

Maestría en Gestión de Servicios de Gerontología Trabajo Final de Maestría

Autora: Silvia Lamagni

REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE

Análisis de usuarios del Hospital Municipal de Vicente López

2021

Directora de Tesis: Dra. Yamila Comes

Citar como: Lamagni, S. (2021). *Representaciones sociales sobre envejecimiento activo y saludable: análisis de usuarios del Hospital Municipal de Vicente López.* [Trabajo Final de Maestría, Universidad ISALUD]. RID ISALUD. <http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/477>





Resumen

Este trabajo se inicia al constatar la presencia cada vez más mayoritaria de personas mayores en los consultorios de atención de la salud, tanto públicos como privados. Escuchar las motivaciones, deseos, necesidades y valores de las personas mayores entraña no sólo adentrarse en un territorio inexplorado y novedoso, sino también, un desafío a los propios estereotipos y prejuicios de los investigadores acerca de la edad y el envejecimiento.

Han transcurrido casi cuarenta años desde el Plan de Viena y la 1° Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en 1982 y, sin embargo, no hay pruebas sólidas de que las personas mayores tengan actualmente mejor salud que sus predecesoras a la misma edad. Y aunque se sostiene que la respuesta de los sistemas de salud a la cuestión del envejecimiento está vinculada al abordaje desde el envejecimiento activo y saludable, todavía es escasa la investigación que releva lo que las personas creen y conocen acerca de estos conceptos.

La Década del Envejecimiento Saludable 2021–2030 propuesta por la OMS y la ONU en el año 2020 propone poner en el centro de la escena a las personas mayores, sus voces y sus decisiones y establece como una de las cuatro acciones clave cambiar nuestra forma de pensar, sentir y actuar respecto a la edad y el envejecimiento. Sin embargo, no existe suficiente evidencia sobre la magnitud que tiene el problema de los estereotipos relativos a las personas a medida que envejecen.

El objetivo del presente estudio exploratorio es identificar la posible estructura y contenido de las representaciones sociales de población usuaria del Hospital Municipal de Vicente López, en la provincia de Buenos Aires, en el año 2020, acerca del envejecimiento activo y saludable en donde participaron 101 personas mayores de 18 años. El marco teórico y metodológico que se utilizará es la teoría de las representaciones sociales, específicamente el enfoque estructural. La recolección de los datos se realizará a través de la técnica evocativa libre de palabras con términos inductores relativos al envejecimiento, observaciones en campo y entrevistas en profundidad. Las respuestas obtenidas por medio de la técnica evocativa serán sometidas al análisis prototípico utilizando el software IRAMUTEQ. El corpus del trabajo de campo se comparará con los componentes del envejecimiento saludable y sus dominios tal como son desarrollados en el

documento sobre la “Década”, las categorías de envejecimiento activo que se pueden extraer del Marco Político de Madrid 2002 y los derechos protegidos por la Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Se espera que esta investigación pueda contribuir a nuevas reflexiones sobre las creencias de los sujetos en torno al envejecimiento y la relación entre ellas y las prácticas, de modo de posibilitar un envejecimiento singular y digno para cada uno.

Palabras clave: Envejecimiento - Envejecimiento Activo - Envejecimiento Saludable – Representaciones sociales sobre la vejez - Viejismo

Abstract

This study begins by verifying the increasing presence of older people in health care clinics, both public and private. Listening to the motivations, desires, needs and values of the elderly implies, not only entering an unexplored and new territory, but also a challenge to the researcher's own stereotypes and prejudices against ageing.

Almost forty years have passed since the Vienna Plan and the first World Assembly on Ageing in 1982, yet there is no strong evidence that older people are currently in better health than their predecessors at the same age. And although it is argued that the response of health systems to the question of ageing is linked to the approach from active and healthy ageing, there is still little research that reveals what ordinary people believe and know about these concepts.

The Decade of Healthy Ageing 2021–2030, a proposal endorsed by the WHO and the UN in 2020 proposes to put the focus of the matter on older people, their voices and their decisions as well as all the actors involved in them. It establishes four key actions directed to changing how we think, feel and act towards age and ageing. However, there is not enough evidence about the magnitude of the problem of stereotypes against people as they age.

This exploratory study aimed at identifying the possible structure and content of the social representations of the Vicente López Municipal Hospital user population, in the suburbs of the province of Buenos Aires, in 2020, concerning active and healthy ageing. 101 people over 18 years of age participated in it. The theoretical and methodological framework used will be the



theory of social representations, specifically the structural approach. The word-free evocative technique with stimulus related to ageing, observations and in-depth interviews will be used for data collection. The word-free evocative technique responses will be subjected to the prototypical analysis using the IRAMUTEQ software. The data will be compared with the components of healthy ageing and their domains as developed in the document on the "Decade", the categories of active ageing from the Madrid 2002 Political Framework and the Human Rights of Older Persons recognized by the Inter – American Convention. It is hoped that this research may contribute to new reflections on the beliefs of the people about ageing and the relation between those and the practices, to bring about the possibility of a singular and dignified ageing for anyone.

Key words: Ageing - - Active Ageing - Healthy Ageing - Social representations on ageing - Ageism



Agradecimientos

A las personas mayores que atiendo en el Hospital Municipal de Vicente López y en mi consultorio; a los usuarios de la mencionada institución que conocí en oportunidad de este trabajo, porque sus testimonios fueron un motor para innumerables preguntas: qué desean las personas mayores, qué valoran, por qué deciden como lo hacen.

A mi viejo, por mis preguntas acerca de sus decisiones.

A mis hijos, porque han sido y son la causa de muchos de mis desafíos.

A la Dra. Yamila Comes, por su guía y ayuda.

A la Mg. Marina Tomasotti, por su solvencia académica y su generosidad.



ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. Introducción	
1.1. Presentación	Pág. 6
1.2. Tema/ Problema	Pág. 6
1.3. Contexto.....	Pág. 9
1.4. Relevancia y Justificación	Pág. 14
2. Planteamiento del Problema	
2.1. Formulación del Problema de la Tesis.....	Pág. 18
2.2. Objetivos: General y Específicos.....	Pág. 18
3. Marco Teórico	
3.1. ¿Qué entendemos por envejecimiento?.....	Pág. 20
3.2. Las respuestas de los sistemas de salud al envejecimiento	Pág. 28
3.3. La perspectiva de derechos.....	Pág. 46
3.4. Las formas de pensar respecto al envejecimiento.....	Pág. 55
4. Metodología	
4.1. Tipo de estudio.....	Pág. 66
4.2. Dimensiones.....	Pág. 66
4.3. Población y Unidad de Análisis	Pág. 68
4.4. Fuentes de Información y Técnicas de Recolección de Datos.....	Pág. 69
5. Resultados	Pág. 74
6. Conclusiones	Pág. 93
7. Discusión	Pág. 98
8. Bibliografía	Pág. 115
9. Anexos	Pág. 121

1. Introducción

1.1. Presentación

El presente trabajo de investigación final se desarrolla en el marco de una de las Becas ISALUD 2019 Dr. Mario González Astorquiza titulada “*Evaluación de un objetivo específico del Programa Nacional de Envejecimiento Activo y Salud: análisis de las representaciones sociales sobre envejecimiento activo y saludable en grupos poblacionales urbanos*” bajo la dirección de la Dra. Yamila Comes, en donde se evalúan las representaciones sociales sobre envejecimiento activo y saludable de personas residentes en el Área metropolitana de Buenos Aires. A partir de la participación de la autora en el mencionado proyecto de investigación es que se decidió abordar para el presente trabajo de Maestría, el mismo objeto de estudio, pero focalizado en los usuarios del Hospital Municipal de Vicente López. De esta manera, se logra articular este Trabajo Final de Maestría con un proyecto de investigación financiado por la Secretaría de Ciencia y Tecnología de la Universidad ISALUD.

1.2. Tema/ Problema

La Argentina está atravesando lo que se conoce en demografía como una etapa post transicional: esto es, un proceso de envejecimiento demográfico y alargamiento de la longevidad, transición demográfica pero también epidemiológica, con diferentes duraciones y secuencias, según los sectores socioeconómicos que consideremos, si el ámbito es urbano o rural, o según las distintas regiones del país (Ministerio de Salud Argentino; Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2010).

Este proceso de transición demográfica trae determinadas consecuencias a nivel poblacional: en cuanto a la composición por edades, lo que se denomina envejecimiento de la población, es decir, aumento de la proporción de personas mayores sobre el conjunto de la población. En cuanto al promedio de vida, “envejecimiento dentro del envejecimiento”, es decir, el aumento de esperanza de vida en personas de mayor edad (longevidad) (Ministerio de Salud Argentino; Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2010).



Referido a la transición epidemiológica, se observa una mutación desde la preeminencia de la mortalidad hacia la morbilidad, desde las enfermedades infecciosas transmisibles (estado agudo y transitorio que se resuelve con la curación o la muerte) hacia las enfermedades crónicas no transmisibles, los padecimientos mentales, las lesiones. De este modo, el país se encuentra en proceso de control de la letalidad, mientras se espera que la morbilidad tienda a concentrarse en edades extremas, esto es, al aproximarse a la edad de la esperanza de vida según cada país, que en la Argentina se estima a los ochenta años (Ministerio de Salud Argentino; Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2010).

El envejecimiento de la población y el aumento de personas en edad extrema producen, por un lado, un incremento en la proporción de personas con alguna discapacidad: aumento de enfermedades degenerativas, trastornos metabólicos celulares o disfuncionalidades sensoriales. Y, por otro, se trata de un proceso que trae consecuencias sociales, demográficas y económicas: las enfermedades crónicas son de larga duración con carga creciente, psicológica, social y económica para la persona, las familias, las comunidades y el estado. Pero, además, las mencionadas consecuencias tienen una marcada heterogeneidad entre regiones y sectores sociales, es decir, no alcanzan en forma homogénea el final de la transición. El aplazamiento de la mortalidad no implica necesariamente mejora general en el estado de salud de la población: en algunas regiones hay aún preponderancia de enfermedades infecciosas y tratándose de las crónicas, son más severas y de mayor duración (Ministerio de Salud Argentino; Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2010). Si bien la expectativa de vida global se duplicó desde el año 1900, los beneficios de una vida más prolongada no están distribuidos equitativamente. Para muchas personas mayores puede ser una conquista relativa en virtud de la calidad que tengan esos años de vida adicionales y de cómo estén repartidos entre los diferentes países y dentro de un mismo país (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020). Para un alto porcentaje de estas personas mayores serán más bien largos períodos de enfermedad y deterioro, una prolongada espera de la muerte que lejos está del seguir viviendo (Gutiérrez Robledo & Gutiérrez Ávila, 2010).

Para dar respuesta a la problemática del envejecimiento, el 27 de junio de 2007 el Ministerio de Salud argentino creó el Programa Nacional de Envejecimiento Activo y Salud para los adultos



mayores (ProNEAS) a través de la Resolución Ministerial N° 753 (Infoleg, 2012) cuya misión “busca articular acciones dirigidas a las personas mayores, de cara a establecer un modelo de salud integral que mejore su calidad de vida desde el enfoque del envejecimiento activo y saludable” (Programa Nacional de Envejecimiento Activo y Salud [ProNEAS], 2019), estableciendo como objetivo general del programa el fortalecimiento de la accesibilidad al sistema de salud y el mejoramiento de la calidad de vida de las personas mayores con el enfoque de envejecimiento activo (ProNEAS, 2019).

Mientras tanto, en el partido de Vicente López, en el año 2016, se creó la Dirección de Políticas de Salud para las personas mayores. En el documento “Diagnóstico Basal” del año 2019 puede leerse que la misión de la citada Dirección municipal es:

...”Que las personas mayores de Vicente López ejerzan efectivamente sus derechos, con dignidad, autonomía e inclusión social, en el marco de una política que priorice el envejecimiento saludable”... (Municipalidad de Vicente López, 2019, p. 7)

Ese mismo año, se creó el servicio de Geriátría en el Hospital Municipal; en 2019, se llevó a cabo la remodelación del Hospital Geriátrico Municipal con capacidad para 80 camas y la conformación de un Centro de día con capacidad para 60 personas, con dependencia leve, para la realización de actividades que fomenten la capacidad funcional (Municipalidad de Vicente López, 2019).

En ese sentido, el presente trabajo buscará analizar las representaciones sociales que existen sobre envejecimiento activo y saludable en los usuarios del Hospital de Vicente López. Se tratará de un estudio exploratorio cuyo objetivo es analizar el tipo de conocimiento compartido sobre el tema y cómo se construye simbólicamente la idea de envejecimiento activo y saludable. La idea es estudiar si este conocimiento compartido coincide con la propuesta conceptual delimitada por el marco internacional y adoptada por el programa nacional y la Dirección de Políticas de Salud para las personas mayores del Municipio de Vicente López. No se han encontrado hasta la fecha investigaciones que vinculen la teoría de las representaciones sociales con los conceptos mencionados.



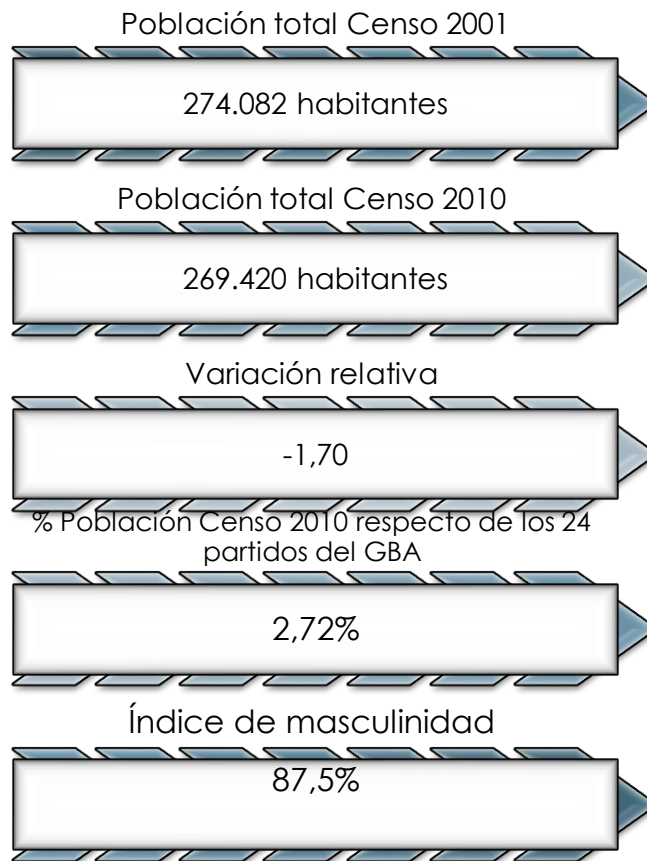
1.3. Contexto

La población estudiada, correspondiente a diversos grupos etarios, todos mayores de 18 años, concurrió a los consultorios externos y guardias del Hospital Municipal de Vicente López, Prof. Dr. B. Houssay, ubicado en la localidad de Florida, durante los meses de junio y julio del año 2020.

El partido de Vicente López es un municipio urbano, uno de los 135 que conforman la provincia de Buenos Aires, ubicado en la región norte del área metropolitana de Buenos Aires. Limita al sur con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; al oeste, con el partido de General San Martín; al norte, con el partido de San Isidro y al este, con el Río de la Plata. Está integrado por nueve localidades, a saber: Carapachay, Villa Martelli, Munro, Florida Oeste, Villa Adelina, Florida, La Lucila, Olivos y Vicente López y está atravesado por tres vías de acceso a la Ciudad de Buenos Aires y el resto del país: las avenidas Maipú y del Libertador, y la autopista Pascual Palazzo perteneciente a la carretera Panamericana (Municipalidad de Vicente López, 2019).

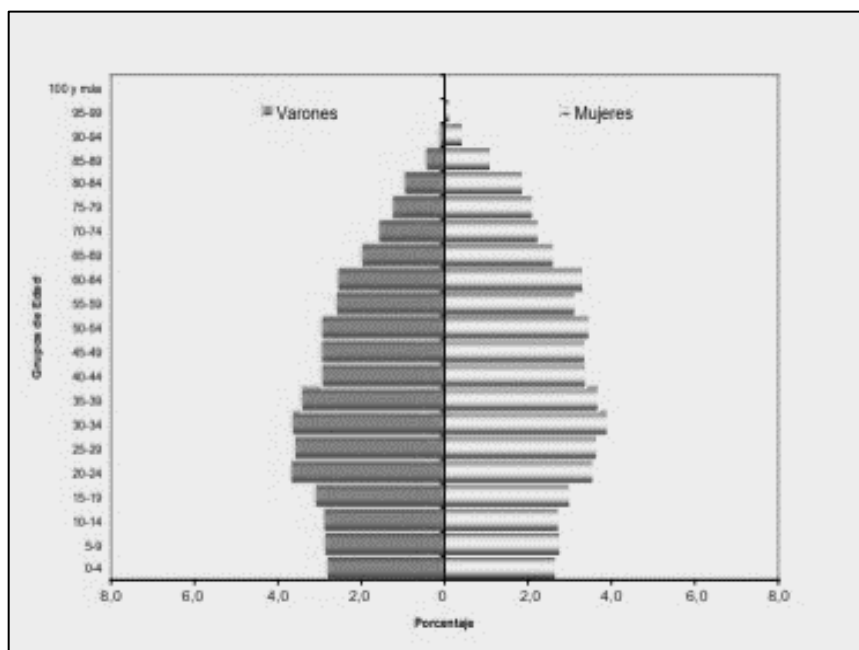
Algunos datos demográficos de la población de referencia de este trabajo:

Datos de población Partido de Vicente López, censos 2001 y 2010



Fuente: Elaboración propia en base a PROGRAMA DE ESTUDIOS DEL CONURBANO. ATLAS DEL CONURBANO BONAERENSE, 2016

Pirámide poblacional



Fuente: Diagnóstico basal (p. 5), Municipalidad de Vicente López, 2019

Datos de población Partido de Vicente López, de 60 años y más, totales y por sexo

EDAD	POBLACION TOTAL		VARONES		MUJERES	
		%		%		%
	269420		125792	46,69%	143628	53,31%
60 a 64 años	15896		6941	43,67%	8955	56,33%
65 a 69 años	12450		5390	43,29%	7060	56,71%
70 a 74 años	10370		4294	41,41%	6076	58,59%
75 a 79 años	9127		3410	37,36%	5717	62,64%
80 a 84 años	7704		2632	34,16%	5072	65,84%
85 a 89 años	4220		1252	29,67%	2968	70,33%
90 a 94 años	1532		358	23,37%	1174	76,63%
95 a 99 años	426		67	15,73%	359	84,27%
100 y más	48		7	14,58%	47	97,92%
Totales personas mayores	61773	22,93%	24351	39,42%	37428	60,59%

Fuente: Elaboración propia en base a Diagnóstico basal Municipalidad de Vicente López, 2019

Indicadores de educación

Población de 10 años o más

- 239.311 habitantes

Tasa de analfabetismo

- 0,0042

Sabe leer y escribir

- 238.302 habitantes (99,6%)

No sabe leer ni escribir

- 1.009 habitantes (0,4%)

Fuente: Elaboración propia en base a PROGRAMA DE ESTUDIOS DEL CONURBANO. ATLAS DEL CONURBANO BONAERENSE, 2016

El Hospital Municipal tiene como misión ofrecer servicios de salud de diversas especialidades médicas, de diagnóstico y tratamiento, de alta calidad, a la población del partido de Vicente López. Cuenta con médicos especialistas que atienden con turno previo en consultorio, servicio de imágenes y laboratorio, vacunatorio, abordaje integral en diversidad sexual, oficina de atención al vecino y orientación a personas mayores y desarrolla sus tareas de lunes a lunes, con guardias de 24 horas, todos los días del año.¹

Según datos del año 2016, se atendieron 140.000 pacientes.² En ese mismo año, el Intendente Jorge Macri firmó una carta compromiso manifestando la iniciativa del gobierno municipal de formar parte de la Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores. Desde marzo de ese año se fueron realizando reuniones con la participación de diferentes actores vinculados a la temática del envejecimiento, tanto de la órbita de la gestión municipal (Secretarías de Salud y Desarrollo Humano, Hospital Geriátrico, Centro Recreativo de Adultos Mayores Activos, Concejo Deliberante) como miembros de organizaciones de la

¹ Para más información véase: <https://www.vicentelopez.gov.ar/salud-categoria/hospital-municipal-bernardo-houssay>

² Para más información véase: <https://www.vicentelopez.opendata.juniar.com>

sociedad civil (centros de jubilados, voluntarios, Parlamento de la Tercera Edad, entre otros) y la Defensoría del Pueblo de Vicente López. El objetivo de dichas convocatorias fue la evaluación de la ciudad en términos de amigabilidad con las personas mayores y el involucramiento de éstas en el mismo proyecto. Según consta en el mencionado documento “Diagnóstico Basal”, dicho análisis se basó en 8 áreas: “espacios al aire libre y edificios, transporte, vivienda, respeto e inclusión social, participación social, comunicación e información, trabajo y participación ciudadana, servicio social y de la salud” (Municipalidad de Vicente López, 2019, p.25). De las 300 personas que respondieron a los cuestionarios autoadministrados y anónimos, un 96% fueron personas mayores (71,09% mujeres y 28,91% varones) pertenecientes a diferentes centros de jubilados y participantes de una actividad grupal realizada en la Delegación Municipal Florida Central. El diagnóstico se completó con el trabajo en grupos focales en los que participaron personas mayores con diferentes niveles de dependencia, profesionales, voluntarios y cuidadores (Municipalidad de Vicente López, 2019). Los grupos focales son técnicas de investigación cualitativa que proporcionan información a través de la interacción entre los participantes de los mismos a partir de determinados ejes temáticos sobre los cuales se opina y discute, con la presencia de un moderador (Prieto Rodríguez & March Cerdá, 2002).

