de lo rural frente a lo urbano ha propiciado un desprestigio social de las actividades agrícolas, lo que ocasiona su abandono y dificulta, especialmente, la incorporación y retención de los jóvenes en el campo.
- iii) Crisis de las formas de gestiones tradicionales: el agricultor, habituado a tomar las decisiones por sí mismo, basado, principalmente, en la experiencia acumulada, depende hoy más que nunca de las políticas nacionales e internacionales, de las señales del mercado y los procesos empresariales competitivos.
- iv) Crisis en el manejo de los recursos ambientales: la deforestación, la contaminación del suelo, la erosión, la sobreexplotación del recurso hídrico, la penetración urbana (poblaciones e industria), son

problemas cuyo tratamiento y solución solo se pueden abordar teniendo en cuenta la presencia del agricultor en el medio rural.

- v) Crisis de las formas tradicionales de articulación social: el papel jugado por muchas instituciones del mundo rural han cambiado de manera significativa y la búsqueda de nuevas funciones genera conflictos de competencia y poder.

Las diferentes miradas de desarrollo coinciden en indicar que este proceso no es solo económico, sino social, político, cultural y humano. Estamos hablando, entonces, de elementos vinculados a su identidad y ello será importante y constitutivo para las familias del mundo rural.

¿Cómo observarán en lo cotidiano los adultos mayores estos cambios a los que se han visto enfrentados? ¿Qué evaluación tendrán ellos como generación respecto de los cambios familiares en el contexto rural?

A continuación, se desarrollará una síntesis de los relatos realizados por una mujer adulta mayor que vive en Romeral, un sector rural de la Región del Maule de Chile, en torno a los cambios a los que se ha visto enfrentada a lo largo de sus años en el tema de familia. Ella fue parte de un conjunto de familias rurales entrevistadas, con presencia de a lo menos tres generaciones, como parte de la investigación que formó parte de la tesis doctoral de la autora.

Los cambios que ha sufrido la familia rural a los ojos de la Sra. Margarita

En esta familia, actualmente, vive la pareja de adultos mayores con su ahijado adolescente, en el sitio del “patrón” (dueño de la tierra), donde ellos son cuidadores.

Don Ciro y la Sra. Margarita tuvieron 8 hijos, tres de los cuales fallecieron, el último, por la intoxicación de pesticidas en un campo de la VI Región.

Viven en el sector de El Boldal de la Comuna de Romeral, en un entorno rodeado de grandes campos de siembra, caminos de tierra y casas relativamente alejadas unas de otras (característico de zonas rurales).

La casa donde habita la familia es de adobe y todo su alrededor es de tierra. Las entrevistas se realizaron en la habitación destinada a la cocina, donde siempre está prendido el fuego de leña, para poder cocinar y abrigarse. La Señora Margarita usa la cocina a gas solo para calentar la comida, pues con la leña se ahorra más.

Ella mantiene la tradición de almorzar a las doce del día, pues “su viejo está acostumbrado”. Los porotos (frijoles) son de todos los días.

Don Ciro se encuentra actualmente en silla de ruedas y con un brazo inválido después de una caída; impresiona verlo en el medio de la chacra (pequeña plantación para uso doméstico) en su silla y limpiando la tierra con alguna herramienta. *“Aquí estoy, dura la vida, dura la vida”.*

Las entrevistas se realizan principalmente con la Sra. Margarita, quien muestra orgullosa su gallinero, producto de un proyecto de mujeres emprendedoras logrado en la Municipalidad de Romeral.

Los temas revisados trataron de cubrir la opinión de la entrevistada en torno a los cambios que ha sufrido la familia y su medio ambiente, desde su punto de vista. Se sintetizan sus opiniones y relatos en algunas de las categorías levantadas que a continuación se detallan.

Número de hijos

Las familias se han *“achicado”* (disminuido). La Sra. Margarita asigna valor a que ahora las mujeres puedan controlar el tener hijos, ese es un cambio sustancial respecto de las familias de antes. *“Yo tuve 8 hijos no más... pero Diosito me quitó tres, así es que tengo cinco”.* *“Es que ahora hay tanta protección. La que quiere (mujer) tener familia tiene, la que no, no poh. Antes no poh, era obligación los que llegaban, había que recibirlos, porque no había ninguna protección”.*

Rol de la mujer

Aquí, la entrevistada manifiesta que se ha producido un cambio importante en el tiempo. El rol de la mujer ha cambiado, especialmente con su salida al mundo laboral.

Mire, yo creo que ha cambiado mucho, porque ahora la mujer en el campo trabaja toda la temporada, entonces, antes no, porque antes no había trabajo para las mujeres. Porque ahora la mujer está en el raleo de la manzana, la mujer cosecha, que cortar las frambuesas y antes no estaba eso poh. Antes sólo en la chacra.

Pero ahora no poh, la mujer tiene un trabajo y trabaja de todo.

Así uno es dueña de su plata, la gasta en lo que quiere, si quiere no la gasta.

La plata de la mujer es para ella y para los hijo.

Por otro lado, la Sra. Margarita valora que el trabajo le ha permitido conocer otras personas: *“Eso es lo que para mí es importante, porque tiene más libertad salir a trabajar, porque conoce a otras personas, conversa, se ríe...”*

Sin embargo, para las mujeres el trabajo continúa después de la jornada laboral: *“Yo salía a las seis y media de la mañana y almorzaba por allá y en la tarde llegaba como a las cinco de la tarde, lavando, haciendo pan, dejando comida hecha para el otro día. Salir a trabajar para afuera con orgullo...”* Las labores de crianza siguen a cargo de las mujeres. En cuanto a su propia experiencia, hoy, de adulta mayor, es ella la que administra *“la plata”* (dinero).

Rol del hombre

Según su experiencia, los hombres abastecían la casa, las necesidades de alimentación de la familia y se dedicaban al trabajo del campo.

El mío [su marido] siempre fue aplicado para la casa. Todo lo que cosechaba se quedaba en la casa, no vendía papas, no vendía porotos, no vendía maíz para poder tener. Y ahora lo que él hace por ahí, que siembra maíz y porotos, siempre está trayendo para la casa.

Él nunca fue un hombre, que dijera yo que él vendió la cosecha o que se la tomó, no. Él recibía el pago e iba a buscar las cosas, pero no se tomaba la plata. Claro que, por allá muy a lo lejos, tomaba, pero no de dejar él la casa sin comida.

Por otra parte, señala que ahora es más fácil para el hombre, pues la mujer lo está ayudando a trabajar fuera de la casa, es esta la concepción que prima en la representación social de los adultos mayores en torno al trabajo de la mujer.

Trabajo

Para ella, el trabajo de antes era *“más duro”*, las condiciones de trabajo hoy son *“más fáciles”*.

Ahora es la gloria. A mí, mis amigas me dicen que se levantan a las siete y media de la mañana y toman desayuno y se van a trabajar. Antes no se conocía eso... antes de aclarar la gente salía a reconocer los animales y trabajar.

Sí poh, así que con mi mamá éramos lecheras y salíamos como a las cuatro de la mañana de la casa, oscuro y en el invierno, lloviendo... yo tenía 12 años, ya tenía que sacar vacas para el campo, pues en el fundo no había establo,

había que sacar todo al campo, salíamos de la casa mojadas, porque nadie conocía un paraguas, un chaquetón, nada. Esos sí que eran sacrificios grandes y para ganar lo que se ganaba. Porque ahora Ud. trabaja el mes y recibe plata y tiene para invertirla, para vestirse y antes no poh, no alcanzaba ni para un par de zapatos.

La Sra. Margarita evalúa, sin embargo, que “...antes había en invierno y verano, había trabajo para la gente. Que todos ganaban su galleta, su ración de comida. Ahora no poh, ahora no existe. Si no tenía que comer en la casa sabía que en el fundo tenía que ganar una porción de comida y ahora no poh.”

Pobreza

En este tema, la Sra. Margarita es enfática en señalar que:

Ha cambiado mucho, ya no se conoce la pobreza (de antes), ahora en todas las casas hay comodidades.

Yo como le digo a los mismos chiquillos [a sus hijos], me crié con harta pobreza, sufrí todas las pobrezas... nosotros en puros platitos de greda, ni las tazas las conocíamos.

Yo tenía como 11 años y teníamos que salir al potrero, nos llovía, yo por lo menos no conocía los zapatos. Bien pobre...

Ella sostiene que han mejorado las cosas: “Claro poh, así porque antes no había crédito. El crédito ayuda mucho, pero uno tiene que ser responsable y ordenado, porque si no va tener como pagar, mejor no se meta.”

Las Políticas sociales y la red social también ayudan: “Eso es lo que digo yo. Antes nadie nos daba ni una pieza de ropa, ni para mí ni para nadie. Ahora no poh, Ud. tiene una guagua, le traen una bolsa de ropa, pero antes no. Antes uno le iba guardando la ropa de uno para los otros. Lo que les va quedando chico (pequeño) se lo va poniendo el que sigue.”

Participación

Ella centra este punto en la participación que ha desarrollado en el Club del Adulto Mayor de la Municipalidad.

Yo fui Presidenta del Adulto Mayor y con harto orgullo, porque yo conocí personas más que yo. Conversé con el Asistente Social, con el Alcalde, con personas de altura. Donde yo iba era bien atendida. Supongamos que iba a cualquier parte de aquí, era bien atendida porque era Presidenta del Adulto Mayor, entonces quedé con tanto orgullo. Conozco personas con más categoría que uno y aprendo más. Si Ud. viene a conseguir algo, igual va a ser atendida. Yo tuve con harto orgullo, contenta.

Para los adultos mayores estamos aprendiendo muchas cosas.

Yo misma he aprendido más personalidad como Presidenta que fui... empezamos a trabajar, hacíamos trabajos, toda la cosa, entonces cuando uno se supera más, aprende mas cosas.

Políticas y redes sociales

La Municipalidad es quien le ha entregado recursos cuando lo ha necesitado.

En la Muni [municipalidad], por ejemplo de repente me dan ropa para mis chicos [nietos], si no, para mí. Por eso, en ese sentido le doy gracias a Dios. Cualquier persona, aunque no sea de la familia, que un par de pantalones, que una camisa, entonces uno se siente feliz, porque no tiene como comprar. Y yo le digo, antes no teníamos esa ayuda, nadie, nadie, entonces por eso un pobre era más pobre, y ahora, como le digo, a uno le regalan ropa.

Ella describe que si bien los vecinos se conocen, se ubican, pero no se visitan. Lo que si destaca es que frente a, por ejemplo una muerte, todos juntan algo de dinero o especies para aportar a los familiares. De la misma manera se apoyan de pronto con algunos recursos. La solidaridad es un valor para ella: *“Ahora si se muere una persona yo salgo a golpear puertas a donde sea, para adentro, para afuera. Si me dan un paquete de tallarines, de arroz, de azúcar, todo sirve para esa casa. Antes no se hacía eso. Yo para eso soy muy buena”.*

Tradiciones

Sostiene que ciertos ritos tradicionales se han perdido en el campo: *“Mire, antes habían hartas diversiones en el campo para los 18 (fiestas patrias en Chile, 18 de Septiembre), las cuecas y todo. Todo eso se ha ido perdiendo. Se hacen algunas cosas, pero es todo moderno. La música es moderna, todo. Y antes no poh, antes no era moderno. Antes todo era tradicional.”*

En cuanto a la alimentación, ella mantiene la costumbre de almorzar a las doce del día y porotos (frijoles) todos los días. Sostiene eso sí que la comida es menos natural que antes *“ahora se compran tallarines y todo eso, antes se hacían en las casas.”*

Educación

Sobre este punto evalúa que en estos tiempos se estudia más que antes: *“Claro, porque antes cuanta gente se quedaba sin saber nada, porque no había colegios cerca. Ya ahora no poh, van todos a la escuela.”*

Señala que si bien las mujeres hoy estudian más que antes, no encuentran luego trabajo: *“Yo le digo de repente las niñas, las jóvenes estudian, sacan su diploma y no les vale de nada, porque después no encuentran pega. Para andar por ahí, detrás de las matas de árboles trabajando. Por eso yo le digo, muy bueno el estudio, pero de repente de cien niñas puede que cuatro queden trabajando.”*

Visión del Futuro

El futuro no es promisorio para ella.

O bien va a ser peor, porque ya no va a haber donde sembrar, de donde sacar cosechas. A lo mejor va a ser peor, porque va a estar mala la frambuesa [se refiere a la temporada de recolección de la fruta], porque con la frambuesa compro papas, compro porotos, y si me va mal... Estar comprando por kilo... y lo que se cosecha va a estar barato. Y si después no hay plata para comprar y no valió nada la cosecha. Porque uno pregunta y no vale nada, y lo que uno tiene que conseguir está caro.

Algunas reflexiones finales

Las familias dejaron ver que a pesar de los cambios que se han desarrollado y se han asumido en el mundo rural, se mantienen ciertas prácticas, que evalúan como parte de su identidad rural, sus representaciones sociales, entre ellas:

Se mantiene contacto permanente con hijos que ya salieron del hogar. Las reuniones familiares los domingos y las fiestas especiales, son siempre motivo de convocatoria entre los parientes. Es una práctica institucionalizada los almuerzos u onces familiares los días domingos. Así también, aquellos que viven cerca, todos los días visitan la casa paterna, ya sea por compañía, como por compartir el alimento.

Los hijos, en lo posible, van buscando vivir cerca de los padres. Van comprando terrenos o casas, o los padres les permiten construir sus hogares en el terreno propio y en condiciones económicas más deficientes, van ampliando con mediaguas aledañas a la casa. Esto va permitiendo que existan relaciones de parentesco asentadas en el mismo territorio, como una característica central de ruralidad.

Los vecinos se conocen entre sí. Esto es visto como una ventaja por las familias, pues ello genera redes de apoyo, tanto en momentos difíciles, como en la vida cotidiana.

El reconocimiento de los vecinos, es valorado también en cuanto hace al entorno más seguro, así al estar todos conectados en lo cotidiano permite identificar claramente a los extraños y estar más alerta ante estos.

Los entrevistados señalan que son más las ventajas de este tipo de relaciones de vecinos que lo negativo como el “pelambre” (todos se enteran de todo) y esto especialmente lo valoran aquellos que han vivido en las ciudades más grandes de la región o en Santiago. La experiencia de soledad y aislamiento para estos fue muy negativa.

La confianza y seriedad de la palabra empeñada. Estas son claves centrales de comunicación entre las personas todavía hoy en día. Especialmente en las transacciones de negocios, bienes materiales o servicios prestados entre los vecinos, la palabra tiene un gran valor; son justamente los adultos mayores los que han transmitido esta práctica a las nuevas generaciones.

Finalmente, es importante destacar, desde la mirada de los adultos mayores, que la participación que se ha abierto para ellos en los Clubes de Adulto Mayor ha sido significativa para asumir roles activos en su comunidad. Lo anterior, en el caso de la Sra. Margarita, implicó el desempeño de un cargo de responsabilidad y representación de sus pares ante el Municipio y otras entidades. Esto les permite además incorporarse a una red de servicios y beneficios sociales que ayudan a sobrellevar, en su caso, la pobreza que acompaña a su etapa.

Concluyendo, en torno al tema de los cambios familiares, hay que señalar que si los procesos de transformación de familia en general en la sociedad se presentan en tránsito lento, en cuanto a la consideración de igualdad de género, de relaciones de poder más democráticas entre la pareja y la formación de los hijos, en la modificación de los estereotipos de los roles tradicionales de hombre y mujer, entre otros, en las familias rurales estas transformaciones están aún más distantes. El desfase entre los cambios culturales a nivel social y las transformaciones estructurales de la familia es mayor en las familias rurales.

Los procesos de modernización, si bien alcanzan la vida cotidiana de las personas y es imposible no reconocerlos, lo hacen todavía en condiciones de exclusión. Especialmente, en la Región del Maule se sostiene un nivel de pobreza importante en las zonas rurales que si bien como resultado de la última medición de la Casen 2006 (encuesta de caracterización socioeconómica nacional) ha disminuido a un 17,7% vale decir -5,4% en comparación a la anterior medición (23.1%), todavía implica un nivel importante de pobreza. Pobreza que alcanza en mayor medida a los adultos mayores de la Región.

Bibliografía

- Arriagada, I. (2001). Familias Latinoamericanas. Diagnóstico y Políticas Públicas en los Inicios del Nuevo Siglo. *Políticas Sociales*, 57.
- _____. (1997). Políticas Sociales, Familia y Trabajo en la América Latina de Fin de Siglo. *Políticas Sociales*, 21.
- _____. (2000). ¿Nuevas Familias para un Nuevo Siglo?. *Control Ciudadano*, 4.
- _____. (2002). Cambios y Desigualdad en las Familias Latinoamericanas. *Revista de la Cepal*, 77.
- Arriagada I. & Aranda V. (Comp.). (2004) Cambio de las Familias en el Marco de las Transformaciones Globales: Necesidad de Políticas Públicas Eficaces. *Seminarios y Conferencias*, 42.
- Beck, U. y Beck-Gernsheim, E. (2001). *El Normal Caos del Amor. Las Nuevas Formas de la Relación Amorosa*. España: Paidós.
- Bengoia, J. (1990). *Hacienda y Campesinos. Historia Social de la Agricultura Chilena*. (Vol 2). Santiago: Sur.
- Castro, A. (2007). Familias Rurales y sus Procesos de Transformación. Estudio de Casos en un Escenario de Ruralidad en Tensión. Tesis de Grado Doctoral, Universidad Arcis, Santiago, Chile.
- Cepal. Capital Social y Reducción de la Pobreza en América Latina y el Caribe: en Busca de un Nuevo Paradigma. *Libros de la Cepal*, 71.
- Cicchelli-Pugeault C., & Cicchelli V. (1998). *Las Teorías Sociológicas de la Familia*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Giarraca, N. (Comp.). (2001). *Colección Grupos de Trabajo de Clacso: Desarrollo Rural*. Buenos Aires: Clacso.
- Giddens, A. (1990). *Un Mundo Desbocado. Los Efectos de la Globalización en Nuestras Vidas*. España: Taurus.

Hardy, C. (2003, Abril). Cambios y Progresos en la Sociedad Chilena (Resultados del Censo 2002). En Foro 2003, Fundación Chile 21.

Jelin, E. (1998). *Pan y Afectos. La Transformación de las Familias*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Mideplan-PNUD. (2000). Desarrollo Humano en las Comunas de Chile.

Mideplan. (2004, agosto). Encuesta Casen 2003: Principales Resultados de Empleo.

Mideplan. (2004, agosto). Casen 2003.

Morandé, P. (1998). *Familia y Sociedad. Reflexiones Sociológicas*. Santiago: Universitaria.

Pérez, E. (2001). Hacia una Nueva Visión de lo Rural. En Norma Giarracca (Comp.) *¿Una Nueva Ruralidad en América Latina?* Buenos Aires: Clacso.

Salazar, G. (1989). *Labradores, Peones y Proletarios. Formación y Crisis de la Sociedad Popular Chilena del Siglo XIX*. Santiago: Sur.

Sunkel, G. (2004). La Familia desde la Cultura. ¿Qué ha Cambiado en América Latina? En I. Arriagada y V. Aranda (Comp.), *Cambio de las Familias en el Marco de las Transformaciones Globales: Necesidad de Políticas Públicas Eficaces*. Seminarios y Conferencias, 42.

_____. (2006). El Papel de la Familia en la Protección Social en América Latina. *Políticas Sociales*, 120.

Wanderley, N. A ruralidade no Brasil moderno. Por um pacto social pelo desenvolvimento rural. En Norma Giarracca (Comp.), *¿Una Nueva Ruralidad en América Latina?* Buenos Aires: Clacso.

Las Prácticas Significantes de los Viejos y su Relación con el Programa de Envejecimiento Activo en una Zona de Alta Marginalidad en México

MARÍA DE LA LUZ MARTÍNEZ MALDONADO*
MARÍA DEL CONSUELO CHAPELA MENDOZA**
VÍCTOR MANUEL MENDOZA NÚÑEZ***

Resumen

En la Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento celebrada en Madrid en el 2002 se resaltó la relevancia del Envejecimiento Activo (EA) como la estrategia clave para lograr el máximo de salud, bienestar y calidad de vida de las personas adultas mayores, en el que el empoderamiento juega un papel fundamental. De ahí que desde el 2004 nuestro grupo de investigación está trabajando con un programa para la formación de promotores para el desarrollo integral gerontológico bajo el enfoque del EA con un grupo de viejos en el Valle del Mezquital Hidalgo, con el objetivo de avanzar en el entendimiento de la repercusión de las prácticas significantes de las instituciones y organizaciones sociales sobre las prácticas significantes de los viejos. La investigación se adscribe a la idea de comprensión, por lo que se está trabajando desde una aproximación dialógica interpretativa, con el fin de mirar aspectos subjetivos y objetivos que permitan construir y contrastar distintas expresiones de la vejez, a partir de un estudio de caso. Los resultados preliminares muestran que se está desarrollando un proceso de empoderamiento en algunos promotores, evidenciado a través de su percepción de valía como individuo, asumiendo una posición de responsabilidad y autonomía sobre el control de su vida. Lo anterior se refleja en una percepción de logro, de pertenencia e identidad, manifestándose una postura abiertamente crítica con relación al rol asignado al viejo en la sociedad.

* Psicóloga egresada de Enep Zaragoza, Unam. Realizó estudios de Maestría en Educación especial en la Fes Zaragoza, Unam, y en Gerontología Social en la Universidad Autónoma de Madrid. Es Candidata a Doctora en Salud Colectiva en la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. Autora de artículos científicos sobre envejecimiento y vejez.

** Médica Cirujana, Facultad de Medicina de la Unam. Master in Community Medicine por la Universidad de Edimburgo, Escocia; Doctor en Philosophy por la Universidad de Londres. Investigadora en la Universidad Autónoma Metropolitana – Xochimilco, Área Salud y Sociedad. Catedrática en el Doctorado en Salud Colectiva, Maestría en Medicina Social y Maestría en Población y Salud, UAM-X.

*** Médico Cirujano egresado de la Enep Zaragoza, Unam. Realizó estudios de Maestría en Gerontología en la Universidad Autónoma de Madrid y de Doctorado en Ciencias Biológicas en la Unam en el área del envejecimiento. Es jefe de la Unidad de Investigación en Gerontología de la Fes Zaragoza, Unam. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel II.

Abstract

The Second World Assembly on Ageing held in Madrid in 2002, emphasized the relevance of Active Ageing as one of the most important strategies available in order to achieve a maximum level of health, welfare, and life quality among the elderly, considering it to be an essential element for empowerment. In 2004 a research project was started at FES Zaragoza aimed at the development of gerontological promoters based on an Active Ageing approach. The purpose was to move forward on the understanding of the repercussions of the significant practices of both the institutions and the social organizations on the significant practices of the elderly. Given the fact that the study is aimed at attaining a comprehensive understanding of the subject matter, a case study was undertaken based on an interpretative and dialogical approach in order to analyze subjective and objective aspects of ageing that allow the construction and contrast of different expressions of such process. Preliminary results show that some promoters are experiencing an empowerment process, evidenced by an increasing feeling of self-worth as individuals, assuming a position of responsibility and autonomy in the control of their lives, as well as on a perception of success, identity and membership, leading to a critical perspective of the elderly with regard to the role given to them by society

Introducción

Este trabajo es el resultado parcial de una investigación más amplia y vigente en una zona de alta marginalidad en México. En este documento se presenta un análisis preliminar del estudio que está llevando a cabo la Unidad de Investigación en Gerontología (UIG) de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FESZ), Unam, en el Valle del Mezquital, Estado de Hidalgo, con el fin de analizar las prácticas significantes de los viejos vinculadas al programa de envejecimiento activo implementado por la FESZ.

En seguida, se presentará el marco político del Envejecimiento Activo (EA), así como los principios que lo sustentan, además de una breve descripción del modelo de atención que la FESZ ha desarrollado, del cual emana el Programa para la Formación de Promotores para el Desarrollo Integral Gerontológico (PFDPDIG). También se incluye de manera general el sustento teórico del programa, sus objetivos y la metodología de trabajo y, finalmente, se mostrarán los resultados y las repercusiones que este ha tenido en las prácticas de los viejos del Valle del Mezquital.