Los principales hallazgos de estos estudios referidos a la identificación de fortalezas y debilidades de la ciudad en cuanto al favorecimiento de la calidad de vida de las personas mayores estuvieron vinculados a:

	SALUD	PARTICIPACIÓN SOCIAL	SEGURIDAD
FORTALEZAS	Higiene urbana Oferta servicios de salud y sociales Espacios verdes	Programación cultural Transporte público Redes y apoyo social Centros de jubilados Variedad de oferta para el tiempo libre Respeto e inclusión social	Tránsito y señales Iluminación Vigilancia
DEBILIDADES	Ruido ambiental Falta de información acerca del servicio de geriatría del Hospital Geriátrico	Falta de estacionamientos preferenciales y accesibles	Estado de calles y veredas Falta de lugares para descanso Peligro de robos

		Instancias de participación ciudadana Uso insuficiente del Centro Recreativo de Adultos Mayores Activos Uso de internet	Sitios inseguros Baños públicos insuficientes y poco accesibles Edificios públicos con algunas deficiencias en cuanto a seguridad
--	--	---	---

Fuente: Elaboración propia en base a Municipalidad de Vicente López, Diagnóstico Basal (2019)

Los resultados obtenidos en los grupos focales agregan a lo ya dicho, entre los aspectos positivos, la existencia del bus municipal gratuito llamado “del bicentenario”, los dispositivos de seguridad como cámaras, “puntos seguros” (puestos con botones de alarma que contactan con el Centro de Monitoreo Urbano), línea 109 para emergencias; la existencia de dos centros de día que albergan personas mayores autoválidas o con dependencia leve que requieren contención por estar expuestas a mayor vulnerabilidad por aislamiento o soledad, aunque se desconoce en gran parte la existencia de este recurso. En cuanto a la participación social, se destaca la oferta de cursos y talleres gratuitos referidos a la salud, como estimulación cognitiva, hábitos saludables, prevención de caídas; artes y oficios, como teatro, radio, escritura, huerta, cerámica, entre otros; aprendizaje digital e idiomas. Por último, en lo referente al trabajo y voluntariado, la jubilación es vivida por las mujeres como una etapa liberadora, mientras los hombres la experimentan como un tiempo de mayor vulnerabilidad; el cuidado de los nietos es sentido como producto de una elección, aunque algunas personas mayores manifiestan no tener opción dada la situación de sus hijos. Para quienes lo desean, se puede sostener la continuidad laboral bajo el régimen de monotributo, aunque no existe prácticamente oferta para quienes buscan trabajo; lo mismo sucede con el voluntariado que ofrece la posibilidad de concretar proyectos pendientes pero son pocas las opciones, entre ellas la Asociación de Pacientes Oncológicos de Vicente López (APOVILO) y las Damas Rosadas (Municipalidad de Vicente López, 2019).

1.4. Relevancia y Justificación

Han transcurrido casi cuarenta años desde la 1ª Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (26 julio al 6 de agosto de 1982, Viena, Austria) que produjo el primer documento internacional



sobre el tema envejecimiento conocido como el Plan de Viena. Sin embargo, no existen pruebas sólidas de que las personas mayores tengan actualmente mejor salud que sus predecesoras a su misma edad. Se considera que el envejecimiento activo y saludable demanda una respuesta integral y apropiada por parte de las instituciones públicas, pero no se ha debatido de forma acabada sobre lo que eso significa. Y más aún, mayormente se desconocen cuáles son las estrategias que han dado resultados óptimos. Estudios realizados a nivel mundial referidos a más de 130 países dan cuenta de que en las políticas públicas la cuestión de la transición demográfica no tiene demasiada prioridad (OMS, 2015).

Respecto al desarrollo de investigaciones sobre el envejecimiento, sólo el 2,4% de todas las publicaciones científicas que vieron la luz en el año 2015 estuvieron referidas a esta temática y, de ese porcentaje, más del 90% abordan aspectos relacionados con lo biológico y la medicina (De Miguel Antón, José Luis; Fernández Nuevo, José Luis; Parapar Barrera, Clara; Ruiz Yaniz, 2016).

No se han encontrado hasta la fecha investigaciones que vinculen la teoría de las representaciones sociales con los conceptos mencionados. Un abordaje de salud pública del envejecimiento de la población que sea integral implica la transformación de sistemas que ya no están respondiendo a las características de las poblaciones que atienden. Para cumplir este objetivo, será necesario conocer más sobre la salud de las personas y a través de qué medios mejorarla, además de integrar otros ámbitos de la vida de las personas mayores, ya que en ella influyen, no sólo los sistemas sanitarios, sino también los cuidados a largo plazo y los entornos en los que viven (OMS, 2015). En este sentido, ha podido verse cómo la pandemia COVID-19 ha afectado desproporcionadamente a las personas mayores, sobre todo a aquellas con enfermedades no transmisibles o residentes de instituciones de larga estadía (OMS, 2020).

En el marco de un nuevo plan de acción de Naciones Unidas referido a esta temática llamado “Década del Envejecimiento Saludable 2021 – 2030”, avalado por 194 estados miembros de la Organización Mundial de la Salud en agosto de 2020 y la Asamblea General de Naciones Unidas en diciembre del mismo año, se propuso una estrategia global con el objetivo de desarrollar la



vida de las personas mayores, sus familias y comunidades. Un eje central de dicha estrategia son las experiencias, opiniones y valores de las mismas personas mayores (OMS, 2020).

Cuatro acciones centrales definen la denominada “Estrategia de la Década”: el cambio en la forma en la que pensamos, sentimos y actuamos respecto a la edad y el envejecimiento; el fomento de habilidades de las personas mayores en sus mismas comunidades; la gestión de la atención primaria, con cuidados integrados e integrales enfocados en dar respuestas a las necesidades de las personas mayores y, finalmente, la provisión de cuidados a largo plazo para quienes los necesiten (OMS, 2020).

Para dar cumplimiento a las mencionadas acciones se requiere la participación de las propias personas mayores desde el inicio del proceso; éste demanda el desarrollo de investigaciones dado que el vacío académico y la falta de datos acerca del envejecimiento saludable y de lo que las personas mayores valoran y necesitan respecto a él, incrementa su invisibilidad. Estas investigaciones aportarían las evidencias necesarias para que las acciones estén en consonancia con las expectativas y necesidades de los mayores, para lo cual es necesario avanzar en innovación en cuanto a la recolección, análisis y uso de los datos y en su estandarización para poder medir el envejecimiento saludable y monitorear las políticas y programas (OMS, 2020). La generación de conocimiento estratégico en relación con los distintos aspectos del envejecimiento, tanto individual como de las poblaciones, es esencial para avanzar en el desarrollo de políticas públicas basadas en evidencias sólidas (De Miguel Antón et al., 2016).

Un segundo eje de la relevancia de este estudio está referido a una de las acciones prioritarias del Plan de Acción de la Década en particular: cambiar las formas de pensar, sentir y actuar respecto al envejecimiento. Muchas de ellas constituyen actitudes negativas hacia las personas mayores, están ampliamente difundidas en muchas sociedades y rara vez cuestionadas ya que aparecen naturalizadas (OMS, 2020). En mayo de 2016, los estados miembros de la OMS fueron convocados por la Dirección General de este organismo para diseñar una campaña global para combatir las actitudes negativas, para lo cual se consideró imprescindible no sólo enfocarse en las leyes, instituciones y políticas, sino en las actitudes, estereotipos y comportamientos respecto a la edad y el envejecimiento, tanto a nivel individual como social. Nuevamente, aparece el requisito de la



evidencia que permita entender la naturaleza del problema, qué acciones deben implementarse y a qué población dirigir las. Se considera que hasta el momento no existe un volumen considerable de datos acerca de la magnitud, los determinantes y las consecuencias de dichas actitudes negativas a nivel global (Officer & de la Fuente-Núñez, 2018).

Un tercer eje que justifica estudios como el que aquí se presenta, que indaguen las creencias y conocimientos compartidos respecto al envejecimiento, desde la adultez joven en adelante, está referido al envejecimiento saludable como un proceso dinámico. Si se aborda el mismo desde la perspectiva del curso de vida, puede señalarse que factores biológicos, socioeconómicos y ambientales ocurridos en tempranos tiempos del desarrollo y durante momentos cruciales del mismo, tienen influencia determinante en el modo en el que se envejece. Y más aún, cualquier cambio saludable en los hábitos individuales y en los ambientes en los que se desarrolla la vida, producirá influencias favorables a cualquier edad. Desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, puede señalarse el impacto que tiene la acumulación de desigualdades económicas y sociales sobre diferentes trayectorias del curso vital. La transmisión intergeneracional de inequidades en salud puede influir en forma decisiva en el envejecimiento saludable desde el mismo nacimiento. Finalmente, las políticas que operan en ámbitos como la educación y la actividad física pueden optimizar las mencionadas trayectorias, influyendo positivamente en los determinantes señalados (OMS, 2020).

2. Planteamiento del Problema

2.1 Formulación del Problema de la Tesis

Tal como se mencionó anteriormente, el Programa Nacional de Envejecimiento y Salud se propone lograr su objetivo a través del enfoque del envejecimiento activo, mientras que la Dirección de Políticas de Salud para las personas mayores del partido de Vicente López hace lo propio priorizando el envejecimiento saludable.

Es a partir de este objetivo de gestión municipal que surgen los siguientes interrogantes a los cuales el trabajo buscará dar respuesta: ¿Qué se entiende por envejecimiento activo? ¿Y por envejecimiento saludable? ¿Cuáles son las creencias, opiniones y conocimientos en la población respecto a estos conceptos? ¿Cuál es la brecha existente entre las creencias de la población estudiada y el marco internacional adoptado por el Programa Nacional de Envejecimiento y Salud y la Dirección de Políticas de Salud municipal?

2.2 Objetivos: General y Específicos

Objetivo general:

Evaluar las representaciones sociales de envejecimiento activo y saludable en grupos poblacionales específicos urbanos que concurren al Hospital Municipal de Vicente López, Prof. Dr. Bernardo Houssay en el año 2020.

Objetivos específicos:

1. Detallar el perfil social y demográfico de la población seleccionada.
2. Describir las representaciones sociales sobre envejecimiento activo y envejecimiento saludable en grupos poblacionales usuarios del Hospital Municipal de Vicente López.
3. Comparar las representaciones sociales sobre envejecimiento activo y envejecimiento saludable de grupos poblacionales urbanos con la perspectiva teórica sostenida por el marco internacional y adoptada por el Programa Nacional de Envejecimiento Activo y



Salud (ProNEAS) y la Dirección de Políticas de Salud para las personas mayores del Municipio de Vicente López.

3. Marco Teórico

En este capítulo se desarrollarán los principales conceptos y definiciones en torno al proceso de envejecimiento poblacional y del sujeto humano y el modelo de abordaje propuesto por los documentos internacionales para nuestro objeto de estudio: envejecimiento activo y envejecimiento saludable. Se analizará también cómo el mantenimiento y mejoría de las capacidades intrínseca y funcional, objetivos del envejecimiento activo y saludable, no dependen sólo del estado de salud. En tal sentido, se buscará dar cuenta de cómo determinantes culturales como las actitudes negativas respecto de la edad y la matriz de desigualdades en América Latina generan y refuerzan los circuitos de exclusión y autoexclusión, influyendo en la salud y el bienestar de las personas mayores. Finalmente, se expondrán diferentes formas de pensar respecto a la vejez, basándonos fundamentalmente en la propuesta de la Teoría de las Representaciones Sociales en su enfoque estructural (Abric, 2001) como modelo de análisis marco propuesto para el presente trabajo.

3.1. *¿Qué entendemos por envejecimiento?*

Estamos envejeciendo. Y si bien esto es un hecho desde el mismo momento de la concepción, intentaremos definir qué se dice cuando se habla de “envejecimiento”.

¿Se refiere a la duración de la vida humana? Considerado un fenómeno biológico, puede decirse que afecta a los seres vivos multicelulares y que consiste en un deterioro gradual y continuo en las funciones fisiológicas debido a un mecanismo común. La teoría más aceptada en relación a este mecanismo de uso – desgaste es la de los radicales libres, que se generan como producto de la respiración y se acumulan como moléculas tóxicas que llevan al envejecimiento (Boveris, 2004). El límite máximo de la longevidad humana se situaría en los 115 años, según investigadores de la facultad de Medicina Albert Einstein, de Nueva York, aunque ha habido eventos atípicos como Jeanne Calment que murió a los 122 años en 1997 (Zimmer, 2018).

¿Se habla de la demografía? Efectivamente, aquella afirmación puede sostenerse tanto para los individuos como para las poblaciones y significa, a nivel individual, el aumento de la esperanza

de vida al nacer y a nivel poblacional, el aumento del número y proporción de personas mayores respecto al total de la población (Leeson, 2013).

Desde la aparición de poblaciones al sur de África, hace 200.000 años, de las cuales se supone los seres humanos modernos procedemos (Alcalde, 2019) hasta el año 1960, en que las Naciones Unidas comenzaron a recolectar datos demográficos a nivel global, la esperanza de vida al nacer había llegado aproximadamente a los 52 años. En sólo 60 años, para el año 2019, ese valor ya ascendía a los 72,74 años (Ruggeri, 2018) y se espera llegar a los 76 años a mediados del presente siglo (Leeson, 2013). La esperanza de vida al nacer “representa la duración media de la vida de los individuos que integran una hipotética cohorte de nacimientos y que están sometidos en todas las edades a los riesgos de mortalidad del período en estudio” (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2019, p.73).

A nivel poblacional, según datos de la Organización de Naciones Unidas del año 2010, la proporción de personas de más de 60 años aumentó del 8 % en la primera mitad del siglo XX al 11%, estimándose un 22% para el año 2050, es decir, 2 billones de personas (como es citado en Leeson, 2013).

Las teorías gerontológicas que se desarrollan sobre todo en la segunda mitad del siglo XX intentan respuestas a esta cuestión desde dos modelos: aquellos mecanicistas y organicistas, con hincapié en la biologización del envejecimiento y sus consecuencias en términos de deterioro y los ideales que, como contrapartida, plantean los determinantes del envejecimiento óptimo y exitoso. Ambas corrientes tienen en común el eje de la linealidad predeterminada del tiempo que lleva a ciclos en la vida, causados por el deterioro biológico, en un caso, y por determinantes sociales y culturales por el otro. A finales del siglo XX, la consideración del paso del tiempo en una historia y una biografía, da lugar a teorías que enfocan al envejecimiento como proceso: la imbricación de múltiples influencias biológicas, socio-culturales y psicológicas, en una particular biografía y la conformación de múltiples maneras de envejecer y el sujeto que envejece, un objeto de estudio complejo (Zarebski, 2016).

Dada la polisemia del término que se analiza, las investigadoras Alvarado García, Alejandra M. & Salazar Maya (2014) utilizan una metodología propuesta por Walker y Avant, basada en el

método original de Wilson, consistente en analizar el concepto de envejecimiento a través de una estrategia que examina las características que lo definen y sus atributos, permitiendo decidir qué fenómenos constituyen un ejemplo de aquél y cuáles no. Algunas de las conclusiones a las que arriban son: se trata de un proceso, irreversible, inherente a la vida del ser humano, que constituye una experiencia única si bien es universal, aunque también está atravesado por las connotaciones de cada cultura y que produce cambios de orden físico, social y psicológico. Las autoras postulan, además, que se trata de un problema de salud pública, que afecta a toda la población mundial.

Por todo lo expuesto, puede sostenerse siguiendo a Rodríguez Zoya (2020) que el envejecimiento es un “problema complejo”. La exploración de esta afirmación implica, en principio, un viraje desde la noción de problema al de problematización, que constituye un proceso por el cual se construye un problema para alguien, basado en la relación entre un sujeto que realiza la acción de problematizar, que ubica a un objeto como problematizado y que establece a aquel como problema. El proceso de problematización involucra a la vez tres procesos diferentes: de pensamiento, de discurso y de acción que determinan que, para hacer frente a la situación o fenómeno problematizado, se desarrollen posiciones éticas y políticas, prácticas y discursos. Esto significa, a su vez, que se producirán procesos de subjetivación, el surgimiento de nuevos sujetos en virtud de la asunción de nuevas posiciones. El telón de fondo es el sistema de pensamiento, que define lo que en cada momento histórico se puede plantear como problema y las respuestas que se pueden encontrar. Las características que definen a un problema como complejo están dadas por la presencia de múltiples actores sociales con puntos de vista heterogéneos; la multidimensionalidad del mismo en tanto involucra conocimientos, valores y prácticas y, finalmente, un entramado entre el pasado de la situación problemática, su presente y cómo construir su futuro (Rodríguez Zoya, L. & Rodríguez Zoya, P., 2019).

El abordaje del envejecimiento como problema complejo implica desafíos para la ciencia en tanto no puede curar las enfermedades crónicas y aún persisten las transmisibles y para la política, que no cuenta con conocimientos y estrategias para gestionar problemas complejos para toda la población. Rodríguez Zoya (2020) sostiene que la política transita por el camino de tomar la salud de la población, considerada como especie biológica, como un objeto de gobierno, lo que produce dos consecuencias: por un lado, una “acción masificante dirigida al cuerpo especie de la

población” y, por otro, la incidencia en los procesos de subjetivación ya que exige que los individuos se autogobiernen y modifiquen sus hábitos.

En los próximos apartados, se profundizará en algunas de las perspectivas de abordaje del concepto en cuestión.

El envejecimiento de la población mundial

La población mundial está envejeciendo: en todas las poblaciones aumentan en forma progresiva tanto el número absoluto como la proporción de personas mayores y es el resultado de lo que se conoce como transición demográfica, esto es, el pasaje de niveles altos y estables de fecundidad y mortalidad al inicio del proceso, a niveles bajos y estables en ambos, al finalizar la misma (Redondo, 2008). Se estima que para el año 2050 habrá muchos países en el mundo que cuenten con un 30% de personas mayores en sus poblaciones. Y no es solamente la cantidad, sino que además el ritmo de envejecimiento es también mucho más acelerado en muchos países de lo que lo ha sido en otros tiempos (OMS, 2015). Si observamos el envejecimiento de las poblaciones del continente europeo, veremos que duró aproximadamente 150 años, permitiéndole a las sociedades y gobiernos gestionar infraestructura de diferente índole para dar respuestas a su población envejecida. En otras regiones del mundo, dicha transición es no sólo más compleja en términos de magnitud sino de velocidad. En América Latina y el Caribe, la población no sólo está envejeciendo sino también aumentando y urbanizándose, lo que genera una gran presión sobre los servicios públicos, vivienda, empleo, educación, transporte. A mediados del siglo XX, había descendido la mortalidad, pero los niveles de fecundidad se mantenían relativamente altos (en promedio, 6 nacidos vivos por mujer). En treinta años, estos últimos bajaron a la mitad, mientras la población seguía aumentando (se duplicó en esos mismos treinta años), en parte, debido a la disminución de la mortalidad. En el año 2010, los niveles de fecundidad seguían disminuyendo (a razón de 2 nacidos vivos por mujer), mientras la población de la región seguía aumentando (590 millones) con un 80% residiendo en zonas urbanas. Para el año 2050 se estiman 750 millones de habitantes en la región (Leeson, 2013).

Durante la mayor parte del siglo XX, América Latina y el Caribe tuvieron poblaciones jóvenes. Se consideran de este modo, aquellas con menos del 4% de personas mayores sobre el total;

poblaciones maduras, las que cuentan con un porcentaje entre 4 y 6, y las envejecidas, las que superan el 7% (Redondo, 2008). Recién en los años ´80, la proporción de personas de menos de 15 años en el total de la población cayó por debajo del 40%, llegando en 2010 a menos del 30% y la proporción de personas mayores al 7%, cuando había estado en el 5% la mayor parte del siglo. Las proyecciones para los próximos 40 años estiman una aceleración del envejecimiento poblacional en el continente: sólo Guatemala tendría menos del 10% de personas mayores, mientras que, por ejemplo, Cuba llegaría al 31,9%, Brasil, 22,5% y México, 19,9% (Leeson, 2013).

La transición epidemiológica, por su parte, se refiere a los cambios en las condiciones de salud y enfermedad de una población determinada, que determinan diferentes frecuencias, magnitudes y distribuciones de enfermedad, muerte e invalidez (Frenk, Lozano Ascencio, & Bobadilla, 1994).

Las principales causas de muerte en la vejez son las enfermedades no transmisibles, debido fundamentalmente al desarrollo socioeconómico. Sin embargo, en los países de ingresos bajos y medianos las enfermedades transmisibles siguen produciendo enfermedad y fallecimiento en los adultos mayores, sumándose a la situación mencionada en primer lugar.

Según datos del Proyecto Carga Mundial en las personas mayores encontramos:

Proyecto Carga Mundial OMS	Patrones de mortalidad	Causas de discapacidad
	Cardiopatía isquémica	Deficiencias sensoriales
	Enfermedad obstructiva crónica	Enfermedad obstructiva crónica
	Accidentes cerebrovasculares	Dolor de espalda y cuello
		Caídas y artrosis
		Diabetes
		Trastornos depresivos
		Demencia

Fuente: Elaboración propia según datos de la OMS (2015)

Como puede observarse, independientemente del país en el que se viva, los patrones de morbimortalidad en la vejez están referidos mayormente a las enfermedades no transmisibles.



El envejecimiento poblacional en la Argentina

Argentina se halla en un proceso de envejecimiento con un ritmo moderado debido a que, por un lado y, al menos hasta lo registrado en el año 2010, la tasa global de fecundidad seguía siendo 2,41 hijos por mujer, valor que se mantenía estable y permitía el reemplazo generacional. Por otro lado, el grupo de personas de 80 años y más es el que registra el mayor crecimiento relativo en la población argentina, como consecuencia de la disminución de la mortalidad en las personas de mayor edad (Ministerio de Salud Argentino; Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2010).

Respecto de la carga de enfermedad, se considera que el país ha ingresado en una segunda transición epidemiológica desde fines del siglo XX y primeras décadas del siglo XXI ya que ha venido disminuyendo la mortalidad producida por enfermedades cardio y cerebro-vasculares, mientras que el cáncer se ha mantenido estable o ha aumentado levemente, a la vez que se incrementó la esperanza de vida para las personas de 60, 70 y 80 años, fundamentalmente mujeres (Ministerio de Salud Argentino; Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2010).

Como en otros países de desarrollo económico intermedio o bajo, en la Argentina las transiciones demográfica y epidemiológica registraron diferentes duraciones y secuencias según sectores socioeconómicos, en el ámbito urbano o en el rural, así como en las regiones geográficas que conforman el territorio nacional, siguiendo de alguna manera el patrón de la transición epidemiológica prolongada polarizada observada por Frenk et al. (1989) en países latinoamericanos. (Ministerio de Salud Argentino; Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2010, p.13). Esto trae como consecuencia que los años agregados en promedio a la vida de la población en nuestro país no ha resultado en situaciones de salud homólogas. Los países con ingreso medio como el nuestro llevan a cabo modelos de desarrollo económico marcados por profundas desigualdades sociales que determinan una gran variedad de condiciones de vida y, por lo tanto, no alcanzan el final de la transición al mismo tiempo (Ministerio de Salud Argentino; Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2010).

Los niveles de mortalidad han disminuido en todo el territorio nacional pero el análisis se vuelve mucho más complejo si observamos las causas de muerte: han aumentado las enfermedades

degenerativas, como se menciona más arriba, pero persisten las enfermedades infecciosas, coincidentes, a la vez, con los deficitarios sistemas de salud en las zonas menos favorecidas. Como extremos de la mencionada polarización podemos mencionar a las provincias de la región centro-litoral (a la que pertenece el partido de Vicente López) y particularmente CABA, donde se registra la mayor esperanza de vida saludable y la menor cantidad de años esperados de vida con limitaciones permanentes, en todos los grados de severidad y en todos los tipos. Cabe señalar que el concepto de esperanza de vida saludable (o esperanza de vida libre de discapacidad o de limitaciones permanentes) se refiere a los años que, en promedio y dadas tasas constantes de mortalidad, enfermedades crónicas y discapacidades, espera vivir una persona en un tiempo, edad y población determinada, sin enfermedad o con presencia no significativa de patología o limitación (Ministerio de Salud Argentino; Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2010).

En el extremo opuesto, se encuentran las provincias del Noreste y Noroeste argentinos: en las primeras se presenta la mayor cantidad de años esperados de vida con limitaciones permanentes de distinto grado de severidad; en las segundas, las menores esperanzas de vida saludables. Por último, podemos referirnos al impacto diferencial de la discapacidad sobre la esperanza de vida total según el género, lo que muestra que las mujeres esperan vivir más años libres de discapacidad que los hombres, pero con mayor carga de discapacidad (Ministerio de Salud Argentino; Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2010).

El fenómeno del envejecimiento biológico del ser humano

Se entiende por “envejecimiento” el conjunto de daños moleculares y celulares que van generando una disminución gradual de las reservas fisiológicas, con las consecuentes pérdidas en la capacidad general del individuo, aumento de riesgos de enfermedades y más tarde, la muerte. Sin embargo, estos procesos no son uniformes ni siguen una línea, ni tampoco están exclusivamente vinculados a la edad de la persona; muchos de ellos responden a mecanismos aleatorios, con fuerte influencia del entorno y los hábitos y comportamientos. Además, a los mencionados cambios biológicos, se agregan aquellos referidos a los roles y posiciones sociales, los objetivos de vida y los duelos, por mencionar solamente algunos. Se considera que gran parte

de las posibilidades y recursos de los que podremos disponer a medida que envejecamos dependerá de la salud (OMS, 2015).

Aunque el envejecimiento se considera poco vinculado a la edad cronológica, se considera persona mayor a todo sujeto que tiene 60 años o más. Dentro de este grupo etario, existe una gran heterogeneidad, no existe un perfil único de persona mayor. Se vincula esas diferencias a sucesos que han ocurrido a lo largo del curso de vida, muchos de ellos susceptibles de ser modificados (OMS, 2015). Este conjunto de influencias, a las que, si bien no se puede atribuir causalidad directa, sí existe evidencia empírica de que funcionan en forma individual o en interacción, como buenos predictores del envejecimiento saludable y con calidad, se los conoce como “determinantes”. Estos determinantes intervienen tanto a nivel de las personas, como de las familias y las naciones y su influencia se debe considerar en relación con el curso vital: hay momentos propicios para optimizar la salud, la participación y la seguridad, en cada etapa de la vida (OMS, 2002).

Existen dos determinantes que funcionan de modo transversal, influyendo sobre todos los demás determinantes del envejecimiento: en principio, la cultura. Se abordará este concepto desde una propuesta teórica presentada por Cadenas (2014) dentro del marco de las teorías sociales y la perspectiva de los sistemas sociales. Este autor entiende a la cultura como una estrategia específica que adopta la comunicación en sociedad; un “medio” que ofrece una batería de sentidos disponibles para las interacciones, un conjunto de parámetros para el proceso de toma de decisiones de las organizaciones, aquello sobre lo cual no se puede decidir o es imposible de hacerlo en las mismas; un modo de vinculación con la sociedad en tanto determina qué se recuerda y qué se olvida. El concepto incluye, además, un plano transversal a los anteriores, que es el de la figura de “el observador”, en tanto la cultura ofrece una forma de observar y unas pautas de comparación con otras. Para este autor, la cultura como estrategia comunicacional tiene particular desarrollo en los grupos como sistema social.

Relativo al envejecimiento, la cultura refiere al modo en que consideramos a las personas mayores, al proceso de envejecimiento, a la salud y sus cuidados; la perspectiva desde la cual pensamos dichos conceptos (OMS, 2002).

Luego tenemos el género como determinante transversal. Butler (1999) lo define como una “estilización repetida del cuerpo”, una construcción a través de acciones que se repiten dentro de determinadas producciones de discurso que posibilitan su intervención y resignificación continua, hasta aparentemente coagular en una sustancia; algunas formas de la misma parecen relacionarse con la naturaleza del ser y así establecen su hegemonía y la sostienen. De las configuraciones culturales del género, que parecieran estar en la naturaleza de las cosas, se derivan, por ejemplo, en relación con las mujeres, su papel de cuidadoras, la situación de los hombres jóvenes y adultos, más propensos a la violencia, suicidio, accidentes (OMS, 2002).

3.2 Las respuestas de los sistemas de salud al envejecimiento

Durante el siglo XX la humanidad ha visto aumentada su esperanza de vida sin precedentes. El envejecimiento activo y saludable como modo de abordaje de las poblaciones envejecidas propuesto por la Organización Mundial de la Salud implica un gran desafío para la sociedad ya que influye en la vida de las personas, en los costos de los sistemas de protección social y sanitarios, entre otros aspectos y se considera como el fenómeno que más fuertemente va a condicionar el curso de nuestra sociedad (De Miguel Antón et al., 2016).

Han transcurrido casi cuarenta años desde el “Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento”, 1º Asamblea Mundial sobre el envejecimiento (26 julio al 6 agosto 1982, Austria). Sin embargo, no existen pruebas sólidas de que las personas mayores tengan actualmente mejor salud que sus predecesores a su misma edad. Se considera que el envejecimiento activo y saludable demanda una respuesta integral y apropiada por parte de las instituciones públicas, pero no se ha debatido de forma acabada sobre lo que eso significa. La mayoría de los sistemas de salud no están equipados para atender una gran cantidad de personas mayores con multimorbilidad. Los procesos de enfermedades crónicas se van superponiendo, sobre el telón de fondo del fenómeno del envejecimiento y determinando cambios en la capacidad intrínseca (OMS, 2015).

En muchos ámbitos, se desconoce cuáles son las estrategias que han dado resultados óptimos. Estudios realizados a nivel mundial referidos a más de 130 países dan cuenta de que en las políticas públicas la cuestión de la transición demográfica no tiene demasiada prioridad ni



tampoco el tema de los cuidadores de personas mayores y persisten bajos niveles de formación en geriatría y gerontología en los profesionales de la salud (OMS, 2015).

Si se analiza la estrategia de OMS podemos identificar los siguientes objetivos específicos: la disminución de la inequidad (para que todas las personas mayores tengan igualdad de oportunidades y se trabaje para nivelar sus capacidades funcionales), la garantía del derecho a elegir (favoreciendo en todo momento la autonomía y la libertad de la persona mayor) y el envejecimiento en el lugar (ya sea en el propio hogar o en la comunidad donde se ha residido) (OMS, 2015).

El modelo de abordaje del envejecimiento para la propuesta de la Organización Mundial de la Salud plantea, como se ha mencionado, un enfoque doble: tanto saludable como activo (OMS, 2015).

El envejecimiento saludable es entendido, según esta perspectiva, como un proceso cuyo objetivo central es el mantenimiento de la capacidad funcional de la persona, que es el concepto fundamental que hace al bienestar en la vejez. Esa capacidad funcional está compuesta por la capacidad intrínseca de la persona, las características del entorno que la rodea y las interacciones entre ambos elementos. Se entiende por capacidad intrínseca la suma de las posibilidades tanto en lo físico como en lo mental con que cuenta un sujeto y por entorno o ambiente, el mundo exterior en el que ese sujeto se mueve y desarrolla su vida. La interacción entre dicha capacidad intrínseca y el entorno produce aquello que mencionamos como la capacidad funcional de un sujeto humano. El bienestar abarca aspectos relativos a la felicidad, la satisfacción, la sensación de realización. La interacción permanente entre las personas con sus diferentes capacidades intrínsecas y los contextos en los que habitan determina el envejecimiento saludable, que, como puede observarse, puede darse incluso en presencia de enfermedades (OMS, 2015).

Cada uno de los componentes del envejecimiento saludable, es decir, la capacidad intrínseca, el ambiente y la capacidad funcional, se caracteriza por cinco dominios o subcategorías de análisis. La capacidad intrínseca está constituida por las capacidades locomotora, sensorial, cognitiva, psicológica y la vitalidad. El ambiente, por los productos y tecnología, natural y construido, contención y vínculos, actitudes y servicios, sistemas y políticas. Finalmente, la capacidad

funcional y sus categorías: capacidad para satisfacer necesidades básicas; para aprender, crecer y tomar decisiones; para movilizarse; para construir y mantener vínculos; para contribuir.

Cada uno de los dominios mencionados será tomado para analizar los resultados obtenidos en el trabajo de campo del presente estudio y, por lo tanto, se considera pertinente su definición teórica y conceptual.

CAPACIDAD INTRÍNSECA	
Capacidad Locomotora	Funcionamiento de articulaciones, huesos, reflejos, fuerza muscular, velocidad de la marcha, equilibrio, presencia de dolor
Capacidad Sensorial	Visión, audición, gusto, olfato, sensaciones
Vitalidad	Energía, equilibrio, capacidad para mantener homeostasis, resiliencia, nutrición
Capacidad Cognitiva	Orientación, atención, memoria, lenguaje, cálculo, pensamiento, psicomotricidad, tomas de decisión, abstracciones, definición y realización de planes
Capacidad Psicológica	Afectos, síntomas depresivos, ansiedad, etc.

Fuente: Elaboración propia en base a OMS (2020)

AMBIENTE	
Productos y Tecnología	Naturales o fabricados, cadenas de productos, equipamiento y tecnología; recolectados, creados o producidos; para uso personal interno o para el exterior
Ambiente Natural y construido	Elementos animados o inanimados del entorno natural y físico, o modificados por el ser humano (clima, calidad del aire, etc.); características de las poblaciones.
Contención y Vínculos	Personas y animales, afectos, protección, asistencia, vínculos, en espacios de la vida cotidiana
Actitudes	Costumbres, prácticas, ideologías, valores, creencias, en ámbitos cotidianos, comunitarios, políticos. Viejismo.

Servicios, Sistemas y Políticas	<p>Provisión de beneficios, programas Públicos, privados o voluntariado Locales, comunitarios, regionales o estatales Provinciales, nacionales o internacionales Implementados por individuos, asociaciones, organizaciones, agencias o gobiernos Mecanismos administrativos establecidos por distintos niveles de gobierno Reglas, regulaciones, convenciones, mecanismos de financiación</p>
--	--

Fuente: Elaboración propia en base a OMS (2020)

CAPACIDAD FUNCIONAL	
Capacidad para satisfacer necesidades básicas	Calidad de vida: dieta adecuada, vestimenta, vivienda, cuidado de la salud, cuidados a largo plazo
Capacidad para aprender, crecer y tomar decisiones	Aprendizaje a lo largo de toda la vida, compromiso y responsabilidad en la resolución de problemas y toma de decisiones, desarrollo personal continuo; crecimiento físico, mental y social. Autonomía, dignidad, integridad, independencia y libertad.
Capacidad para movilizarse	Movimientos con cuerpo propio o vehículos. Caminatas, ejercicio físico, levantarse de la cama, actividades de la vida diaria, traslados dentro de vivienda propia o por la comunidad; en transporte público o vehículos propios
Capacidad para construir y mantener vínculos	Vínculos con niñas/os y otros familiares, relaciones íntimas, amigas/os, vecinas/os, colegas, proveedores de servicios
Capacidad para contribuir	Asistencia y cuidado a familiares y miembros de la comunidad, compromiso social, actividades culturales; trabajo remunerado y no remunerado, en economía formal e informal; voluntariado

Fuente: Elaboración propia en base a OMS (2020)

La vertiente de la salud se asume como una arista central en este enfoque por considerarla como un determinante prioritario en la vejez que se establece incluso antes de nacer pero que tiene especial incidencia a partir de los hechos producidos en la segunda mitad de la vida, donde puede observarse el impacto de la inequidad y su acumulación a lo largo de todo el curso de vida. De todos estos factores, se deriva fundamentalmente que no haya una “persona mayor típica”: la

diversidad puede verse como un espectro de grados de funcionamiento (OMS, 2015). Más adelante, en este apartado, se analizará qué se entiende por el concepto de “salud”.

El modelo de envejecimiento saludable incorpora un concepto al que le atribuye un rol muy importante en la evolución de las mencionadas trayectorias: la resiliencia, entendida como la capacidad de conservar y/o mejorar el nivel de capacidad funcional frente a algún evento adverso, ya sea a través de mecanismos de adaptación, de recuperación o de resistencia. En dicha capacidad influyen los componentes intrínsecos, personales, de cada sujeto, pero también los elementos del entorno, ya que éste puede mitigar las carencias y obstáculos que sufran las personas (OMS, 2015). Se trata de diferentes mecanismos de afrontamiento que los sujetos ponen en juego para superar adversidades y contratiempos de diferente índole, como buscar apoyo social, aprender a través de la reflexión, usar el humor, no ser invadido por sus emociones; y se basan en ciertos componentes individuales como la autoconfianza, la capacidad de planificación, niveles bajos de ansiedad y autocontrol (Oriol-Bosch, 2012).

Otros autores, como Fernández-Ballesteros (2011), coinciden en que, en la definición de envejecimiento saludable, confluyen la mayoría de los desarrollos teóricos respecto al envejecimiento y concuerda con lo que las personas mayores de diferentes ámbitos culturales estiman qué es envejecer óptimamente. Con esta denominación se alude a un campo de significados que se viene desarrollando desde más de cuarenta años y que se ha utilizado como sinónimo de envejecimiento activo, positivo, exitoso, por citar algunos. Se asume en términos de “saludable” si bien el concepto va más allá de la salud, tanto física, como mental y relativa a las conductas y abarca también la percepción subjetiva del bienestar y condiciones de participación y de seguridad psicosociales.

Este modelo de abordaje se basa en algunas evidencias empíricas provenientes de diferentes ámbitos científicos y que están vinculadas a la condición de plasticidad y cambio que tiene el ser humano a lo largo de su vida, incluso durante la vejez; a la situación de que a través de la historia de la especie humana se han producido mejoras continuas en los parámetros biofísicos, sociales y de comportamientos; y que aún en el marco de esas regularidades, las formas de envejecer a nivel individual son muy diversas y heterogéneas. Se trata por lo tanto de un concepto

multidimensional que incluye componentes relativos a la salud y a la autonomía, las capacidades cognitivas, la participación social y la autopercepción de bienestar, y que es necesario diferenciar de sus determinantes, esto es, aquello que causa un envejecimiento óptimo. En este punto, es importante señalar la importancia de las interacciones entre el individuo, como gestor de su propio envejecimiento, y el contexto: el entrecruzamiento entre factores históricos, actuales y transversales, cada uno relativo tanto a la persona como el contexto, sobre el “telón de fondo” del nivel macro-social (sistemas educativos, de salud, cultura, valores, estereotipos) determina una combinatoria de componentes del envejecimiento saludable y con ello, distintas formas de envejecer (Fernández-Ballesteros, 2011).

La perspectiva del envejecimiento activo de la OMS ubica, junto a la atención de la salud, otras variables que afectan el modo en el que envejecen las poblaciones y los sujetos humanos. Se basa en un marco que propicia y equilibra la responsabilidad individual, entornos adecuados para las personas ancianas y la ayuda intergeneracional. Con ese fin, se deben optimizar las oportunidades de mejorar la salud, la participación y la seguridad de las personas a medida que envejecen, tanto a nivel individual como a nivel poblacional, y a lo largo de todo el ciclo vital; la optimización de estas opciones es necesaria a cualquier edad (OMS, 2002).



Fuente: Elaboración propia en base a OMS (2002)

Cada una de las categorías mencionadas, definatorias del concepto de envejecimiento activo, será tomada para analizar los resultados obtenidos en el trabajo de campo del presente estudio, por lo que se considera importante su desarrollo teórico.

La construcción teórica del concepto de envejecimiento activo ha atravesado diferentes etapas: en los años 70, imperaba el “paradigma de la estratificación por edades”, estableciendo características de los individuos en cada una de ellas. Entre las primeras teorías sociales del envejecimiento, encontramos la teoría de la actividad, formulada por Cavan (1949, 1962) y Havighurst & Albrecht (1953). Se basa en conceptos como los grupos de referencia, los roles y las normas para evaluar cómo se va adaptando un individuo al deterioro necesariamente inherente al envejecimiento; de tal modo que, cuanto más activo sea el sujeto a medida que envejece, más satisfactoria será su vida. Esta actividad está vinculada a la adopción de nuevos roles a medida que se van perdiendo los anteriores, por ejemplo, por la jubilación. La teoría se apoya en el supuesto de que la actividad y participación son necesarias para todos los sujetos y que el significado que se le atribuye a las mismas es igual para todos. Tampoco considera a los sujetos más envejecidos o de niveles socioeconómicos bajos. Es más bien una teoría que explica la etapa del retiro laboral, la de los “viejos-jóvenes”, más que el proceso de envejecimiento (Oddone, 2013).

Vinculada a la teoría de la actividad, encontramos la teoría de los roles, referida a las expectativas de comportamientos que se atribuyen a un sujeto en tanto normas de convivencia social. Estos roles son guías para la acción, de manera que las actividades se vinculan al desempeño de ellos. Cuantos más roles se desempeñan, mayor será la participación en actividades y mayor sustento tendrá la identidad de la persona mayor. Cuanto más estables son esos roles, mayor continuidad y positividad tendrá el sentido de sí mismo y, en consecuencia, mayor grado de satisfacción con la propia vida (Oddone, 2013).

Un tercer antecedente se halla en el enfoque de la calidad de vida que plantea un andamiaje conceptual con una serie de correlaciones entre el estilo, las condiciones, el nivel y el modo de vida, es decir, una estructura en la que se van integrando características biológicas, psicológicas, sociales, ecológicas, hábitos, que, si son favorables, debieran propender a una longevidad satisfactoria (Oddone, 2013).

La aparición del término “activo” vinculado al envejecimiento data de 1999, el año Internacional de las personas mayores, en que fue usado por el profesor Kalache asociando actividad con salud



durante la vejez y planteando la necesidad de generar oportunidades que les permita a las personas mantenerse activas a medida que envejecen. En 2002, en la 2ª Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de Naciones Unidas, la OMS adopta el Envejecimiento Activo como marco político para afrontar el envejecimiento poblacional (Barrio Truchado, Marsillas Rascado & Sancho Castiello, 2018).

A pesar de que se trata de un concepto que intentó ampliar su influencia a diferentes ámbitos del sujeto humano y las poblaciones, es usual encontrarlo referido al plano productivo, como prolongación de la vida laboral, o relativo a la salud en el formato de actividad física y, de este modo, queda restringido a conceptos que intentaba superar (envejecimiento productivo, envejecimiento saludable). Como se decía, se trata no sólo de un concepto referido al envejecimiento individual sino también una estrategia de abordaje de las poblaciones envejecidas, a través del aprendizaje continuo, la prolongación de la vida laboral, la participación en actividades, el compromiso con el autocuidado, por citar algunas. En el Año Europeo de Envejecimiento y Solidaridad Intergeneracional 2012 se propuso no sólo ampliar los conocimientos de la población sobre el proceso de envejecimiento sino, fundamentalmente, promover la “ciudadanía activa” en las personas mayores, de manera que puedan defender sus elecciones y preferencias, y se favorezca la comunicación y horizontalidad entre los ámbitos políticos y la sociedad. “Activo” alude entonces no sólo al mismo sujeto humano como actor de su propio envejecimiento, en el que se juegan determinantes biológicos, psicológicos y hábitos, sino también al contexto sociopolítico y ambiental que, a través de intervenciones de políticas públicas, pueden crear entornos donde el envejecimiento se optimice. “Activo” es entonces responsabilidad compartida (Barrio Truchado et al., 2018).

Se analizarán a continuación los pilares del envejecimiento activo.

Longevidad y Salud

De acuerdo con la definición de la OMS, la salud es un estado de bienestar mental, físico y social (OMS, 2002).

Sin embargo, en las publicaciones científicas sobre medicina no existe acuerdo acerca de la significación de este término. Para intentar acercarnos a ella, empezemos por los romanos y dos



términos que prácticamente no tienen diferencia en latín: “salus” y “salvatio”: “estar en condiciones de poder superar un obstáculo”. Las definiciones actuales, muchas contradictorias entre sí, que remiten a variedades de sentidos, han perdido ese significado original. Si intentamos recuperar esa acepción primera, tenemos que la salud es un estado que permite al ser vivo seguir viviendo a través de un proceso de superación de los obstáculos y dificultades que encuentra en el transcurso del vivir. Un organismo sano puede enfrentar esas dificultades y mantener su actividad interna y su diferenciación del mundo exterior. Un organismo enfermo tiene limitaciones para superar aquéllas y puede llegar a perder su propia individualidad, confundiéndose con el ambiente, lo que es igual a la muerte. La identidad individual del organismo también puede mantenerse al seguir vivo en otro individuo de la misma especie, es decir, reproduciéndose. Existen también algunas condiciones del organismo que sin ser enfermedades graves son molestias que le dificultan el desarrollo normal del seguir viviendo: de este modo la salud debe incluir también cierto bienestar físico y de agrado con el vivir (Pardo, 1997).

En el caso del hombre, para poder seguir viviendo no basta con tener un organismo sano: la vida humana es un objeto complejo, con aristas psicológicas, biológicas, intelectuales y espirituales, y lleva a la paradoja que, desde el punto de vista del organismo, puede no haber salud, pero desde la perspectiva más amplia de lo humano sí la hay. Siguiendo este desarrollo puede considerarse que la salud de una persona está vinculada al impacto que pueden tener sus limitaciones o problemas sobre su vida cotidiana (Pardo, 1997).

A la luz de esta perspectiva, la definición de salud de la OMS mencionada incluye la ausencia de lesiones físicas y el bienestar, pero no considera el modo de vida de la persona. Cabe además la pregunta acerca de qué se dice al enunciar “bienestar” dada la equivocidad del término. Si se lo asocia al gusto propio o lo que resulta grato, también podría cuestionarse si la salud estaría siempre vinculada a lo que es del agrado de cada quien o, aun siéndolo, estar en las antípodas de lo saludable (Pardo, 1997).

En 2015, la OMS, en el Informe Mundial del Envejecimiento y la Salud, la considera como el atributo central que permite a las personas mayores lograr los objetivos que les producen

satisfacción. Es un concepto dinámico y multifacético: cambios sutiles generan consecuencias considerables en el estado de salud y en él intervienen enfermedades, multimorbilidad y cambios fisiológicos fundamentales referidos al envejecimiento. La interacción entre las diferentes enfermedades y el entorno en el que habitan las personas produce lo que se llaman trayectorias de capacidad intrínseca y capacidad funcional: incluso si la primera se ha deteriorado a un punto muy bajo, puede suceder que la persona mayor pueda hacer las cosas que son valiosas para ella, si vive en un entorno que se lo haga posible. Esto es la capacidad funcional (OMS, 2015).