Antecedentes

Diferentes organismos internacionales han propuesto nuevos enfoques y nuevas estrategias para enfrentar los retos que demandan los cambios demográficos. Así, tenemos que la Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea como uno de los desafíos más importantes el desarrollo de un nuevo paradigma para la comprensión, estudio y análisis del envejecimiento y la vejez, ya que tradicionalmente la vejez se ha relacionado con la enfermedad, la dependencia y la jubilación, aspectos que en este momento histórico han sido cuestionados, por un lado, a la luz del desarrollo del entendimiento de la situación, contexto y características de este grupo de la sociedad y, por otro, ante la problemática que significa para el conjunto social el cambio en las pirámides de población. Por tal motivo, en 1999 la OMS propuso el paradigma del Envejecimiento Activo (EA) como una opción a desarrollar en todos los países.¹

Por tal motivo, en la Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento celebrada en Madrid en el 2002 se adoptó el EA como la estrategia clave para lograr el máximo de salud, bienestar y calidad de vida de las personas adultas mayores.²

De acuerdo con la OMS (2002), el EA es *“el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”*. El término *“activo”* resalta la participación continua de los adultos mayores en forma individual y colectiva en los aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos de su realidad. Este concepto, en el plano operativo, se refiere al empoderamiento que los viejos pueden alcanzar en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en los que están inmersos.³ En este sentido, se puede visualizar al EA en términos de salud, independencia y productividad durante el proceso de envejecimiento.⁴

Walter (2006), propone algunas acciones que permiten delinear el tipo de prácticas que tanto las instituciones como los viejos habrán de desarrollar en el marco de esta nueva forma de mirar al envejecimiento y la vejez. Destaca la importancia de llevar a cabo prácticas y acciones que contribuyan al bienestar no sólo del viejo, sino de la familia, de la comunidad y de la sociedad en

¹ World Health Organization. (2002). Active aging: a policy framework. Geneva: Disponible en <http://www.who.int/hpr/ageing/publications.htm>

² Naciones Unidas. (2002). *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid, 8 a 12 de abril de 2002*. Nueva York

³ World Health Organization. (2002). Active aging: a policy framework. Geneva: Disponible en <http://www.who.int/hpr/ageing/publications.htm>

⁴ Clarke A., Warren L. (2007). Hopes, fears and expectations about the future: what do older people's stories tell us about active ageing? *Ageing & Society*, 27, 465-488.

general con el objetivo de mantener y fortalecer la solidaridad intergeneracional. Señala la importancia de que estas acciones se enfoquen a la prevención de la enfermedad, de la discapacidad y de la dependencia, para el mantenimiento de la funcionalidad física, mental y social, a partir de la promoción de la participación del viejo en los diferentes ámbitos de la sociedad, tomando en cuenta su condición física, psicológica y social y de proporcionarles los conocimientos sobre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del envejecimiento para asumir la responsabilidad y el rol social de “viejo activo”, con el fin de que los viejos logren empoderarse.⁵

Antes del surgimiento de esta iniciativa, la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Unam desarrolló un modelo de atención para personas viejas denominado “*Modelo de atención comunitaria de núcleos gerontológicos*”, el cual está sustentado en el autocuidado, la autoayuda (ayuda mutua) y la autogestión.⁶ Este modelo, parte del supuesto de que los conocimientos, las actitudes y los comportamientos requeridos para ejercer de manera adecuada lo que ahora se llama el EA exige una capacitación formal de los viejos con el fin de lograr la máxima participación a partir del trabajo comunitario. Este modelo tiene cuatro pilares fundamentales: 1) Atención de la salud gerontológica, 2) Orientación familiar para el manejo y cuidado de los adultos mayores, 3) Desarrollo social gerontológico, 4) Formación de promotores de la salud gerontológica. Acorde con la filosofía del modelo de atención, en este último pilar descansa el funcionamiento del modelo, puesto que es la base propuesta para lograr el empoderamiento de los viejos.

En el 2005 se decide hacer una investigación sobre las características y desarrollo del Programa de Formación para el Desarrollo Integral Gerontológico (PFDIG) en coordinación con el Doctorado en Salud Colectiva de la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco UAM-Xochimilco con el objetivo de entender ¿cómo repercute el PFDIG y su enfoque de “envejecimiento activo” en las prácticas significantes de los viejos participantes del Valle del Mezquital, Hidalgo?

⁵ Walter A. (2006). Active ageing in employment: its meaning and potential. *Asia Pacific Review*, 13 (1), 78-93.

⁶ Mendoza, V.M., Correa, E., Sánchez, M., Retana, R. (1996). Modelo de Atención de Núcleos Gerontológicos. *Geriatría*, 12, 15-21.

Las prácticas significantes (PS) como recurso para el análisis de la acción pedagógica del proyecto

Para explicar y comprender las PS de los viejos y su relación con el programa de envejecimiento activo tomamos como marco de referencia los trabajos de Pierre Bourdieu, quien plantea tres conceptos fundamentales entrelazados, que determinan y explican las prácticas significantes: campo, capital y *hábitus*.⁷

Este autor señala que en el espacio social existen universos, campos, construidos en el intercambio que los agentes hacen de capitales materiales y simbólicos y que se constituyen como modos de autonomía desigual, que ejercen condicionamientos o limitaciones unos sobre otros, en donde se establecen relaciones muy complejas en donde la manera de intercambiar el capital y el volumen acumulado de capital se constituye en relaciones de poder. La sociedad, entonces, se presenta como un sistema de relaciones asimétricas en campos que se articulan entre sí, con sus “reglas de juego” particulares, con diferentes formas de capital que estructuran el espacio social y definen la posición de los agentes. El espacio social es multidimensional y los agentes se distribuyen en él, según el volumen global de capital que poseen y según la composición de su capital (económico, cultural, social, simbólico). El campo es una red de relaciones objetivas entre posiciones. Las posiciones se definen por su situación actual y potencial en la estructura de distribución de los diferentes tipos de poder (o de capital), cuya posición gobierna el acceso a los beneficios específicos que están en juego en el campo y, al mismo tiempo, por sus relaciones objetivas con las otras posiciones (dominación, subordinación, homología, etc.). Los campos se articulan entre sí, por lo que tienen una autonomía relativa. Para entender cómo se genera un campo es necesario entender a sus agentes a través de lo que Bourdieu identifica como *hábitus*. Este concepto proporciona la articulación entre lo individual y lo colectivo.⁸ El *hábitus* es un sistema de disposiciones duraderas, adquirido por el individuo en sus procesos de socialización. Las disposiciones son actitudes, inclinaciones a percibir, sentir, pensar y hacer, interiorizadas en los agentes como producto de la acción sistemática y continuada de inculcación de contenidos arbitrarios de significado. Estas disposiciones funcionan como principios inconscientes de percepción, pensamiento, valoración y acción. El *hábitus* tiene dos componentes, el *ethos* (principios o valores que regulan la conducta cotidiana) y la *hexis* corporal (posturas y disposiciones del cuerpo y las relaciones con el cuerpo, interiorizadas por el individuo durante su historia. Manera de

⁷ Bourdieu P. (2007). *El Sentido Práctico*. Buenos Aires: Siglo XXI.

⁸ *Ibid.*

estar, de hablar, de caminar y, por ende, de sentir y pensar).⁹ A través del *hábitus* percibimos y juzgamos la realidad, damos un significado a nuestra práctica, misma que en su realización significa al mundo y por tanto se constituye en “práctica significativa”. De esta manera, los componentes *ethos* y *hexis* del *hábitus* se articulan en la práctica como producto de nuestra experiencia. Esto implica que nuestras prácticas y representaciones no son ni totalmente determinadas (los agentes toman decisiones) ni totalmente libres (el *hábitus* orienta esas decisiones), aunque es importante resaltar que el *hábitus* está encriptado en significados no visibles a los agentes y, por tanto, no cuestionables por lo que no es algo que se forma y se deforma al capricho o por intención,¹⁰ requiriendo de trabajo pedagógico similar al trabajo que se hizo para lograr su conformación en primera instancia.

Entonces, las prácticas significantes no son simples ejecuciones sino el conjunto de inclinaciones a percibir, pensar, apreciar y actuar por lo que abarcan lo que ha sido llamado ‘estilo de vida’ (opiniones, representaciones, creencias filosóficas, convicciones morales, preferencias estéticas, prácticas sexuales, alimentarias, vestimentarias, culturales, etc., son inclinaciones reglamentadas y están determinadas por la posición de agentes determinados dentro de un campo específico, por el tipo de capital que posee el agente y por las disposiciones de los distintos agentes en el campo.^{11,12}

Desde el entendimiento de la sociedad como relaciones de intercambio de capital, pudimos identificar la posibilidad de que lo que el programa identifica como factores e indicadores de sus avances y límites pudiera estar ocultando otro tipo de acción pedagógica oculta al entendimiento e intenciones de los prestadores de los servicios. Consideramos que el mejor entendimiento de la acción del programa sobre el *hábitus* y, por tanto, las prácticas saludables de los viejos, redundaría en mayor claridad para todos los participantes con respecto a lo que se ha hecho y lo que se hará con la intención de favorecer el desarrollo de la salud de los viejos participantes. Estas reflexiones nos llevaron a proponer la necesidad de investigar sobre ¿cómo repercute el PFPDIG y su enfoque de “envejecimiento activo” en las prácticas significantes de los viejos y los prestadores de servicios que participan en este programa?

⁹ Bourdieu P. (2007). *Razones Prácticas*. (4ª.ed.). Barcelona: Anagrama.

¹⁰ Bonnewitz P. (2003). *La Sociología de Pierre Bourdieu*. Buenos Aires: Nueva Visión. 69-72.

¹¹ *Ibid.*

¹² Bourdieu P. (1997). The forms of capital. In: Hasley A. et al. (Ed.). *Education: culture, economy and society*. Oxford: Oxford University Press. 46-58.

Metodología

En el periodo comprendido entre 2003 y 2007 se llevó a cabo el Programa para la Formación de Promotores para el Desarrollo Integral Gerontológico (PFPDIG) en una zona de México catalogada como de alta marginalidad, cuyo objetivo fue formar a Promotores para el Desarrollo Integral Gerontológico (PDIG). Acorde con el enfoque teórico presentado, partimos de los siguientes supuestos: 1) el espacio material y simbólico "UIG y viejos" constituye un campo cuyos agentes juegan en campos más grandes, por lo que trabajar en la lógica del concepto de campo nos permite definir como campo a distintas disciplinas, a instituciones y organizaciones involucradas en el PFPDIG y en la UIG; 2) la observación de las prácticas significantes en el campo permitirá analizar los campos, su conformación, estructura, capital, objetivos, reglas, las disposiciones de los agentes, sus posiciones y tomas de posición y sus significados relativos a los viejos, a la vejez y al envejecimiento; 3) la dimensión histórica es fundamental para entender la realidad individual y colectiva actual en función de lo acontecido en el pasado. Desde esta lógica se analizan procesos de cambio y la repercusión que tienen las PS del PFPDIG en las PS de los viejos, lo que se vincula directamente con la pregunta de investigación inicial.

El siguiente paso consistió en hacernos los siguientes cuestionamientos: ¿Cómo identificar y analizar en las prácticas significantes de los viejos el efecto de las prácticas pedagógicas de la UIG? ¿Cómo identificar los beneficios y problemas de la repercusión de las prácticas significantes de la UIG sobre las prácticas significantes de los viejos que participan en el PFPDIG? Analizamos que los contenidos simbólicos de las prácticas significantes de los viejos y la UIG, relativos a las significaciones que los viejos tienen de la vejez y del envejecimiento a los roles que han abandonado y a los que han adoptado, a las acciones y estrategias que aplican sobre su cuerpo, a las prácticas corporales que hacen ahora, a lo que dicen de sí mismos y de otros viejos, los podríamos observar a través de información obtenida mediante entrevistas, observaciones de campo, observación de objetos, relatos dialogados, revisión de documentos oficiales y no oficiales (como es el caso de las relatorías de uno de los promotores). Definimos, entonces, que esta investigación consistiría en el estudio del caso del PFPDIG y que el caso lo consideraríamos como dos unidades embebidas: UIG y promotores. El estudio es de corte semiparticipativo, hermenéutico e interpretativo. Hasta el momento se ha tenido la oportunidad de obtener información a través de todos los instrumentos mencionados arriba, se hizo una primera transcripción y análisis de la información obtenida, se identificaron las necesidades de otra información y se completó una primera fase

de construcción de datos e interpretación. Los resultados que a continuación se presentan son producto parcial de esta primera interpretación.

Análisis de resultados

Los resultados que se presentan emanan del análisis del relato de una promotora en diálogo con la investigadora. Como trabajo hermenéutico, el análisis e interpretación de esta pieza de información está sujeto a variaciones cuando se incorpore al análisis e interpretación en el conjunto de otra información. Sin embargo, consideramos que lo que presentamos a continuación es representativo de los avances logrados hasta el momento en este estudio y que ha sido muy iluminador en el entendimiento de lo que nos proponemos. Es importante mencionar que nuestra informante, a la que llamaremos aquí Doña Matilde, es una mujer de aproximadamente 70 años, profesora de educación básica, jubilada desde hace 8 años. Promotora desde 2004, quien desde el término del curso de formación decidió trabajar como promotora en una zona de alta marginalidad quien ha fungido como coordinadora de un grupo de cuatro promotoras.

En primer lugar, hay que mencionar cómo la UIG y los viejos nos posicionamos en el campo a partir del volumen de capitales del que disponemos y la manera de jugarlo. La Unidad posee un conjunto de capitales muy amplio que aparentemente lo posiciona en un lugar central en el campo, en relación con los viejos. Sin embargo, los viejos cuentan con una dotación de capital cultural muy importante que en cierta medida impide que la IUG se posicione totalmente en el centro. Es decir, en la medida en que nosotros desconocíamos sus capitales y *hábitus* y, sobre todo, desconocíamos que desconocíamos esta característica de los promotores, nos identificábamos como ocupando la centralidad del campo con los beneficios que ello implica para poder llevar a cabo las acciones que habíamos prediseñado en ausencia de los promotores. No obstante, al paso del tiempo, el capital de los promotores se reveló y nos mostró que el desconocimiento de ese capital nos ubicaba en un lugar menos central en el campo. El capital de los viejos (desconocido por la UIG inicialmente) no solamente se revela como capital acumulado anteriormente, sino aumentado por la acción del programa. Este nuevo capital es utilizado por los viejos en sus propios campos, logrando con él un reposicionamiento menos marginal en los mismos, sobre todo en relación con el campo de los otros viejos.

...San Jerónimo es el nombre de la comunidad que elegimos para llevar a cabo nuestras actividades, al concluir el taller de gerontología comunitaria en la

Ciudad de Ixmiquilpan, fuimos capacitadas por personal de la Fes Zaragoza de la Unam, actividad que concluyó en septiembre de 2004, dicha capacitación fue conducida por el coordinador de UIG. Nuestro equipo quedó integrado por la Sra. Gloria, Martha, Florentina, Juana y Yo.

...El desarrollo de nuestro trabajo inició el 7 de enero de 2005, poco a poco el grupo fue creciendo y pasó de 18 personas las primeras semanas a 63 (32 mujeres y 31 hombres)... Como el texto de gerontología lo indica dimos a conocer nuestras funciones [en busetas comunididades], establecimos nuestras reglas y normas para el desempeño del trabajo, aclaramos que nuestra labor no tenía representación política o religiosa, solo enfatizamos la formación que la Unam nos dio como gerontólogas comunitarias... no somos médicos, tampoco somos enfermeras, sin embargo estamos perfectamente capacitadas para la labor que realizamos.

Como se puede observar, la promotora llega al lugar haciendo uso del capital cultural que la institución UIG le ha otorgado como “promotora”, lo que le permite posicionarse en un lugar privilegiado y, por lo tanto, influir en las prácticas de los otros. Sin embargo, es importante notar que la promotora está ‘importando’ tal cual el orden y los significados de la UIG y encuentra en esto un valor que juega probablemente como cadena de transmisión del poder (contenidos de significado) entre la agencia externa a la zona (FES-Z) y la comunidad de la promotora. ¿Qué tanto es esta inversión y no los contenidos mismos del programa lo que la reposiciona en su campo? La PDIG inculca a través de D. Mati en los otros viejos contenidos de significado que impactarán sus *hábitus*, lo cual se puede evidenciar en los siguientes señalamientos:

...cada día de trabajo afirmamos el significado y todo en beneficio no solo de entender, sino de poner en práctica: el autocuidado, la ayuda mutua, la autogestión, las acciones comunitarias a favor de los adultos mayores y el uso de las redes de apoyo social... Hemos logrado el cambio de hábitos en diferentes aspectos como bañarse, preparar alimentos, tomar en forma adecuada sus medicamentos... nuestros adultos están convencidos del apoyo que debemos darnos unos a otros, pues tenemos intereses y problemáticas semejantes... Durante el desarrollo del trabajo localizamos a las personas que por su interés, su simpatía y que en el grupo tienen cierto liderazgo, las preparamos para que tomaran la responsabilidad cuando nosotras tengamos que dejar al grupo...

Sin embargo, como ya se mencionó, los campos no son independientes entre sí, siempre están articulados, de ahí que la promotora percibió a su propio campo desde su *hábitus* construido en su campo de origen. Identificó algunas necesidades de los viejos de San Jerónimo y, utilizando su reposicionamiento tanto en el campo de la UIG como en el de su campo de origen, gestionó proyectos productivos, lentes, bastones, aparatos auditivos, ropa para cubrirse del frío extremo: situaciones y objetos que hasta antes de que la promotora iniciara su trabajo los viejos no habían demandado. Observamos en esta práctica significativa que efectivamente miró, pensó, valoró y actuó en función de necesidades objetivas de los viejos, necesidades que se pueden relacionar directamente con la idea de “salud” tomada del campo UIG, sin embargo, todas estas gestiones están encaminadas a mejorar la dimensión material de los viejos, pero no a capitalizarlos y con ellos reposicionarlos en su campo.

Entre las manifestaciones del impacto de las prácticas significantes de la UIG sobre la de los viejos, encontramos lo siguiente. En respuesta a la pregunta: a partir de que usted es promotora, ¿qué ha pasado? Doña Mati contestó:

...Pues mire, han pasado tantas cosas que uno se emociona. El primero, haberlos tenido a ustedes aquí y haber logrado un cambio en mi vida, en mi persona, el ya no depender ni del esposo, ni de los hijos para ir al doctor. ...el sentirme libre, el sentir que yo puedo hacer muchas cosas y sobre todo si las hago para mí, pues mucho mejor, el estar consciente de que mi salud es mi responsabilidad, solamente mía, ...ahora soy de las personas que no necesito que me lleven al médico, yo voy sola; no necesito que llegue mi esposo para inyectarme, yo busco quien lo haga y eso es importante es un cambio muy, muy importante y creo que haberlo experimentado... después haber formado a un grupo gerontológico en un lugar precioso... el hecho también de haber hecho que algunas personas cambiaran su actitud ante la vida...

Como se puede observar, hay un reconocimiento de la jerarquía y de la influencia positiva que capital cultural amasado en su relación con el campo UIG ha tenido en las prácticas relacionadas con su autonomía obje-

tiva, también manifiesta la importancia de tener un proyecto de participación con la comunidad y observar los cambios que se van presentando en los viejos. Lo que se ejemplifica con las siguientes viñetas.

...la gente ha dejado su timidez, las mujeres pueden hablar ahora abiertamente, cosa que no se hacía, pueden hablar abiertamente de cualquier tema incluyendo el, el tema sexual como, como sienten ahora ellas el sexo, cada quien lo platica a su manera y a veces de manera muy picaresca... es bien importante que a mí me digan pues ahora paso por la cubetita de masa de fulanita que está enferma y yo la llevo al molino, el que ya se apoyen unos a otros, el que el delegado municipal nos apoye en todo... le sugerimos que sus animales los vendiera en pie, le dicen ellos, y los vendiera a alguna persona que tuviera carnicería que, que lo mataran en rastro, que fuera una cosa más higiénica y parece mentira, pero así lo hizo, cría sus puerquitos y este, y los comercializa de otra manera... otro, otro cambio ha sido el no tener miedo a salir el miedo a salir y salir solos... las mujeres que no les de pena irse a hacer el Papanicolau, los hombres hasta ahorita no logramos que se hagan estudios de próstata...

En el dato anterior también podemos observar cómo un tipo de capital se torna en otro: el capital social que representa su relación con la UIG, D. Mati lo juega en su relación con el delegado, en su autoridad para opinar sobre cosas que no tienen que ver con lo aprendido en la UIG y en la posición de autoridad ante los hombres. Aquí surge la pregunta: ¿Cuál era la posición de D. Mati en su campo original, antes de incorporarse al programa? ¿Con qué capital ya contaba? ¿Jugó y cómo jugó ese capital en la UIG? ¿Qué capital obtenido en su relación con la UIG es más valioso para el posicionamiento de D. Mati en su campo de pertenencia, el cultural o el social?

De acuerdo con Bourdieu, la realidad se articula en relaciones, por lo que no hay campo sin *hábitus* ni *hábitus* sin campo. Cada sujeto orienta sus actuaciones al interior de un campo dado, a partir de sus respectivos *hábitus* que integran todas las experiencias pasadas y que funcionan más allá de la conciencia del discurso, orientan todas las prácticas, forman parte del organismo, del cuerpo, de los sujetos y de las percepciones, las apreciacio-

nes y las acciones de los agentes.^{13,14} En este sentido, en los resultados se observan las interacciones que se produjeron entre campos y *hábitus* UIG y PDIG con los campos y *hábitus* de los viejos. Es innegable que las prácticas significantes de los agentes están mediadas por patrones conductuales modelados en su origen por las condiciones sociales y materiales en las que los sujetos sociales existen, así como por la clase social, la posición y el género.¹⁵ Así pues, el capital cultural que oferta el ser profesora, la posición en un lugar privilegiado, ya que en el *hábitus* de los viejos se tiene incorporada la imagen de autoridad, de respeto y responsabilidad de un profesor de primaria, lo que los lleva a asumir las prácticas que propone este agente, en donde este ejerce poder sobre los viejos, también se aprecia que el ser profesora facilita el logro del empoderamiento, ya que el sentido de responsabilidad lo tiene interiorizado y a través del empoderamiento lo exterioriza.¹⁶ De esta manera, la situación inicial de D. Mati era central en su campo de pertenencia y es necesario continuar con el análisis de la información para dar mejor cuenta sobre la repercusión de su pertenencia al campo UIG/Promotores en su propio capital.

Por lo que respecta a los beneficios y problemas de la repercusión de las prácticas significantes de la UIG sobre las prácticas significantes de los viejos que participan en el PFPDIG se detectó en su relato y en la entrevista un impacto positivo visible a nivel de su percepción de valía como persona y como mujer y asume una posición de responsabilidad y autonomía sobre el control de su vida, de su salud y de su cuerpo. El hecho de ser promotora refleja una percepción de logro, de pertenencia e identidad con el grupo y habla de la importancia de la participación, del compromiso con la comunidad en la resolución de problemas personales y locales.

...hasta este momento cada vez que tenemos un meta la hemos alcanzado, tal fue el caso de la compra de un terreno para una persona que fue despojada... cada vez que cumplimos un reto tenemos otro en puerta.

¹³ Bourdieu P. (1997). The forms of capital. In: Hasley A. et al. (Ed.). Education: culture, economy and society. Oxford: Oxford University Press. 46-58

¹⁴ Bourdieu, P., Wacquant, L. (1995). *Respuestas: para una Antropología Reflexiva*. México: Grijalbo

¹⁵ Gutiérrez, E., Ríos, P. (2006). Envejecimiento y Campo de la Edad: Elementos sobre la Pertinencia del Conocimiento Gerontológico. *Última Década*, 14 (25), 11-41.

¹⁶ Gutiérrez, E., Ríos, P. (2006). Envejecimiento y Campo de la Edad: Elementos sobre la Pertinencia del Conocimiento Gerontológico. *Última Década*, 14 (25), 11-41

Se visualiza la identificación y cohesión con el grupo y las prácticas de cooperación social que ha establecido con los viejos. Hay una conciencia sobre la capacidad de autogestión y sobre las conductas de autocuidado y salud, de ella y de los demás, lo que quedó constatado con lo que el médico del centro de salud y el delegado municipal expresaron:

...ahora vienen los viejos con mayor frecuencia a tomarse la presión y a chequeos... lo que las maestras han hecho aquí ha sido muy importante, hay cambios en los viejos... en lo que respecta al autocuidado, socialización y participación comunitaria, ellos vienen a reunirse a platicar, a reírse, a hacer cosas que antes no hacían.

Se manifiestan en la promotora las prácticas de formación y de aprendizaje autónomo, apertura a iniciativas y sugerencias del grupo que han tenido impacto en la economía de algunas personas de la comunidad.

...**yo estuve leyendo**, por ejemplo de esos animalitos chiquitos, blanquitos que se llaman escamoles... yo no sé bajar información de Internet, pero tengo hijos que saben mucho y luego les digo oye conéctame y, **y quiero saber**.

Hay una conciencia clara de posicionarse en el espacio político, social y educativo. En diferentes momentos menciona que el hecho de ser promotora cambió su vida, puesto que ella pensaba que ya no había más que hacer, el formar parte del curso le dio la oportunidad de mirar otras opciones y de participar en la transformación del papel de las mujeres viejas en la sociedad. Al momento, consideramos que el *hábitus* y el capital social, cultural y simbólico con el que cuenta la promotora, permitió que el campo UIG tuviera ese intercambio y se obtuviera el impacto que este tuvo en las prácticas significantes de este agente.

Conclusiones

Aún cuando se constata que D. Mati se siente capitalizada por el trabajo con la UIG, es necesario continuar con el trabajo hermenéutico para poder lograr mejores interpretaciones y entendimiento sobre el efecto real de las prácticas significantes de la UIG sobre el capital y las prácticas significantes de los viejos e identificar las particularidades de este capital, estas prácticas y estos efectos. Por el momento, podemos señalar: i) que la acción del campo UIG/promotores logró cambios en su capital y la forma de jugarlo de manera que podemos considerar que D. Mati identifica una nueva forma de empoderamiento; ii) que la acción en el campo UIG/promotores desencadenó cambios en el juego del capital de D. Mati y que estos cambios repercutieron en una mayor autonomía de otros viejos y viejas en el campo de D. Mati; iii) que D. Mati fortaleció su autoestima y la seguridad para tomar iniciativas y que este fortalecimiento constituyó parte importante del capital que jugó en su propio campo; iv) que la diversidad de prácticas e intercambios sociales en los que se involucró D. Mati en el campo UIG/viejos logró la generación de habilidades, conocimientos y nociones, a la vez que capacidades no previstas por el programa, pero que se convirtieron en capital fundamental para cambiar significados y con ello el logro del empoderamiento no solo de ella, sino de otros viejos.

Agradecimientos

Este trabajo fue realizado con el apoyo financiero de la Dirección General de Asuntos del personal Académico de la Unam. Proyecto **PAPIIT IN303407**.

Bibliografía

- Bonnewitz, P. (2003). *La Sociología de Pierre Bourdieu*. Buenos Aires: Nueva Visión. 69-72.
- Bourdieu, P. (1990). *Espacio Social y Génesis de las Clases, en Sociología y Cultura*. México: Grijalbo.
- _____. (1997). The forms of capital. In: Hasley A. et al. (Ed.). *Education: culture, economy and society*. Oxford: Oxford University Press. 46-58.
- _____. (2007). *El Sentido Práctico*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- _____. (2007). *Razones Prácticas*. (4ª.ed.). Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, P., Wacquant, L. (1995). *Respuestas: para una Antropología Reflexiva*. México: Grijalbo.
- Clarke A., Warren L. (2007). Hopes, fears and expectations about the future: what do older people's stories tell us about active ageing? *Ageing & Society*, 27, 465-488.
- Gutiérrez, E., Ríos, P. (2006). Envejecimiento y Campo de la Edad: Elementos sobre la Pertinencia del Conocimiento Gerontológico. *Última Década*, 14 (25), 11-41.
- Mendoza, V.M., Correa, E., Sánchez, M., Retana, R. (1996). Modelo de Atención de Núcleos Gerontológicos. *Geriatría*, 12, 15-21.
- Naciones Unidas. (2002). *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid, 8 a 12 de abril de 2002*. Nueva York: Autor.
- Rodríguez, M., Pereira, A., Barroso, T., (2006). En Moura C. *Século XXI. Século do Envelhecimento*. Lisboa: Lousociencia.
- Walter, A. (2006). Active ageing in employment: its meaning and potential. *Asia Pacific Review*, 13 (1), 78-93.
- World Health Organization. (2002). *Active aging: a policy framework*. Geneva: Disponible en <http://www.who.int/hpr/ageing/publications.htm>

Adultos Mayores Campesinos: cuidando la biodiversidad agrícola y la seguridad alimentaria

LIZBETH NÚÑEZ CARRASCO*

Resumen

*Este estudio tiene como propósito comprender la construcción social de adultos mayores rurales del Chile central, con cultura de conservación de la biodiversidad agrícola en sus prácticas de producción y consumo de *Chenopodium quinoa* Willd. La quinoa es un alimento que resiste diversos suelos, alturas y condiciones geográficas, climáticas hasta estrés hídrico. Con alto contenido de aminoácidos esenciales, vitaminas y minerales su gastronomía es versátil y rica al paladar. Resultados de la etapa de sondeo del proyecto internacional IMAS¹ indican que han sido campesinos mayores los herederos del cuidado de la biodiversidad y de la seguridad alimentaria, pues la FAO reconoce en la quinoa “el alimento del Siglo XXI”.*

Abstract

*This study takes as an intention to understand the social construction of the major rural adults in the Central of Chile, with own culture in the way of conservation of agricultural biodiversity such as production and consumer practices of *Chenopodium Quinoa* Willd. The Quinoa is a kind of food that it can resist in diverse land, in the higher and geographical and climatic conditions up to water stress. It is rich to the palate and versatile in the gastronomy because there are high concentrations of essential amino acids, vitamins and minerals. The results of the opinion poll stage of the international projects calls “IMAS”, indicate that the major peasants have been the heirs of the care of biodiversity and the food security, since the FAO have recognized in the Quinoa “The food of the XXI Century.*

* Asistente Social de la Universidad de Chile, Master of teaching Social Work Catholic University of America, (USA). Diplomada en Gerontología Social Universidad Santo Tomás, Diplomada en Epistemología de las Ciencias Sociales Universidad Santo Tomás, Diplomada en Salud Mental Minsal Universidad Santo Tomás, Practitioner en PNL Diploma Universidad Tecnológica Metropolitana

¹ “Impacto de las Modalidades de acceso a las semillas sobre la diversidad de recursos genéticos en agricultura” IMAS, dirigido por el Doctor Didier Bazile del Centre de Investigation Internacionale Recherche Agronomique pour le Developpement (Cirad), en coordinación con el Institut de Recherche pour Developpement (IRD) y el Institut Nationale de la Recherche Agronomique (INRA), Francia.

Presentación

Este documento forma parte de los compromisos que la autora desarrolla desde enero del 2008 como co-investigadora del proyecto “**Impacto de las Modalidades de acceso a las semillas sobre la diversidad de recursos genéticos en agricultura**” (IMAS), dirigido por el Doctor Didier Bazile del Centre de Investigation Internacionale Recherche Agronomique pour le Developpement (Cirad), en coordinación con el Institut de Recherche pour Developpemnt (IRD) y el Institut Nationale de la Recherche Agronomique (INRA), Francia.

Este estudio se desarrolla en coordinación con una red nacional compuesta por el Centro de Estudios de Zonas Áridas (Ceaza), La Serena, (consorcio que reúne a la Universidad de La Serena, la Universidad Católica del Norte y el INIA de la IV Región de Coquimbo), la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso y la Universidad Nacional Arturo Prat Iquique.

El proyecto IMAS tiene como propósito “Contribuir a la valorización y al mantenimiento de la agrobiodiversidad en los países del Sur basándose en la modelización de un sistema semillero”. Sus objetivos específicos son: identificar las interacciones entre sistemas semilleros campesinos, de mercado e institucional; desarrollar un modelo genérico de sistema semillero según los diferentes actores y situaciones; y mejorar la capacidad de concertación entre actores para producir y distribuir una diversidad de variedades.

Bajo esta perspectiva estamos desarrollando un aporte desde el trabajo social, con especial énfasis en el mundo rural y en particular en las representaciones culturales de pequeños productores agrícolas que, gracias a sus costumbres y valoraciones, han mantenido hasta nuestros días una semilla de especial interés por su valor agronómico y nutricional, nos referimos a la especie (*Chenopodium quinoa Willd*), quinoa. El propósito de este estudio es comprender la construcción social en torno a la producción y consumo de quinoa, en Chile central, apuntando con ello a la eventual recuperación de esta especie, pues se trata de una planta con particulares características por su riqueza endémica y sus cualidades nutricionales y agronómicas excepcionales, la FAO la reconoce como el alimento del siglo XXI. Se trata de un cultivo relictual que resiste condiciones adversas de suelo y estrés hídrico y que ha sido parte de costumbres ancestrales en y desde el mundo campesino en algunas zonas del país, en este caso, Chile central. Esto se explicaría en parte por ciertas condiciones geográficas climáticas, socioeconómicas y culturales.

En efecto, Chile se ubica en una situación geográfica y fitosanitaria muy particular, el territorio es diverso y complejo, sus fronteras naturales, la Cordillera de Los Andes por el oriente, Océano Pacífico por el poniente, Polo Sur y por el norte el Desierto de Atacama, conjugan una riqueza endémica muy singular en sus múltiples ecosistemas. Cabe señalar, que Chile central, esto es, desde la cuarta región de Coquimbo por el Norte chico hasta la IX Región de la Araucanía por el sur, concentra los mayores índices de ruralidad del país.

En este escenario, la intervención humana ha sido determinante, pues nuestra economía se ha concentrado en la explotación de recursos naturales (Claude, 1997), bajo una matriz de producción con un poder incontrarrestable de transformación, dejando a su paso problemas ambientales de la intensificación como escurrimiento de productos químicos y biológicos, anegamiento, salinización, erosión. Lo anterior, se agrava al considerar dos tendencias de alcance internacional que actúan contextualizando las condiciones de posibilidad del país, estas son: la megatendencia demográfica que hoy nos convoca, es decir, el acelerado proceso de envejecimiento de la población que, con más o menos rigor, está sancionando a las economías de los pueblos y exige nuevos planteamientos en materia de Planificación del Desarrollo. Este proceso ha instalado grandes desafíos por resolver, toda vez que el aumento de la población mayor implica grandes costos en materia de salud, seguridad social, estilos de vida, entre otros. Sin embargo, existe una gran ausencia en los estudios gerontológico de zonas rurales del país.

La segunda tendencia no solo nacional (Trueba, 2002) es tanto o más alarmante que la primera por la presión que implica para la naturaleza y por ende para la sustentabilidad ambiental y la equidad social, se trata del aumento sostenido de la población y las implicancias evidentes en relación a la demanda creciente de alimentos.

En efecto, según el informe de Desarrollo Humano en Chile Rural (PNUD, 2008), la producción del sector piscisilvoagropecuario y la industria alimentaria se ha incrementado de modo sostenido en las últimas décadas y a tasas superiores al resto de la economía, impactando radicalmente el modo de vida de los territorios rurales. "El PIB agropecuario pasó desde el equivalente a 452 mil millones de pesos en 1960 a 3.080 mil millones en 2007 (ambos en moneda del 2003). Y también se ha reorientado fuertemente hacia la exportación, que según datos del Banco Central ha aumentado (esta vez sumadas pesca agricultura y forestal) en un 558% entre 1985 y 2007" (PNUD, 2008, p. 10). Por su parte, la agricultura Familiar Campesina (AFC) representa cerca del 85% de las explotaciones agrícolas censadas en 2007 y controla el 23% de la superficie agrícola utilizada.

Los resultados del proceso de exploración han arrojado resultados de particular interés para el estudio gerontológico de comunidades rurales, pues si bien se cuenta con gran variedad genética de la especie en su conservación *ex situ* (Sepúlveda et. al, 2004), la producción de quinoa ha permanecido hasta nuestros días en manos de pequeños productores agrícolas en su mayoría adultos mayores. Herederos de esta valiosa tradición, reproducen prácticas de trabajo con la tierra desde hace décadas, han transmitido a las generaciones más jóvenes el interés por mantener este cultivo y los conocimientos para su producción y consumo. Estos adultos mayores han sido artífices de la conservación *in situ* y son parte de una cultura campesina actualmente amenazada por los ingentes cambios que representa la globalización de la cultura y de la economía, la conciencia crítica política y social de estos hombres y mujeres mayores nos deja grandes lecciones que es necesario valorar y difundir.

El estudio se ubica territorialmente en el secano costero de las regiones más rurales del país, la sexta región del Libertador Bernardo O'Higgins y la Séptima Región del Maule.

Marco teórico

La producción y distribución de alimentos saludables y de manera ambientalmente sostenible es una de las principales tareas que la humanidad deberá enfrentar en los próximos años, ello, considerando el mencionado aumento sostenido de la población mundial y los actuales índices de enfermedades crónicas, lo que afecta en especial a la población mayor, (FAO, 2000; Trueba, 2002). Tal como lo señala la Organización Mundial de la Salud OMS, "enfermedades crónicas, incluidas las enfermedades cardiovasculares (CVD), la diabetes, la obesidad, ciertos tipos de cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas, son la causa del 60% de las 58 millones de muertes anuales". Advierte que una alimentación no equilibrada y el sedentarismo son factores de riesgo importantes en la etiología de estas enfermedades. Importantes estudios científicos demuestran que una alimentación sana junto a una actividad física suficiente y constante desempeñan un papel relevante en la prevención de enfermedades.

En Chile, se ha celebrado recientemente la Cumbre de Nutrición y Salud, que culminó con la declaración de Valparaíso (2008), allí, los expertos coinciden en señalar que existe una situación alarmante en cuanto a obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), las que se relacionan directamente con la alimentación y el sedentarismo de la población. Entre las recomendaciones que emanan de esta Cumbre se encuentra

el fomento a políticas de desarrollo agrícola y de estímulo al consumo de alimentos saludables. Lo anterior, en consonancia con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) aprobadas por el gobierno de Chile y desarrolladas en la Estrategia Global contra la Obesidad (EGO Chile). Al respecto, el Ministerio de Salud (Minsal, 2004), señala que la obesidad en niños de 0 a 5 años ha aumentado de forma alarmante, desde 1985 a 1995, de 4,6% a 7,2% respectivamente, esto equivale a una variación de +56%, siendo la cifra para el año 2004 de 11,3%. Según el Dpto. de Estadísticas del Ministerio de Salud (DEIS), entre los indicadores de riesgos para la salud 2005/2006, los datos sobre obesidad señalan que por cada 100 personas, en población de embarazadas por malnutrición por exceso existen 51,0, en niños menores de seis años existen 22,8 y en adultos mayores el número es 52,6.

Según el experto internacional Ignacio Trueba (2002), la dieta alimentaria de la población mundial difiere mucho entre los países industrializados y los países en desarrollo, mientras los primeros consumen un total de alimentos por persona y año de 615,1 kg., los segundos alcanzan a 351,5 kg., es decir, 1,75 superior. En cuanto a la composición de la dieta, los países industrializados en comparación con los países en desarrollo consumen más carnes, lácteos, azúcar y aceites vegetales, similar consumo de raíces y tubérculos y muy inferior en cuanto a leguminosas, granos y los cereales. Si bien, estas diferencias pueden atribuirse a los sistemas de producción y comercialización de los alimentos, existen factores culturales profundamente involucrados en la alimentación de las naciones. Actualmente, los patrones de alimentación en países industrializados, estilo *fast food*, resultan especialmente nocivos para la salud y lamentablemente en Chile se están adquiriendo con graves consecuencias para nuestra población, esto se agrava al considerar las especificidades geriátricas de la población mayor.

En efecto, los alimentos son la nutrición para la vida, pero también son una expresión de la cultura de cada pueblo en cada tiempo y lugar. Alrededor de la producción, preparación y consumo de los alimentos, los pueblos construyen identidad cultural, un “sentido de nosotros” y un conjunto de valiosos conocimientos que se transmiten de generación en generación. Su consumo directo suele vincularse con formas de organización familiar y comunitaria, además de expresiones de gustos, preferencias, costumbres y valoraciones. Las formas de alimentarse es una de las expresiones más pacíficas por las cuales los pueblos se distinguen entre sí y respecto de otros. La alimentación en general constituye un vector de identidad cultural y el comer, en particular, es una forma muy íntima de reafirmar la propia identidad personal, familiar y comunitaria. Lo anterior,

no solo se asocia a la vida cotidiana, sino que adquiere especial importancia en celebraciones y fiestas, por ende, su vinculación con la historia de las naciones y en particular con las relaciones que se establecen entre la biodiversidad agrícola en la producción local de los alimentos y la diversidad cultural asociada.

Actualmente, una prioridad para la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), en el Plan de Acción de la Cumbre Mundial de la Alimentación, Declaración de Roma, 1996, es asegurar la seguridad alimentaria. Al respecto, señala: "Existe seguridad alimentaria cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos, inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos a fin de llevar una vida activa y sana".

Un alimento particularmente nutritivo y versátil, que ha sido seleccionado por la FAO como uno de los cultivos destinados a ofrecer seguridad alimentaria en el próximo siglo y que destaca por sus múltiples cualidades y beneficios, es la quinoa (*Chenopodium quinoa willd*). Aunque su consumo en Chile durante las últimas décadas ha sido muy restringido, ya que ha sido estigmatizado como "comida de los pobres", persiste su producción a pequeña escala en pocas zonas rurales del país. Este pseudocereal, considerado como una fuente alimenticia importante en la región andina desde 3000 años A.C. (Tapia, 1982), ocupaba un sitio de preferencia en el imperio inca, precedido únicamente por el maíz (Cusack, 1984). Sin embargo, después de la conquista española en 1532 D.C., otros cultivos, como papa y cebada, cobraron mayor importancia, relegando la quinoa a un plano inferior. Sin embargo, ante el eventual fracaso de la revolución verde en los Andes y la pérdida de otros cultivos, principalmente por sequías, atrajo nuevamente la atención por este cultivo, por ser menos susceptible a las condiciones adversas imperantes, de hecho, la quinoa prospera en un amplio rango de ambientes de Sudamérica (especialmente alrededor de los Andes), desde los 20º latitud norte (Colombia) hasta los 40º latitud sur (Chile) y desde el nivel del mar hasta una altitud de 3800 m (Risi y Galwey, 1989). Esta distribución se inicia desde Nariño hasta los Salares del sur Bolivia, lo que incluye países como Ecuador, Perú y norte de Argentina (provincias de Jujuy y Salta) (Wilson 1990). El desierto de Atacama de alguna forma rompe esta distribución que continúa hasta el sur de Chile.

Las estadísticas, según el Censo Rural 2007, indican que existe un avance significativo en la producción de quinoa en el país, pues existen 245 explotaciones informantes con una superficie total de hectáreas ocupadas

en este cultivo de 1.454,16, de las cuales 49 se ubican en riego con 54,08 hectáreas cultivadas y 197 en secano, con total de 1.400,08 hectáreas cultivadas, una producción total en qqm de 8.795 y un rendimiento promedio qqm/ha de 6,05. La distribución de estas cifras en el territorio nacional se puede apreciar en el Cuadro 1, realizado según los datos del último Censo Rural (2007) del país.

Cuadro 1: producción de quinoa en Chile según Censo Rural 2007

Región	Explotaciones informantes	Superficie Total (hectáreas)	Superficie (hectáreas en riego)	Superficie (hectáreas en secano)
I Tarapacá	170	1.374,69	35,21	1.339,48
II Antofagasta	21	8,77	8,77	0
III Atacama	1	0,40	0,40	0
IV Coquimbo	8	3,10	3,10	0
V Valparaíso	1	0,10	0,10	0
VI O'Higgins	28	60,30	2,20	58,10
VII del Maule	1	0,10	0,00	0,10
VIII de Bio Bio	0	0	0	0
IX de La Araucanía	7	2,70	0,30	2,40
X de Los Lagos	0	0	0	0
XI Aysén	0	0	0	0
XII de Magallanes y Antártica	0	0	0	0
Metropolitana de Santiago	0	0	0	0
XIV de Los Ríos	0	0	0	0
XV de Arica y Parinacota	8	4,0	4,0	0

En estas cifras se aprecia que la producción de quinoa en el país se concentra especialmente en el Norte Grande. En el caso del Norte Chico, Cuarta Región de Coquimbo, es posible explicar las cifras en relación a la investigación e intervención del Centro de Estudios Avanzados en Zonas Áridas (Ceaza), que ha iniciado un proceso de promoción de este cultivo entre productores agrícolas, actualmente cuenta con 8 productores participando en el Proyecto Innova Chile de Corfo: "Cultivo doble propósito de quinoa (*Chenopodium quinoa* willd) para el secano de la región de Coquimbo: modelo de grano para consumo humano y forraje para ganado caprino."

Llama la atención el caso de la Sexta Región de O'Higgins, donde se encuentran censados 28 productores que se ubican preferentemente en la Comuna de Paredones en la Provincia Cardenal Caro. En esta Comuna se ha podido apreciar un fenómeno muy particular en relación a la producción de quinoa, ya que concentra un grupo de productores, la mayoría de ellos son adultos mayores, que han mantenido este cultivo por tradición familiar y territorial, lo que se ha incentivado aún más con la existencia de la Cooperativa Las Nieves que fue visitado por la ministra de agricultura Marigen Horkholn el 19 de junio de 2008, estimulando la producción en este territorio que, junto al secano costero de la séptima Región del Maule, cuentan entre sus tradiciones el cultivo de esta semilla. Resulta interesante constatar que en la región del Maule solo se encuentra censado un productor en Talca, contradiciendo los resultados de estudios disponibles de la zona (Gamboa, 1996) y la observación directa que hemos realizado en el período de exploración y contacto realizado desde junio de 2007 a diciembre de 2008.

Se observa que la producción de quinoa se ha mantenido vinculada a diversas culturas minoritarias como la cultura aymará en el norte y la cultura campesina en el centro sur del país. Entendemos la cultura como el conjunto de los rasgos distintivos espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan a una sociedad o a un grupo social y que abarca, además de las artes y las letras, los modos de vida, las maneras de vivir juntos, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias (Unesco, 2001), en tanto la gastronomía es la expresión cultural de un pueblo en la mesa. Sobre el mantel se dibuja todo el potencial agroalimentario de un territorio tras haber permanecido inalterable en las costumbres alimenticias de sus habitantes durante siglos.

La diversidad cultural humana y la multiculturalidad son parte integrante de la biodiversidad. Al igual que la diversidad genética o de especies, algunos atributos de las culturas humanas, la rotación de los cultivos, los modelos y métodos productivos, los sistemas de distribución y

de comunicación, representan “soluciones” a los problemas de la supervivencia en determinados ambientes. Además, al igual que otros aspectos de la biodiversidad, la diversidad cultural ayuda a las personas a adaptarse a la variación del entorno. Sabemos que la biodiversidad fue modelada además por la domesticación e hibridación de variedades locales de cultivos y animales de cría o por factores ligados a la evolución social y cultural y sobre todo, desde el desarrollo del colonialismo y del capitalismo, ha registrado varios tipos de impactos en muchos ecosistemas. Ello, por cuanto en el modelo económico imperante:

...se piensa que una economía tiene que crecer al infinito, lo cual por definición es absurdo e imposible por ser la economía un subsistema de un sistema mayor que es finito, que es un sistema cerrado, que es la biosfera, de tal manera, hay que hacer esa clara distinción entre crecimiento y desarrollo. Crecimiento es simplemente una agregación cuantitativa de magnitudes, mientras que desarrollo es la liberación de los potenciales creativos que tiene un sistema y eso no tiene fin. (Max Neef, 1994, p. 240)

En esta perspectiva, el Desarrollo Humano Sustentable (Núñez, 1997) implica dimensiones sociales y ambientales, vale decir, se trata de un proceso que busca asegurar la capacidad de la comunidad de un territorio determinado para reproducir no solo la riqueza (desarrollo económico), sino también la sociedad (desarrollo comunitario) y los recursos naturales del entorno (desarrollo ecológico), ambas funciones humanas son indispensables para realizarse y desplegar una vida saludable. Al respecto, el economista estadounidense David Korten (1996) señala que las sociedades sanas dependen de comunidades locales sanas, potenciadas, que construyen relaciones de cuidado entre las personas y nos ayudan a conectarnos a un trozo de la tierra viviente, con el cual nuestras vidas están íntimamente relacionadas. Tales sociedades deben construirse en la acción local, respetando las culturas locales y en la dimensión relacional que constituye a los seres humanos en cuanto humano. “Los seres vivos tienen dos dimensiones de existencia. Una es su fisiología, su anatomía, su estructura. La otra, sus relaciones con otros, su existencia como totalidad. Lo que nos constituye como seres humanos es nuestro modo particular de ser en este dominio relacional donde se configura nuestro ser...” (Maturana, 1994, p. 22)

En esa misma dirección, la Unesco (2003) determina la importancia de respetar las culturas de los pueblos y concebirlas en una perspectiva sistémica y relacional, pues en el contexto global las culturas intercambian sus

conocimientos, prácticas, costumbres, arte, filosofía, religiones y valores, dinámicas que les potencia y enriquece, evitando la temida homogenización global y respetando derechos intrínsecos a la identidad construida en la historicidad de cada grupo humano: "...la diversidad de culturas puede actuar como fundamento de un desarrollo endógeno de los Estados: para los nuevos países independientes y en desarrollo la cultura se vuelve el único medio posible para una vía autónoma hacia el progreso, que sería a la vez liberadora en el plano político y factor de autonomía en lo económico." (Bernier, 2003, p. 6)

Los agricultores, cultores de la biodiversidad desde su diversidad cultural

Los agricultores constituyen el grupo más numeroso de gestores de recursos naturales en el mundo. Ellos, a la vez que generan una amplia gama de servicios de ecosistemas también dependen de los mismos, estableciendo estrechas interacciones entre biodiversidad agrícola y diversidad cultural. Sus acciones pueden mejorar como degradar los ecosistemas. En consecuencia, para diseñar nuevas estrategias que contribuyan a un crecimiento sostenible es importante entender los factores que impulsan sus decisiones. Los agricultores perciben la mayor parte de sus ingresos de los alimentos y fibras que producen. Sin embargo, al producir estos bienes, pueden producir otras consecuencias negativas o positivas en los servicios de ecosistemas.