Se entiende como multimorbilidad el padecimiento de varias enfermedades crónicas al mismo tiempo. Las enfermedades crónicas son aquellas que tienen duración prolongada, requieren atención médica regular y continua y, en general, les limitan en algún grado las actividades de la vida diaria (Morales Montoya, Aguilar Parra, Padilla Góngora, Rocamora Pérez, & López Liria, 2018). La multimorbilidad produce una suma de consecuencias, entre ellas: interacciones entre diversos trastornos, entre una afección y el tratamiento indicado para otras, entre los medicamentos indicados para los diferentes trastornos; el impacto sobre el riesgo de internaciones y mortalidad, la calidad de vida y la capacidad funcional. Esta situación es aún más habitual en personas mayores de nivel socioeconómico bajo, que, asimismo, sufren la doble carga de enfermedades transmisibles y no transmisibles, con un inicio de la multimorbilidad de diez a quince años antes que en zonas más favorecidas (OMS, 2015).

También se debe agregar a este análisis de las principales características de la salud en la vejez lo que se conoce como síndromes geriátricos. Estos son cuadros clínicos complejos que se deben a múltiples factores y afectan a varios sistemas de órganos. A modo de ejemplo, puede citarse la fragilidad, que se define cuando se cumplen al menos tres de los criterios que se dan a continuación: actividad física disminuida, pérdida de peso mayor a 5 kg en el año, agotamiento, velocidad lenta en la marcha, debilidad (OMS, 2015).

En función de la presencia de multimorbilidad y de los mencionados síndromes geriátricos, intervienen múltiples especialistas para tratar las diversas afecciones, en general, sin coordinación entre sí, generando a su vez el fenómeno que se conoce como “polifarmacia” en las personas mayores.

Se define como “polifarmacia” al consumo de tres medicamentos, de forma simultánea. En el caso de las personas mayores, este fenómeno se da con mucha frecuencia dada la presencia de comorbilidades y de síndromes geriátricos, como se mencionaba más arriba. Algunos estudios revelan que la presencia de personas mayores con polifarmacia en Estados Unidos representa entre el 14 y el 37%, cifra que asciende al 40% en residencias geriátricas. En Europa, oscila entre el 12 y el 80%, y entre el 23 y el 25% en residencias geriátricas (Morales Montoya, et al., 2018). Más allá del número de medicamentos prescritos, cabe aclarar que no se trata tanto de la cantidad, como de la pertinencia o no de la prescripción.

Las personas mayores constituyen el grupo etario que más visitas médicas y estudios diagnósticos realiza y al que se le prescriben la mayor cantidad de fármacos. Esta situación se debe al envejecimiento, a la mayor frecuencia de comorbilidades y el consecuente aumento en el número de tratamientos, a un nivel educativo bajo y a un estado de empeoramiento de la salud, no diagnosticada sino percibida. En particular, el mayor consumo de medicamentos está vinculado a la existencia de enfermedades crónicas (sobre todo, cardiorrespiratorias, músculo esqueléticas y circulatorias), a los trastornos mentales y al malestar psicológico (Morales Montoya et al., 2018).

La participación social en la vejez

El significado de la palabra “participación” (del latín “participare”) remite tanto a la intervención en una actividad o suceso como a la comunicación que se hace del mismo (Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO], 2008).

Para intentar describir el concepto de participación social, se menciona, en principio, la existencia de diferentes niveles. En primer lugar, aquel relativo a la información, en el que según la disponibilidad de información pública que haya, la ciudadanía puede acceder al conocimiento de derechos y obligaciones. Un segundo nivel, donde la participación se realiza en forma de “consulta no vinculante”, interviniendo como opinión sin participar en la toma de decisiones. Un tercer nivel consiste en la “consulta vinculante”, cuando la opinión o idea es tomada en cuenta para el proceso de toma de decisiones. En el cuarto nivel aparece una forma de participación que implica la acción conjunta entre diferentes actores. Luego se encuentra lo que, en la actualidad,

se conoce como “*accountability*”, es decir, la participación de los ciudadanos a través de mecanismos de fiscalización y transparencia para la rendición de cuentas de la gestión pública. El último nivel entraña una “codirección”: involucra todos los anteriores, a través de negociaciones, alianzas e intervención en la toma de decisiones (IMSERSO, 2008).

En segundo lugar, pueden mencionarse dos ejes que atraviesan la descripción de este concepto: por un lado, el enfoque generacional ya que, si bien, como ya se ha mencionado, en el envejecimiento intervienen múltiples factores de tipo personal, familiar y comunitario y los mismos van ejerciendo influencias diversas a lo largo del ciclo vital, adquieren una particular conformación en virtud de acontecimientos sociales, políticos, modos de vida, que caracterizan a cada cohorte generacional. Por otro lado, el género: cada mujer u hombre mayor participan socialmente poniendo en juego los sesgos atribuidos a su género y portados durante toda la vida. Por ejemplo, las mujeres suelen estar más vinculadas al espacio doméstico; los hombres, mayormente a los espacios abiertos, con la posibilidad del ocio en la etapa de la jubilación, mientras que las mujeres no pueden “jubilarse” de las tareas del hogar, para las que además no han recibido remuneración alguna, por citar algunos (IMSERSO, 2008).

Un tercer nivel de análisis está dado por los ámbitos en los que se produce la participación social de las personas mayores.

En principio encontramos la relevancia que adquiere la jubilación para ello, ya que, si bien implica cambios en muchas facetas de la vida, también puede tomarse como una oportunidad. En las circunstancias actuales, vejez y jubilación no son sinónimos, ni tampoco se trata de una etapa final ni se transcurre siempre de la misma forma ni con secuencias similares: es un proceso heterogéneo, que se puede vivir de diferentes maneras. Para algunas personas, es una fase de transición a un tiempo de descanso de la carga de la vida laboral y otras actividades. Para otras, el inicio de una nueva etapa de concreción de proyectos, necesidades y aspiraciones. Un tercer grupo de personas puede experimentar una continuidad con lo que venía siendo su vida; otros, finalmente, vivirlo como un estado en el que se pierde la identidad, el estatus social, entre otras pérdidas. Por todo lo expuesto, la etapa prejubilaria es de importancia crucial para la elaboración de todas estas vicisitudes (IMSERSO, 2008).

Un segundo ámbito es el del asociacionismo, que ofrece un espacio privilegiado tanto de participación de las personas mayores como de creación de organizaciones por ellos mismos. Las asociaciones varían desde algunas pequeñas hasta otras de grandes magnitudes, con abordaje de distintas temáticas y que incluyen diferentes actividades (IMSERSO, 2008).

Un tercer ámbito es el del voluntariado que se puede definir como una actividad no remunerada y que no está determinada por una relación contractual, ni familiar ni de vínculo amistoso. Implica una forma de ocupar el tiempo libre y una oportunidad de aprendizaje. Se realiza a través de actividades de intercambio intergeneracional; proyectos con pares; apoyo, información y convocatoria a otras personas mayores (IMSERSO, 2008).

Un cuarto ámbito es el de la participación política que, en general, muestra niveles más bajos de actividad que los de la población general, más aún en el caso de las mujeres. Las instancias de participación suelen ser las electorales, luego la asistencia a manifestaciones y la adhesión a huelgas; en menor proporción, la afiliación a partidos políticos y sindicatos (IMSERSO, 2008).

La educación a lo largo de toda la vida es un ámbito de importancia relevante para el desarrollo de la persona y sus posibilidades de participación. Un aspecto de consideración en torno a la educación en las personas mayores es el bajo índice de educación formal que suelen tener en contraposición a la magnitud de la experiencia ganada a lo largo de los años. Existe una oferta creciente de cursos de formación, talleres de alfabetización, nuevas tecnologías, de actividades diversas y programas universitarios (IMSERSO, 2008).

Otro ámbito de participación está relacionado con el ocio y el tiempo libre, que se definen por vivencias voluntarias y de libre elección, que están motivadas por el disfrute. Se pueden clasificar según distintos criterios, por ejemplo, el contexto, y en función de éste definirse por actividades relativas al hogar, o compartidas con la familia, la comunidad o realizadas en soledad. Otra clasificación está determinada por el nivel de actividad y de interacción y en sentido ser activas o pasivas, solitarias o con otro, y sus combinaciones (IMSERSO, 2008).

Finalmente, pueden señalarse otros dos ámbitos de participación para las personas mayores: las instituciones religiosas y las recorridas turísticas (IMSERSO, 2008).



El “Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento” define que en la calidad de vida de las personas mayores, además de la salud, intervienen diferentes necesidades sociales y culturales referidas a la participación activa en la sociedad, en ámbitos sociales, culturales, espirituales, económicos, sanitarios, incluso si las personas están enfermas, con discapacidad o necesitan asistencia y siempre debe hacerse desde la perspectiva del reconocimiento de los derechos humanos y de acuerdo con sus deseos, preferencias y capacidades (ONU, 1982).

Por otro lado, para la perspectiva del “Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud”, la participación social durante el proceso de envejecimiento está referida a dos aspectos: la intervención de las personas mayores en actividades sociales y culturales (vinculada a los dominios clave referidos al aprendizaje y a las relaciones) y las múltiples contribuciones que aquéllas pueden hacer a sus familias y comunidades (OMS, 2015).

El desarrollo permanente de las capacidades para el aprendizaje, la participación en la resolución de problemas, ya sean referidos a la propia salud, al manejo de la tecnología, a la adaptación al proceso de envejecer, se consideran esenciales para que las personas mayores puedan hacer lo que les genere bienestar y tengan la sensación de control sobre sus vidas. A su vez, el trabajo en dichas capacidades amplía las redes sociales y provee a la persona mayor de mejores herramientas para la participación en las relaciones afectivas y en la vida laboral y comunitaria. Las relaciones afectivas que las personas mayores valoran están referidas a los vínculos con los niños y otros familiares, relaciones íntimas y con amigos y vecinos, y las más formales con agentes de servicios comunitarios. Puede señalarse que las relaciones familiares, a diferencia de aquellas con pares, están atravesadas por la solidaridad intergeneracional pero también por la ambivalencia (OMS, 2015). En relación con las contribuciones, existen dos ámbitos privilegiados de participación de las personas mayores: el trabajo y el voluntariado, actividades determinadas no solamente por los intereses, los estados de salud, las necesidades económicas, las características de los trabajos ofrecidos y la influencia sobre la jubilación, sino también por la problemática de la inequidad (OMS, 2015).

La seguridad en la vejez

Según el Diccionario de la Real Academia Española (RAE), el término “seguridad” proviene del latín *securitas* y alude a lo que no presenta riesgo, es decir, la posibilidad de un daño (RAE, 2020).

Los entornos sociales en los que las personas viven y trabajan y en los que se dan las interacciones, como las familias y comunidades, constituyen tanto fuente de socialización como de seguridad y se complementa con los sistemas de protección social que llevan adelante los estados. Si bien es cierto que estos han implementado políticas públicas que han favorecido los espacios de autonomía y de posibilidades para las personas mayores, no es menor que la concreción de aquéllos varía según los grupos etarios, las capacidades cognitivas, los niveles de dependencia, zonas de residencia accesibles, etc., determinando un abanico de seguridades y vulnerabilidades. Propiciar la seguridad de las personas mayores implica considerar ciertos ejes: el ciclo vital, el acompañamiento y la distinción entre situaciones coyunturales o crónicas. Esto significa que es necesario identificar a personas que se encuentran en riesgo permanente, por ejemplo, por pobreza o exclusión social, de aquéllas que están viviendo una transición vital crítica por alguna coyuntura concreta. La puesta en juego del ciclo vital implica instrumentar mecanismos de acompañamiento que tengan un efecto acumulativo a lo largo de la vida, más que establecer intervenciones puntuales. Y todo este proceso en clave local e intersectorial y dirigido a personas, familias y comunidades como la estrategia más adecuada para favorecer la autonomía y la seguridad (IMSERSO, 2011).

Para la perspectiva del Informe Mundial de OMS 2015, la seguridad de las personas mayores radica en la posibilidad que tengan de satisfacer sus necesidades básicas, que es uno de los dominios clave para el fomento y mantenimiento de la capacidad funcional. Incluyen el acceso a los alimentos, vestido, servicios de salud, cuidados a largo plazo, seguridad económica; una vivienda adecuada, cómoda y sin riesgos; y la seguridad personal (prevención de delitos y maltrato, asistencia en situación de desastres) (OMS, 2015).

Un aspecto de suma importancia para la seguridad de las personas mayores, que actúa como marco para cualquiera de las intervenciones señaladas, es la referida a la protección jurídica de



sus derechos, que se vuelve especialmente relevante ante situaciones de fragilidad, ya que torna a la persona aún más vulnerable frente al avasallamiento de éstos.

Una reelaboración del concepto de envejecimiento activo es llevada a cabo por el *International Longevity Centre Brazil* que lo retoma por considerarlo más inclusivo que los términos alternativos como “saludable”, “positivo” entre otros, pero lo redefine agregando a las necesidades de optimización de los ámbitos mencionados, las de aprendizaje a lo largo de toda la vida. El envejecimiento activo consiste en un marco de trabajo tanto para los individuos como para las sociedades, que lleva la vida entera, una inversión en capitales que debe hacerse continuamente para asegurar la calidad de vida en la vejez. La base de este marco de trabajo político está dada por sociedades que promuevan el desarrollo de la resiliencia a nivel individual. La resiliencia implica, para este enfoque, la posibilidad de acceder a reservas para superar, adaptarse o aprender en situaciones desafiantes para los individuos. Esta construcción de reservas depende, en parte, de factores individuales como los biológicos, psicológicos e intelectuales, pero, a la vez, es el reflejo del entorno y del contexto social. Al hablar de “activo”, este proceso incluye, no sólo la actividad física o laboral, sino toda participación significativa en los ámbitos familiares, culturales, sociales, cívico-políticos y es aplicable a personas de todas las edades, incluso aquellas frágiles o con limitaciones. Es un enfoque basado más en derechos que en necesidades y combina acciones a nivel político de abajo hacia arriba, en términos de promoción de la participación, la autonomía y la independencia; y de arriba hacia abajo, generando estrategias que posibiliten el mejoramiento de la salud, la participación, el aprendizaje y la seguridad de los sujetos (*International Longevity Centre Brazil [ILCB]*, 2015).

PILARES DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO



Fuente: Elaboración propia en base a ILCB (2015)

En el camino desde la salud al envejecimiento activo, es necesario que las políticas públicas presten mucha atención a los estereotipos acerca de la edad (Fernández-Ballesteros, Olmos, Pérez-Ortiz & Sánchez-Izquierdo, 2020).

Acciones globales negociadas, colectivas y coordinadas, multisectoriales y multiniveles, se necesitan para abordarlos (Officer & de la Fuente-Núñez, 2018).

...” Será necesario contar con la participación de muchos sectores, entre ellos los de la salud, las finanzas, la atención crónica, la protección social, la educación, el trabajo, la vivienda, el transporte, la información y la comunicación. Eso requerirá a su vez la implicación de los gobiernos nacionales, subnacionales y locales, así como de los proveedores de servicios, la



sociedad civil, el sector privado, las organizaciones de personas mayores, el mundo académico y las personas mayores, sus familias y amigos”... (OMS, 2019, p. 9)

Desde el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002), la Organización Mundial de la Salud ha planteado el segundo plan de acción en el marco de su estrategia mundial sobre el envejecimiento y la salud, basada en la colaboración sostenida y consensuada de los sectores mencionados y con eje central en las personas mayores (OMS, 2019).

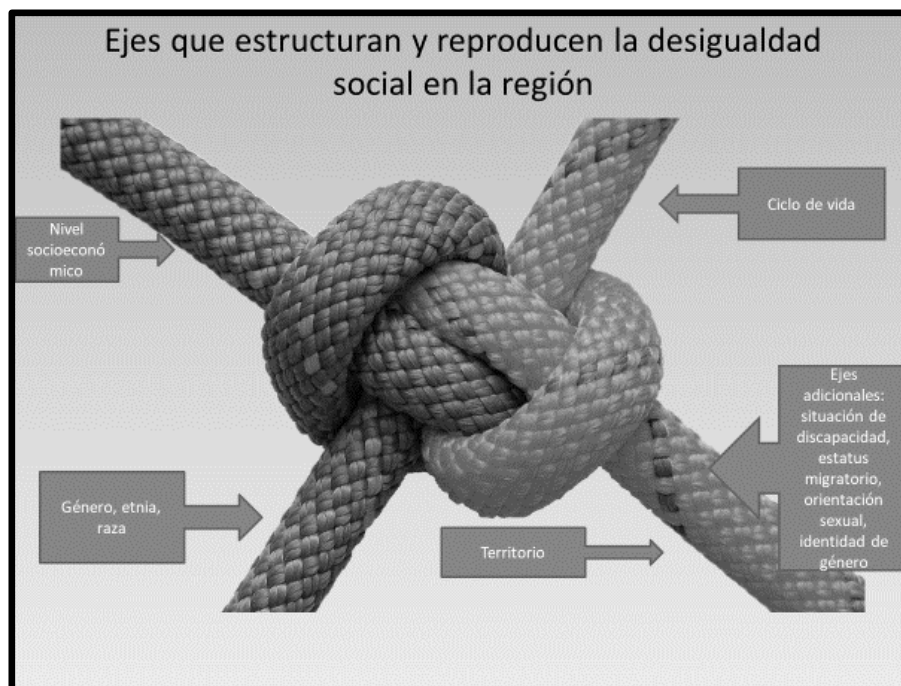
Se trata de la “Década del Envejecimiento Saludable 2021 – 2030” y prioriza cuatro ámbitos de actuación referidos a los estereotipos, prejuicios y discriminación respecto a la edad y el envejecimiento; el fomento de las capacidades de las personas mayores; los servicios de salud del primer nivel de atención, integrados y centrados en las personas; y la atención crónica y de larga duración para las personas mayores que los requieran (OMS, 2019).

Estos ámbitos de actuación están íntimamente conectados, las acciones deben realizarse con miras a superar las inequidades y, especialmente las actitudes negativas hacia las personas en función de su edad, deben abordarse transversalmente, a través de todas las políticas, programas y prácticas (OMS, 2019).

Las acciones recomendadas por el plan de la Década relativas a los cambios en las formas de pensar, sentir y actuar respecto a la edad están referidas al ámbito legislativo, de políticas y programas, difusión de información, actividades educativas e intergeneracionales, medios de comunicación y promoción de la investigación (OMS, 2019).

En el caso particular de América Latina, las actitudes negativas respecto de la edad se dan sobre el “telón de fondo” de una matriz de desigualdad en la cual distintos ejes como el nivel socioeconómico, las etapas del ciclo vital, la orientación sexual, las identidades de género, étnicas y raciales, las territoriales se van cruzando, encadenando y potenciando, conformando lo que se ha dado en llamar “nudos críticos de desarrollo social inclusivo”. Estos nudos, a su vez, se van interrelacionando y multiplicando, y hacen persistentes los obstáculos en el acceso a los derechos y al mejoramiento de la calidad de vida para una gran parte de la población, reproduciendo la desigualdad (CEPAL, 2019).

Nudos críticos de desarrollo social inclusivo en América Latina



Fuente: *Elaboración propia en base a CEPAL (2019). Foto tomada de www.freepng.es*

La acumulación e interacción de las diversas formas de desigualdad crean un complejo cuadro de relaciones sociales en el que las múltiples discriminaciones se expresan en brechas de autonomía, bienestar y poder, así como en disparidades de trato y marcadas diferencias en el ejercicio de los derechos, la adquisición de capacidades y el goce de oportunidades (CEPAL, 2016a), que se manifiestan en todos los ámbitos del desarrollo social inclusivo, como el acceso y la calidad de la educación, la salud, el trabajo decente, la infraestructura básica, la protección social y la posibilidad de vivir una vida libre de violencia”... (CEPAL, 2019, p. 12)

3.3 La perspectiva de derechos

Retomaremos algunos de los ejes planteados en el desarrollo precedente a fin de complejizar el abordaje de la cuestión del envejecimiento.

Decíamos que una de las acciones prioritarias de la estrategia planteada por la “Década” es cambiar las formas de pensar, sentir y actuar respecto a la vejez y el envejecimiento, reconociendo que muchas de ellas son negativas, están difundidas universalmente y no se cuestionan. Esta situación se ve reforzada, considerando específicamente a América Latina, por su historia de inequidades que agrava las condiciones de exclusión y autoexclusión de las personas mayores y otros colectivos vulnerables. Mencionábamos también que un aspecto central para la seguridad de las personas mayores está referido a la protección jurídica de sus derechos, ya que ésta constituye el marco en el que se da cualquier estrategia de intervención.

Siguiendo esta línea de abordaje, se desarrollarán los aspectos centrales de la **CONVENCIÓN INTERAMERICANA SOBRE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS MAYORES** que en su artículo 32 (Capítulo V “Toma de conciencia”) alienta a adoptar medidas para divulgar esta perspectiva y concientizar a la sociedad, en especial respecto al fomento del trato respetuoso y las actitudes positivas respecto a la vejez, y la obligación de eliminar diferentes formas de discriminación, en particular aquéllas por motivos de edad ³

La aprobación de la **Convención** data del año 2015 y fue realizada por los Estados miembros de la Organización de Estados Americanos. Fue suscrita de forma inmediata por Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador y Uruguay y entró en vigor en diciembre de 2016. Se constituyó, de este modo, en el primer instrumento jurídico vinculante a nivel mundial y el único interamericano que desarrolla las obligaciones de los Estados a fin de promover y proteger el ejercicio de derechos de las personas mayores en todas sus facetas: civiles, políticos, culturales, sociales, económicos. ⁴ La Convención adopta, además, una serie de perspectivas y unas definiciones conceptuales. Entre las primeras encontramos: la protección de los derechos humanos y la afirmación de las libertades fundamentales, el enfoque de género y el de Envejecimiento Activo y Saludable. Por otro parte, algunos de los conceptos desarrollados son⁵:

³ Para más información véase: <http://www.servicios.infoleg.gob.ar>

⁴ Para más información véase: http://www.cepal.org/es/enfoques/envejecimiento-derechoshumanos_laconvención

⁵ Para más información véase: <http://www.servicios.infoleg.gob.ar>

Persona mayor: “Aquella de 60 años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años.”

Vejez: “Construcción social de la última etapa del curso de vida”.

Discriminación: “Cualquier distinción, exclusión, restricción que tenga como objetivo o efecto anular o restringir el reconocimiento, goce o ejercicio en igualdad de condiciones de los derechos humanos y las libertades fundamentales en la esfera política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública y privada”.