Entre las consecuencias positivas destaca la preservación de la biodiversidad (FAO, 2007) agrícola, que es considerada como la multitud de plantas, animales y microorganismos en los niveles genético, de las especies y del ecosistema, indispensable para sostener las funciones principales para la producción de alimentos y la seguridad alimentaria. La biodiversidad agrícola constituye la base de la seguridad alimentaria y los medios de subsistencia de todas las personas (FAO, 1997), es el producto de las interacciones entre el medio ambiente, los recursos genéticos y los sistemas de gestión y prácticas usados por los agricultores, asimismo, el resultado de una selección cuidadosa y un desarrollo creativo a lo largo de milenios, incluyendo la diversidad genética de los cultivos y el ganado, así como la biodiversidad asociada con los cultivos.

En los últimos años ha aumentado la preocupación por la pérdida de la biodiversidad agrícola causada por la homogenización de los sistemas de producción agrícola, fenómeno conocido como la Revolución Verde. Con respecto a la diversidad genética del cultivo y del ganado se han puesto de relieve dos preocupaciones principales: el aumento de los niveles de vulnerabilidad genética y la erosión genética (FAO, 1997). La vulnerabilidad

genética se produce en los sitios en que una variedad de cultivo o ganado de extenso uso queda bajo la amenaza de una plaga o un patógeno, con la consiguiente pérdida generalizada de cosechas. La erosión genética es la pérdida de recursos genéticos mediante la extinción de una variedad de ganado o de un cultivo. La causa principal de una erosión genética es la sustitución de las variedades autóctonas con otras variedades mejoradas. Esto significa que se debe estudiar con urgencia el origen de las semillas en poder de los productores de las regiones en estudio y lograr distinguir las interacciones que sostienen y despliegan a propósito de su siembra, cosecha y post cosecha de quinoa. Es necesario tomar en cuenta que, sin una gestión adecuada de la biodiversidad agrícola, alguna de las funciones principales del ecosistema agrícola puede perderse, como es el caso del mantenimiento de los ciclos del agua y los nutrientes, la regulación de las plagas y las enfermedades, la polinización y el control de la erosión de la tierra.

Las estrategias usadas para conservar la biodiversidad agrícola vinculan la conservación natural con el uso sostenible por parte de los seres humanos. Dadas las características específicas de la biodiversidad agrícola, los mecanismos e instrumentos usados para garantizar su gestión sostenible, incluyendo la conservación, a menudo son específicos y difieren de los utilizados normalmente para la biodiversidad silvestre como, por ejemplo, el caso de las áreas protegidas. Existen diversas formas en las que los productores agrícolas pueden conservar la biodiversidad, las medidas necesarias dependen no solamente del tipo de biodiversidad que se tenga que conservar, sino también de los sistemas de producción y la ubicación. Entre las formas mediante las cuales los productores agrícolas pueden contribuir a la conservación de la biodiversidad se encuentra la conservación de la biodiversidad agrícola. Existe un amplio conjunto de métodos para conservar la biodiversidad agrícola, dependiendo del componente específico objeto del interés. Los métodos difieren en las condiciones del grado de la intervención humana en el sistema natural, que se extiende desde bancos de genes y semillas gestionados *ex situ* al mantenimiento de especies afines a las cultivadas en áreas naturales silvestre, también se incluyen la conservación y la utilización en las propias explotaciones agrícolas de las llamadas "variedades locales" o variedades tradicionales de cultivos y ganado que a menudo están muy adaptadas a sus entornos locales. Dado que la biodiversidad agrícola está relacionada directamente con la producción, trabajar dentro de unos canales de mercados agrícolas con el objeto de proporcionar incentivos a los agricultores para conservar la diversidad agrícola constituye una estrategia importante. En los últimos años, la comunidad internacional ha prestado ayuda a los agricultores para conservar la biodiversidad agrícola *in situ*, lo que junto al crecimiento

agrícola constituyen factores clave en la reducción del hambre y la seguridad alimentaria.

Todas la riquezas que representa la acción de los agricultores se pueden sintetizar en un concepto central que es la identidad cultural y que deviene en particular de la memoria de los pueblos, representada especialmente por sus miembros mayores, pues en sus prácticas y recuerdos perduran, transmiten los imaginarios de los colectivos acerca de sus orígenes y sus distinciones materiales e inmateriales. “La vejez, como estadio vital, y el envejecimiento, como proceso, no son meras determinaciones biológicas. Son parte de la vida humana y por ello más biografía que biología.” (Lolas, 1996, p. 25)

Resultados de la fase de exploración y contacto

Entre julio y diciembre del 2007 desarrollamos una fase preparatoria al Proyecto IMAS, iniciando un sondeo a diversas localidades campesinas, preferentemente del seco costero ubicado entre las Provincias Cardenal Caro y Colchagua, Sexta Región, y las Provincias de Curicó hasta la Provincia de Cauquenes en el extremo sur de la Región del Maule. Para ello, hemos contado con el apoyo del Director del Instituto de Ciencias Sociales de la Universidad Católica del Maule y también con el aporte del Señor Pablo Jara Valdivia, experto internacional premio Sloow Italia 2001, por sus esfuerzos destinados a recuperar la quinoa en la gastronomía chilena.

Hemos llegado a predios en zonas prácticamente ocultas al visitante, hemos conversado con hombres y mujeres que se han vinculado con esta semilla desde la infancia, nos han facilitado información clave sobre sus sistemas de producción, en todo su proceso, desde la siembra hasta el difícil arte de la cosecha y post cosecha de esta especie, nos han transmitido formas diversas de consumo, una rica gastronomía, que por momentos nos recuerda las descripciones de nuestros pueblos originarios, en fin, hemos entrevistado a muchos productores agrícolas de quinoa que, aunque invisibles para las estadísticas oficiales, se mantienen convencidos de seguir aportando a la biodiversidad agrícola, con más claridad de la que esperábamos encontrar.

Actualmente, contamos con 40 productores contactados y otros veinte por visitar, gracias al efecto bola de nieve sabemos de la existencia de muchos más que se ubican en predios interiores en el Chile profundo donde se expresa el mundo campesino en toda su riqueza y originalidad. Se trata

de pequeños productores agrícolas² y de economía familiar campesina, su particularidad es que la gran mayoría son adultos mayores. Llama la atención que ellos no se visibilizan en las cifras oficiales, ya que por las dimensiones de sus predios no aparecen en Censos rurales. (INE 1997, 2007)

La conservación de la quinoa en manos de estos productores que siembran entre sus cultivos anuales, algunas hileras de quinoa, les permite obtener una cosecha que disponen para el autoconsumo y eventualmente para la comercialización en ferias y mercados locales. Habitualmente recuerdan y valoran el hecho de que gracias a sus padres cuentan con el conocimiento y la costumbre de producir, consumir y vender quinoa en pequeñas proporciones. La ubican como una de sus cosechas menores y generalmente asociada a otros cultivos. También la utilizan para establecer límites entre diversos cultivos y entre productores. Les resulta especialmente útil para separar distintas especies, pues, en su modo de relacionarse con la tierra, ellos reproducen un modelo agroecológico (Altieri, 1999, p. 47-70) que comporta dimensiones productivas, sociales y culturales. Tal como señala Durston (2002), en el mundo rural los habitantes están unidos por lazos de sangre o amistad, conocen y comparten costumbres y cosechas.

Al ser consultados por esta siembra, se remontan a su más temprana niñez y valoran el hecho de mantener esta cosecha gracias a sus tradiciones, conocen el valor de la especie como alimento, le atribuyen propiedades especialmente energéticas, aunque también lo asocian a espacios de entretenimiento, cuando se refieren a un preparado que llaman “pihuelo”, el que consiste en un preparado de harina tostada de quinoa con chicha, una bebida dulce que toman en las mañanas frías o en fiestas y celebraciones.

Gracias a estos adultos mayores, cultores de la tierra, ha llegado hasta nuestro tiempo un tesoro genético de incalculable valor en tiempos de crisis alimentaria global. Sin embargo, con frecuencia se trata de campesinos con pequeños predios agrícolas, incluso muchas veces inferiores a tres hectáreas cultivables, esto es evidentemente una amenaza para la mantención de esta costumbre y la originalidad de esta semilla, lo que en términos de biodiversidad y diversidad cultural resulta inaceptable, su recuperación supone un desafío urgente.

² Lev Orgánica (18.910) de INDAPE, **Pequeño Productor Agrícola**: Explota una superficie no superior a las 12 hectáreas de riego básico. Sus activos no superan el equivalente a 3.500 Unidades de Fomento. Su ingreso proviene principalmente de la explotación agrícola. Trabaja directamente la tierra, cualquiera sea su régimen de tenencia. **Campesino**: Persona que habita y trabaja habitualmente en el campo. Sus ingresos provienen fundamentalmente de la actividad silvoagropecuaria realizada en forma personal, cualquiera que sea la calidad jurídica en que la realice, siempre que sus condiciones económicas no sean superiores a las de un pequeño productor agrícola y las personas que integran su familia.

Al ser consultados por qué mantienen este cultivo, a pesar de que representa mucha laboriosidad y bastante tiempo limpiarlo para el consumo, responden que se trata de un buen alimento, que les quita el hambre durante horas y *“porque es una tradición que uno tiene poh señorita”* (Don Orlando, 60 años). Estos productores representan una expresión de diversidad cultural en tanto son habitantes del Chile campesino y cuentan con un conjunto de valiosos conocimientos que es imperativo recuperar, considerando la particular riqueza de esta semilla y las tendencias de envejecimiento y aumento sostenido de la población que nos exige actuar con prontitud frente a la creciente demanda de alimentos. Ello, bajo una perspectiva de sustentabilidad que inspira nuestros esfuerzos y es parte de la conciencia de estos, nuestros campesinos mayores.

Bibliografía

- Altieri, M. (1999). *Agroecología. Bases Científicas para una Agricultura Sustentable*. Recuperado de www.agroeco.org/brasil/material/Agroecologia.pdf
- Bazile, D. (2008, abril). Impacto de las Modalidades de Acceso a las Semillas sobre la Diversidad de Recursos Genéticos en Agricultura. Ponencia presentada en la Universidad Católica del Maule, Curicó, Chile.
- Bernier, I. (2003). *Una Convención Internacional sobre la Diversidad Cultural en la Unesco*. Recuperado el 12 de diciembre del 2008, de www.diversite-culturelle.qc.ca/fileadmin/documents/pdf/cronica03-03.pdf
- Boisier, S. (2005): ¿Hay Espacio para el Desarrollo Local en la Globalización? *Revista de la Cepal*, 86.
- Centro de Investigación y Especialización en Gestión de Empresas Agroalimentarias Cegea, de la Universidad Politécnica de Valencia, y el Programa Interdisciplinario de Estudios Asociativos PRO-ASOCIA, de la Universidad de Chile, en el marco del Programa de Cooperación Universitaria, de la Agencia Española de Cooperación Internacional AECI: “*Estudio de caso*”, “*Cooperativa Las Nieves Ltda.*”, Proyecto “*Agricultura, Asociacionismo y Desarrollo Rural*”, (entregado por el Gerente General de La Cooperativa Las Nieves, noviembre 2008)
- Chirac, J. (2006). Conferencia de las Partes de la Convención sobre la Diversidad Biológica. Recuperado el 28 de diciembre del 2008, de www.elysee.fr/elysee/elysee.fr/espanol/archives/documentos_y_declaraciones/2006/8_conferencia_de_las_partes_de_la_convencion_sobre_la_diversidad_biologica_articulo_del_presidente_de_la_republica_el_sr_jacques_chirac_para_el_periodico_de_la_convencion_sobre_la_diversidad_biologica.45249.html
- Claude, M. (1997). *Una Vez más la Miseria ¿Es Chile un País Sustentable?* Santiago: LOM.
- Fries, A.M., Organización de Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). Recuperado el 12 de diciembre del 2008, de www.fao.org/DOCREP/x0227s/x0227s09.htm
- Gamboa, A. (1996). Caracterización de los Sistemas de Producción de Quinoa (*Chenopodium quinoa willdenow*) en Comunas del Secano Costero e In-

- terior de las Regiones VI y VII de Chile. Memoria de Título. Universidad de Chile, Escuela de Agronomía, Facultad de Ciencias Agrarias y Forestales, Santiago, Chile.
- Gobierno de Chile Comisión Nacional del Medio Ambiente (Conama). 2003. *Estrategia Nacional de Biodiversidad*.
- Instituto de Desarrollo Agropecuario (Indap). Cómo define la Ley Orgánica de Indap a sus usuarios. Recuperado el 12 de septiembre del 2008, de www.indap.gob.cl/index.php?option=com_content&task=view&id=1577&Itemid=1
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE): Censo Agropecuario 2007. Recuperado el 30 de agosto del 2008, de www.ine.cl/canales/chile_estadistico/censos_agropecuarios/censo_agropecuario_07.php
- Korten, D. (1996). *La Revolución Ecológica*. Documentos Seleccionados. Instituto de Ecología Política, presentado en el Seminario: Los ciudadanos frente a la globalización, Santiago, Chile.
- Lolas, F. (1996). Futuro de la Vejez y Vejez del Futuro: Una Reflexión Bioética. En Vejez y Envejecimiento en América Latina y el Caribe. Aspectos Demográficos y Bioéticos. Cuadernos de Extensión de la Vicerrectoría Académica y Estudiantil. Universidad de Chile.
- Maturana, H. (1994). *El Sentido de lo Humano*. Santiago: Dolmen.
- Max Neef, M. (1994). Por qué un Cristo de Plástico Acerca más a la Gente a la Divinidad que un Árbol. En Marcelo Mendoza, Todos Queríamos ser Verdes. Santiago: Planeta.
- Martínez, E. (2007) Centro de Estudios Avanzados en Zonas Áridas (Ceaza). *Equipo internacional Estudia la Quínoa con Diversas Perspectivas Científicas*. Recuperado el 7 de mayo del 2008, de www.ceaza.cl/index.php?option=com_content&task=view&id=643&Itemid=29
- Núñez, L. (noviembre, 1997). *Sustentabilidad un Paradigma para Trabajo Social*. Artículo presentado en el Seminario Internacional de Trabajo Social de la Región Conosur de la Asociación Latinoamericana de Escuelas de Trabajo Social y la Asociación Chilena de Escuelas de Trabajo Social, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

- Organización de Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). (1996). *Plan de Acción de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación. Cumbre mundial sobre la alimentación*. Recuperado de 15 de junio del 2008, de www.fao.org/docrep/003/w3613s/w3613s00.htm
- _____. (2000). *El Estado Mundial de la Agricultura y la Alimentación 2000*. Documento de Trabajo de Economía Agrícola y del Desarrollo N° 32.
- _____. (2004). *Preservación de la Biodiversidad Asegura Alimentación Mundial*. Recuperado el 22 diciembre del 2008, de www.eco2site.com/News/Octubre-04/biodiv-alim.asp
- _____. (2007). Recuperado el 12 de diciembre del 2008, de www.infoaserca.gob.mx/claridades/revistas/173/ca173.pdf
- _____. Pagos a los agricultores por servicios ambientales (I parte). *El Estado Mundial de la Agricultura y la Alimentación 2007*. Recuperado el 10 de septiembre del 2008, de www.fao.org/docrep/010/a1200s/a1200s00.htm
- Productores de Quinoa se Preparan para Exportar a Europa. (2008, 19 de junio). Diario La Nación.
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2008). Informe de Desarrollo Humano Rural.
- Sepúlveda, J., Palazuelos, P. & Mujica, M. (2004) La Kinwa Mapuche. Recuperación de un Cultivo para la Alimentación. Fundación para la Innovación Agraria, CET, Cetsur.
- Silvetti, F. (2006). Lo que Estamos Perdiendo. La Producción de Conocimiento a partir de la Sistematización de Experiencias de Intervención con Campesinos. *Cuadernos de Desarrollo Rural*, 57. Recuperado el 4 de mayo del 2008. www.javeriana.edu.co/ier/index.php?idcategoria=667
- Tagle, M. & Planella, M.T. (2002). La Quinoa en la Zona Central de Chile, Supervivencia de una Tradición Prehispánica. Publicación de resultados del Proyecto Arqueológico del Cerro Grande de La Compañía, financiado por Fondecyt (N° 90-0316).
- Trueba, I. (2002). La Seguridad Alimentaria Mundial. Primeras Décadas del Siglo XXI el Papel de la FAO y el PMA. Cátedra Alfonso Martín Escudero. Universidad Politécnica, Madrid, España.

**INVESTIGACIONES EN EL CAMPO
GERONTO - GERIÁTRICO**

Salud en las Personas Mayores y su Asociación con el Grado de Funcionalidad

ROXANA ALEJANDRA LARA JAQUE*

MARÍA ANGÉLICA MARDONES HERNÁNDEZ**

Resumen

El envejecimiento poblacional se presenta como uno de los grandes desafíos para los distintos sectores ligados al adulto mayor. La presente investigación tuvo por objetivo determinar los principales factores de salud asociados al grado de funcionalidad en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) de adultos mayores del Centro de Salud Familiar “Los Volcanes” de Chillán.

Correspondió a un estudio analítico de corte transversal, la muestra estuvo compuesta por 88 individuos demandantes de atención en el nivel primario de salud, elegidos por muestreo sistemático con arranque aleatorio. Para la recolección de datos se aplicó el Índice de Barthel de las ABVD, una encuesta de caracterización sociodemográfica y de salud, la escala Depresión de Yesavage y el Short Portable Mental de Pfeiffer.

Los resultados obtenidos demostraron que en relación a la funcionalidad prevaleció la independencia (61%), encontrándose el resto con dependencia leve (39%). Se asoció a la autovalencia percibir su salud como buena o regular y realizar actividad física. A la dependencia se asoció pluripatología, enfermedades cardiovasculares y musculoesqueléticas, polifarmacia y depresión.

Abstract

Population ageing arises as one of the big challenges for the different sectors related to the elderly adults. The objective of the present research was to determine the main sociodemographic and health related factors linked to the functionality level in the ABVD (“actividades básicas de la vida diaria” - basic activities of daily living) for elderly adults at the Family Health Center “Los Volcanes” in Chillán.

This work involved a cross-section analytical study; the sample group was composed by 88 individuals that require assistance at the primary health care, chosen by systematic sampling with a random start. For data collection was applied Barthel Index for ABVD, a survey for

* Académico Departamento de Enfermería, Universidad del Bío Bío. Magister en Salud Pública.

** Académico Departamento de Nutrición y Dietética, Universidad del Bío Bío. Magister en Salud Pública.

sociodemographic and health characterization, the Yesavage Depression Scale and the Pfeiffer's Short Portable Mental.

The obtained results demonstrated in relation to functionality the independence prevailed (61%), founding the remainder with slight dependence (39%). The main altered ABVD corresponded to "wander" (44%), "go steps up and down" (86%), "moving from chair to bed" (33%) and "urinary incontinence" (24%). Self-reliance was linked, notice the own health as good or regular and to perform physical activity. Dependence was linked to pluripathology, cardiovascular and skeletal muscle diseases, polypharmacia and depression.

Introducción

La substancial disminución de la mortalidad, especialmente infantil, ocurrida en la década de 1950 hizo que la esperanza de vida se extendiera, en promedio, en 18 años entre 1950 y 1990. Un segundo gran cambio demográfico, observado desde mediados de los años sesenta y comienzos de los setenta, fue la drástica reducción de la fecundidad en la mayoría de los países. Estos hechos tuvieron un significativo impacto en la estructura por edades de la población, cuya expresión constituye el paulatino aumento de los adultos mayores. (Guzmán et al., 2002)

En la realidad chilena al igual que en países desarrollados se está viviendo esta modificación en la estructura de la población, produciéndose desde los años sesenta una disminución de los menores de 15 años y un aumento en el número de adultos mayores. En la actualidad, una de cada diez personas pertenece al grupo etario de adultos mayores y se espera que para el año 2025 estas cifras aumenten de uno por cada cinco. (Instituto Nacional de Estadísticas, 2007)

Al respecto, actualmente es reconocida la trascendencia que reviste en el anciano la "capacidad funcional" como parámetro de evaluación del estado de salud y, por lo tanto, de su calidad de vida, entendiéndose como funcionalidad la capacidad de realizar determinadas acciones o tareas de la vida diaria. La Organización Mundial de la Salud (OMS) preconiza el mantenimiento de la autonomía de los adultos mayores durante el mayor tiempo posible, situando a la función como factor predictor de múltiples trastornos en las personas mayores. (Albala et al., 2002)

La presente investigación se orienta a conocer cuáles son los principales factores de salud que pudieran determinar el grado de funcionalidad de este grupo etario en el Centro de Salud Familiar (Cesfam) Los Volcanes de la ciudad de Chillán.

Marco teórico

El Instituto Nacional de Estadísticas (INE) ha informado que, según los datos del Censo de población y vivienda del año 2002, los adultos mayores de 60 años aumentaron de 9,8% a 11,4% en la última década, lo que en cifras equivale a que de un total de 15.116.435 personas, 1.717.478 son adultos mayores. El envejecimiento se concentra de manera mayoritaria en las mujeres más que en los hombres, con un 12,5% y 10,2% respectivamente, observándose, por lo tanto, mayor longevidad femenina, incidiendo en una mayor esperanza de vida al nacer, siendo en la actualidad de 80,4 años para las mujeres y de 74,4 años para los hombres (INE, 2004). Específicamente en la provincia de Ñuble, lugar donde será realizado el presente estudio, la población adulto mayor presenta cifras mayores que las indicadas a nivel país con un 12,76%, particularmente en la ciudad de Chillán la población anciana alcanza cifras de un 11,3%, de los cuales un 53,27% corresponden a mujeres y un 46,73% a varones. (INE, 2003)

De lo anterior se desprende la necesidad de conocer diferentes ámbitos relacionados con el envejecimiento, proceso que distintos autores señalan no es posible definirlo en términos cuantitativos, pues es imposible situar un corte a partir del cual se considera anciana a una persona (Ribera, 2003), demostrando que en la evolución o desarrollo del proceso de senectud influyen una serie de factores, desde etapas tempranas de la vida tanto del individuo como del entorno en el cual este interactúa.