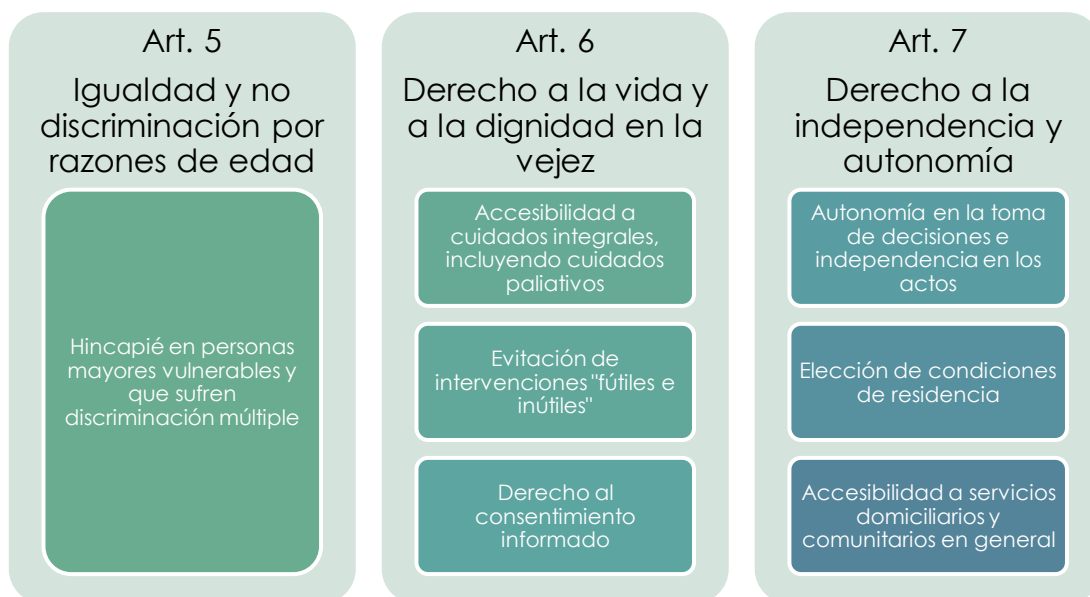
Discriminación múltiple: “Cualquier distinción, exclusión o restricción hacia la persona mayor fundada en dos o más factores de discriminación”.

Discriminación por edad en la vejez: “Cualquier distinción, exclusión o restricción basada en la edad que tenga como objetivo o efecto anular o restringir el reconocimiento, goce o ejercicio...”.

En el ámbito de la Argentina, fue sancionada por el Congreso de la Nación con fuerza de ley en mayo de 2017 (Ley 27360).⁶

Derechos protegidos

Fuente: Elaboración propia en base a <http://www.servicios.infoleg.gob.ar> (Ley 27360)



⁶ Para más información véase: <http://www.servicios.infoleg.gob.ar>

Art. 8

Derecho a la participación e integración comunitaria

Erradicación de obstáculos basados en prejuicios y estereotipos

Actividades intergeneracionales

Aseguramiento de la accesibilidad

Art. 9

Derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia

Derecho a trato digno independiente de cualquier condición

Erradicación de todo tipo de violencia, incluyendo abuso y maltrato

Reparación de daños, diagnóstico de riesgos, servicios de apoyo

Mecanismos de prevención, denuncia, judiciales y administrativos

Programas de capacitación

Art. 10

Derecho a no ser sometido a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes



Art. 11

Derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud

Fortalecimiento de la capacidad de comprender opciones de tratamiento, beneficios y riesgos

Accesibilidad a la información

Voluntad anticipada en materia de salud

Art. 12

Derecho de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo

Sistema integral de cuidados, personal especializado

Promoción de la decisión de permanencia en el hogar

Apoyo a las familias y cuidadores

Perspectiva de género

Marco regulatorio

Art. 13
Derecho a la libertad personal

Art. 14
Derecho a la libertad de expresión y de opinión y al acceso a la información

Art. 15
Derecho a la nacionalidad y a la libertad de circulación

Art. 16
Derecho a la privacidad y a la intimidad

Prohibición de injerencias arbitrarias o ilegales y de agresiones contra dignidad, honor y reputación

Prohibición de invasión a su privacidad (ej. actos de higiene)

Art. 17
Derecho a la seguridad social

Ingresos que aseguren una vida digna

Art. 18
Derecho al trabajo

Trabajo digno y decente e igualdad de oportunidades y trato

Prohibición de discriminación laboral, mercados laborales inclusivos

Promoción del empleo formal

Reconocimiento del trabajo no remunerado

Transición gradual a la jubilación

Condiciones laborales adecuadas, programas de capacitación

Art. 19

Derecho a la salud

- Salud física y mental
- Políticas públicas intersectoriales
- Atención integral: promoción, prevención, atención primaria, rehabilitación y cuidados paliativos
- Acceso universal y equitativo
- Envejecimiento activo y saludable
- Salud sexual y reproductiva
- Servicios sociosanitarios para atención de la dependencia
- Trabajadores especializados
- Promoción de la investigación y formación académica, profesional y técnica en geriatría, gerontología y cuidados paliativos
- Acceso a medicamentos

Art. 20 Derecho a la educación

Acceso a programas educativos y de formación

Educación permanente y continua acorde a necesidades y preferencias

Uso de TIC: minimización de brecha digital, geográfica y generacional

Art. 21 Derecho a la cultura

Identidad cultural

Participación en la vida cultural y artística, incluso en la gestión de proyectos

Disfrutar y compartir potencial artístico, intelectual y creativo

Art. 22
Derecho a la
recreación,
esparcimiento y
deporte

- Programas y servicios acordes a necesidades e intereses de la persona mayor, presentes también en los cuidados de largo plazo
- Participación de las personas mayores en diseño, gestión y auditoría de los mismos

Art. 23
Derecho a la
propiedad

- Prevención del abuso y de prácticas discriminatorias, en especial las múltiples

Art. 24
Derecho a la
vivienda

- Vivienda digna y adecuada, acorde a requerimientos de accesibilidad, seguridad, salubridad
- Formas de financiamiento
- Soluciones habitacionales
- Prevención de accidentes en el hogar y entorno

Art. 25
Derecho a un
medio ambiente
sano

- Incluyendo servicios públicos (agua potable, etc)



Art. 28
Derecho de reunión y asociación

Facilitación mediante mecanismos administrativos y legales

Art. 29
Situación de riesgo y emergencia humanitaria

Mecanismos de atención específicos acorde a necesidades de personas mayores

Art. 30
Igual reconocimiento como persona ante la ley

Reconocimiento de la capacidad jurídica y aseguramiento de su ejercicio acorde a preferencias, derechos y voluntad de la persona mayor

Art. 31 Acceso a la justicia

- Ajustes de procedimientos
- Diligencia, tratamiento preferencial, agilización en casos de riesgos de salud o vida
- Mecanismos alternativos
- Capacitación del personal

Una vez analizadas las dimensiones que, según los documentos trabajados definen al proceso de envejecimiento del sujeto humano, pueden determinarse las características que describen a una persona mayor saludable y a una persona mayor activa.

Una persona mayor saludable es aquella que puede hacer aquello que valora, en un entorno seguro y adecuado; continúa con su desarrollo personal, con salud y autonomía, mientras sigue incluido socialmente y contribuye a su comunidad. Lo que la persona puede hacer física o mentalmente (capacidad intrínseca) no depende sólo de su estado de salud; lo que realmente puede hacer (capacidad funcional) está determinado por la relación entre la persona y su entorno. También hay que considerar los determinantes culturales (estereotipos generalizados de discriminación por cuestiones de edad) y las relaciones desiguales vinculadas al género, al nivel educativo u origen étnico que limitan las opciones, o establecen un acceso inequitativo reforzando los circuitos de exclusión (OMS, 2015).

De acuerdo con otras perspectivas, puede entenderse a una persona mayor saludable como aquella que ha gestionado su propio proceso de envejecimiento, a lo largo de toda la vida y a través de una trayectoria vital, influida por sus actitudes personales (IMSERSO, 2011). O como alguien que puede seguir viviendo por haber superado obstáculos y problemas psicológicos,

biológicos, intelectuales, sociales, espirituales que se le han presentado en el transcurso del vivir (Pardo, 1997).

Una persona mayor activa es aquella que asume la responsabilidad individual de acumular a lo largo de todo el curso de vida una cantidad de recursos o capitales para mantener y mejorar su salud, para generar ingresos económicos y conocimientos, tener ocupaciones y relaciones sociales gratificantes, y para lograr esto no deja pasar oportunidad alguna. Son estos recursos los que le proporcionan bienestar físico, mental y social (ILCB, 2015).

Subirats (2011) propone una visión de la persona mayor activa en términos de ciudadanía, de la asunción de una ciudadanía plena por la que los sujetos quieren participar en la sociedad y ejercen su autonomía. Son capaces de poner en práctica dicha autonomía, pero la desarrollan críticamente, asumiendo sus responsabilidades, con gran adaptabilidad y flexibilidad ante los cambios. La ciudadanía plena implica diversas elecciones en lo afectivo y sexual, heterogeneidad en cuanto a las creencias, a las pautas culturales, géneros, capacidades, edades y se funda en la autonomía, la igualdad y la diversidad, articuladas, pero en tensión permanente. Las personas mayores activas quieren participar en sus sociedades, están implicadas en las dinámicas sociales y políticas de sus comunidades. Comparten saberes y pueden conciliar trabajo y jubilación, además de reconocer que realizan una cantidad de ocupaciones que constituyen trabajos, aunque no reciban contraprestación económica. Los recursos intelectuales, sociales y humanos que han acumulado durante toda la vida siguen enriqueciendo a sus comunidades. Son sujetos y actores en la gestión y no sólo objetos de ésta.

3.4 Las formas de pensar respecto al envejecimiento

En este apartado se analizará cómo se construye el problema del envejecimiento y el lugar en la sociedad y la imagen de las personas envejecientes, en el saber cotidiano. En principio, se considerará la pertinencia de la teoría de las representaciones sociales para el abordaje de dichas cuestiones.

La representación es una estructura simbólica que vincula dos términos: una forma, que puede ser un enunciado, una imagen, un sonido, una idea, con un objeto, que es la entidad representada y puede pertenecer al mundo físico, social, imaginario. El término “representación social” alude tanto al proceso del pensamiento de sentido común como al producto que se deriva de él. Constituye una forma de pensamiento práctico, que se elabora socialmente y es compartido por un grupo (Jodelet, 2020b).

Fue a partir de mediados del siglo XX cuando diferentes ciencias sociales comenzaron a interesarse fuertemente en el pensamiento del sentido común y a analizarlo desde diferentes perspectivas teóricas. El estudio de las representaciones sociales utilizada en este trabajo corresponde a la teoría inicialmente elaborada por Moscovici en 1961 en el marco de sus estudios sobre psicoanálisis y desde hace más de cincuenta años es una referencia ineludible para el análisis de los fenómenos sociales, y especialmente como modo de acceder al saber que se deriva de la experiencia cotidiana (Jodelet, 2020b).

Moscovici fundó esta teoría basándose en desarrollos previos como el “pensamiento prelógico de Lévi-Bruhl”, la representación colectiva de Durkheim y las creencias infantiles referidas al mundo, de Piaget. La representación social consiste en un saber práctico que conecta a un sujeto con un objeto social, a través de una actividad que desdibuja la separación entre exterior e interior y pone en juego un ida y vuelta entre la acción interpretativa por parte del sujeto y la adecuación a los intereses del grupo al que pertenece (Castorina, José Antonio y Barreiro, 2004).

La representación social reproduce un objeto social a través de un proceso de transformación en el que intervienen mecanismos psíquicos y sociales, que se despliegan en tres universos de referencias: la *subjetividad*, la *intersubjetividad* y la *trans-subjetividad* (Jodelet, 2020b).

La esfera de la subjetividad: es decir, los procesos de tipo cognitivo o emocional por los que el individuo elabora, construye y se apropia de las representaciones sociales o las porta pasivamente, encarnándolas en su propio cuerpo y situando así a un sujeto humano en el mundo (Jodelet, 2020b).

El universo de la intersubjetividad implica un contexto y objetos de interés mutuo, donde los individuos interaccionan, se comunican verbalmente, transmitiendo información y saberes. Es en

esa negociación de elaboraciones que se expresan acuerdos o divergencias y se posibilita crear significaciones consensuadas (Jodelet, 2020b).

La esfera de la trans-subjetividad refiere a un universo que va más allá de los individuos y los grupos, trasciende los contextos de producción e intercambio discursivos (Jodelet, 2020b).

...” Puede resultar del acceso al patrimonio de recursos suministrados por el aparato cultural para interpretar el mundo. Puede depender del juego de los contrarios o de presiones asignables a las condiciones materiales de existencia, a la imposiciones vinculadas con la estructura de las relaciones sociales y de poder, a la pregnancia de los sistemas de normas y valores [...] Ella remite asimismo al espacio social y público donde circulan representaciones provenientes de fuentes diversas : la difusión por los medios masivos de comunicación, los marcos impuestos por los funcionamientos institucionales, las hegemonías ideológicas”...
(Jodelet, 2020, p. 69)

Dentro del espectro de la Teoría de las Representaciones Sociales, se han desarrollado múltiples enfoques con sus consecuentes tratamientos teóricos y metodológicos diversos, partiendo incluso desde diferentes definiciones de lo que es una representación social. Sin embargo, pueden mencionarse ciertos acuerdos entre ellos: en primer lugar, se trata de contenidos de tipo cognitivo, como creencias, opiniones, informaciones, relativos a un objeto social (Lynch, 2020).

En segundo lugar, dichos contenidos cognitivos presentan ciertas características: tienen una organización, son producidos en la interacción y comunicación social, son compartidos por un grupo, presentan un vínculo histórico y cumplen una función en dicho entorno social (Lynch, 2020).

Por último, se apoyan en una serie de supuestos: en primer lugar, “el constructivismo”, que pone de manifiesto la actividad del sujeto en la estructuración del conocimiento; en segundo lugar, “el interaccionismo”, en tanto los intercambios entre las personas van configurando una dinámica social que lo determina; por último, “agencia”, la noción del sujeto como agente en la sociedad (Lynch, 2020)

Los diferentes enfoques teóricos pueden agruparse en tres grandes capítulos.

Un primer capítulo referido al enfoque sociogenético que fue planteado inicialmente por Moscovici, pero desarrollado ampliamente por D. Jodelet en la década del 80. Trabaja sobre el origen y el desarrollo de las representaciones sociales, utilizando los conceptos de objetivación y anclaje (Lynch, 2020).

Los sujetos deben ser concebidos como actores sociales activos y no como individuos aislados y, por lo tanto, les conciernen los diferentes aspectos de la vida cotidiana que se desarrollan en un contexto social de interacción y de inscripción. El contexto de inscripción implica, a su vez, dos procesos: por un lado, la participación del sujeto en un abanico de interacciones con otros sujetos; por otro, la pertenencia a diferentes niveles. Estos son: la estructura social, los grupos, el espacio público, los ámbitos cotidianos donde se desarrollan las interacciones (Jodelet, 2020).

Un segundo capítulo está constituido por el enfoque estructural cuyos autores más destacados son Jean-Claude Abric y Claude Flament, entre otros. Propone que lo característico de una representación social es su estructura, es decir, cómo se organizan los elementos cognitivos que la componen. Fue Abric quien en 1976 desarrolló la Teoría del Núcleo Central postulando la existencia de un sistema central alrededor del cual se conforma un sistema periférico, cumpliendo ambos funciones diferentes en la estructura de la representación (Lynch, 2020).

Esta perspectiva teórica realizó un aporte fundamental al entendimiento de la representación social como un conjunto de creencias, opiniones, informaciones y actitudes referidos a un objeto determinado, que tiene un contenido particular y una estructura. En relación con el contenido, se trata de un sistema sociocognitivo, compuesto por componentes cognitivos, referidos a procesos que ocurren en un sujeto que es activo; y los componentes sociales que destacan cómo aquellos procesos están determinados por las condiciones sociales en las que una representación es elaborada y transmitida. Respecto a la estructura, la representación es un conjunto organizado alrededor de un núcleo central que da su significación a la representación (Abric, 2001).

Las características del núcleo central de las representaciones sociales son: estabilidad, coherencia, consenso, determinado por la memoria colectiva y el sistema de valores de un grupo específico. El segundo componente de la estructura es el sistema periférico que posibilita la asimilación individual del núcleo central, contextualizándolo y adaptándolo a la práctica,



posibilitando ciertos cambios y cierta diversidad en las representaciones sociales (Rodríguez, 2003).

Como vemos, cada componente tiene un rol específico, pero, a la vez, complementario en la estructura de la representación. La existencia de este doble sistema permite comprender cómo las representaciones sociales son a la vez rígidas y flexibles, perennes y cambiantes; y se logran por consenso, pero a la vez alojan marcadas diferencias interindividuales. De este modo, el estudio de las representaciones sociales posibilita la interpretación de las interacciones entre las condiciones sociales y el funcionamiento de los sujetos que se desenvuelven en aquéllas (Abric, 2001).

Finalmente, puede citarse el capítulo del enfoque sociodinámico en el que Doise es uno de los autores centrales. Toma dos rasgos vertebrales de las representaciones sociales para derivar de ellos dos funciones de las mismas: en principio, aportan puntos de referencia comunes que les permiten a los individuos tomar posición; en segundo lugar, esos mismos puntos de referencia posibilitan implicaciones, a partir de las cuales se pueden desplegar diferencias individuales (Lynch, 2020).

Se mencionará a continuación los lugares de mayor producción desde la perspectiva de la teoría de las representaciones sociales. Europa, el Reino Unido, Italia y Austria han sido los lugares con desarrollo más vasto en investigaciones referidas a las representaciones sociales, desde una perspectiva fundamentalmente estructural; mientras que en América Latina ha prevalecido el enfoque sociogenético y principalmente en Brasil, Venezuela, México y Argentina. Respecto de los campos que han sido objeto de estudio, pueden mencionarse la ciencia, la educación y el psicoanálisis; fenómenos relativos al cuerpo del sujeto humano, salud y enfermedad; las diferentes etapas de la vida, el género, la inteligencia; las problemáticas sociales y políticas, las cuestiones vinculares, por citar algunas (Ernesto & Cárdenas, 2018).

Como se mencionara en el párrafo precedente, el campo de la salud ha sido uno de los que ha convocado más amplia producción en el marco de esta teoría, comenzando con la obra pionera de Moscovici en el estudio sobre el psicoanálisis.

Abordar la cuestión de la salud y la enfermedad desde la perspectiva de la teoría de las representaciones sociales ha permitido, al decir de Jodelet (2020), el desarrollo de las siguientes líneas de análisis: relativo a la esfera subjetiva, cuestionar el énfasis puesto por la psicología social en la responsabilidad individual de los comportamientos en la gestión de la salud; analizar el sistema de creencias, informaciones, opiniones relativos a la salud y la enfermedad. En la esfera intersubjetiva, estudiar cómo se construyen las significaciones en el proceso de negociación discursiva entre el personal sanitario y el paciente, entre éste y su grupo de referencia, e incluso entre diferentes miembros del sistema de salud; cuál es la relación entre los sistemas de significaciones y las prácticas y cuáles son las determinaciones que operan en virtud de la inserción social de cada individuo o grupo y las identidades que se construyen. Y, finalmente, en el universo trans-subjetivo, cómo operan los sistemas representacionales hegemónicos y los medios de comunicación en el espacio público.

¿Qué sucede con la vejez? ¿Es posible considerar a la vejez, siguiendo la línea de lo planteado para la salud y la enfermedad, un objeto de representación social?

Gastrón (2013) afirma que se trata de un objeto que entraña múltiples significaciones, que éstas son relativas a un grupo determinado y que se da un entramado entre el sujeto y la representación que sostiene el grupo, de manera que se van modificando ambos.

Por su parte, Jodelet (2020) afirma:

...” La vejez es un objeto que presenta la particularidad de ser a la vez lo más privado, personal e íntimo y lo más socialmente construido y lo más público. Esto supone que su estudio debe abarcar esta doble realidad. Asimismo, como lo dice el sociólogo Lalive d’Epinay (1996), las vejeces se diferencian según el género, la cultura, el nivel socio-económico, la pertenencia étnica y los ambientes donde transcurre la vida. Las vejeces son también el objeto de representaciones” ... (p. 71)

Con el fin de ejemplificar cuáles han sido los interrogantes vinculados a esta temática, Gastrón (2013) cita algunas de las investigaciones llevadas a cabo en Europa y América. Un gran número de ellas ha estudiado estereotipos acerca de los mayores, ya sea sostenidos por jóvenes como

aqueellos derivados de la autoimagen de las mismas personas mayores. Otras, relativas a la representación social de la vida cotidiana en la vejez; el viejismo en los profesionales; la modificación de dichas representaciones a lo largo del ciclo vital; las vinculadas a las relaciones intergeneracionales; las sostenidas por los cuidadores; la influencia del paradigma biomédico, entre otras. Los resultados hallados en dichos estudios arrojan que los estereotipos más habituales relativos a la vejez están referidos al deterioro de las capacidades cognitivas, al sentimiento de no sentirse útiles; a la enfermedad, la soledad y la depresión, entre otros, con lo cual se concluye en la presencia prevalente de prejuicios y estereotipos negativos respecto al envejecimiento y las personas mayores en la sociedad (Gastrón, 2013).

Estos mismos autores realizan entre los años 2003 y 2005 una investigación para indagar las representaciones sociales acerca del envejecer, entrevistando 1600 personas a partir de los 15 años, en ciudades de Tucumán y alrededores y CABA y otras de la provincia de Buenos Aires. Pueden citarse algunas de las conclusiones de dicha investigación respecto de ciertos contenidos de las representaciones sociales de la vejez: en cuanto a temáticas del cuerpo, las dificultades para oír, el consumo de medicamentos y la disminución de la estatura, en consonancia con la perspectiva decremental que hace hincapié en los déficits. En cuanto a las capacidades, aparecieron contenidos referidos a la posibilidad de aprender cosas nuevas y manejar dinero, pero también imposibilidades por los problemas de memoria y vinculadas a la conducción de vehículos. Respecto de cuestiones psicológicas, los contenidos más frecuentes tuvieron que ver con la tristeza y el aislamiento (Gastrón, 2013).

Por su parte, Joao Wachelke & Contarello (2010) en una investigación estructural que evalúa, a su vez, las determinaciones por grupo de edad y contexto cultural, afirman que en personas jóvenes, los contenidos de las representaciones refieren a la vejez como un proceso, definido por el deterioro general y el cambio hacia el estrechamiento de lazos familiares; en personas mayores, en cambio, la muerte y el aislamiento social juegan un rol central. Relativo a la importancia del contexto cultural para caracterizar la estructura de la representación social, el estudio confirma esa incidencia destacando, por ejemplo, en el núcleo central de las representaciones de jóvenes italianos a la familia como un fuerte componente y la visión del envejecimiento como proceso de ganancia en sabiduría y experiencia, pero con aislamiento social. En el núcleo central de las



representaciones sociales de jóvenes brasileños, por su parte, se destacan: la declinación general, la exclusión social, la sabiduría y los problemas de salud.

Otros modos de abordaje psicosocial del envejecimiento son aquellos basados en los estereotipos acerca de la edad.