La OMS, por su parte, define envejecimiento como un proceso fisiológico que comienza en la concepción, produciendo cambios durante todo el ciclo vital que originan una limitación en la adaptabilidad de la persona mayor con su medio. (Albala y et al., 2002)

Toma relevancia al respecto lo señalado por Anzola, 1994, quien describe el concepto de *Edad Funcional* como “el estado funcional en las distintas edades es la resultante de la interacción de los elementos biológicos, psicológicos y sociales constituyéndose probablemente como el reflejo más fiel de la integridad del individuo a lo largo del envejecimiento”. De la misma manera, Simon hace hincapié en que en la edad funcional estos elementos o capacidades del adulto mayor se desarrollan a distinta velocidad, evidenciándose claramente que ancianos de la misma edad cronológica no funcionan al mismo nivel unos de otros. (Simon et al., 1997)

Al igual como es posible encontrar en la literatura distintas orientaciones en torno a la definición de envejecimiento, también existen distintas teorías que intentan explicar la naturaleza del porqué el individuo envejece, presentándose estas con multiplicidad de proposiciones. El consenso que se logra por parte de los diferentes autores se orienta a la naturaleza multicau-

sal del envejecimiento, resultando poco probable que una teoría por sí sola pueda explicar todos sus mecanismos (Pardo, 2003). Al respecto, es la Teoría de los Radicales Libres la que disfruta de mayor apoyo a su favor en la bibliografía científica. Enunciada en 1956 por Harman, indica que los radicales libres formados durante el proceso oxidativo normal reaccionan con los componentes celulares originando la muerte de células vitales y, finalmente, el envejecimiento y muerte del organismo. (Ribera, 2003)

Por otro lado, es reconocido que a medida que el ser humano envejece pierde vitalidad por el deterioro progresivo de sus funciones fisiológicas ocurriendo, incluso, en ausencia de enfermedad. Cuando aumentan los requerimientos, esta pérdida de vitalidad se hace más evidente generando una incapacidad para mantener la homeostasis (equilibrio del medio interno del organismo) en situaciones de estrés fisiológico. Esta mayor susceptibilidad a la agresión se produce de manera progresiva, desencadenando deterioro de su función, llevando a la discapacidad y dependencia. El concepto que permite abarcar estas características del proceso de envejecimiento es el de “fragilidad”, entendida como sinónimo de inestabilidad y de mayor probabilidad o riesgo de caer en la dependencia o de incrementar la pre-existente. (Rodríguez, 2001)

Es así como la influencia de distintos factores o moduladores del envejecimiento se traducen en la evolución del mismo, donde la “Funcionalidad” en la salud del adulto mayor toma relevancia. Esta se define como la capacidad para cumplir acciones del diario vivir y que hacen al individuo autovalente, con libertad individual y capacidad de tomar sus decisiones (Albala et al., 2002). Diferentes investigaciones demuestran relación entre la funcionalidad del individuo y el estado físico, emocional y la longevidad del adulto mayor, influyendo de manera directa en su calidad de vida (Richard et al., 1999), donde *funcionalidad* se describe como la capacidad de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria que permiten la subsistencia del individuo; las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) que permiten mantener la asociatividad al incluir la capacidad de manejar diferentes instrumentos o situaciones cotidianas; y las actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD), que corresponde a acciones de mayor complejidad.

En este contexto, para la OMS el concepto de envejecimiento activo es un proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez. Para fomentar el envejecimiento activo, según la OMS, es necesario que los sistemas sanitarios adopten una perspectiva de ciclo vital orientada a la

promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el acceso equitativo a la atención primaria y un enfoque equilibrado de cuidados de larga duración (Regato, 2002). De esta manera, el envejecimiento óptimo no solo se reduce a la potenciación de la salud, sino que existen otras condiciones físicas, cognitivas, emocionales y psicosociales que parecen formar parte intrínseca del envejecimiento satisfactorio. (Fernández et al., 2005)

Delimitación del Problema

Pese al actual escenario demográfico y epidemiológico son escasas las investigaciones que se han desarrollado en nuestro país en este grupo etario, desde el punto de vista de su funcionalidad, variable fundamental para un envejecimiento satisfactorio tanto para el individuo, familia y comunidad.

Las investigaciones existentes en su mayoría han sido realizadas en términos de caracterizar en grado de funcionalidad de este grupo etario, no así los factores que influyen en su evolución. Basado en esta problemática surge la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los principales factores de salud que pudieran influir en el grado de funcionalidad de los adultos mayores según las ABVD?

La presente investigación pretende entregar información relacionada con esta problemática, la cual se realizó en la ciudad de Chillán, en un grupo de adultos mayores asistentes al Centro de Salud Familiar “Los Volcanes”, entre los meses de junio a diciembre del año 2007.

Objetivos

Objetivo General

Determinar la asociación entre el grado de funcionalidad para realizar las ABVD de los adultos mayores asistentes al Cesfam “Los Volcanes” de la comuna de Chillán y factores de salud involucrados.

Objetivos Específicos

Determinar el grado de funcionalidad de los adultos mayores según las ABVD.

Identificar las principales alteraciones que se presentan en las ABVD de los adultos mayores.

Identificar las principales características de salud de los adultos mayores.

Asociar el grado de funcionalidad con las características de salud de los adultos mayores.

Variables

Variable Dependiente:

Grado de funcionalidad.

Variables Independientes:

Percepción de salud.

Presencia de enfermedades crónicas.

Pluripatología.

Polifarmacia.

Hábito tabáquico.

Actividad física.

Capacidad auditiva.

Uso de audífono.

Capacidad visual.

Uso de lentes.

Estado nutricional.

Estado anímico.

Estado cognitivo.

Material y Método

Diseño Metodológico.

Tipo de estudio:

Analítico de corte transversal.

Universo:

El tamaño del Universo está constituido por 519 adultos mayores.

Al incluir en el universo a los individuos demandantes de asistencia en el centro de salud y considerando que el grupo etario estudiado se comporta con un patrón sistemático de asistencia al nivel primario de atención, el universo se determinó contabilizando los adultos mayores que habían acudido al Cesfam, por algún tipo de atención, los meses de abril a mayo previos al periodo de aplicación de los instrumentos, proceso considerado para los meses de junio a agosto. Se controló la variable de estacionalidad y no existieron situaciones que aumentaran o disminuyeran la demanda de atención de este grupo etario.

Muestra:

Diseño: la muestra se constituyó por los adultos mayores demandantes de asistencia en el centro de salud en el periodo previamente señalado. El tipo de muestreo utilizado corresponde a sistemático, con $K = 6$, valor obtenido de dividir 519 por 87, con arranque aleatorio.

Cálculo de tamaño muestral: con un error muestral de 5% y un p teórico de 33.3% que corresponde a la funcionalidad frágil más dependiente del estudio de Domínguez, 1987, n corresponde a 87.

Unidad de análisis:

Adulto mayor de 65 años asistente al Cesfam “Los Volcanes”.

Criterios de inclusión:

Adulto mayor que asiste al Cesfam “Los Volcanes” para algún tipo de atención.

Adulto mayor de 65 años.

Adulto mayor que luego de la aplicación del Índice de Barthel presente condición de funcionalidad de dependencia moderada, escasa o independencia.

Adulto mayor con la capacidad física y mental para contestar los instrumentos de recolección de datos.

Criterios de exclusión:

Adulto mayor institucionalizado.

Adulto mayor con dependencia severa y total según resultado de aplicación del Índice de Barthel.

Análisis Estadístico:

Se usó la estadística descriptiva básica para variables cualitativas (frecuencias relativas) y medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas.

Para determinar posibles asociaciones, se usó la prueba χ^2 , o el coeficiente Gamma según corresponda. En tablas de 2×2 se usó el test exacto de Fisher.

Con el objetivo de comparar medias de dos grupos se recurrió a la prueba de t-Student.

El software usado fue STATA 9,0 (2006).

Recolección de Datos

Los datos fueron obtenidos, en primer lugar, mediante la aplicación a los adultos mayores del Índice de Barthel, instrumento que discrimina grado de funcionalidad, seguido de un instrumento de recolección de datos desarrollado por la autora de la presente investigación, previa validación con prueba piloto en una población de similares características. Se incluyó además la aplicación de la Escala abreviada de Depresión Geriátrica de Yesavage y el Short Portable Mental de Pfeiffer, para la determinación de variables específicas.

La recolección de datos se desarrolló en el Cesfam "Los Volcanes", de la comuna de Chillán.

Dentro de las variables estudiadas se incluyó el estado nutricional según el Índice de Masa Corporal (IMC) para el adulto mayor. El peso se controló siempre con la misma balanza tipo cruz previamente calibrada con un peso conocido. Se solicitó a los usuarios pesarse con la menor cantidad

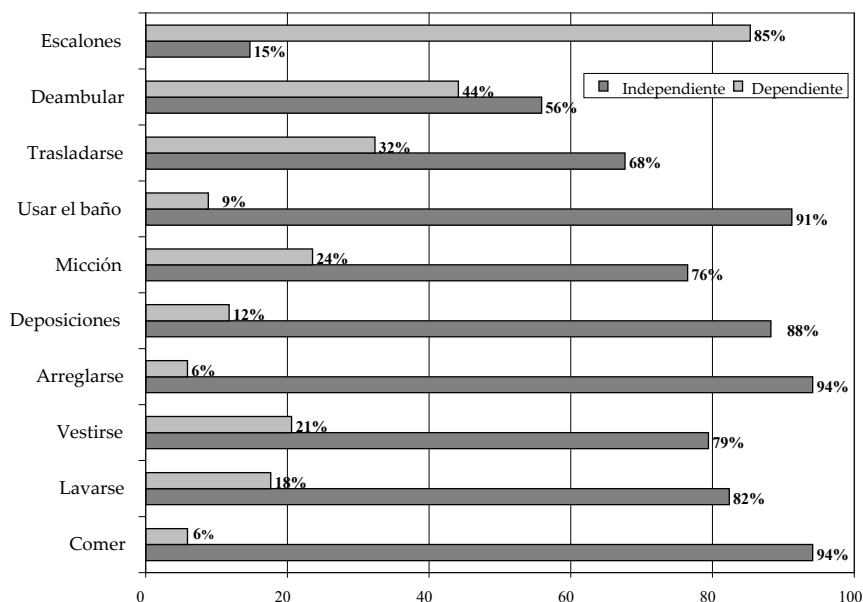
de ropa posible y descalzo, con vejiga vacía. La estatura se controló sin zapatos, pies juntos a nivel de tobillo, erecto, mirando hacia delante, manteniendo el plano de Frankfort.

Resultados

Del total de adultos mayores encuestados un poco más de dos tercios de ellos corresponden a individuos independientes con un 61%, el 39% restante corresponden a personas con dependencia escasa. No se encontró adultos mayores con dependencia moderada.

En el gráfico número 1 es posible observar que de las diez ABVD evaluadas en el Índice de Barthel, las que presentaron mayor alteración correspondieron en primer lugar a “subir y bajar escalones” con un 85%, seguido de “desplazarse” con un 44%, “trasladarse entre la silla y la cama” 32% y “continencia urinaria” con un 24%.

Gráfico N° 1



En relación a las variables analizadas, la percepción de su salud en el grupo de adultos mayores se distribuye porcentualmente de manera similar entre “buena” y “regular” con un 37% y 38% respectivamente, cerca de un cuarto de los usuarios la clasificó como “mala” con un 24%. Fue posible observar de la misma manera la asociación entre el grado de funcionalidad y la percepción de salud ($p<0,05$). Aquellos usuarios que perciben su salud como buena son clasificados como independientes, mientras que los que perciben una mala salud se relacionan con una dependencia escasa.

Se observó que los usuarios que refieren la existencia de patologías crónicas corresponden a la gran mayoría, con un 91%. Desde el punto de vista de asociación con el grado de funcionalidad, la presencia de enfermedades se asoció a la dependencia escasa, por el contrario, aquellos usuarios que no presentan enfermedad se asocian a la independencia ($p<0,05$).

De la variable “tipo de enfermedad crónica”, destaca la HTA presentando la mayor proporción con un 75%, seguida de la DM con un 32%, enfermedades musculoesqueléticas con un 25%, cardiovasculares con un 20% y pulmonares con un 17%.

En relación a la asociación entre presencia de enfermedades crónicas y funcionalidad, existió relación entre el grado de funcionalidad y las enfermedades cardiovasculares ($p<0,05$), donde la dependencia escasa está asociada a aquellos usuarios que efectivamente presenta algún tipo de enfermedad cardiovascular, mientras que el porcentaje de quienes son independientes está asociado a quienes no tienen enfermedades cardiovasculares.

Las enfermedades musculoesqueléticas también se asocian significativamente con el grado de funcionalidad de los usuarios ($p<0,05$). Es así como aquellas personas que presentan algún tipo de patología musculoesquelética se asocian a una dependencia escasa (41%), mientras que los usuarios que no presentan este tipo de enfermedades está asociado en su mayoría a la independencia (85%).

Al realizar un análisis más acucioso en lo referente a padecer enfermedades crónicas, se analizó la pluripatología, o sea, la presencia de dos o más enfermedades crónicas en un mismo individuo, encontrándose que un 60% de los encuestados la presentaba. Existió, además, una asociación significativa con el grado de funcionalidad de los usuarios ($p<0,01$), es así como los adultos mayores que efectivamente presentan pluripatología son los que se catalogan con dependencia escasa (82%), mientras que los considerados como independientes suman el 56% de quienes no presentan pluripatología.

La mayoría de los encuestados presenta polifarmacia con un 91%, existiendo evidencia suficiente que revela su asociación significativa con el grado de funcionalidad de los usuarios ($p < 0,05$). Todos los que presentan la característica de polifarmacia son considerados con dependencia escasa con un 100%, en contraste al 14,8% de los usuarios que son independientes no presentó la polifarmacia.

La mitad de los adultos mayores encuestados no realiza ejercicio físico con un 50%, el resto se divide en porcentajes similares entre los que realizan ejercicio en forma regular y los que realizan de manera ocasional con un 24 y 26%, respectivamente. Desde el punto de vista estadístico, se observa una asociación significativa entre el grado de funcionalidad y el ejercicio del usuario ($p < 0,01$). Los que realizan ocasional o regularmente ejercicio se asocian a usuarios con nivel de independencia (33% y 30%, respectivamente), en contraste de aquellos que no practican ejercicio físico, quienes son clasificados como escasamente dependientes (71%).

La mitad de los encuestados (52%), según la Escala de depresión abreviada de Yesavage, no presentarían depresión, algo más de un cuarto de ellos cursaría con una depresión leve (30%) y el 18% restante depresión establecida. Así, la depresión se asoció significativamente con el grado de funcionalidad de los usuarios ($p < 0,01$). Los individuos considerados como normales están asociados a la independencia (65%), mientras que los diagnosticados con depresión leve y establecida son aquellos que son considerados con una dependencia escasa (35% y 32%, respectivamente), como lo muestra el Gráfico 12.

El resto de las variables de salud estudiadas no arrojaron asociación con el grado de funcionalidad.

Discusión

Es reconocida en la actualidad la importancia de la funcionalidad y su consecuente evaluación en la salud del adulto mayor. Sobre la base de lo anterior, y en el actual contexto demográfico y epidemiológico reinante en nuestro país, la presente investigación analizó la asociación de distintos factores con el grado de funcionalidad de los adultos mayores estudiados según la capacidad para realizar las ABVD.

Según la información obtenida, es posible observar que el mayor porcentaje de adultos mayores se concentró, desde el punto de vista funcional, en la independencia, resultado que se aviene con el presentado por Domínguez en 1987, estudio nacional, que señala un predominio de adultos

mayores autovalentes, correspondiendo estos a dos tercios del total. (Sanhueza, 2006)

Al analizar las diez ABVD que constituyen el Índice de Barthel, las áreas que presentaron mayor déficit corresponden en primer lugar a “subir y bajar escalones” con un 85%, seguido de “desplazarse” con un 44%, “trasladarse entre la silla y la cama” 32% y “continencia urinaria” con un 24%. Es posible determinar que, a excepción de esta última, las ABVD con mayor alteración fueron las relacionadas con el aparato locomotor, situación que en un futuro podría traducirse en no contar con las capacidades para desarrollar su vida cotidiana y de la misma manera no poder asistir a su centro de salud impidiendo la detección precoz de alteraciones de salud factibles de ser intervenidas de manera preventiva.

Desde un análisis respecto a las variables de salud Sanhueza 2006, en su estudio cita a Golini et al., quienes aluden la relación entre la auto percepción de salud y rendimiento funcional, donde adultos mayores que clasifican su salud como “buena” presentan mejor grado de funcionalidad. Esta situación se corrobora en el presente estudio donde existe asociación entre la independencia y una buena percepción de salud.

Por otra parte, numerosos autores señalan que las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte en los adultos mayores y también es considerado su problema de salud más prevalente. Esta situación es reconocida en la literatura por numerosos autores otorgándole un rol protagónico a las enfermedades crónicas en la evolución del proceso de envejecimiento, como lo señalado por Santana et al., 2001, quien vincula el deterioro de las AIVD y el padecer enfermedades crónicas. Menéndez et al., 2005, en su estudio realizado en siete ciudades de América Latina y el Caribe, incluyendo Santiago de Chile, señalan en sus resultados una asociación significativa entre la presencia de dificultades para realizar ABVD y AIVD y padecer de un mayor número de enfermedades no transmisibles, de eventos cardiovasculares o de artrosis, así como tener mayor edad, ser mujer, evaluar la salud propia como mala, tener deterioro cognoscitivo y padecer de depresión.

En el presente estudio la ausencia de enfermedades crónicas se asoció significativamente con la independencia y por el contrario la pluripatología se evidenció en la mayoría de los adultos mayores, encontrándose asociación de ésta con la dependencia. De las distintas patologías consultadas, las enfermedades cardiovasculares se relacionaron con la dependencia, situación que se vincula con cifras estadísticas nacionales que muestran que las muertes de origen cardiovascular tienden a ocurrir con mayor frecuencia en

los adultos mayores, alcanzando cifras cercanas al 40% como lo señala Albala et al., 2002.

Dorantes et al., 2007, demostraron la asociación de enfermedades cardíacas con las AIVD y tendencia a la significancia con la dependencia severa en las ABVD. Otra patología que mostró asociación con el grado de funcionalidad correspondió a las de origen musculoesquelético, asociándose a la dependencia, este último autor citado junto a Barrantes et al., 2007, señalaron la relación de la artropatía con la dependencia funcional, confirmando la asociación encontrada en el presente estudio, por otro lado, este resultado concuerda con las ABVD que presentaron mayor alteración, las cuales tiene su origen en problemas musculoesqueléticos, limitando al adulto mayor en sus actividades, principalmente por el deterioro del movimiento y dolor, llevándolo a la dependencia si no se interviene de manera oportuna. De la misma manera, Barrantes et al., 2007, también asociaron la presencia de un mayor número de enfermedades crónicas con la dependencia.

De la mano de la pluripatología se presenta la polifarmacia, variable que se asoció significativamente a la dependencia. No se encontró literatura que respalde esta asociación, sin embargo, distintos autores como Martínez et al., 2005, aluden el alto porcentaje de adultos mayores que consumen un número elevado de fármacos con o sin indicación médica, siendo considerado un criterio de fragilidad. Barros et al., 2007, señalan, por su parte, que en Chile el 78% de personas mayores dice tomar algún medicamento diariamente presentándose una mayor proporción en las mujeres, influyendo negativamente en su salud principalmente por automedicación y falta de control.

Desde la perspectiva del ejercicio físico, existió asociación significativa entre los individuos que realizan ejercicio en forma regular u ocasional con la independencia, lo cual es abalado por Asili, 2004, quien indica que el ejercicio físico retarda la aparición y progresión de alteraciones funcionales, postura avalada también por Santana et al., 2001, quienes plantean que el ejercicio físico reduce la incapacidad en las ABVD.

Se pudo observar, de la misma manera, una asociación significativa entre independencia y la ausencia de síntomas depresivos, relacionándose dependencia con sintomatología de depresión leve y establecida. La depresión es considerada por distintos autores como una enfermedad crónica que tiene un efecto perjudicial sobre las capacidades funcionales en el adulto, como lo señalado por Pinedo 2005, situación confirmada en el estudio de Ávila et al., 2007, quienes señalaron una relación entre sintomatología depresiva y las alteraciones en las AIVD, no así en las ABVD.

Conclusiones

Dos tercios de la población estudiada se clasificaron según grado de funcionalidad como independientes, el tercio restante correspondió a dependencia escasa.

Las ABVD que presentaron mayor alteración, según el Índice de Barthel, corresponden en primer lugar a “subir y bajar escalones”, seguido de “desplazarse”, “trasladarse entre la silla y la cama” y “continencia urinaria”.

Al analizar las variables de salud existe una asociación estadísticamente significativa con el grado de funcionalidad en varias de las variables estudiadas. De esta manera, la percepción de su propia salud tiene relación en la mantención de la autovalencia, donde individuos que perciben su salud como “buena” son clasificados como independientes y con dependencia escasa los que aprecian su salud como “mala”.

Al revisar las variables que evalúan la presencia de enfermedades fue estadísticamente significativa la asociación entre independencia y no presentar enfermedades, por el contrario, la pluripatología, o sea, presentar más de dos enfermedades crónicas concomitantemente, se relacionó con la dependencia escasa. Dentro de estas enfermedades que presentaban los individuos estudiados se asociaron de manera significativa, también con la dependencia, las patologías de origen cardiovascular y músculoesquelético.

Como era de esperar, y en directa relación con la pluripatología, la polifarmacia, o sea, consumir de manera crónica dos o más fármacos, se asocia significativamente a la dependencia escasa.

Otra variable de salud que resultó significativa correspondió a la realización de actividad física, los individuos que se ejercitan en forma ocasional o regular se mantienen con mejor grado de funcionalidad, o sea independientes, respecto de los que no realizan actividad física.

De la misma manera, la depresión se asoció significativamente al grado de funcionalidad, los individuos catalogados como normales se mantienen autovalentes, por el contrario, los clasificados con depresión leve y establecida se asocian a una dependencia escasa.

Las otras variables de salud estudiadas como consumo de tabaco, alteraciones sensoriales (capacidad de escuchar y ver, más el uso de su correspondiente órtesis), estado nutricional y estado mental no arrojaron asociación significativa con el grado de funcionalidad de los adultos mayores estudiados.

Bibliografía

- Albala, C., Bunout, D., García, C. (2002). 2º Diplomado en Geriatría y Gerontología. (p. 189-235). Universidad de Chile, Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, Santiago, Chile.
- Anzola, E. (1994). La Atención de los Ancianos: un Desafío para los Años 90. *Publicación Científica*, 546, 34-35.
- Asili, N. (2004). *Vida Plena en la Vejez, un Enfoque Multidisciplinario* (p.147-148, 190-194). México: Pax.
- Ávila, J., Melano, E., Payette, H. (2007). Síntomas Depresivos como Factor de Riesgo de Dependencia en Adultos Mayores. *Rev Salud Pública de México*, 45 (5).
- Barrantes, M., García, E., Gutiérrez, L. et al. (2007). Dependencia Funcional y Enfermedades Crónicas en Ancianos Mexicanos. *Rev de Salud Pública*, 49, 459-466.
- Barros, C., Marín, P., Cathalifaud, et al. (2007). Primera Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida en la Vejez. Recuperado de www.diario.elmercurio.com/2008/05/18/vida_y_salud/sociedad/noticias/CBD9A9DB-CCE0-4CC1-AAD8-FF9DB73CB222.htm?id=%7BCBD9A9DB-CCE0-4CC1-AAD8-FF9DB73CB222%7D
- Dorantes, G., Ávila, J., Mejía, S. et al. (2007). Factores Asociados con la Dependencia Funcional en los Adultos Mayores: un Análisis Secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. *Rev Panamericana de Salud Pública*, 22 (1)
- Fernández, R., Caprara, M., García, L., et al. (2005). Promoción del Envejecimiento Activo: Efectos del Programa Vivir con Vitalidad. *Rev Española Geriatría y Gerontología*, 40, 92-102.
- Guzmán, J., Sosa, Z., Cepal-Celade. (2002). Boletín Informativo: Los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe, Datos e Indicadores, 7-13.
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2003) Demografía y Vitales. Recuperado de www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/demo_y_vita.php
- _____. (2004). Enfoque Estadístico nº 21. Información Demográfica. Recuperado de www.ine.cl/canales/sala_prensa/archivo_documentos/enfoques/2004/files/en0604.pdf
- _____. (2007). Enfoque Estadístico Adulto Mayor, Boletín informativo. Recuperado de

http://www.ine.cl/canales/sala_prensa/noticias/2007/septiembre/boletin/ine_adulto_mayor.pdf

- Martínez, C., Pérez, V., Carballo, M. (2005). Polifarmacia en los Adultos Mayores. *Rev Cubana Medicina General Integral*, 21 (1-2).
- Menéndez, J., Guevara, A., Díaz, L. et al. (2005). Enfermedades Crónicas y Limitación Funcional en Adultos Mayores: Estudio Comparativo en Siete Ciudades de América Latina y el Caribe. *Rev Panamericana de Salud Pública*, 17 (5/6), 353-361.
- Pardo, T. (2003). Consideraciones Generales sobre Algunas de las Teorías del Envejecimiento. *Rev Cubana Investigaciones Biomédicas*, 22 (1).
- Regato, P. (2002). A Propósito del Envejecimiento Activo y de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento: Qué Estamos Haciendo y Qué nos Queda por Hacer. *Rev Atención Primaria*, 30, 77-79.
- Ribera, J. (2003). Conceptos Esenciales del Envejecimiento. *Rev Medicine*, 8 (108), 15-25.
- Richart, M., Reig, A., Cabrero, J. (1999). *La Calidad de Vida en la Vejez. Sus determinantes Biológicos, Psicológicos y Sociales*. San Vicente, Alicante, España: Club Universitario.
- Rodríguez, L. (2001). Aproximación al Desarrollo de un Programa Nacional de Investigación sobre Envejecimiento. *Rev Española de Geriatria y Gerontología*, 36, 24-25.
- Simon, A., Compton, L., (1997). *Enfermería Gerontológica*. Colombia: McGraw-Hill Interamericana.
- Sanhueza, M. (2006). Aplicación de un Programa de Apoyo como Estrategia para Aumentar la Funcionalidad de Adultos Mayores. Recuperado de www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0143.php
- Santana, A. (2001). Factores Predictores de Incapacidad, Utilización de Servicios y Mortalidad en los Ancianos de Canarias. *Rev Española de Geriatria y Gerontología*, 36, 365-366.
- Simon, A., Compton, L., (1997). *Enfermería Gerontológica*. Colombia: McGraw-Hill Interamericana.