Los estereotipos son concepciones exageradas respecto a un grupo determinado basadas en generalizaciones simplistas que no toman en consideración las diferencias individuales. El término “edadismo” fue establecido por Butler en 1969, al modo del sexismo y racismo, para referirse a una red semántica y cognitiva formada por tres elementos: estereotipos (formas de pensar), prejuicios (formas de sentir) y discriminación (formas de actuar), respecto a las personas, basándose en su edad (Fernández-Ballesteros et al., 2020). Dicha red se deriva de la percepción de que una persona es demasiado vieja o demasiado joven para ser o hacer algo. En el primer caso, se suele denominar al edadismo como “viejismo” y pone el foco en los aspectos negativos del envejecimiento, asumiendo el prototipo de la vejez como etapa de inevitables dependencia y declinación de las capacidades físicas y mentales. Es altamente prevalente ya que, a diferencia de otras formas de discriminación, está socialmente aceptada, no se cuestiona y el lenguaje y los medios suelen reforzarla (Officer & de la Fuente-Núñez, 2018).

Los estereotipos acerca de la edad pueden referirse a una cultura determinada, a una persona o a uno mismo (estereotipo autodirigido), y pueden ser positivos, negativos o ambivalentes. Estos últimos consisten en atribuir a las personas mayores rasgos de ser amables, cálidos, pero no muy competentes, inteligentes o eficientes. Se los ve como inofensivos ya que no tienen la capacidad de constituirse en una amenaza para los demás grupos sociales y, más aún, se considera que necesitan que otros se hagan cargo de ellos (Fernández-Ballesteros et al., 2020).

A medida que vamos envejeciendo, dichas actitudes negativas respecto a la edad se van internalizando hasta constituir autopercepciones. Así se explica por qué las personas mayores frecuentemente tratan de permanecer jóvenes, sienten vergüenza de envejecer y limitan lo que piensan y sienten que pueden hacer, en lugar de sentirse plenos y satisfechos del logro de haber envejecido (Officer & de la Fuente-Núñez, 2018).

Los estereotipos se transforman en autopercepciones a través de un proceso explicado por la teoría de la encarnación del estereotipo que se da a través de una asimilación a partir del entorno cultural que a su vez influye en la salud y la capacidad funcional (Levy, 2009).

Dicho proceso presenta los siguientes componentes:

- a) La internalización del estereotipo a través del curso de vida, ya que se inicia en la temprana infancia y continúa más allá de ella. Más aún, en la infancia y juventud hay una máxima sensibilidad al estereotipo ya que, al no estar dirigidos a ellos mismos, no se tienen defensas frente a él. A largo plazo, estos estereotipos ya internalizados se vuelven contra uno mismo (Levy, 2009).
- b) Operatoria inconsciente de los estereotipos de edad: se activan y afectan de un modo inconsciente. Incluso, como las personas mayores desconocen la influencia de los estereotipos negativos en su vida cotidiana, atribuyen sus limitaciones en la salud física y cognitiva exclusivamente al envejecimiento, más que a factores ambientales, con lo cual se refuerzan los estereotipos negativos (Levy, 2009).
- c) Aumento de su relevancia al ser autodirigidos: la vejez está establecida socialmente a partir de una variedad de fechas arbitrarias. Una vez que la persona traspone la misma, reconoce que ha hecho un pasaje desde la vejez como etapa remota a la misma como un estado actual y esto le provoca una resonancia personal, en términos de identificación con otros que también son viejos. Este proceso se ve facilitado por una cantidad de señales a nivel social, muchas de ellas peyorativas, que les confirman que son personas mayores. Como estas señales suelen ser negadas, las personas entran a la vejez sin preparación para resistir a los estereotipos negativos (Levy, 2009).

Los estereotipos acerca de la edad extienden su influencia a través de tres caminos: psicológico (referidos a las expectativas como profecías que se autocumplen), actitudinales (los problemas de salud se consideran inevitables consecuencias del envejecimiento y por lo tanto las prácticas saludables se ven como fútiles) y fisiológico (por la afectación del sistema nervioso autónomo a raíz del estrés ambiental) (Levy, 2009).

El edadismo produce consecuencias muy perjudiciales en la propia persona mayor relacionadas con las decisiones que toma respecto a su salud, a su rendimiento físico y cognitivo, etc. En el ámbito social, el edadismo se traduce en obstáculos que terminan marginando a las personas mayores dentro de sus comunidades, limitándoles el acceso a los servicios (sanitarios y sociales) y disminuyendo su valoración y el aporte que puedan hacer a sus comunidades. También se expresa en impedimentos en ámbitos educativos, laborales, sanitarios, previsión social porque recorre transversalmente la forma en que socialmente se plantean los problemas, se formulan preguntas y se encuentran soluciones. Cuando se agregan otras formas de discriminación, como las referidas al género o a la discapacidad (por ejemplo, mujeres mayores), la situación se hace mucho más grave aún (OMS, 2019).

Estudios realizados desde la perspectiva del modelo del contenido del estereotipo establecieron que el estereotipo cultural acerca de la edad llamado paternalista o ambivalente (es decir, considerar a la persona al mismo tiempo amable o cálida pero incompetente) es universal y que las visiones negativas respecto a las personas mayores, tanto a nivel individual como poblacional, son los principales predictores negativos del envejecimiento activo, asociándolas con las bajas participación social, vida independiente y salud (Fernández-Ballesteros et al., 2020). Las personas mayores que han sufrido discriminación o se autodiscriminan han tenido una recuperación más lenta frente a la discapacidad y, en promedio, 7,5 años menos de vida. (Officer & de la Fuente-Núñez, 2018).

Finalmente, puede señalarse una articulación más entre la inequidad mencionada y los estereotipos: cuanto más inequitativa es una sociedad, mayor fuerza tienen los estereotipos sociales ambivalentes, al modo de un “tapón racional” que ayuda a conciliar inequidad y mantenimiento del sistema. Dichos estereotipos tienen la capacidad de ejercer control ya que, por un lado, afirman cómo un grupo siente, piensa y se comporta (aspecto descriptivo) y, por otro, cómo ese mismo grupo debería sentir, pensar y comportarse (aspecto prescriptivo). Ambos aspectos del estereotipo permiten el ejercicio del control social: en lo descriptivo, porque vincula la interacción social a lo que habitualmente se espera acerca de un grupo determinado; lo prescriptivo, porque demanda al grupo estereotipado adecuarse a las expectativas del estereotipo. Los estereotipos ambivalentes son los más aceptados por los grupos objetivo ya que el lado



negativo de las creencias queda enmascarado por las positivas y de este modo se logra la adherencia de las personas, mientras se las desalienta por un lado, incluso en situaciones de severas inequidades sociales y económicas (Durante et al., 2013).

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

Se trata de un estudio descriptivo, de corte transversal, para el cual se ha diseñado una estrategia metodológica cualitativa (Souza Minayo, 2003), cuyo objetivo es comprender las ideas compartidas sobre los conceptos persona mayor y envejecimiento activo y saludable. Para su abordaje se utilizará la Teoría de las Representaciones Sociales, más específicamente, uno de los enfoques estructurales conocido como la Teoría del Núcleo Central. Dado que su objetivo es la comprensión de un fenómeno, como se mencionó anteriormente, se recurrirá a una técnica que construye información cualitativa denominada “técnica de evocación libre de palabras o técnica de asociación libre” (Perera, 1995) utilizando palabras inductoras relacionadas con el envejecimiento, además de observaciones en campo y entrevistas en profundidad. El análisis de la información obtenida a través de la técnica evocativa se realiza bajo las normas de la metodología cuantitativa, específicamente el análisis prototípico (Wachelke & Wolter, 2011), una variante de los análisis lexicales, mediante la utilización del software IRAMUTEQ. No obstante, esta situación de uso de estadística, al tratarse de un estudio que apunta a la comprensión y cualificación de un fenómeno en contexto, se lo interpretará dentro de una estrategia metodológica cualitativa.

4.2 Dimensiones

Las respuestas dadas por los participantes al aplicarse la técnica de evocación libre de palabras (que será desarrollada en el apartado sobre la fuente de datos) se clasifican según dos coordenadas: la frecuencia en el corpus y el orden de evocación. Como afirma Moliner (1994), la frecuencia es un indicador cuantitativo de centralidad y remite al número de veces que una palabra aparece en la población considerada (como es citado en Dany et al., 2015).

El orden de evocación refiere a una operación individual en la que el sujeto declara ciertas palabras en concordancia con su disponibilidad cognitiva, según una propiedad por la cual los elementos más importantes de una representación están más disponibles y se pronuncian primero (se la conoce como la ley de Marbe, 1901) (Dany et al., 2015).

Abric (1994) establece que el cruce de ambos criterios, que permite identificar los elementos más importantes de una representación al mapear los rasgos cualitativos y cuantitativos de las respuestas evocadas, puede ser indicador de centralidad del mismo (como es citado en Dany et al., 2015).

Conforme al valor de corte de referencia y diferente para cada una de las coordenadas, las palabras o expresiones evocadas son clasificadas según el criterio “alto” o “bajo”. Las palabras con frecuencia alta son aquellas con frecuencia superior o igual al valor de corte de esa referencia; aquellas con valores inferiores, se sitúan en zona de baja frecuencia. La clasificación para la coordenada de orden de evocación es idéntica: las palabras con bajo orden de evocación son aquellas recordadas en primer lugar (João Wachelke & Wolter, 2011).

Respecto a la definición del punto de corte para las coordenadas de frecuencia y orden de evocación, no hay criterio unánime. Generalmente se adopta como punto de corte, la mediana del número de evocaciones que, para cinco respuestas, es tres (esto, respecto al orden de evocación). En relación con el punto de corte respecto a la frecuencia, las variantes son más amplias. El procedimiento inicialmente propuesto por Vergès en 1992 es el del cálculo de la frecuencia media dentro de las respuestas, luego de haber excluido las evocaciones con bajas frecuencias (João Wachelke & Wolter, 2011).

El cruce de las dos coordenadas, clasificadas en valores altos y bajos, determina cuatro zonas que constituyen la tabla de resultados del análisis prototípico.

Tabla de resultados análisis prototípico

Frecuencia / Orden de evocación	Más prontamente evocada (1° o 2° lugar en la asociación)	Más tardíamente evocada (3° a 5° lugar en la asociación)
Más frecuente que la mediana	Núcleo Central	Primer núcleo periférico
Menos frecuente que la mediana	Elementos de contraste	Segunda periferia

Esta tabla muestra una zona de núcleo central donde aparecen las palabras de alta frecuencia y bajo orden de evocación (mencionadas por mayor número de sujetos y evocadas prontamente). Los elementos del núcleo central de las representaciones sociales tienen grandes posibilidades de estar contenidas en algunas de las palabras de esta zona. Es importante destacar que, como lo mencionan Sá (1996), Abric (2003), Flament & Rouquette (2003) no hay una equivalencia inmediata entre el núcleo central de la representación y la zona del núcleo del análisis prototípico: la ubicación en esta área da hipótesis de centralidad que necesita ser corroborada por medio de otras técnicas (como es citado en João Wachelke & Wolter, 2011).

El cuadrante superior derecho constituye la primera periferia: en ella se ubican las respuestas con alta frecuencia y alto orden de evocación (mencionadas en las últimas posiciones). Se trata de elementos importantes de la representación, pero secundarios (João Wachelke & Wolter, 2011).

La segunda periferia contiene las respuestas con frecuencia de evocación inferior al punto de corte, evocadas al final. Son elementos menos interesantes para la estructura de la representación del grupo social, más particularizados (João Wachelke & Wolter, 2011).

Finalmente, abajo a la izquierda, el cuadrante de la zona de contraste: presenta respuestas con baja frecuencia, minoritarias. Pueden ser complementos de la periferia o mostrar la existencia de un subgrupo con elementos diferentes a la mayoría, incluso como núcleo central diferente (João Wachelke & Wolter, 2011).

4.3 Población y Unidad de Análisis

En relación con la cantidad de participantes a los que se les solicitan las evocaciones, no existen indicaciones precisas acerca del mínimo requerido para contar con resultados válidos. En términos generales, cuanto más numeroso sea el número de sujetos evaluados, más estables se consideran los resultados en tanto son menos susceptibles de ser influidos por casos extremos. Se considera que una muestra de, al menos, cien participantes es lo conveniente (João Wachelke & Wolter, 2011).



Las unidades de análisis serán cada una de las personas mayores de 18 años participantes del estudio y se seleccionarán en base a un muestreo intencional por cuotas (Sinobas, 2011). Se define como criterio de inclusión a toda persona mayor de 18 años, usuaria del Hospital Municipal de Vicente López, de diferentes poblaciones (edad, sexo y nivel de escolarización máxima alcanzada) y con un número mínimo de cien sujetos, tal como se menciona más arriba. Será excluido de la muestra aquel adulto con deterioro cognitivo moderado o severo.

4.4 Fuentes de Información y Técnicas de Recolección de Datos

El análisis de las representaciones sociales plantea dos cuestiones metodológicas de envergadura: en primer lugar, el problema de cómo se recolectan; en segundo lugar, a través de qué métodos las mismas son analizadas.

En cuanto a la recolección del contenido de las representaciones sociales, existen dos grandes grupos de métodos: los interrogativos y los asociativos. Entre los asociativos, hay algunos que están basados en la tabulación cruzada de dos criterios: uno numérico, según se le pida al sujeto la asociación de dos, tres o n palabras; siendo más frecuente el pedido de tres a cinco respuestas. Un segundo criterio es dado por las limitaciones, esto es, si las asociaciones deben ceñirse a alguna restricción gramatical, semántica o de algún otro orden. La más usada suele ser la de respuestas múltiples de asociación libre, sin restricciones, fundamentalmente en el enfoque estructural de las representaciones sociales (Dany et al., 2015). Se practica pidiendo al sujeto que manifieste las palabras o expresiones que se le presentan a la conciencia, de forma espontánea, a partir de un término inductor, de manera que el entrevistador ejerce menos control sobre ellas (Abric, 2001). Flament y Rouquette consideran que a partir de esas evocaciones se puede acceder a los rastros de la memoria colectiva (como es citado en Dany, Urdapilleta, & Lo Monaco, 2015). Es justamente esta técnica la utilizada en este estudio, solicitándose cinco respuestas a cada término o frase inductora, tal como detalla el cuadro a continuación.

Términos Inductores

Relacionados con la persona mayor

- **Persona mayor**
- **Hombre viejo**
- **Mujer vieja**
- **Persona mayor activa**
- **Persona mayor saludable**

Relacionados con el proceso de envejecimiento

- **Envejecimiento activo**
- **Envejecimiento saludable**

Relacionados con el concepto teórico de envejecimiento activo

- **Participación social**
- **Seguridad en la vejez**

Fuente: Elaboración propia

Respecto a la categoría “persona mayor”, se utilizarán, tal como se observa en el cuadro anterior, otros términos inductores con los que se pudieran pesquisar diferencias. En tal sentido, se incluyen: “hombre viejo” y “mujer vieja”, para evaluar cuestiones de género y particularidades

de las evocaciones al suplantar “mayor” por “viejo/a”. Asimismo, se agregarán a la categoría mencionada los calificativos de “activa” y “saludable”, en concordancia con los conceptos centrales de los documentos internacionales sobre envejecimiento, pero, en una perspectiva sincrónica, referidos a la persona mayor. También se realizarán preguntas para asociar el significado de las palabras “participación social” y “seguridad en la vejez”, dos de los tres pilares del concepto de envejecimiento activo. No se solicitarán evocaciones para el tercer pilar, la salud, ya que aparece en las frases inductoras “persona mayor saludable” y “envejecimiento saludable”.

El trabajo de campo en la estrategia metodológica cualitativa que caracteriza a la presente investigación se complementa con observaciones en el espacio, en este caso el Hospital Municipal de Vicente López, más específicamente, las salas de espera del sector de Guardia y Consultorios externos, y entrevistas en profundidad en ocasión de la aplicación de la técnica evocativa, de manera de conocer las perspectivas de los actores, las significaciones particulares que le dan algunos sujetos de la población estudiada, a las palabras inductoras (Adissi, 2021).

En relación con el análisis de la información, una vez recogido el corpus de evocaciones, se debe elegir el método de procesamiento de los datos. En este estudio se utiliza el análisis prototípico que pertenece al grupo de métodos lexicales. Estos últimos son métodos de estadística textual que permiten el estudio comparado de textos y la comprensión de contenidos. La hipótesis es que en el curso de sus declaraciones, el sujeto hablante va evocando una serie de universos personales y, en virtud de esto, va utilizando el vocabulario (Guerin-pace, 1998). El análisis lexical permite, entonces, la identificación de agrupamientos en el texto. El grupo es definido como un conjunto de palabras que tienden a aparecer en forma próxima en el texto, formando un segmento específico y pueden indicar representación social o elementos de ellas relativos al objeto social en estudio (Andrade, 2016).

El análisis prototípico es una de las técnicas más difundidas para la caracterización estructural de representaciones sociales a partir de evocaciones de palabras. Fue desarrollado por Vergès en 1992 y consta de dos etapas: el análisis prototípico propiamente dicho que se basa en el cálculo de frecuencias y orden de evocación de las respuestas y una segunda instancia en la que se formulan categorías que engloban las evocaciones, sus frecuencias, composición y coocurrencia.

Las caracterizaciones estructurales relativas a diagnósticos representacionales vinculados a un grupo son más precisas si emplean técnicas confirmatorias como las técnicas de cuestionamiento (mise en cause) y los esquemas cognitivos de base. Para estudios con finalidades exploratorias, como el presente, el análisis prototípico propiamente dicho da indicios probables de centralidad válidos (João Wachelke & Wolter, 2011).

Según afirman Vergès, Tyzska & Vergès (1994) el análisis prototípico parte del supuesto de que los elementos de la representación social con importancia en su estructura son más prototípicos, es decir, más accesibles a la conciencia (como es citado en João Wachelke & Wolter, 2011). En sentido estricto, puede decirse que se trata de una convención de presentación de datos, un patrón de organización de información relativa a evocaciones verbales, de un modo sintético y no un patrón de análisis estadístico. Permite la identificación de elementos de la representación por medio de patrones cuantitativos de consenso intragrupo más evidentes, de manera de identificar las palabras que no cambian dentro de un grupo, aquellas menos susceptibles de variación (João Wachelke & Wolter, 2011).

Finalmente, se señalarán algunas cuestiones epistemológicas relativas al análisis prototípico. En principio, como señala Poitou (2000) el prototipo puede entenderse como el elemento más destacado en una escala de tipicidad (como es citado en Dany et al., 2015). Cruse (1990), y Poitou (2000) agregan que la accesibilidad de un elemento apunta a la definición del prototipo (como es citado en Dany et al., 2015). En tanto, De Rosa (2003) enfatiza que la rapidez de la evocación no es sólo expresión de la fuerza del vínculo asociativo y en consecuencia de su importancia, sino también de su accesibilidad al formar parte de un consenso prototípico (como es citado en Dany et al., 2015). A modo de ejemplo, puede citarse a Rosch (1973) que afirma la influencia del grado de tipicidad en desempeños cognitivos, por ejemplo en tareas de decisión de categorías, en las cuales a los individuos les lleva menos tiempo responder cuando el ejemplo a categorizar es típico, que cuando no lo es (como es citado en Dany et al., 2015).

Un consenso basado en el criterio de prototypicalidad constituye una vía de acceso a las producciones espontáneas que están asociadas a la memoria colectiva y conforman una descripción colectiva del campo de la representación social (Dany et al., 2015).



Será utilizado como apoyo para el procesamiento del corpus el software libre *Iramuteq*, versión 07, Alpha 2 de Mariola Moreno y Pierre Ratinaud 11/03/2015 (Interface de R *pour analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*).

Se realizará, además, un breve cuestionario con datos de edad, sexo y nivel máximo de escolarización alcanzada que permitirá cruzar con las representaciones sociales y profundizar en significados más detallados de la población de estudio.

Finalmente, cabe detallar que se trabajará tanto con fuentes secundarias, tales como bibliografía y documentos sobre envejecimiento activo y saludable y normas internacionales y nacionales, como con fuentes primarias, construidas por el equipo de investigación y que serán las evocaciones solicitadas a cada individuo.

Los datos serán interpretados según las categorías que conforman los conceptos de envejecimiento activo y envejecimiento saludable, tal como han sido expuestos en los documentos sobre envejecimiento de la Organización Mundial de la Salud: Envejecimiento Activo: un marco Político (2002) y Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030 (2019), y la Convención Interamericana sobre protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, todos ellos desarrollados en el marco teórico del presente trabajo.

Se aclara que este estudio resguardará la confidencialidad de los datos por medio de la lectura previa y entrega de un consentimiento libre y esclarecido que será firmado en dos ejemplares, uno por el usuario y otro por la investigadora.

5. Resultados

La técnica de evocación libre de palabras fue aplicada a 101 personas usuarias del Hospital Municipal de Vicente López, Prof. Dr. B. Houssay durante los meses de junio y julio del año 2020. Se utilizaron categorías de sexo: mujeres y varones; de grupos de edad: de 18 a 59 años y mayores de 60 años; y de nivel máximo de escolaridad alcanzada: hasta secundario completo y más que secundario completo.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA



Una vez recolectadas las evocaciones para cada frase inductora, el software *Iramuteq* procesa los datos y devuelve las tablas del análisis prototípico (pueden verse en los Anexos 2 a 10 las correspondientes a los resultados generales para cada palabra inductora) donde muestra el patrón de distribución de respuestas aplicando el cruce de dos criterios: la frecuencia media y el orden o rango medio de evocación, descartando las respuestas que tienen una frecuencia inferior a dos

(es decir, que son evocadas por una sola persona). Esto constituye el corpus. La frecuencia es la cantidad de veces que una palabra es evocada por la población estudiada. El rango u orden de evocación es el lugar en que es evocada: primer lugar, segundo, tercero, cuarto y quinto (en el caso en que se piden 5 evocaciones por cada palabra inductora). En los cuadrantes del área superior (área central y primera periferia) se distribuyen las evocaciones que tienen una frecuencia superior a la media. Aplicando luego el criterio del rango u orden medio de evocación, en el cuadrante superior izquierdo (área central) se ubican las palabras más prontamente evocadas (es decir, aquellas cuyo orden de evocación es inferior al rango medio: primero y segundo lugar, en 5 evocaciones); en el cuadrante superior derecho (1ª periferia), aquellas palabras que fueron evocadas en tercero, cuarto y quinto lugar. Como ya se ha explicado, la zona central muestra aquellas evocaciones que menos variación tienen dentro de la población estudiada, complementada por la primera periferia, es decir, en conjunto, lo más prototípico de la misma, en un estudio con finalidad exploratoria, como este trabajo.

Para la presentación de los resultados generales, se elaboró una tabla para cada frase inductora que toma los dos cuadrantes superiores de la tabla del análisis prototípico para relevar las 10 evocaciones más frecuentes.

A continuación, se muestra, a modo de ejemplo, la tabla correspondiente a la palabra inductora “Persona Mayor” (en el Anexo 11 se detallan las tablas correspondientes a las otras 8 palabras inductoras).