Resumen

Actualmente, sabemos que es posible conservar una buena salud oral hasta edades avanzadas de la vida. Que la dentición no se pierde por causa del envejecimiento, sino que debido a enfermedades bucodentales (caries y enfermedad periodontal o de las encías) asociadas con diferentes factores de riesgo como por ejemplo: trastornos sistémicos crónicos de inicio temprano, estilos de vida desfavorables, iatrogenias odontológicas y un mal estado nutricional.

Existe un creciente interés en las consecuencias de la salud bucal en términos de cómo afecta la calidad de vida. Las patologías orales generalmente no son fatales, pero pueden afectar la capacidad de comer, hablar y sociabilizar. Una buena salud bucal es un factor crítico en el mantenimiento de la salud general de las Personas Mayores y además es un componente importante del Envejecimiento Activo. (Berkey, 2001)

En la prevención y educación está la respuesta para controlar eficazmente los principales trastornos bucodentales que afectan a las Personas Mayores. La educación enfocada no solo a los profesionales del área odontológica y a los pacientes, sino que a otros profesionales como médicos, enfermeras, nutricionistas, trabajadores sociales y personal paramédico, cuyos conocimientos sobre salud oral en Personas Mayores son escasos, para así integrar realmente a la salud bucodental como parte importante de la salud general y de la calidad de vida.

Abstract

Cuurently, it is widely acknowledged that preserving a good oral status until advanced age is a realistic expectation. Likewise, people are increasingly aware that tooth loss is not caused by the aging process, but by oral diseases (dental decay and periodontal disease) associated with know risk factors such as: early-onset chronic systemic disease, unfavorable lifestyles, dental iatrogenic and poor nutritional status.

An increasing interest exists on how oral health may affect quality of life. Oral diseases are often not fatal, but they can affect the capacity to eat, speak and socialize. Indeed, good oral health is a critical factor for keeping general health in the elderly and it is also an important component of Active Aging. (Berkey, 2001)

* Cirujano-Dentista, Diplomada en Gerontología y Geriatría Clínica, docente responsable del curso de Odontología Geriátrica de la Escuela de Odontología de la Universidad de Talca, E.Mail: leon@utalca.cl

Effective control of oral diseases in the elderly implies prevention and education. Education must be focused not only in dental professionals and patients; but also in other professionals like physicians, nurses, nutritionists, social workers and paramedic personnel, whose knowledge about oral health in the elderly might be poor. Thus, oral health may be valued as an integrating component of general health and quality of life.

Geriatría Oral

Existe una serie de mitos que confunden el proceso de envejecimiento con patología, estos mismos mitos son compartidos por las propias Personas Mayores, sus familiares e incluso por profesionales de la salud, lo cual dificulta las actividades preventivas en este grupo etario. Estos estereotipos lentamente se están derrumbando. De la imagen de Persona Mayor achacosa, solitaria, dependiente, desdentada y poco estética se está dando paso a la idea de una etapa de la vida donde prevalecen conceptos como autonomía, funcionalidad, estética y mantenimiento de relaciones sociales.

Actualmente, sabemos que es posible conservar una buena salud oral hasta edades avanzadas de la vida. Que la dentición no se pierde por causa del envejecimiento, sino que debido a enfermedades bucodentales (caries y enfermedad periodontal o de las encías) asociadas con diferentes factores de riesgo como por ejemplo: trastornos sistémicos crónicos de inicio temprano, estilos de vida desfavorables, iatrogenias odontológicas y un mal estado nutricional.¹

El envejecimiento es un fenómeno multifactorial y universal que no tiene lugar con la misma intensidad y cronología en todos los seres vivos ni en todos los órganos de aquellos. Lo que encontramos generalmente en la literatura sobre envejecimiento de la cavidad bucal se ha basado en la creencia general de un deterioro progresivo de la fisiología de la boca con el paso del tiempo. Esto se ha fundamentado en estudios comparativos entre personas de edad avanzada comprometidas sistémicamente y personas jóvenes sanas. Es así que, la pérdida total de piezas dentarias y la disminución de la secreción salival están muy arraigadas entre los médicos y odontólogos como estereotipos del envejecimiento.²

¹ Oro-dental health of the elderly: reality, myth and perspective. (1994). *Bulletin of the Pan American Health Organization*, 28 (3).

² Gerodontología: Estado Actual y Perspectivas de Futuro. (1997). *Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral*. Valencia: Promolibro.

El estereotipo de vejez con aspecto de promentonismo (adelatamiento de la mandíbula), disminución del tercio inferior de la cara, lengua prominente y labios hendididos son consecuencias de la pérdida total de las piezas dentarias.

Salud Bucal-Salud General y Calidad de Vida

Existe un creciente interés en las consecuencias de la salud oral en términos de cómo afecta la calidad de vida. Las patologías orales generalmente no son fatales, pero pueden afectar la capacidad de comer, hablar y socializar³. Una buena salud bucal es un factor crítico en el mantenimiento de la salud general de las Personas Mayores⁴ y además es un componente importante del Envejecimiento Activo.⁵

Por otra parte, la salud bucal puede verse afectada por patologías y condiciones crónicas que acompañan el proceso de envejecimiento⁶. Las enfermedades sistémicas y/o sus tratamientos, principalmente farmacológicos, pueden tener un efecto negativo en la salud oral, alterando el sentido del gusto, del olfato y aumentando el riesgo de enfermedades bucodentales.⁷ Las alteraciones del flujo salival muchas veces son efecto secundario de ciertos medicamentos y no una consecuencia fisiológica del envejecimiento.⁸ Enfermedades como la artritis, cáncer, diabetes mellitus, hipertensión arterial y los trastornos autoinmunes interfieren con el cuidado de la boca, la masticación y el uso de prótesis dentales, lo cual aumenta el riesgo de caries dental y enfermedad periodontal. A su vez, las enfermedades bucodentales afectan a la salud general del individuo y tienen consecuencias fisiológicas aún más complejas en personas de edad avanzada, ya que pueden llegar a menoscabar su nutrición, las relaciones interpersonales y la salud mental.⁹

Por lo tanto, una mala salud bucal y una mala salud general están interrelacionadas principalmente por los factores de riesgo en común. Por ejemplo, la enfermedad periodontal severa está asociada a diabetes melli-

³ Department of Health. (1994). Oral health strategy group. An Oral Health Strategy for England. London.

⁴ Berkey, D., Berg, R. (2001). Geriatric oral health issues in the United States. *Int Dent J*, 254-264.

⁵ World Health Organization. (2002). Active Ageing: a Policy Framework. Geneva, Switzerland.

⁶ Ettinger, R.L. (1987). Clinical training for geriatric dentistry. *Gerodontology*, 3(6), 275-279.

⁷ Ghezzi, E.M., Ship, J.A. (2000). Systemic diseases and their treatments in the elderly: Impact on oral health. *J public Health Dent*, 60 (4), 289-296.

⁸ Knapp, A. (1987). Nutrition and oral health in the elderly. *Dent Clin North Am*, 109-125.

⁹ Hamilton, F.A., Grant, A.A., Worthington, H.V. (1990). Dental care for elderly people by general dental practitioners. *Br Dent J*, 168, 108-112.

tas,¹⁰ enfermedad cardíaca isquémica¹¹ y enfermedad respiratoria crónica.¹² La pérdida de piezas dentarias también se ha relacionado con el incremento del riesgo de embolia isquémica¹³ y una pobre salud mental.¹⁴

La forma en que las personas perciben su salud oral está relacionada significativamente con el bienestar, es decir, una boca saludable contribuye a que la persona se sienta bien y ayude a su satisfacción y felicidad. Por ello, la percepción de salud bucal puede ser considerada como un factor predictor de calidad de vida.¹⁵

La evaluación inicial del estado de salud bucal en las Personas Mayores para ser derivados a tratamiento o mantenimiento, tradicionalmente, se realiza mediante un examen clínico y radiográfico, lo que hace indispensable la presencia de un odontólogo. Esta situación provoca una gran demanda de recursos a nivel de salud pública, por ello, los investigadores desarrollaron instrumentos que evalúan la salud bucal en base a la autopercepción del propio paciente.¹⁶ Estos instrumentos específicos permiten estimar el impacto social y funcional de las patologías bucales, correlacionando los hallazgos con medidas clínicas objetivas y evaluar la efectividad de los tratamientos odontológicos realizados.^{17,18,19,20}

Recientemente, muchas investigaciones han demostrado el impacto de la salud bucal sobre la calidad de vida y la salud general. Se ha demostrado que las alteraciones bucales tienen un efecto significativo en el

¹⁰ Shlossman, M., Knowler, W.C., Pettitt, D.J., Genco, R.J. (1990). Type 2 diabetes and periodontal disease. *J Am Dent Assoc*, 121, 532-536.

¹¹ Petersen, P.E. (2003). The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century-the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*, 31 (Suppl. 1), 3-24.

¹² Scannapieco, F. (1999). Role of oral bacteria in respiratory infection. *J Periodontol*, 70, 793-802.

¹³ Joshipura, K.J., Hung, H-C, Rimm, E.B., Willett, W.C. (2003). Ascherio A. Periodontal disease, tooth loss, and incidence of ischemic stroke. *Stroke*, 34, 47-52.

¹⁴ Schou, L. (1995). Oral health, oral health care, and oral health promotion among older adults: social and behavioral dimensions. En Cohen, L.K., Gift, H.C., (Eds.), *Disease Prevention and Oral Health Promotion*. Copenhagen: Munksgaard.

¹⁵ OPS. (1992). Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. En Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Santa Fé de Bogotá, Colombia.

¹⁶ Pinzón, S. (1999). Detección de Necesidades de Atención Bucodental en Ancianos Mediante la Autopercepción de la Salud Oral. *Rev Mult Gerodontol*, 9, 216-224.

¹⁷ Heydecke, G., et al. (2003). Oral and General Health-related Quality of life with Conventional and Implant Dentures. *Community Oral Dent Epidemiol*, 31 (3), 161-168.

¹⁸ Kressin et al. (1996). Assessing Oral Health-Related Quality of life: Findings from the normative aging study. *Med Care*, 34, 416-427.

¹⁹ Dolan, T.A., Gooch, B.F., Bourque, L.B. (1991). Association of self-reported dental health and general measures in the Rand Health Insurance Experiment. *Community Dent Oral Epidemiol*, 19(1), 1-8.

²⁰ Kapur, K.K., Soman, S.D. (1964). Masticatory performance and efficiency in denture wearers. *J Prosth Dent*, 14 (4), 687-694.

bienestar y satisfacción de las Personas Mayores.²¹ Según estudios, existiría un patrón con respecto a la percepción de salud bucal, esta sería positiva a pesar de tener una gran cantidad de piezas dentarias perdidas y enfermedad periodontal.²² En Personas Mayores con alteraciones físicas, mentales, con VIH o que se encuentran en residencias geriátricas, se ha establecido que la salud bucal está fuertemente asociada con la salud física y mental.^{23,24}

El negativo impacto de las malas condiciones bucales sobre la vida diaria es particularmente significativo entre las personas desdentadas totales. A mayor cantidad de piezas dentarias perdidas en la boca se reduce la capacidad masticatoria y, por lo tanto, la selección del tipo de comida, por ejemplo, las personas desdentadas totales tienden a evitar alimentos fibrosos y prefieren aquellos alimentos ricos en grasas saturadas y colesterol que les son más fáciles posteriormente deglutir. De esta forma, se incrementa el riesgo de afectar la salud general al comprometer la masticación y los hábitos alimenticios influyendo negativamente sobre el estado nutricional.^{25,26}

A nivel mundial se ha registrado un mal estado de salud bucal en las Personas Mayores, encontrándose con altos niveles de pérdida de piezas dentarias, presencia de caries, alta prevalencia de enfermedad periodontal, disminución de secreción salival y lesiones orales precancerosas o cancerosas.²⁷

El edentulismo o desdentamiento total es prevalente en las Personas Mayores alrededor de todo el mundo²⁸ y está fuertemente relacionado con el estatus económico. Estudios epidemiológicos muestran que las personas de bajo estrato social, con bajos ingresos y pobre o nada de educación

²¹ Locker, D., et al. (2002). Oral health related quality of life on a population of medically compromised elderly people. *Community Dent Health*, 19 (2), 90-97.

²² Reisine, S.T., Bailit, H.L. (1980). Clinical oral health status and adult perceptions of oral health. *Soc Med*, 14 (A), 597-605.

²³ Kapur, K.K., Soman, S.D. (1964). Masticatory performance and efficiency in denture wearers. *J Prosthet Dent*, 14 (4), 687-694.

²⁴ Coulter, I.D., et al. (2002). Associations of self-reported oral health with physical and mental health in a nationally representative sample of HIV persons receiving medical care. *Qual Life Res*, 11 (1), 57-70.

²⁵ Walls, A.W.G., Steele, J.G., Sheiham, A., Marcenes, W., Moynihan, P.J. (2000). Oral health and nutrition in older people. *J Public Health Dent*, 60, 304-307.

²⁶ Smith, J.M., Sheiham, A. (1979). How dental conditions handicap the elderly. *Community Dent Oral Epidemiol*, 7, 305-310.

²⁷ Schou, L. (1995). Oral health, oral health care, and oral health promotion among older adults: social and behavioral dimensions. En Cohen, L.K., Gift, H.C., (Eds.), *Disease Prevention and Oral Health Promotion*. Copenhagen: Munksgaard.

²⁸ Petersen, P.E. (2003). The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century-the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*, 31 (Suppl. 1), 3-24.

presentan una mayor tendencia a ser desdentados que aquellas personas de alto estrato social o con altos niveles de ingresos y educación.^{29,30}

La boca participa también en una de las etapas del desarrollo de la personalidad. La etapa oral del desarrollo se da en todos los seres humanos y cuando se produce la pérdida de las piezas dentarias el individuo ve afectada su autoestima, disminuyendo su autoconfianza por el hecho de no poder sonreír.³¹

Tanto la ausencia de piezas dentarias, como la presencia de restos radiculares en la boca y el uso de prótesis dentales desajustadas dan como resultado incapacidad para el acto de comer. Esto afecta, evidentemente, el estado nutricional del individuo, por otro lado, afecta el estado de ánimo al no poder disfrutar del placer de una buena comida y finalmente interfiere en el establecimiento de relaciones sociales. Todo lo anterior puede llevar a estados de malnutrición, aislamiento social, apatía y depresión.

Las principales razones para la extracción de piezas dentarias en la boca son la caries dental severa y la enfermedad periodontal.^{32,33,34,35} El tabaco se considera también un factor de riesgo para pérdida de piezas dentarias, principalmente entre personas con un alto consumo por muchos años.³⁶ Aun así, existe una tendencia positiva en los países desarrollados con respecto a la salud bucodental de las futuras generaciones de Personas Mayores, los cuales tenderían a preservar sus piezas dentarias naturales y a conservar una dentición funcional.

Los datos de estudios a nivel mundial en Personas Mayores muestran que la caries dental es el mayor problema de salud pública y que al igual que el edentulismo está relacionado fuertemente con factores sociales y de

²⁹ Schou, L. (1995). Oral health, oral health care, and oral health promotion among older adults: social and behavioral dimensions. En Cohen, L.K., Gift, H.C., (Eds.), *Disease Prevention and Oral Health Promotion*. Copenhagen: Munksgaard.

³⁰ Chen, M., Andersen, R.M., Barmes, D.E., et al. (1997). Comparing Oral Health Care Systems. A Second International Collaborative Study. Geneva, Switzerland: WHO.

³¹ Salud Oral: Guía de diagnóstico y manejo. OPS, Oficina regional de la OMS.

³² Schou, L. (1995). Oral health, oral health care, and oral health promotion among older adults: social and behavioral dimensions. En Cohen, L.K., Gift, H.C., (Eds.), *Disease Prevention and Oral Health Promotion*. Copenhagen: Munksgaard.

³³ Reisine, S.T., Bailit, H.L. (1980). Clinical oral health status and adult perceptions of oral health. *Soc Med*, 14 (A), 597-605.

³⁴ Morita, M., Kimura, T., Kanegae, M., Ishikawa, A., Watanabe, T. (1994). Reasons for extraction of permanent teeth in Japan. *Community Dent Oral Epidemiol*, 22, 303-306.

³⁵ Shimazaki, Y., Soh, I., Koga, T., Miyazaki, H., Takehara, T. (2003). Risk factors for tooth loss in the institutionalized elderly; a six-year cohort study. *Community Dent Health*, 43, 348-54.

³⁶ US Department of Health and Human Services. (2000). Oral Health in America: A Report of Surgeon General. Rockville, MD; USA: National Institutes of Health, National Institutes of Health, National Institute of Dental and Craniofacial Research.

comportamiento^{37,38} presentándose, principalmente, en personas de bajos ingresos económicos, aquellos que no visitan regularmente al odontólogo, que no cepillan sus dientes frecuentemente, que consumen demasiada azúcar en su dieta y en fumadores.^{39,40}

Rehabilitación Oral

El objetivo de la rehabilitación oral en una Persona Mayor es devolver la función masticatoria perdida, lo cual tiene gran impacto en la selección de alimentos y, por lo tanto, en su estado nutricional. Por otra parte, el tratamiento rehabilitador mejora la comunicación oral y la estética del paciente, de modo de facilitar un bienestar social y emocional.⁴¹

En los pasados cincuenta años, las Personas Mayores correspondían a una pequeña proporción de la población, la mayoría de estas personas eran desdentadas y no recibían atención odontológica en forma frecuente. Actualmente, debido al aumento en la esperanza de vida de las personas y a que conservan mayor número de piezas dentarias naturales, los tratamientos incluyen procedimientos rehabilitadores complejos como los implantes oseointegrados y consideran la estética como un factor importante.⁴²

Los implantes oseointegrados han pasado a ser la gran solución para aquellos pacientes desdentados que pueden costear estos procedimientos, ya que reemplazan las piezas ausentes y en casos de grandes reabsorciones a nivel mandibular, donde la retención de la prótesis total removible se ve afectada. La utilización de prótesis implantoreténidas han mejorado la calidad de vida de las personas.⁴³

³⁷ Petersen, P.E. (2003). The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century-the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*, 31 (Suppl. 1), 3-24.

³⁸ Schou, L. (1995). Oral health, oral health care, and oral health promotion among older adults: social and behavioral dimensions. En Cohen, L.K., Gift, H.C., (Eds.), *Disease Prevention and Oral Health Promotion*. Copenhagen: Munksgaard.

³⁹ Beck, J.D. (1990). The epidemiology of root surface caries. *J Dent Res*, 69, 1216-1221.

⁴⁰ Vehkalahti, M.M., Paunio, I.K. (1988). Occurrence of root caries in relation to dental health behavior. *J Dent Res*, 67, 911-914.

⁴¹ Brodeur, J. (1993). Nutrient intake and gastro-intestinal disorders related to masticatory performance in the edentulous elderly. *J Prost Dent*, 70, 468-473.

⁴² Schneider, E.L., Guralnik, J.M. (1990). The aging of America: impact on health care costs. *JAMA*, 263, 2335-2340.

⁴³ National Center for Health Statistics. Health, United States, 1989. DHHS publication no. (PHS) 90-1232. Hyattsville, Md.: Public Health Service;1990.

Prevención en Personas Mayores

En comparación con otros grupos etarios el uso de fluoruros en Personas Mayores es eficaz en la prevención de caries. Su aplicación tópica por parte del odontólogo o su uso por medio de enjuagues con Flúor han demostrado una reducción de caries en la superficie radicular de las piezas dentarias de Personas Mayores activas que viven en la comunidad,⁴⁴ como en Personas Mayores institucionalizadas que requieren de cuidados a largo plazo.⁴⁵ El uso de fluoruros en las pastas dentífricas también resultó ser efectivo en la reducción tanto de caries de la superficie radicular como coronaria de la pieza dentaria.⁴⁶ Además, el uso tópico de fluoruros combinado con enjuagues de clorhexidina, un tipo de antimicrobiano, puede disminuir la pérdida de piezas dentarias.⁴⁷ Por su parte, los enjuagues de clorhexidina tienden a disminuir la inflamación gingival, la profundidad de los sacos periodontales en la enfermedad periodontal y la incidencia de la estomatitis subprótesis (lesión inflamatoria que se instala bajo las prótesis dentales).⁴⁸

Los estudios clínicos sugieren que la educación para la salud bucal en Personas Mayores resulta ser efectiva.⁴⁹ En pacientes mayores con enfermedad periodontal, la educación en el autocuidado de su higiene oral mejora sus habilidades con respecto al cepillado, el uso de seda dental, lo cual disminuye el sangramiento gingival.⁵⁰

Programas de Atención Bucodental en Personas Mayores

Se ha estudiado además el efecto de la ansiedad en la búsqueda de atención odontológica y se ha determinado que su efecto en las Personas Mayores es menos importante que en personas más jóvenes.⁵¹ Con respecto a los motivos por los cuales las Personas Mayores acuden escasamente a

⁴⁴ Wallace, M.C., Retief, H., Bradley, E.L. (1993). The 48-month increment of root caries in a urban population of older adults participating in a preventive dental program. *J Public Health Dent*, 53, 133-137.

⁴⁵ Wyatt, C.C.L., MacEntee, M.I. (2004). Caries management for institutionalized elders using fluoride and chlorhexidine mouthrinses. *Community Dent Oral Epidemiol*, 32, 322-328.

⁴⁶ Jensen, M.E., Kohout, F. (1998). The effect of a fluoridated dentifrice on root and coronal caries in a older adult population. *J Am Dent Assoc*, 117, 829-832.

⁴⁷ Wyatt, C.C.L., MacEntee, M.I. (2004). Caries management for institutionalized elders using fluoride and chlorhexidine mouthrinses. *Community Dent Oral Epidemiol*, 32, 322-328.

⁴⁸ Persson, R.E., Truelove, E.L., Leresche, L., Rovinovitch, R. (1991). Therapeutic effects of daily or weekly chlorhexidine rinsing on oral health of a geriatric population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 172, 184-191.

⁴⁹ Schou, L. (1995). Oral health, oral health care, and oral health promotion among older adults: social and behavioral dimensions. En Cohen, L.K., Gift, H.C., (Eds.), *Disease Prevention and Oral Health Promotion*. Copenhagen: Munksgaard.

⁵⁰ Little, S.J., Hollis, J.F., Stevens, V.J., Mount, K., Mulloly, J.P., Johnson, B.D. (1997). Effective group behavioral intervention for older periodontal patients. *J Periodont Res*, 32, 315-325.

⁵¹ Locker, D., Lidell, A.M. (1991). Correlates of dental anxiety among older adults. *J Dent Res*, 70, 198-203.

consultar por su salud bucodental son variados, entre ellos podemos encontrar:

- i) Considerar como parte del envejecimiento la pérdida inevitable e irreversible de las piezas dentarias con la edad.
- ii) Una baja percepción de sus necesidades preventivas de tipo odontológicas, generalmente asociadas a falta de información y asesoramiento.
- iii) Temor frente a la atención odontológica, relacionada generalmente con malas experiencias durante su juventud, donde las técnicas en odontología se encontraban menos avanzadas. En un estudio nacional con Personas Mayores de nivel socioeconómico bajo se encontró que el 50,9% dice temer a la atención odontológica. La diferencia por género fue significativa, las mujeres declararon sentir dolor en mayor proporción (56,7%) que los hombres (34%). La gran mayoría de las Personas Mayores con menor nivel educacional dijeron no sentir temor en relación a los más instruidos. Las situaciones que provocaron mayor temor fueron el dolor y el ruido a la “máquina” (32,4%), el ambiente odontológico (21,3%) y el pinchazo de la anestesia (13,9%).⁵²
- iv) Dependencia funcional que dificulta el acceso a los lugares de atención odontológica, más aún cuando la Persona Mayor vive sola y no cuenta con familiares o amigos que lo ayuden en su traslado.
- v) Costo económico de la atención en las etapas de rehabilitación, situación que frecuentemente se da en el ámbito privado, ya que en el ámbito público se resuelven principalmente acciones de carácter general. Por ello, se considera la atención odontológica un lujo y no una necesidad.
- vi) Falta de conocimiento de las Personas Mayores de las repercusiones de un mal estado de salud bucal en su salud general.

En relación a los odontólogos, entre los grandes obstáculos que enfrentan para una adecuada atención odontogerítrica está la falta de conocimiento a la hora de enfrentar a un Paciente Mayor. Desconocer sus patologías más prevalentes, los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos debido al envejecimiento y el manejo psicosocial del paciente mayor.

⁵² Lamadrid, S., Misrachi, C. (1999). Percepciones y Actitudes hacia la Atención Dental de Adultos Mayores de Bajos Recursos. *Revista Dental de Chile*, 90 (2), 3-8.

Diversos reportes a través del mundo han demostrado que el uso de los servicios de salud odontológicos es bajo entre las Personas Mayores, principalmente en los grupos de bajo nivel socioeconómico.⁵³

La evidencia muestra también que existen profundas diferencias con respecto a la salud bucal de las Personas Mayores entre las diferentes regiones y países, diferencias relacionadas principalmente con las condiciones de vida y el acceso a la salud bucodental. Por lo tanto, los desafíos varían de un lugar a otro. Actualmente, son pocos los países que han indicado claramente sus políticas y metas para la promoción y cuidado de la salud bucodental de las Personas Mayores, las cuales deben ser una parte importante de los programas de salud de la comunidad.

Lo que está claro es que Personas Mayores institucionalizadas o en residencias tienen una peor salud bucodental que aquellas Personas Mayores activas y que viven en la comunidad.^{54,55} En muchos países en vías de desarrollo el pobre acceso a la salud bucal de las Personas Mayores se da también en otros grupos etarios debido a escasez de profesionales y a la baja prioridad que se le asigna a la salud bucodental por parte de las autoridades sanitarias. Otra barrera para el acceso a la salud bucal se da en Personas Mayores con problemas de movilidad física, particularmente en aquellos que viven en zonas rurales donde el transporte público no existe o es deficiente.

Existen factores de riesgo para las enfermedades bucodentales como una mala higiene oral, una dieta cariogénica y el tabaco. Los estudios demuestran que estos factores de riesgo son modificables, quedando de manifiesto en múltiples programas de intervención para la salud bucodental de Personas Mayores.

La mayoría de los programas diseñados en todo el mundo para la atención bucodental de las Personas Mayores se han basado en el control de caries y enfermedad periodontal en población institucionalizada y no institucionalizada.

Los programas para Personas Mayores institucionalizadas han demostrado tener buenos resultados. Por ejemplo, en instituciones u hogares donde se les ha realizado a los residentes un examen bucal, tratamiento dental y educación en higiene oral tanto para el personal como a los residentes se logró una reducción del número de piezas dentarias perdidas, de

⁵³ Petersen, P.E., Holst, D. (1995). Utilization of dental health services. En Cohen L, Gift HC, (Eds.), *Disease Prevention and Oral Health Promotion*. Copenhagen: Munksgaard.

⁵⁴ Pajukoski, H., Meurman, J.H., Snellman-Gröhn, S., Sulkava, R. (1999). Oral health in hospitalized and nonhospitalized community-dwelling elderly patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 88, 437-443.

⁵⁵ Strayer, M.S. (1993). Dental health among homebound elderly. *J Public Health Dent*, 53, 12-16.

la necesidad de tratamiento periodontal, disminución de estomatitis subprótesis y se lograron mejores índices de higiene oral.^{56,57} Por otro lado, el cepillado de las piezas dentarias, realizado por las enfermeras o los cuidadores, en conjunto con un cuidado bucal profesional efectuado por odontólogos o higienistas dentales, se asoció a una disminución de pulmonías, muerte por pulmonía, días febriles y a una mejor función de las actividades de la vida diaria y estado cognoscitivo de las Personas Mayores institucionalizadas.⁵⁸ Otros programas se han centrado principalmente en la educación del personal a cargo de las Persona Mayores con el fin de lograr una mejor salud bucodental de los residentes.⁵⁹

Las asociaciones dentales, sociedades científicas y las organizaciones políticas y educativas han publicado muchos documentos sobre envejecimiento y salud bucodental, pero estos esfuerzos deben traducirse en la práctica a programas de intervención en todo el mundo.

Sin embargo, comparados con otros grupos etarios, existe una escasez notable de trabajos de investigación publicados que divulguen el resultado de estos programas de intervención.⁶⁰ Con excepción de pocos estudios realizados en países desarrollados, la investigación sobre el estado de salud bucodental de las Personas Mayores, la intervención y promoción de la salud oral es mínima en la mayoría de los países, especialmente en los en vías de desarrollo. Aún así, el conocimiento está y se hace necesario compartir la información y las experiencias a través del mundo.

⁵⁶ Vigild, M., Brinck, J.J., Hede, B. (1998). A one-year follow-up of oral health care programme for residents with severe behavioural disorders at special nursing homes in Denmark. *Community Dent Health*, 15, 88-92.

⁵⁷ Budtz-Jorgensen, E., Mojon, E., Rentsch, A., Deslauriers, N. (2000). Effects of an oral health program on the occurrence of oral candidosis in a long-term care facility. *Community Dent Oral Epidemiol*, 28, 141-149.

⁵⁸ Yoneyama, T., Yshida, M., Ohru, T., Mukaiyama, H., Okamoto, H., Hoshiba, K., et al. (2002). Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes. *J Am Geriatr Soc*, 50, 430-433.

⁵⁹ Frenkel, H.F., Harvey, I., Newcombe, R.G. (2001). Improving oral health in institutionalised elderly people by educating caregivers: a randomised controlled trial. *Community Dent Oral Epidemiol*, 29, 289-297.

⁶⁰ Joshipura, K.J., Hung, H-C, Rimm, E.B., Willett, W.C. (2003). Ascherio A. Periodontal disease, tooth loss, and incidence of ischemic stroke. *Stroke*, 34, 47-52.

La Geriatria Oral como Disciplina

La educación en Geriatria Oral se ha incluido por décadas en los planes de estudio de las escuelas de odontología de Europa y Norteamérica. Más incipiente ha sido en América Latina, debido a la transición demográfica que solo en años recientes se ha manifestado en nuestro continente.

En general, esta formación se ha enfocado principalmente en el aspecto biomédico y clínico de los cuidados de la salud bucodental, por sobre los factores sociológicos y psicológicos del proceso de envejecimiento. Entendiendo que las dimensiones psicosociales y económicas de una mala salud bucodental tienen también un impacto negativo sobre la calidad de vida de una Persona Mayor. Por lo tanto, se hace necesario enfatizar esta educación en las dimensiones de las ciencias sociales y en la importancia de los acercamientos multidisciplinarios.

La Geriatria Oral en América Latina enfrenta un gran desafío que consiste en incorporar a las Personas Mayores a los sistemas de salud bucodental con el objetivo de que las futuras generaciones lleguen a los 60 años con una mejor salud bucodental y entendiendo que las patologías orales no son parte inevitable del envejecimiento. De ahí la importancia de planificar a tiempo antes de que la situación actual empeore.

Sabemos que en la prevención y educación está la respuesta para controlar eficazmente los principales trastornos bucodentales que afectan a las Personas Mayores. Por lo tanto, la educación debe ser enfocada no solo a los profesionales del área odontológica y a los pacientes, sino que a otros profesionales como médicos, enfermeras, nutricionistas, trabajadores sociales y personal paramédico, cuyos conocimientos sobre salud oral en Personas Mayores son escasos, para así integrar realmente a la salud bucodental como parte importante de la salud general y de la calidad de vida.

En Chile, el desarrollo de la Geriátría Oral es muy incipiente, existiendo escasas investigaciones sobre salud oral de las Personas Mayores. Se sabe que entre un 30% a 50 % de los mayores de 60 años son desdentados totales, observándose una alta prevalencia de lesiones de la mucosa oral y enfermedad periodontal. La mayoría presenta higiene inadecuada, caries en las piezas remanentes y muy baja frecuencia de visitas al odontólogo.^{61,62,63}

En nuestro país, la educación en Geriátría Oral se ha manifestado solo a principios del siglo XXI, donde solo 8 de las 29 escuelas que imparten actualmente la carrera de odontología consideran dentro de su malla curricular de pregrado la formación en el área geriátrica.

Por lo tanto, se hace necesario desarrollar intervenciones educativas que preparen a los futuros odontólogos en el conocimiento sobre el proceso de envejecimiento y brindarles las competencias para evaluar y manejar la estrecha relación que existe entre la salud oral y sistémica de las personas mayores, como considerar los aspectos psicosociales, importantes en el éxito de un tratamiento que inevitablemente influirá en la Calidad de Vida de las Personas Mayores.

⁶¹ Gamonal, J. (1996). Prevalencia de Enfermedades Periodontales y de Caries Dental en la Población de 35-44 y de 65-74 Años de Nivel Socioeconómico Bajo y Medio Bajo de la RM, y Determinación de los Recursos Humanos Necesarios para su Tratamiento. Tesis para optar al grado de Magíster en Ciencias Odontológicas con mención en Periodontología. Universidad de Chile, Fac Odont, Santiago, Chile.

⁶² Aranguiz, V. (1994). Prevención y Cuidados de la Salud Bucal en Tiempo Nuevo para el AM. Mann P. Ediciones, Vicerrectoría Académica PUC, Chile, 239-254.

⁶³ Espinoza, I. (2001). Prevalencia de Lesiones de la Mucosa Oral en el AM de la Provincia de Santiago, RM. Tesis para optar al grado de Magíster en Ciencias Odontológicas con mención en Patología Oral.

Bibliografía

- Aranguiz, V. (1994). Prevención y Cuidados de la Salud Bucal en Tiempo Nuevo para el AM. Mann P. Ediciones, Vicerrectoría Académica PUC, Chile, 239-254.
- Beck, J.D. (1990). The epidemiology of root surface caries. *J Dent Res*, 69, 1216-1221.
- Berkey, D., Berg, R. (2001). Geriatric oral health issues in the United States. *Int Dent J*, 254-264.
- Brodeur, J. (1993). Nutrient intake and gastro-intestinal disorders related to masticatory performance in the edentulous elderly. *J Prosth Dent*, 70, 468-473.
- Budtz-Jorgensen, E., Mojon, E., Rentsch, A., Deslauriers, N. (2000). Effects of an oral health program on the occurrence of oral candidosis in a long-term care facility. *Community Dent Oral Epidemiol*, 28, 141-149.
- Chen, M., Andersen, R.M., Barmes, D.E., et al. (1997). Comparing Oral Health Care Systems. A Second International Collaborative Study. Geneva, Switzerland: WHO.
- Coulter, I.D., et al. (2002). Associations of self-reported oral health with physical and mental health in a nationally representative sample of HIV persons receiving medical care. *Qual Life Res*, 11 (1), 57-70.
- Department of Health. (1994). Oral health strategy group. An Oral Health Strategy for England. London.
- Dolan, T.A., Gooch, B.F., Bourque, L.B. (1991). Association of self-reported dental health and general measures in the Rand Health Insurance Experiment. *Community Dent Oral Epidemiol*, 19(1), 1-8.
- Espinoza, I. (2001). Prevalencia de Lesiones de la Mucosa Oral en el AM de la Provincia de Santiago, RM. Tesis para optar al grado de Magister en Ciencias Odontológicas con mención en Patología Oral.

- Ettinger, R.L. (1987). Clinical training for geriatric dentistry. *Gerodontics*, 3(6), 275-279.
- Frenkel, H.F., Harvey, I., Newcombe, R.G. (2001). Improving oral health in institutionalised elderly people by educating caregivers: a randomised controlled trial. *Community Dent Oral Epidemiol*, 29, 289-297.
- Gamonal, J. (1996). Prevalencia de Enfermedades Periodontales y de Caries Dental en la Población de 35-44 y de 65-74 Años de Nivel Socioeconómico Bajo y Medio Bajo de la RM, y Determinación de los Recursos Humanos Necesarios para su Tratamiento. Tesis para optar al grado de Magister en Ciencias Odontológicas con mención en Periodontología. Universidad de Chile, Fac Odont, Santiago, Chile.
- Gerodontología: Estado Actual y Perspectivas de Futuro. (1997). *Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral*. Valencia: Promolibro.
- Ghezzi, E.M., Ship, J.A. (2000). Systemic diseases and their treatments in the elderly: Impact on oral health. *J public Health Dent*, 60 (4), 289-296.
- Hamilton, F.A., Grant, A.A., Worthington, H.V. (1990). Dental care for elderly people by general dental practitioners. *Br Dent J*, 168, 108-112.
- Heydecke, G., et al. (2003). Oral and General Health-related Quality of life with Conventional and Implant Dentures. *Community Oral Dent Epidemiol*, 31 (3), 161-168.
- Jensen, M.E., Kohout, F. (1998). The effect of a fluoridated dentifrice on root and coronal caries in a older adult population. *J Am Dent Assoc*, 117, 829-832.
- Joshiyura, K.J., Hung, H-C, Rimm, E.B., Willett, W.C. (2003). Ascherio A. Periodontal disease, tooth loss, and incidence of ischemic stroke. *Stroke*, 34, 47-52.
- Kapur, K.K., Soman, S.D. (1964). Masticatory performance and efficiency in denture wearers. *J Prosth Dent*, 14 (4), 687-694.
- Knapp, A. (1987). Nutrition and oral health in the elderly. *Dent Clin North Am*, 109-125.

- Kressin et al. (1996). Assessing Oral Health-Related Quality of life: Findings from the normative aging study. *Med Care*, 34, 416-427.
- Lamadrid, S., Misrachi, C. (1999). Percepciones y Actitudes hacia la Atención Dental de Adultos Mayores de Bajos Recursos. *Revista Dental de Chile*, 90 (2), 3-8.
- Little, S.J., Hollis, J.F., Stevens, V.J., Mount, K., Mullooly, J.P., Johnson, B.D. (1997). Effective group behavioral intervention for older periodontal patients. *J Periodont Res*, 32, 315-325.
- Locker, D., et al. (2002). Oral health related quality of life on a population of medically compromised elderly people. *Community Dent Health*, 19 (2), 90-97.
- Locker, D., Lidell, A.M. (1991). Correlates of dental anxiety among older adults. *J Dent Res*, 70, 198-203.
- Morita, M., Kimura, T., Kanegae, M., Ishikawa, A., Watanabe, T. (1994). Reasons for extraction of permanent teeth in Japan. *Community Dent Oral Epidemiol*, 22, 303-306.
- National Center for Health Statistics. Health, United States, 1989. DHHS publication no. (PHS) 90-1232. Hyattsville, Md.: Public Health Service; 1990.
- OPS. (1992). Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. En Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Santa Fé de Bogotá, Colombia.
- Oro-dental health of the elderly: reality, myth and perspective.* (1994). Bulletin of the Pan American Health Organization, 28 (3).
- Pajukoski, H., Meurman, J.H., Snellman-Gröhn, S., Sulkava, R. (1999). Oral health in hospitalized and nonhospitalized community-dwelling elderly patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 88, 437-443.
- Persson, R.E., Truelove, E.L., Leresche, L., Rovinovitch, R. (1991). Therapeutic effects of daily or weekly chlorhexidine rinsing on oral

- health of a geriatric population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 172, 184-191.
- Petersen, P.E. (2003). The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century-the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*, 31 (Suppl. 1), 3-24.
- Petersen, P.E., Holst, D. (1995). Utilization of dental health services. En: Cohen L, Gift HC, (Eds.), *Disease Prevention and Oral Health Promotion*. Copenhagen: Munksgaard.
- Pinzón, S. (1999). Detección de Necesidades de Atención Bucodental en Ancianos Mediante la Autopercepción de la Salud Oral. *Rev Mult Gerodontol*, 9, 216-224.
- Reisine, S.T., Bailit, H.L. (1980). Clinical oral health status and adult perceptions of oral health. *Soc Med*, 14 (A), 597-605.
- Salud Oral: Guía de diagnóstico y manejo. OPS, Oficina regional de la OMS.
- Scannapieco, F. (1999). Role of oral bacteria in respiratory infection. *J Periodontol*, 70, 793-802.
- Schneider, E.L., Guralnik, J.M. (1990). The aging of America: impact on health care costs. *JAMA*, 263, 2335-2340.
- Schou, L. (1995). Oral health, oral health care, and oral health promotion among older adults: social and behavioral dimensions. En Cohen, L.K., Gift, H.C., (Eds.), *Disease Prevention and Oral Health Promotion*. Copenhagen: Munksgaard.
- Shimazaki, Y., Soh, I., Koga, T., Miyazaki, H., Takehara, T. (2003). Risk factors for tooth loss in the institutionalized elderly; a six-year cohort study. *Community Dent Health*, 43, 348-54.
- Shlossman, M., Knowler, W.C., Pettitt, D.J., Genco, R.J. (1990). Type 2 diabetes and periodontal disease. *J Am Dent Assoc*, 121, 532-536.
- Smith, J.M., Sheiham, A. (1979). How dental conditions handicap the elderly. *Community Dent Oral Epidemiol*, 7, 305-310.

- Strayer, M.S. (1993). Dental health among homebound elderly. *J Public Health Dent*, 53, 12-16.
- US Department of Health and Human Services. (2000). Oral Health in America: A Report of Surgeon General. Rockville, MD; USA: National Institutes of Health, National Institutes of Health, National Institute of Dental and Craniofacial Research.
- Vehkalahti, M.M., Paunio, I.K. (1988). Occurrence of root caries in relation to dental health behavior. *J Dent Res*, 67, 911-914.
- Vigild, M., Brinck, J.J., Hede, B. (1998). A one-year follow-up of oral health care programme for residents with severe behavioural disorders at special nursing homes in Denmark. *Community Dent Health*, 15, 88-92.
- Wallace, M.C., Retief, H., Bradley, E.L. (1993). The 48-month increment of root caries in a urban population of older adults participating in a preventive dental program. *J Public Health Dent*, 53, 133-137.
- Walls, A.W.G., Steele, J.G., Sheiham, A., Marcenes, W., Moynihan, P.J. (2000). Oral health and nutrition in older people. *J Public Health Dent*, 60, 304-307.
- World Health Organization. (2002). Active Ageing: a Policy Framework. Geneva, Switzerland.
- Wyatt, C.C.L., MacEntee, M.I. (2004). Caries management for institutionalized elders using fluoride and chlorhexidine mouthrinses. *Community Dent Oral Epidemiol*, 32, 322-328.
- Yoneyama, T., Yshida, M., Ohru, T., Mukaiyama, H., Okamoto, H., Hoshiba, K., et al. (2002). Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes. *J Am Geriatr Soc*, 50, 430-433.

Síndrome Metabólico en Adultos Mayores Mexicanos: Prevalencia, Subdiagnóstico y su Relación con la Calidad de Vida y la Depresión

ELSA CORREA MUÑOZ*

GUADALUPE SUÁREZ SOTO**

RAQUEL RETANA UGALDE***

VÍCTOR MANUEL MENDOZA NÚÑEZ****

Resumen

En síndrome metabólico (SM) es una alteración caracterizado por obesidad, dislipidemia e hipertensión arterial, el cual repercute en la calidad de vida y el estado afectivo. El SM es uno de los principales factores de riesgo para enfermedad cardiovascular y diabetes mellitus tipo 2. En algunos estudios se ha demostrado que su prevalencia es significativamente más alta durante la vejez, aunque un alto porcentaje de adultos mayores desconoce si tiene dicha alteración y el significado de la misma, Por tal motivo, el propósito del presente estudio fue determinar la prevalencia del SM, el porcentaje del subdiagnóstico y su relación con la percepción de calidad de vida y depresión. Para tal efecto, se llevó a cabo un estudio de tipo transversal en una muestra no probabilística de 93 adultos mayores de la ciudad de México, los cuales fueron evaluados con los criterios del ATP III/NCEP para establecer el diagnóstico de SM, para medir la calidad de vida se utilizó la escala breve de calidad de vida de la OMS y para medir el estado afectivo la escala de depresión geriátrica de Yesavage. Nosotros observamos una prevalencia del 47%

* Licenciada en Enfermería, egresada de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Unam. Realizó estudios de Maestría en Gerontología en la Universidad Autónoma de Madrid. Profesora de Tiempo Completo de la Fes Zaragoza, Unam. Profesora de los módulos de Envejecimiento Saludable y Gerontología Social del Diplomado en Gerontología de la Fes Zaragoza, Unam.

** Es pasante de la carrera de licenciatura en Psicología en la Fes Zaragoza, Unam, actualmente esta por concluir su tesis en la Unidad de Investigación en Gerontología en la línea de investigación sobre síndrome metabólico y redes de apoyo social. Médico Cirujano egresado de la Enep Zaragoza, Unam. Realizó estudios de Maestría en Gerontología en la Universidad Autónoma de Madrid y de Doctorado en Ciencias Biológicas en la Unam en el área del envejecimiento. Es jefe de la Unidad de Investigación en Gerontología de la Fes Zaragoza, Unam. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel II.

*** Química Farmacéutica Bióloga egresada de la Fes Zaragoza, Unam. Realizó estudios de Maestría en Gerontología en la Universidad Autónoma de Madrid. Es Candidata a Doctora en Ciencias Biológicas en la Unam. Autora de artículos científicos sobre envejecimiento y vejez.

**** Médico Cirujano egresado de la Enep Zaragoza, Unam. Realizó estudios de Maestría en Gerontología en la Universidad Autónoma de Madrid y de Doctorado en Ciencias Biológicas en la Unam en el área del envejecimiento. Es jefe de la Unidad de Investigación en Gerontología de la Fes Zaragoza, Unam. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel II.

de SM, de los cuales casi la mitad se autoreportaron como sanos y el 100% desconocían el significado y riesgos del SM. Por otro lado, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la percepción de calidad de vida y prevalencia de depresión entre los grupos con y sin SM. Nuestros resultados demuestran una alta prevalencia de SM y sugieren que las acciones de promoción de la salud respecto al SM en la vejez son inadecuadas, debido probablemente a que en los programas de promoción de la salud no se consideran las características culturales de la población y la complejidad del SM.

Abstract

Metabolic syndrome (MS) is a complex disorder combining obesity, dyslipidemia, and arterial hypertension, which affect of quality life and affective status. MS is a primary risk factor for type 2 diabetes and cardiovascular disease. Several studies have showed high prevalence of MS in elderly, at the same time, it has been pointed out high percentage of underdiagnosis of this disorder. This is due to the meaning about MS by elderly population probably inadequate knowledge of this disease. For this reason, of aim of this study was to determine the prevalence and the meaning of MS, and its relationship with quality of life perception and depression. A cross-sectional study was carried out in a non probabilistic sample of 93 elderly of Mexico City. MS was defined with the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III criteria. Quality of life was measured across WHOQoL-Bref and Geriatric Depression Scale (GDS). We observed a prevalence of 47% of MS, however almost half population self-report to be healthy and the 100% reported that they do not know, which is the meaning of Metabolic Syndrome?. On the other hand, we did not find differences statistically significant in the mean score of GDS and WHOQoL-Bref in the group with and without MS ($p>0.05$). Our results showed a high prevalence of MS in Mexican elderly without any relationship with quality life and depression, due probably to an inadequate meaning of this disorder of the elderly people, because the promotion of health programs do not consider the cultural aspects of the population and complexity of the MS.

Introducción

El síndrome metabólico (SM) es un conjunto de alteraciones bioquímicas y clínicas caracterizadas por la resistencia a la insulina, dislipidemia, inflamación, alteraciones de la coagulación, hipertensión arterial y obesidad.¹ Aunque existen múltiples criterios diagnósticos para el SM los más utilizados son los establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el tercer panel para el tratamiento de adultos del programa nacional de educación en colesterol (ATP III/NCEP). En este sentido, los criterios del ATP III son los más utilizados en los estudios epidemiológicos, debido a que son más sensibles que los de la OMS, lo que permite anticiparnos en las acciones preventivas.