Corpus: 307 palabras

Palabras diferentes: 64

Frecuencia media: 4,80

PERSONA MAYOR					
Rango promedio					
< 2,70			≥ 2,70		
Evocaciones	Frecuencia	Rango u orden de evocación	Evocaciones	Frecuencia	Rango u orden de evocación
Experiencia	33	1,9	Sabiduría	27	2,9
Vejez	15	1,8	Enfermedad	16	3,2
Soledad	10	2,6	Tristeza	9	3,7

Abuelo	10	1,8	Paciencia	8	3,9
Edad avanzada	7	1,3			
Anciano	6	1,5			
Área central			1ª periferia		

El corpus total es de 2730 palabras evocadas por las 101 personas de la población estudiada, a partir de las 9 frases inductoras (descartando las evocaciones con frecuencia inferior a 2, como ya se dijo). Se elaboró la tabla que puede verse debajo con las palabras evocadas que tuvieron la mayor frecuencia (es decir, asociadas por mayor cantidad de personas, correspondientes al área central y la 1ª periferia).

Palabras con mayor frecuencia	
Evocaciones	Nº Evocaciones
Actividad física	137
Familia	76
Alimentación saludable	69
Salud	68
Experiencia	58
Trabajo	57
Sabiduría	54
Amigos	54
Abuelo/a	51
Bienestar económico	40
Soledad	36
Acompañamiento / amor	33
Alegría	32
Enfermedad	25
Pares	23
Vida social	21
Viajes	20
Cobertura médica	20
Actividades	19
Arrugas	18
Canas	17
Tranquilidad	17

Padre/Madre	16
Vejez	15
Tristeza	14
Controles médicos	12
Centro de jubilados	12
Jubilación digna	11
Estudio	11
Reuniones	11
Salidas	10
Actividad deportiva	8
Felicidad	8
Interacción intergeneracional	8
Salud mental	7
Actividad mental	7
Clubes	7
Nietos	5

Palabras con mayor frecuencia agrupadas en categorías		
	Nº evocaciones	Porcentaje sobre corpus total
Vínculos familiares	148	5,42
Actividad física	145	5,31
Vida social	139	5,09
Experiencia	112	4,10
Bienestar económico	108	3,96
Salud	75	2,75
Alimentación saludable	69	2,53
Salidas	60	2,20
Alegría	40	1,47
Actividades	37	1,36
Soledad	36	1,32
Canas	35	1,28
Controles médicos	32	1,17
Enfermedad	25	0,92
Paciencia	17	0,62
Vejez	15	0,55
Tristeza	14	0,51

Referencias: Categorías y palabras incluidas

Vínculos familiares: Padre, madre, abuelo/a, nietos, familia.

Actividad física: Actividad física, actividad deportiva.

Vida social: Amigos, pares, vida social, acompañamiento, interacción intergeneracional, amor.

Experiencia: Experiencia, sabiduría, ejemplo.

Bienestar económico: Trabajo, bienestar económico, jubilado, jubilación digna.

Salud: Salud, salud mental, salud física, cuidarse.

Alimentación saludable: Alimentación saludable.

Salidas: Viajes, salidas, centro de jubilados, reuniones, clubes.

Alegría: Alegría, felicidad.

Actividades: Actividades, estudio, actividad mental.

Soledad: Soledad.

Canas: Canas, arrugas.

Controles médicos: Controles médicos, cobertura médica

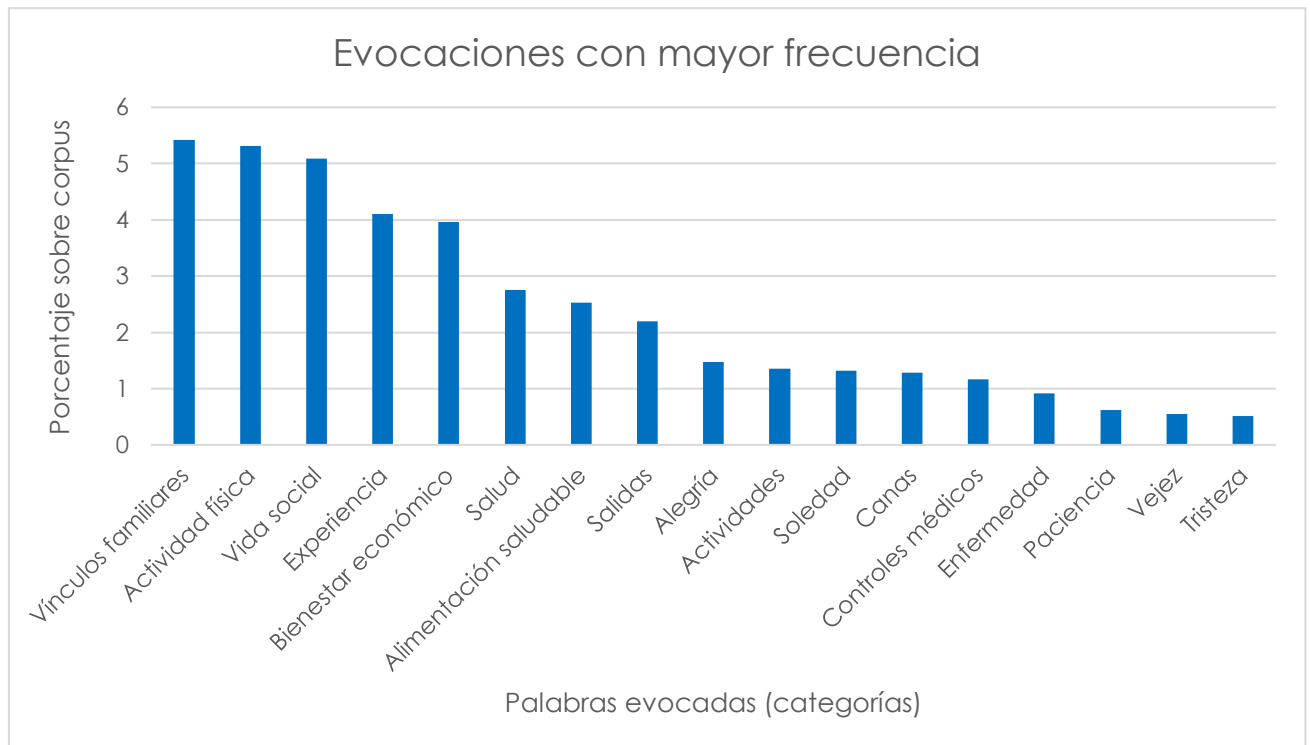
Enfermedad: Enfermedad.

Vejez: Vejez, edad avanzada, anciano.

Tristeza: Tristeza.

Activa: Activa, fuerza, vitalidad.

Paciencia: Paciencia, tranquilidad.



Se presenta a continuación una tabla a partir de las palabras inductoras PERSONA MAYOR y PERSONA MAYOR ACTIVA para contrastar si existía alguna diferencia en las palabras mayormente evocadas al agregar el calificativo “activa”.

Palabras con mayor frecuencia	
Palabra inductora: Persona Mayor	Palabra inductora: Persona Mayor Activa
Experiencia	Actividad física
Sabiduría	Trabajo
Enfermedad	Alegría
Vejez	Actividades
Soledad	Salud
Abuelo	Viajes
Tristeza	Salidas
Paciencia	Amigos
Edad avanzada	Independencia
Anciano	Estudio

Las siguientes tablas muestran diferencias y similitudes en las palabras más frecuentemente evocadas a partir de términos inductores relativos a la persona mayor contrastándolas con aquellos referidos al proceso de envejecimiento.

Palabras con mayor frecuencia	
Palabra inductora: Persona Mayor Activa	Palabra inductora: Envejecimiento Activo
Actividad física	Actividad física
Trabajo	Trabajo
Alegría	Salud
Actividades	Vida social
Salud	Alimentación saludable
Viajes	Familia
Salidas	Alegría
Amigos	Amigos
Independencia	Actividades
Estudio	Estudio

Palabras con mayor frecuencia	
Palabra inductora: Persona Mayor Saludable	Palabra inductora: Envejecimiento Saludable
Actividad física	Actividad física
Alimentación saludable	Alimentación saludable
Activa	Controles médicos
Salud	Vida social
Trabajo	Salud
Felicidad	Familia
Fuerza	Cuidarse
Familia	Activo
Alegría	Tranquilidad
Salud mental	Actividad mental

Se rastrean a continuación algunas particularidades de las evocaciones al aplicar filtros por sexo, grupos etarios y nivel máximo de escolaridad alcanzada, aplicando el mismo criterio señalado para los resultados generales. Se realizaron tablas con las palabras evocadas con mayor frecuencia (área central y 1ª periferia) a lo largo de las 9 frases inductoras y se muestran las categorías resultantes más frecuentes.

PARTICULARIDADES POR SEXO

Categoría: MUJER		
Cantidad de mujeres en la población estudiada: 65	Corpus: 1537 palabras evocadas	Promedio: 23,65 palabras evocadas / persona sobre corpus

Palabras con mayor frecuencia agrupadas en categorías		
	Nº evocaciones	Porcentaje sobre corpus
Vida social	100	6,51
Actividad física	92	5,99
Vínculos familiares	86	5,60
Experiencia	68	4,4
Bienestar económico	55	3,5
Salud	52	3,38
Salidas	49	3,19
Alimentación saludable	46	2,99
Alegría	33	2,15
Soledad	26	1,69
Actividades	21	1,37
Controles médicos	25	1,63
Activa	23	1,50
Enfermedad	14	0,91
Vejez	14	0,91
Paciencia	12	0,78
Canas	11	0,72
Tristeza	5	0,33

Categoría: VARÓN

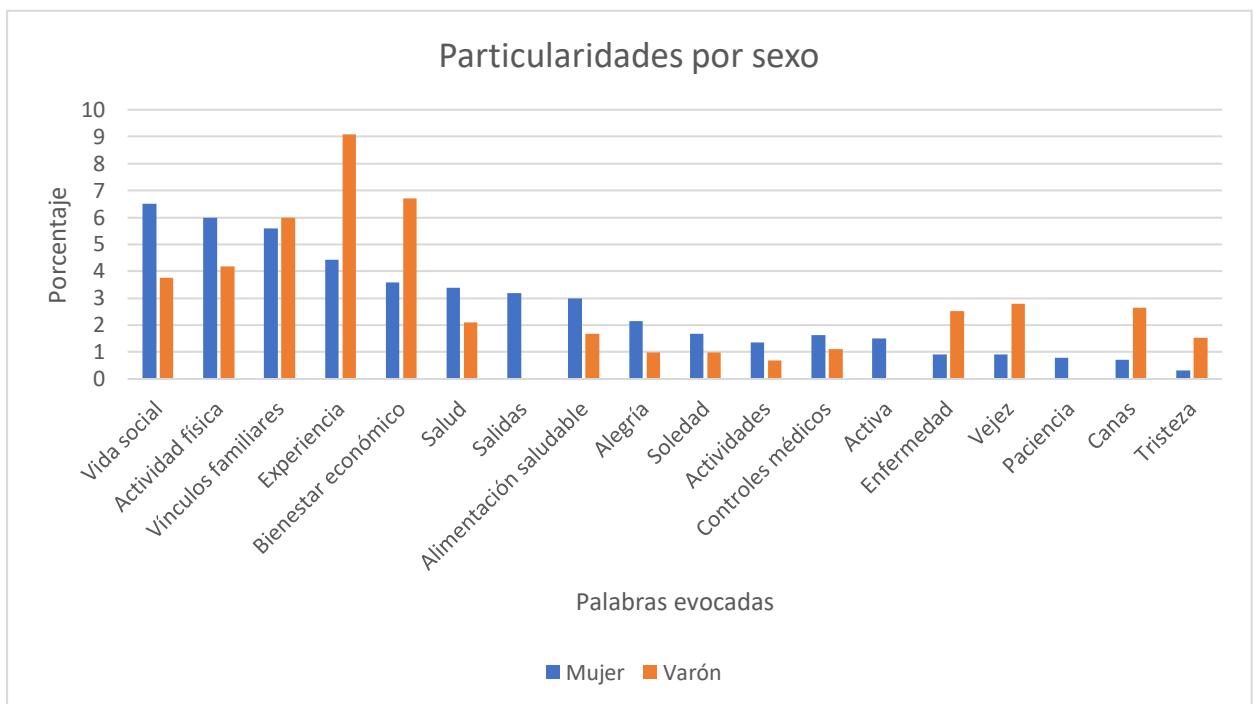
Cantidad de varones en la población estudiada: 36

Corpus: 716 palabras evocadas

Promedio: 19,89 palabras evocadas / persona sobre corpus

Palabras con mayor frecuencia agrupadas en categorías		
	Nº evocaciones	Porcentaje sobre corpus
Experiencia	65	9,08
Bienestar económico	48	6,70

Vínculos familiares	43	6,00
Actividad física	30	4,19
Vida social	27	3,77
Vejez	20	2,79
Canas	19	2,65
Enfermedad	18	2,51
Salud	15	2,09
Alimentación saludable	12	1,68
Tristeza	11	1,54
Controles médicos	8	1,12
Alegría	7	0,98
Soledad	7	0,98
Actividades	5	0,70
Salidas	0	0



La siguiente tabla muestra las evocaciones más frecuentemente producidas a partir de palabras inductoras referidas a sí misma/o, es decir: producidas por la población de la **categoría por sexo Mujer** a partir de la frase inductora **Mujer Vieja** y las producidas por la población de la **categoría por sexo Varón** a partir de la frase inductora **Hombre Viejo**.

Palabras con mayor frecuencia	
Palabra inductora: Mujer Vieja , según categoría sexo Mujeres	Palabra inductora: Hombre Viejo , según categoría sexo Varones
Abuela	Abuelo
Sabiduría	Canas
Soledad	Experiencia
Experiencia	Jubilado
Madre	Arrugas
Arrugas	Enfermedad
Activa	Sabiduría
Coqueta	Soledad

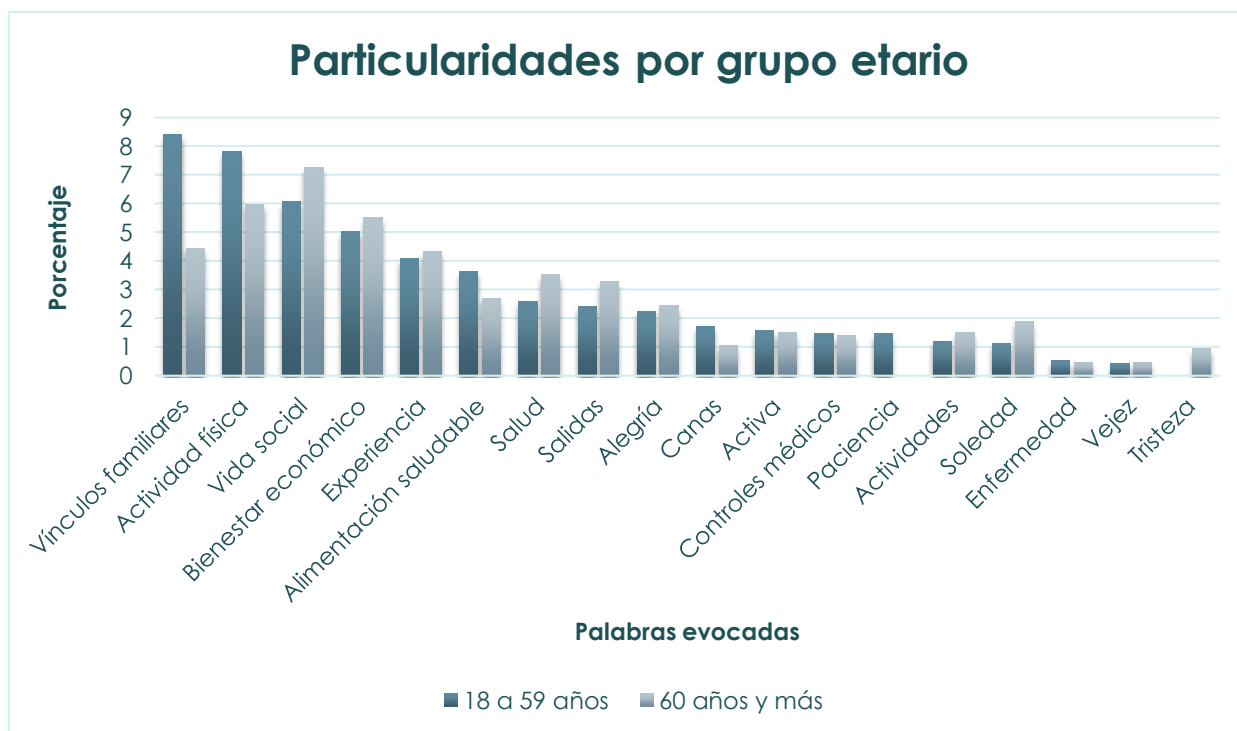
PARTICULARIDADES POR GRUPO ETARIO

Categoría: 18 a 59 AÑOS		
Cantidad de personas en la población estudiada: 58	Corpus: 1153 palabras evocadas	Promedio: 19,88 palabras evocadas / persona sobre corpus

Palabras con mayor frecuencia agrupadas en categorías		
	Nº evocaciones	Porcentaje sobre corpus
Vínculos familiares	97	8,41
Actividad física	90	7,81
Vida social	70	6,07
Bienestar económico	58	5,03
Experiencia	47	4,08
Alimentación saludable	42	3,64
Salud	30	2,60
Salidas	28	2,43
Alegría	26	2,25
Canas	20	1,73
Activa	18	1,56
Controles médicos	17	1,47
Paciencia	17	1,47
Actividades	14	1,21
Soledad	13	1,13
Enfermedad	6	0,52
Vejez	5	0,43
Tristeza	0	0

Categoría: 60 AÑOS y MÁS		
Cantidad de personas en la población estudiada: 43	Corpus: 853 palabras evocadas	Promedio: 19,84 palabras evocadas / persona sobre corpus

Palabras con mayor frecuencia agrupadas en categorías		
	N° evocaciones	Porcentaje sobre corpus
Vida social	62	7,27
Actividad física	51	5,98
Bienestar económico	47	5,51
Vínculos familiares	38	4,45
Experiencia	37	4,34
Salud	30	3,52
Salidas	28	3,28
Alimentación saludable	23	2,70
Alegría	21	2,46
Soledad	16	1,88
Activa	13	1,52
Actividades	13	1,52
Controles médicos	12	1,41
Canas	9	1,06
Tristeza	8	0,94
Enfermedad	4	0,47
Vejez	4	0,47
Paciencia	0	0



Con la finalidad de explorar evocaciones producidas por las personas mayores respecto a sí mismas se realizó una tabla con las asociaciones más frecuentes para la **categoría Grupo Etario 60 años y más** a partir de las frases inductoras: **Persona Mayor, Hombre Viejo y Mujer Vieja.**

Palabras con mayor frecuencia para categoría Grupos Etarios: 60 años y más		
Palabra inductora: Persona Mayor	Palabra inductora: Hombre Viejo	Palabra inductora: Mujer Vieja
Experiencia	Experiencia	Abuela
Vejez	Abuelo	Sabiduría
Enfermedad	Soledad	Soledad
Sabiduría	Trabajo	Madre
Soledad	Arrugas	Experiencia
Alegría	Cansancio	Tristeza
	Sabiduría	
	Canas	
	Tristeza	

PARTICULARIDADES POR NIVEL MÁXIMO DE ESCOLARIDAD ALCANZADA

Categoría: HASTA SECUNDARIO COMPLETO		
Cantidad de personas en la población estudiada: 48	Corpus: 1074 palabras evocadas	Promedio: 22,37 palabras evocadas / persona sobre corpus

Palabras con mayor frecuencia agrupadas en categorías		
	Nº evocaciones	Porcentaje sobre corpus
Vida social	64	5,96
Bienestar económico	62	5,77
Vínculos familiares	57	5,31
Actividad física	56	5,21
Experiencia	55	5,12
Salud	53	4,93
Salidas	43	4,00
Alimentación saludable	30	2,79
Alegría	24	2,23
Activa	19	1,77
Soledad	18	1,68
Actividades	14	1,30
Tristeza	14	1,30
Vejez	13	1,21
Controles médicos	12	1,12
Enfermedad	9	0,84
Canas	8	0,74
Paciencia	0	0

Categoría: MÁS QUE SECUNDARIO COMPLETO

Cantidad de personas en la población estudiada: 53

Corpus: 1071 palabras evocadas

Promedio: 20,21 palabras evocadas / persona sobre corpus

Palabras con mayor frecuencia agrupadas en categorías		
	N° evocaciones	Porcentaje sobre corpus
Actividad física	91	8,50
Vida social	86	8,03
Vínculos familiares	82	7,66
Experiencia	66	6,16
Bienestar económico	41	3,83
Alimentación saludable	38	3,55
Salud	28	2,61
Salidas	22	2,05
Canas	19	1,77
Soledad	18	1,68
Controles médicos	17	1,59
Enfermedad	16	1,49
Alegría	16	1,49
Activa	12	1,12
Actividades	12	1,12
Paciencia	11	1,03
Vejez	11	1,03
Tristeza	0	0



PARTICULARIDADES OBSERVADAS EN LA INTERSECCIÓN DE CATEGORÍAS, CON ENFOQUE EN EL GRUPO ETARIO DE 60 AÑOS Y MÁS

Evocaciones con mayor frecuencia para categoría Sexo: Mujer				
Resultados generales, para todas las palabras inductoras (población: 65 mujeres)	Resultados generales, para palabra inductora: Mujer Vieja	Palabra inductora: Mujer Vieja , categorías Sexo: Mujer y Grupo Etario: 60 años y más	Palabra inductora: Mujer Vieja , categorías Sexo: Mujer, Grupo Etario: 60 años y más y Nivel Máximo Escolaridad alcanzada: Hasta secundario completo	Palabra inductora: Mujer Vieja , categorías Sexo: Mujer, Grupo Etario: 60 años y más y Nivel Máximo Escolaridad alcanzada: Más que secundario completo
Vida social	Vínculos familiares	Características psicológicas positivas y negativas	Características psicológicas positivas y negativas	Características psicológicas positivas y negativas
Actividad física, salud, alimentación saludable	Experiencia, sabiduría	Soledad, fragilidad	Vínculos familiares	Experiencia, sabiduría
Vínculos familiares	Soledad, fragilidad	Vínculos familiares – Sabiduría y experiencia	Experiencia, sabiduría	Soledad
Experiencia	Arrugas (apariencia física)	Arrugas (apariencia física)	<u>Nota:</u> “Actividad física” tiene una muy baja frecuencia; “Trabajo” no es evocada	Vínculos familiares
Bienestar económico	Características psicológicas positivas y negativas			<u>Nota:</u> “Actividad física” no es evocada, “Trabajo” tiene una muy baja frecuencia
Salidas				
Características psicológicas positivas y negativas				
Soledad				

Lidia (66 años, nivel máximo de escolaridad alcanzada: primario completo) se encuentra en la sala de espera de los consultorios externos de traumatología a la espera de la consulta por una

fractura que tuvo un tiempo atrás. Se muestra predispuesta a colaborar con la entrevista. “Persona mayor” remite a estados de ánimo: tristeza, angustia, ser activa. Comenta que ella se maneja sola en su casa, que tiene un hijo, pero trata de no pedirle: “él tiene muchas complicaciones, con el trabajo, con su familia”. Habla de la soledad de las personas mayores, momento en el que sobreviene una gran angustia. Sigue asociando según avanza la técnica evocativa hasta que se le pregunta por “hombre viejo”. Se angustia mucho, llora, vuelve a hablar de la tristeza y la soledad. Cuenta que lo asocia con un vecino, se ayudaban mutuamente, se hacían compañía, pero él había aparecido muerto en su casa un par de días atrás. “Somos muy vulnerables y ahora yo estoy más sola que antes. Y con esta situación [la pandemia] ni siquiera me pude despedir.”