Aunque los componentes del SM se consideran en conjunto, es muy probable que exista una interacción causal entre ellos, ya que mientras algunos de los componentes pueden ser la causa del SM, otros probablemente sean la consecuencia de los primeros. Aún más, es posible que exista una secuencia temporal en la aparición de los distintos componentes, según sea la relación causa/efecto, prueba de ello, es la secuencia: *dieta, obesidad, resistencia a la insulina, diabetes, dislipidemia* y, finalmente, *ateroesclerosis*.^{2,3} Sin embargo, esta sucesión de eventos no es invariable, ya que depende de la predisposición genética y estilos de vida de los individuos.⁴

Algunos estudios epidemiológicos han demostrado que el SM se presenta con mayor frecuencia en las personas adultas mayores,^{5,6} sugiriendo que los cambios metabólicos inherentes al envejecimiento aunado al sedentarismo (frecuentemente observado en este grupo de edad) podrían ser factores determinantes de la mayor prevalencia en incidencia de esta alteración durante la vejez. (Fig. 1)

Se ha encontrado que el envejecimiento es uno de los principales factores de riesgo para el SM, ya que la prevalencia se incrementa de un 6 a 10 % entre los individuos de 20 a 29 años hasta alcanzar cifras superiores al 40% en los sujetos mayores de 60 años. Al respecto se ha observado que los mayores de 65 años tienen 5 veces mayor probabilidad de presentar SM en

¹ Opie, L.H. (2007). Metabolic syndrome. *Circulation*, 115, e32-235. Disponible en: www.circulationaha.org

² Citrome, L. (2005). Metabolic syndrome and cardiovascular disease. *J Psychopharmacol*, 19, 84-93.

³ Lorenzo, C., Serrano, M., Martínez, M.T., et al. (2006). Geographic variations of the International Diabetes Federation and the National Cholesterol Education Program-Adult Treatment Panel III definitions of the metabolic syndrome in nondiabetic subjects. *Diabetes Care*, 29, 685-691.

⁴ Stone, N.J. (2004). Focus on lifestyle change and the metabolic syndrome. *Endocrinol Metab Clin N Am*, 33, 493-508.

⁵ Aguilar, C.A., Rojas, R., Gómez, F.J., et al. (2004). High Prevalence of Metabolic Syndrome in Mexico. *Arch Med Res*, 35, 76-81.

⁶ Seeman, T.E., McEwen, B.S., Rowe, J.W., Singer, B.H. (2001). Allostatic load as a marker of cumulative biological risk: MacArthur studies of successful aging. *Proc. Natl. Acad. Sci*, 98, 4770-4775.

comparación con los jóvenes de 20 a 34 años de edad,^{7,8} sin embargo, algunos estudios epidemiológicos muestran diferencias significativas en la prevalencia del SM en la vejez, sugiriendo que el envejecimiento *per se* no constituye un factor de riesgo de SM.^{9,10} (cuadro 1)

El presente estudio se llevó a cabo con el propósito de tener una aproximación de la prevalencia del SM, el subdiagnóstico y significado de dicha alteración para los adultos mayores y su vinculación con la calidad de vida y la depresión.

Material y métodos

Previo consentimiento informado se llevó a cabo un estudio transversal analítico durante el periodo marzo-noviembre 2007, en una muestra a conveniencia de 93 adultos mayores con edad promedio de 67 ± 7 años, 6 hombres y 87 mujeres con residencia en la ciudad de México. Todos los participantes fueron evaluados acorde con los criterios del Grupo Nacional de Educación en Colesterol (NCEP ATP III, por sus siglas en inglés National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III). Para establecer el diagnóstico de SM se consideró la presencia de al menos 3 de los siguientes criterios: i) circunferencia de cintura > 102 cm. hombres > 88 cm. en mujeres; ii) Triglicéridos en plasma ≥ 150 mg/dL; iii) colesterol de lipoproteínas de alta densidad (HDL) < 40 mg/dL en hombres y < 50 mg/dL en mujeres; iv) presión arterial: sistólica ≥ 130 mmHg o diastólica ≥ 85 mmHg; v) glucosa plasmática en ayunas ≥ 110 mg/dL.

Para tal efecto, se realizaron mediciones antropométricas y química sanguínea. Para evaluar la calidad de vida se aplicó la escala breve de calidad de vida de la OMS y para determinar la depresión se aplicó la escala de depresión geriátrica de Yesavage.

Los datos fueron analizados a través frecuencias y cálculo de razón de momios (RM) con intervalo de confianza al 95% (IC_{95%}) utilizando el paquete estadístico SPSS V.12.0. Asimismo, se realizó un análisis cualitativo a través de una entrevista a profundidad en dos adultos mayores, uno sano y otro con SM.

⁷ Aguilar, C.A., Rojas, R., Gómez, F.J., et al. (2004). High Prevalence of Metabolic Syndrome in Mexico. *Arch Med Res*, 35, 76–81.

⁸ Ford, E.S. (2005). Prevalence of the metabolic syndrome defined by the international diabetes federation among adults in the U.S. *Diabetes Care*, 28, 2745–2749.

⁹ Aguilar, C.A., Rojas, R., Gómez, F.J., et al. (2004). High Prevalence of Metabolic Syndrome in Mexico. *Arch Med Res*, 35, 76–81.

¹⁰ Wannamethee, S.G., Shape, A.G., Whincup, P.H. (2006). Modifiable lifestyle factors and the metabolic syndrome in older men: effects of lifestyle changes. *J Am Geriatr Soc*, 54, 1909-1914.

Resultados

Se encontró SM metabólico en 44 (47%) de los 93 adultos mayores estudiados. En este sentido, detectó SM en 20 (31%) de los 65 ancianos que se consideraban sanos y en 24 de los 28 que reportaron tener diabetes mellitus o hipertensión arterial. (cuadro 2)

Respecto a la percepción de calidad de vida, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el puntaje promedio y porcentaje de grados de la escala de calidad de vida entre los grupos con y sin SM. (cuadros 3 y 4)

Por otro lado, tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas en el puntaje promedio en la escala de depresión ni en la prevalencia entre los grupos con y sin SM. (cuadros 3 y 5)

En el análisis cualitativo, uno de los adultos mayores entrevistados refirió que no sabía que era el SM, aunque había escuchado el término en los medios informativos sin entender su significado. Considerando que no reconocía al SM como enfermedad, la entrevista se orientó hacia la obesidad.

Aunque la persona con SM reconoce a la obesidad como un problema vinculado con la enfermedad, sus respuestas sugieren aceptación o incapacidad para poder resolverlo:

El estar gorda me afecta la salud... yo me veo fea... yo no me veía así, siempre fui muy delgada, bueno no muy, pero siempre fui delgada... ahora yo me veo en el espejo y digo no, me dan ganas de llorar.

Yo pesaba 53 kilos, ahora peso 70... me dijeron que tenía que bajar 10 kilos, mi médico me dice que suprima harinas, azúcares, grasas y que haga un poco de ejercicio, pero no puedo hacer por mi problema del corazón, nada más caminar es lo que puedo hacer y las rodillas me impiden caminar.

He tratado un poquito de suprimir precisamente el refresco, algo de pan, grasas casi no como, muy poquitas, pero a veces me gana la voluntad y digo nada más por hoy una vez nada más y vuelvo.

A lo mejor necesito una guía profesional, una ayuda o un apoyo profesional, porque pues yo solita, pues si, digo, yo no como mucho.

Yo no puedo comerme mucha fruta porque la fibra me lastima el estomago, me duele, entonces en realidad me afecta, entonces luego estoy ¿y qué como? pues pan, leche y pan.

Discusión

El envejecimiento es un proceso gradual y adaptativo, caracterizado por una disminución relativa de la respuesta homeostática, debido a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas, propiciadas por los cambios inherentes a la edad y al desgaste acumulado ante los retos que enfrenta el organismo a lo largo de la historia del individuo en un ambiente determinado. Al respecto, el enfoque teórico de la Alostasis (del inglés *Allostasis*) o proceso de adaptación ante retos o desafíos estresantes establece que el organismo responde de manera activa ante amenazas o retos estresantes con el fin de mantener la homeostasis, sin embargo, el mecanismo de respuesta adaptativa (alostasis) cuando es ineficiente, repetitivo o prolongado representa un costo biológico denominado carga alostática (del inglés *Allostatic load*), el cual se traduce en un riesgo significativo para la presencia de enfermedades infecciosas y crónico-degenerativas durante la vejez.^{11,12}

En nuestro estudio se encontró una prevalencia de SM superior a lo reportado en investigaciones realizadas en adultos mayores Europeos y Asiáticos,^{13,14} no obstante, es similar a lo reportado en estudios Norteamericanos, aunque significativamente menor a lo reportado para ancianos México-americanos.¹⁵ Estas discrepancias en la magnitud del SM en la vejez sugieren que los estilos de vida constituyen factores de riesgo más relevantes que los constitucionales y la edad. No obstante, considerando que el envejecimiento se caracteriza por una disminución relativa de la respuesta homeostática y un estado pro-inflamatorio y pro-oxidante,^{16,17} es indispensable promover o fortalecer estilos de vida saludables que consideren un ejercicio físico moderado, una dieta antioxidante rica en frutas y verduras e higiene del sueño, considerando que los estilos de vida vinculados con el

¹¹ Seeman, T.E., McEwen, B.S., Rowe, J.W., Singer, B.H. (2001). Allostatic load as a marker of cumulative biological risk: MacArthur studies of successful aging. *Proc. Natl. Acad. Sci*, 98, 4770-4775.

¹² McEwen, B.S. (2002). Sex, stress and hippocampus: allostasis, allostatic load and the aging process. *Neurobiol Aging* 23, 921-939.

¹³ Aguilar, C.A., Rojas, R., Gómez, F.J., et al. (2004). High Prevalence of Metabolic Syndrome in Mexico. *Arch Med Res*, 35, 76-81.

¹⁴ Wannamethee, S.G., Shape, A.G., Whincup, P.H. (2006). Modifiable lifestyle factors and the metabolic syndrome in older men: effects of lifestyle changes. *J Am Geriatr Soc*, 54, 1909-1914.

¹⁵ Ford, E.S. (2005). Prevalence of the metabolic syndrome defined by the international diabetes federation among adults in the U.S. *Diabetes Care*, 28, 2745-2749.

¹⁶ Giunta, S. (2006). Is inflammaging an auto[innate]immunity subclinical syndrome? *Immun Ageing*, 3, 12.

¹⁷ Sánchez, M.A., Retana, R., Ruiz, M., Mendoza, V.M. (2004). Antioxidant capacity in relationship to serum lipid peroxides levels in healthy elderly of México city. *Acta Bioquim Clin L*, 38 (2), 193-198.

sedentarismo y dietas inadecuadas son factores determinantes del SM independientemente de la edad.^{18,19}

Por otro lado, se ha reportado una asociación estadísticamente significativa entre el SM y la calidad de vida,^{20,21} sin embargo, en nuestro estudio no encontramos diferencias significativas en la percepción de calidad de vida entre los grupos de ancianos sanos con SM. En este sentido, la calidad de vida involucra la percepción del individuo y del grupo social al que pertenece, considerando las expectativas, las capacidades y las necesidades, por tal motivo, si la persona no reconoce como problema su estado de salud y sus repercusiones estos no afectarán la percepción de su calidad de vida,²² tal como se observó en la presente investigación. Al respecto, es de llamar la atención que el 100% de la población estudiada desconoce el significado del SM, lo cual explica en gran medida el alto porcentaje (31%) del subdiagnóstico del SM en población que se autoreporta como sana. Asimismo, en la entrevista a profundidad se confirma el desconocimiento de dicha alteración, además de cierta actitud de aceptación o incapacidad de resolver el problema de obesidad, ya que aunque la persona entrevistada reconoce que la obesidad es un riesgo o problema de salud sus respuestas denotan poca participación para resolver el problema. Al respecto, se ha señalado que los aspectos sociales pueden tener mayor peso que los genéticos para la presencia de obesidad e incluso se ha sugerido que la obesidad es “contagiosa”, debido a la propagación de los factores sociales que propician dicha alteración.²³ En este sentido, algunos adultos mayores consideran como “normal” el sobrepeso durante la vejez y, del mismo modo, algunos profesionales de la salud no lo consideran entre los diagnósticos, lo cual favorece el subdiagnóstico y potencializa el riesgo para la diabetes mellitus tipo 2 y las enfermedades cardiovasculares, ya que si la persona no reconoce el problema no implementará ninguna acción para resolverlo.

¹⁸ Whelan, D.M., Roy, R.C. (2006). Diseases of aging that emerge from the metabolic syndrome. *Anesthesiology Clin*, 24, 599–619.

¹⁹ Sahyoun, N.R., Jacques, P.F., Zhang, X.L., Juan, W., McKeown, N.M. (2006). Whole-grain intake is inversely associated with the metabolic syndrome and mortality in older adults. *Am J Clin Nutr*, 83, 124–31.

²⁰ Miettola, J., Niskanene, L.K., Viinamäki, H., Sintonen, H., Kumpusalo, E. (2008). Metabolic syndrome is associated with impaired health-related quality of life: Lapinlahti 2005 study. *Qual Life Res*, 17 (8), 1055–1062.

²¹ Chedraui, P., Hidalgo, L., Chavez, D., Morocho, M., Alvarado, M., Huc, A. (2007). Quality of life among post-menopausal Ecuadorian women participating in a metabolic syndrome screening program. *Maturnitas*, 56, 45–53.

²² Mendoza, V.M. (2003). Aspectos Psicosociales de las Enfermedades Crónicas en la Vejez, en el Contexto de Pobreza. En Salgado de Snyder, V.N., Wong, R. (Eds.), *Envejeciendo en la Pobreza: Género, Salud y Calidad de Vida*. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 7–30.

²³ Christakis, N.A., Fowler, J.H., (2007). The spread of obesity in a large social network over 32 years. *N Engl J Med*, 357, 370–379.

Finalmente, se ha demostrado que el SM durante la vejez se vincula con la depresión,^{24,25} no obstante, en el presente estudio no se encontraron diferencias en cuanto a la prevalencia de depresión entre los grupos de adultos mayores sanos y con SM debido, probablemente, a que la mayoría de ancianos con SM desconocen la enfermedad e incluso un alto porcentaje se consideraba sano. Por tal motivo, se deben establecer programas preventivos con un abordaje holístico y multidisciplinario bajo el enfoque del envejecimiento activo, considerando los aspectos psicosociales, además de lo biológico, para lo cual es indispensable que los adultos mayores tengan el conocimiento suficiente sobre el significado e importancia del SM para que participen activamente en la prevención y control de dicha alteración.

Agradecimientos

El trabajo se llevó a cabo con el apoyo financiero de la Dirección General de Asuntos del Personal Académico de la Unam, Proyecto PAPIIT IN303407.

²⁴ Gans, R. (2006). The metabolic syndrome, depression, and cardiovascular disease: interrelated conditions that share pathophysiologic mechanisms. *Med Clin N Am*, 90, 573–591.

²⁵ Roriz, M., Rosset, I., Wada, T., et al. (2007). Stroke-independent association between metabolic syndrome and functional dependence, depression, and low quality of life in elderly community-dwelling Brazilian people. *J Am Geriatr Soc*, 55, 374-382.

Bibliografía

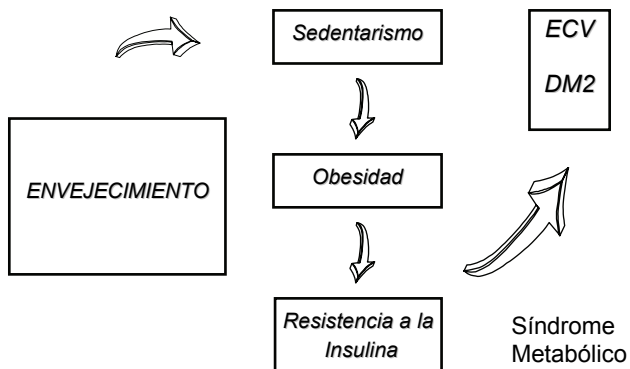
- Aguilar, C.A., Rojas, R., Gómez, F.J., et al. (2004). High Prevalence of Metabolic Syndrome in Mexico. *Arch Med Res*, 35, 76-81.
- Brunner, E.J. (2005). Social and biological determinants of cognitive aging. *Neurobiol Aging*, 26S, S17-S20.
- Cankurtaran, M., Halil, M., Balam, Y.B., Dagli, N., Oyan, B. (2006). Ariogul Server. Prevalence and correlates of metabolic syndrome (MS) in older adults. *Arch Gerontol Geriatr*, 42, 35-45.
- Chedraui, P., Hidalgo, L., Chavez, D., Morocho, M., Alvarado, M., Huc, A. (2007). Quality of life among post-menopausal Ecuadorian women participating in a metabolic syndrome screening program. *Maturitas*, 56, 45-53.
- Christakis, N.A., Fowler, J.H., (2007). The spread of obesity in a large social network over 32 years. *N Engl J Med*, 357, 370-379.
- Citrome, L. (2005). Metabolic syndrome and cardiovascular disease. *J Psychopharmacol*, 19, 84-93.
- Ford, E.S. (2005). Prevalence of the metabolic syndrome defined by the international diabetes federation among adults in the U.S. *Diabetes Care*, 28, 2745-2749.
- Ford, E.S., Giles, W.H., Mokdad, A.H. (2004). Increasing prevalence of the metabolic syndrome among U.S. adults. *Diabetes Care*, 27, 2444-2449.
- Ford, E.S., Li, C. (2008). Metabolic syndrome and health-related quality of life among U.S. adults. *Ann Epidemiol*, 18, 165-171.
- Gans, R. (2006). The metabolic syndrome, depression, and cardiovascular disease: interrelated conditions that share pathophysiologic mechanisms. *Med Clin N Am*, 90, 573-591.
- Giunta, S. (2006). Is inflammaging an auto[innate]immunity subclinical syndrome? *Immun Ageing*, 3, 12.

- Juárez, S., Mendoza, V.M., Sánchez, M., Rosado, J., Díaz, C., Ortega, M., et al. (2005). Síndrome Metabólico e Inflamación en Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Reporte preliminar. *Med Int Mex*, 221 (6), 409-416.
- Lorenzo, C., Serrano, M., Martínez, M.T., et al. (2006). Geographic variations of the International Diabetes Federation and the National Cholesterol Education Program-Adult Treatment Panel III definitions of the metabolic syndrome in nondiabetic subjects. *Diabetes Care*, 29, 685-691.
- McEwen, B.S. (2002). Sex, stress and hippocampus: allostasis, allostatic load and the aging process. *Neurobiol Aging* 23, 921-939.
- Mendoza, V.M. (2003). Aspectos Psicosociales de las Enfermedades Crónicas en la Vejez, en el Contexto de Pobreza. En Salgado de Snyder, V.N., Wong, R. (Eds.), *Envejeciendo en la Pobreza: Género, Salud y Calidad de Vida*. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 7-30.
- Miettola, J., Niskanene, L.K., Viinamäki, H., Sintonen, H., Kumpusalo, E. (2008). Metabolic syndrome is associated with impaired health-related quality of life: Lapinlahti 2005 study. *Qual Life Res*, 17 (8), 1055-1062.
- Opie, L.H. (2007). Metabolic syndrome. *Circulation*, 115, e32-235. Disponible en: www.circulationaha.org
- Ravaglia, G., Forti, P., Maioli, F., et al. (2006). Metabolic Syndrome. Prevalence and prediction of mortality in elderly individuals. *Diabetes Care*, 29, 2471-2476.
- Roriz, M., Rosset, I., Wada, T., et al. (2007). Stroke-independent association between metabolic syndrome and functional dependence, depression, and low quality of life in elderly community-dwelling Brazilian people. *J Am Geriatr Soc*, 55, 374-382.
- Sahyoun, N.R., Jacques, P.F., Zhang, X.L., Juan, W., McKeown, N.M. (2006). Whole-grain intake is inversely associated with the metabolic syndrome and mortality in older adults. *Am J Clin Nutr*, 83, 124-31.
- Sánchez, M.A., Retana, R., Ruiz, M., Mendoza, V.M. (2004). Antioxidant capacity in relationship to serum lipid peroxides levels in healthy elderly of México city. *Acta Bioquim Clin L*, 38 (2), 193-198.

- Seeman, T.E., McEwen, B.S., Rowe, J.W., Singer, B.H. (2001). Allostatic load as a marker of cumulative biological risk: MacArthur studies of successful aging. *Proc. Natl. Acad. Sci*, 98, 4770-4775.
- Seeman, T.E., Singer, B.H., Riff, C.D., Love, G.D., Levy-Storms, L. (2002). Social relationships, gender, and allostatic load across two age cohorts. *Psychosom Med*, 64, 395-406.
- Stone, N.J. (2004). Focus on lifestyle change and the metabolic syndrome. *Endocrinol Metab Clin N Am*, 33, 493-508.
- Wannamethee, S.G., Shape, A.G., Whincup, P.H. (2006). Modifiable lifestyle factors and the metabolic syndrome in older men: effects of lifestyle changes. *J Am Geriatr Soc*, 54, 1909-1914.
- Whelan, D.M., Roy, R.C. (2006). Diseases of aging that emerge from the metabolic syndrome. *Anesthesiology Clin*, 24, 599-619.

Figura 1. Envejecimiento y sedentarismo como factores de riesgo de síndrome metabólico.

ECV (enfermedades cardiovasculares) DM2 (diabetes mellitus tipo2)



Cuadro 1. Prevalencia de síndrome metabólico SM en ancianos en diferentes regiones*

Estudio	Magnitud	Población	Referencia
Wannamethee et al. (2006) ¹⁰	26% Hombres	3051, Inglaterra	<i>J Am Geriatr Soc</i> (2006) 54, 1909-1914.
Ravaglia et al. (2006) ⁹	20% Hombres 33% Mujeres	981, Italia.	<i>Diabetes Care</i> (2006) 29, 2471-2476.
Cankurtaran, et al. (2006) ⁸	20% Hombres 25% Mujeres	1255, Turquía	<i>Arch Gerontol Geriatr</i> (2006) 42, 35-45
Ford et al. (2004) ⁷	46% Hombres 56% Mujeres	1677, USA (Norteamericanos)	<i>Diabetes Care</i> (2004) 27, 2444-2449.
Ford et al. (2005) ⁶	61% Hombres 74% Mujeres	239, USA (México-Americanos)	<i>Diabetes Care</i> (2005) 28, 2745-2749.
Aguilar-Salinas et al. (2004) ⁵	50% Hombres 52% Mujeres	314, Mexicanos	<i>Arch Med Res</i> (2004) 35, 76-81.

* Acorde con los criterios de la NCEP (ATP III) = National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III.

Cuadro 2. Subdiagnóstico de síndrome metabólico en adultos mayores Mexicanos

AUTOREPORTE	DETECCIÓN SM SANOS		TOTAL n (%)
	n (%)	n (%)	
Sanos	20 (31)	45 (69)	65 (100)
Diabetes/hipertensión	24 (86)	4 (14)	28 (100)
TOTAL	44 (47)	49 (53)	93 (100)

Cuadro 3. Puntaje de las escalas de calidad de vida y depresión por diagnóstico

Variable	Síndrome Metabólico	Sanos
Calidad de Vida	90.5 ± 15	88.7 ± 14
Escala de Depresión	9.6 ± 7	9.9 ± 7

T de student, $p > 0.05$. Los valores corresponden a media ± desviación estándar.

Cuadro 4. Percepción de calidad de vida en ancianos sanos y con SM

Calidad de vida	Síndrome Metabólico	Sanos	Total
Alta	15 (34%)	18 (37%)	33 (36%)
Promedio	27 (61%)	29 (59%)	56 (60%)
Baja	2 (5%)	2 (4%)	4 (4%)
Total	44 (100%)	49(100%)	93(100%)

Ji cuadrada, $p>0.05$

Cuadro 5. Prevalencia de depresión en ancianos con y sin SM

	Síndrome Metabólico	Sano	Total
Con Depresión	19 (43%)	23 (47%)	42 (45%)
Sin Depresión	25 (57%)	26 (53%)	50 (55%)
Total	44 (47%)	49 (53%)	93 (100%)

Ji cuadrada, $p>0.05$