Dolores (72 años, nivel universitario incompleto) testimonia: “Tengo un solo hijo que tuvo hace un tiempo un brote psicótico. Casi nunca me llama, vive ahora con el padre y yo trato de no pedirle nada. Mi familia es Juana [una amiga] y sus hijos. Ellos son los que me ayudan. [Fuera de ellos] hay poca gente a la que recurrir. Estoy sola. [El consorcio del edificio] se hacen los distraídos con los problemas que hay en mi departamento. Te angustia comprobar que sos vieja, mujer y pobre y no tenés quién te defienda... tratás de ir resolviendo y tomar las cosas con calma, pero a veces la soledad te destruye... a veces me meto en la cama y no me levanto por dos días.”

María (68 años, nivel educativo primario completo) se encuentra en la sala de espera del sector de urgencias. Al preguntársele por su disposición a participar de la entrevista, se muestra colaborativa y enseguida menciona su tristeza y preocupación: “Estoy muy angustiada y preocupada... van a operar a mi nietita, se fracturó andando en patines. Mi hija acaba de subir a la sala de internación con ella y yo me olvidé de darle esta bolsa con comida, ropa... [esta situación] no sé cómo resolverla. Ellas son lo único que tengo. [Hace unos años] perdí un hijo. Siempre estoy tratando de ayudarlas [a su hija y nieta]. Con la pandemia me quedé sin trabajo. [Antes de la pandemia] limpiaba edificios, con eso me iba arreglando y ayudándolas [a la hija y nieta].”

Evocaciones con mayor frecuencia para categoría Sexo: Varón				
Resultados generales, para todas las palabras inductoras (población: 36 varones)	Resultados generales, para palabra inductora: Hombre Viejo	Palabra inductora: Hombre Viejo , categorías Sexo : Varón y Grupo Etario : 60 años y más	Palabra inductora: Hombre Viejo , categorías Sexo : Varón, Grupo Etario : 60 años y más y Nivel Máximo Escolaridad alcanzada : Hasta secundario completo	Palabra inductora: Hombre Viejo , categorías Sexo : Varón, Grupo Etario : 60 años y más y Nivel Máximo Escolaridad alcanzada : Más que secundario completo
Experiencia	Vínculos familiares	Características psicológicas positivas y negativas	Características psicológicas positivas y negativas	Características psicológicas positivas y negativas
Bienestar económico	Canas, arrugas	Enfermedad, soledad	Enfermedad, soledad	Canas, arrugas
Vínculos familiares	Experiencia, sabiduría	Experiencia, sabiduría	Experiencia, sabiduría	Vínculos familiares
Actividad física	Bienestar económico	Canas, arrugas	Canas, arrugas	Experiencia, sabiduría – bienestar económico – enfermedad, soledad
Vida social	Enfermedad, soledad	Bienestar económico	Bienestar económico	
Canas	Características psicológicas positivas y negativas	Vínculos familiares		
Enfermedad		<u>Nota</u> : Aparece la evocación “Gerítrico”		



Pedro (76 años, nivel de escolaridad: universitario incompleto) aguarda su turno para realizarse una radiografía de tórax. Al pedirle asociaciones sobre “persona mayor”, dice que a eso no le da importancia. “Me siento joven, me entretengo saliendo a caminar y trabajando, no me junto con gente que tiene mala energía. [El envejecimiento activo y saludable] es sentirse bien, útil, resolver cosas, mantenerse independiente. [Ser persona mayor] es haber ganado experiencia. La calle te enseña mucho. ‘El palo en la vida’ te lo pegás igual, pero si tenés buenos hábitos y sos independiente, te mantenés siempre dinámico. Trato de no aislarme, de salir con amigos y amigas. [Respecto a los vínculos familiares] tengo la frustración de no haberme casado ni tenido hijos. [Esto sucedió] porque lo dejé pasar”.

Para Alfredo, 86 años, arquitecto, la clave de su envejecimiento ha sido mantenerse alegre, con entusiasmo, activo. Comenta que aún sigue trabajando. Vive con su mujer, también arquitecta, de 92 años. “Ella está ciega así que yo hago todas las cosas de la casa: cocino, limpio, hago las compras... estuvimos siempre juntos y nos arreglamos para no pedirles a nuestros hijos, a lo sumo nos ayuda un vecino.”

6. Conclusiones

El presente trabajo se realizó en el marco de los proyectos de investigación financiados por la Universidad ISALUD, específicamente la beca 2019 “Dr. Mario González Astorquiza” donde la tesista participó como becaria. En este proyecto se evaluaron las representaciones sociales sobre envejecimiento activo y saludable de personas residentes en el Área Metropolitana de Buenos Aires y es a partir de esta participación que la tesista eligió para su Tesis de Maestría el mismo objeto de estudio, pero en este caso focalizado en usuarios del hospital Municipal de Vicente López. De esta manera, se logró articular una Tesis de Maestría con el Proyecto de Investigación financiado por la Secretaría de Ciencia y Tecnología de la Universidad ISALUD.

En este estudio se utilizó la Teoría de las Representaciones Sociales como abordaje teórico y metodológico, desde su perspectiva estructural, para analizar las creencias y conocimientos compartidos en torno a los conceptos de envejecimiento activo y saludable, en la población usuario del Hospital Municipal de Vicente López. La idea de creencias y conocimientos compartidos implica, para la vertiente subjetiva, entender que las representaciones sociales conforman un sistema sociocognitivo que, a su vez, determina las prácticas sociales. Es a partir del discurso que las mismas pueden ser inferidas (Abric, 2001). Y por el lado de los sistemas de salud, plantear que se considera que el envejecimiento activo y saludable demanda respuestas por parte de las instituciones públicas, pero aún no se ha debatido exhaustivamente qué se entiende por él (OMS, 2015).

El corpus que se trabajó en este estudio estuvo constituido por las evocaciones de 101 usuarios del Hospital Municipal de Vicente López, mayores de 18 años, que concurrieron a los servicios y guardias del mencionado hospital, durante los meses de junio y julio de 2020; además de observaciones y entrevistas en profundidad realizadas en el trabajo de campo con el objetivo de conocer las perspectivas de los actores, las significaciones particulares atribuidas por algunos sujetos de la población estudiada, a las palabras inductoras.

Se aplicó la técnica de evocación libre de palabras y el análisis prototípico utilizando el software *Iramuteq*, para obtener un mapa cuantitativo y cualitativo del material discursivo que permitiera explorar el probable consenso prototípico de las creencias de la población estudiada en cuanto a

los mencionados conceptos. Dado que no se utilizó ninguna otra técnica para corroborar los resultados obtenidos en el análisis prototípico, se trató de un trabajo descriptivo, exploratorio, que planteó hipótesis de centralidad respecto del material discursivo recolectado en la población estudiada; esto significa que probablemente el núcleo central de las representaciones sociales sobre los conceptos de envejecimiento activo y saludable se encontrarían entre las evocaciones más frecuentes y más rápidamente evocadas, como se ve en este trabajo. Se realizó luego un análisis que contrastó las evocaciones de la población estudiada con los conceptos tal como son abordados por el marco internacional y adoptados por el Programa Nacional de Envejecimiento Activo y Salud (ProNEAS) y la Dirección de Políticas de Salud para Personas Mayores del Municipio de Vicente López. Se discutieron finalmente algunos de los resultados.

Los principales hallazgos de este trabajo estuvieron referidos a: en principio, la ausencia de representación del proceso de envejecimiento, ya que las evocaciones a partir de las palabras inductoras PERSONA MAYOR ACTIVA y PERSONA MAYOR SALUDABLE respecto a aquellas producidas a partir de ENVEJECIMIENTO ACTIVO y ENVEJECIMIENTO SALUDABLE, respectivamente, no evidenciaron diferencias. Se trataría más bien de un estado de ser persona mayor.

Las 10 evocaciones con mayor frecuencia producidas a partir de las 9 frases inductoras fueron: actividad física, familia, alimentación saludable, salud, experiencia, trabajo, sabiduría, amigos, abuelo/a, bienestar económico.

Al sumar “familia” a otras evocaciones vinculadas a roles familiares se constituyó en la categoría evocada con mayor frecuencia (fue nombrada como “vínculos familiares”). Tenemos que tomar en cuenta que esta situación se vio influida por las palabras inductoras HOMBRE VIEJO y MUJER VIEJA que, en Buenos Aires, remite a la forma en la que coloquialmente se suele nombrar a los padres: “el viejo”, “la vieja”. “Amigos” fue evocada con mayor frecuencia que “abuelo”. Es de destacar que “soledad” apareció en el lugar 11° sobre 38 evocaciones más frecuentes, por encima de cualquier otro término relativo a los vínculos sociales, a excepción de la familia, el trabajo y los amigos.

Al sumar “actividad física” a “alimentación saludable”, se convirtieron en las evocaciones más frecuentes, por encima de “familia”, y remitirían a la responsabilidad individual en el envejecimiento, por tratarse de hábitos. “Lo saludable” del envejecimiento estaría vinculado a ambos dominios.

Dos conjuntos de evocaciones tuvieron frecuencias bastante próximas: enfermedad, vejez, tristeza, soledad, arrugas y canas, por un lado; experiencia y sabiduría, por el otro: es decir, estereotipos negativos basados en los déficits, algunos con sesgo en la apariencia física, y estereotipos positivos.

Pudo observarse que “trabajo” fue evocada más frecuentemente que “bienestar económico” en general, y “jubilación” no apareció entre las más frecuentes.

Al contrastar evocaciones más frecuentes a partir de las palabras inductoras PERSONA MAYOR, PERSONA MAYOR ACTIVA y PERSONA MAYOR SALUDABLE, pudo observarse que, en el primer caso, se referían a una variedad de condiciones, algunas con connotación positiva y otras, negativa. Al agregar calificativos como “activa” y “saludable”, se transformaron en condiciones todas positivas, con preeminencia de distintos tipos de actividades, entornos y cualidades personales.

Algunas diferencias significativas que pudieron hallarse en las evocaciones según el sexo son: los varones produjeron un promedio de menos evocaciones por persona y los contenidos fueron menos diversos, con frecuencias mayores en contenidos como vejez, canas, enfermedad y tristeza. En las mujeres se destacaron las evocaciones referidas a la vida social y la actividad física, en los varones, la experiencia y la sabiduría, más el bienestar económico. En las mujeres no apareció prácticamente la referencia al trabajo. Si observamos los resultados de mujeres y varones respecto a sí mismas/os (palabra inductora MUJER VIEJA para la categoría sexo Mujer y palabra inductora HOMBRE VIEJO para la categoría de sexo Varón), las mayores frecuencias estuvieron referidas a la condición de abuela/o. Sin embargo, también apareció evocada con una frecuencia importante el término “soledad”, sobre todo en las mujeres. La referencia a la apariencia física (arrugas, canas) se produjo tanto en mujeres como en varones, en estos últimos incluso con mayor frecuencia que “sabiduría”, que junto a “experiencia” también se evocó tanto

en varones como en mujeres. Para MUJER VIEJA tampoco se asoció “trabajo” o “jubilación”; esta última, sí se evocó en los varones, además de “enfermedad”.

Respecto a los grupos etarios, al sumar nuevamente “actividad física” y “alimentación saludable” se constituyeron en las evocaciones con más frecuencia para ambos grupos. Para la población con edad entre 18 y 59 años, siguieron evocaciones más frecuentes referidas a los vínculos familiares, la vida social y el bienestar económico; para aquellos de 60 y más años, a aquellas primeras le siguieron “vida social”, “bienestar económico” y por último “vínculos familiares”. Si observamos las evocaciones de la población de 60 años y más, que indicaría las creencias de este grupo etario respecto a su propia situación de ser persona mayor, aparecieron, con mayor frecuencia, asociaciones referidas a vínculos familiares, experiencia y sabiduría; soledad, enfermedad, cansancio, vejez y tristeza. Las arrugas, canas y trabajo estuvieron referidas al HOMBRE VIEJO. En la categoría “Bienestar económico” se destacó en cuanto a su frecuencia el término “trabajo”, mientras que “jubilación” no apareció evocada. “Salud mental”, “estudio” y “prevención de violencia” fueron asociadas por este grupo etario, a diferencia de otros.

No se encontraron diferencias significativas en las evocaciones más frecuentes de los grupos por nivel máximo de escolaridad alcanzada.

Finalmente, puede profundizarse en el análisis haciendo intersecciones entre categorías, enfocando principalmente en las creencias de las personas mayores respecto de sí mismas, esto es, el grupo etario de 60 años y más.

Desde la perspectiva de 65 mujeres de la población estudiada, las palabras más frecuentemente evocadas en torno a las frases inductoras vinculadas al envejecimiento están relacionadas con la vida social, luego la actividad física / salud / alimentación saludable y en tercer lugar los vínculos familiares.

Si se hace foco en la frase inductora “mujer vieja”, las evocaciones más frecuentes son: vínculos familiares, estereotipos positivos (experiencia / sabiduría), soledad / fragilidad / enfermedad y los estereotipos basados en la apariencia física (canas, arrugas, coquetería).

Las diferencias entre las mujeres de 60 años y más según el nivel de escolaridad (siempre respecto a la frase inductora “mujer vieja”) están dadas por el orden de las evocaciones más frecuentes. Ambos grupos asocian en primer lugar “mujer vieja” con características psicológicas positivas y negativas. Para el grupo con escolaridad hasta secundario completo, le siguen “vínculos familiares” y estereotipos positivos (experiencia, sabiduría). Para el grupo de escolaridad superior al secundario completo, las evocaciones referidas a los vínculos familiares aparecen en cuarto lugar en cuanto a la frecuencia, precedidas por los estereotipos positivos (experiencia, sabiduría) y soledad / fragilidad / enfermedad. “Actividad física” y “Trabajo” / “jubilación” prácticamente no aparecen evocadas en el grupo de mujeres de más de 60 años.

Respecto a la categoría “varón” (36 varones en la población estudiada), las palabras más frecuentemente asociadas para todas las frases inductoras fueron: estereotipos positivos (experiencia, sabiduría), bienestar económico (trabajo, jubilación), vínculos familiares, actividad física.

Si se analizan las asociaciones obtenidas con la palabra inductora “hombre viejo”, las mayores frecuencias se obtienen con: vínculos familiares, estereotipos basados en la apariencia física (canas, arrugas), estereotipos positivos (sabiduría, experiencia), bienestar económico.

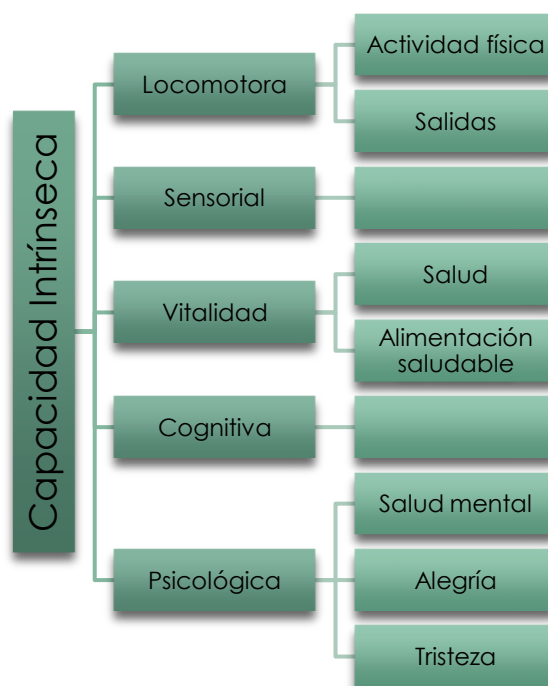
Los varones de 60 años y más a los que se les solicitaron evocaciones para “hombre viejo” asociaron: características psicológicas positivas y negativas (paciencia, tranquilidad, terquedad, enojo), “soledad / enfermedad”, estereotipos positivos (experiencia, sabiduría) y estereotipos basados en la apariencia física.

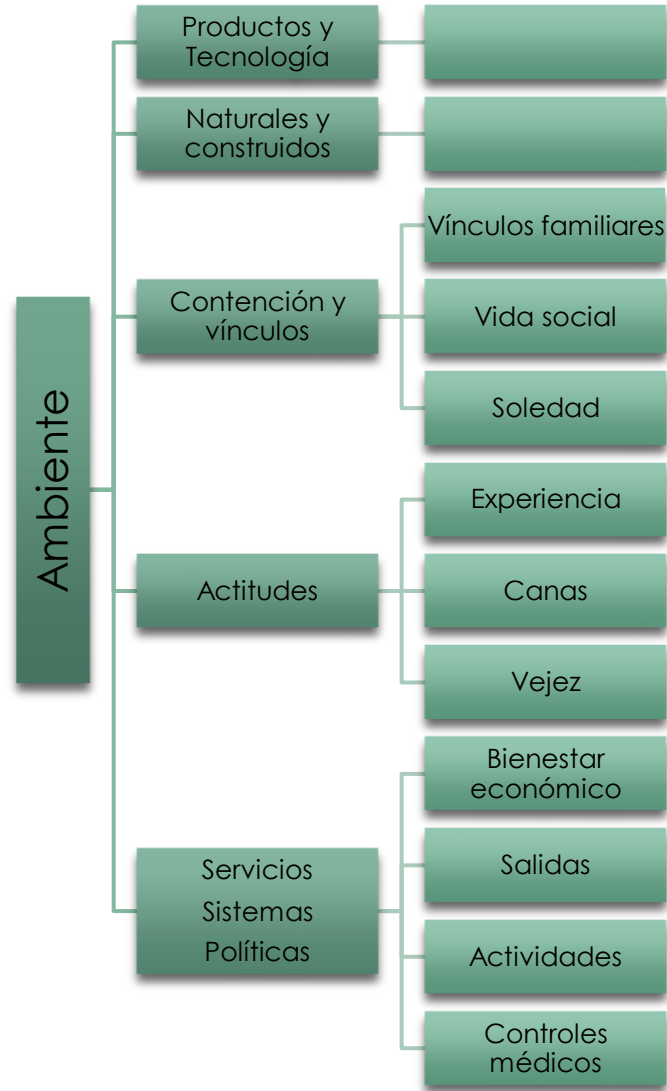
Como en el caso de las mujeres, los varones de 60 años y más tanto de nivel máximo de escolaridad alcanzada hasta secundario completo y más que secundario completo, evocan con más frecuencia características psicológicas positivas y negativas a partir de “hombre viejo”. Para los primeros, les siguen “soledad / enfermedad”, estereotipos positivos y estereotipos basados en apariencia física. Para los segundos, estereotipos basados en la apariencia física, vínculos familiares y el cuarto lugar compartido por estereotipos positivos, bienestar económico y soledad / enfermedad.

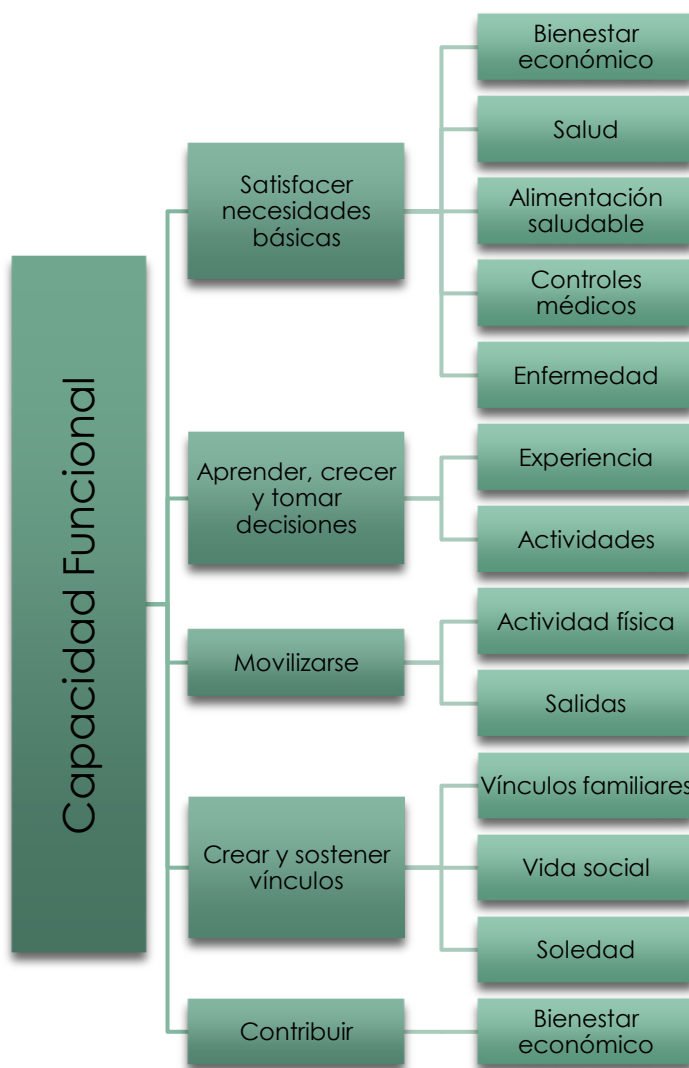
7. Discusión

Una de las cuatro acciones clave de la Década del Envejecimiento Saludable 2021 – 2030 de OMS es cambiar cómo sentimos, pensamos y actuamos respecto a la edad y al proceso de envejecimiento. Este trabajo intenta ser un aporte en esa dirección, pero en una instancia previa: indagar acerca de cómo probablemente siente y piensa respecto al envejecimiento activo y saludable la población estudiada. Como se dijo, no se encontraron otros trabajos que utilicen la Teoría de las Representaciones Sociales para estudiar estos conceptos. Las debilidades que pueden señalarse en el presente estudio están referidas a que, dado que no se utilizó ninguna otra técnica para corroborar centralidad, los resultados se mantienen como hipótesis: como ya se mencionó, probablemente el núcleo central y la primera periferia de las representaciones sociales de estos conceptos estarían entre las evocaciones más frecuentes halladas en este trabajo.

La interpretación de los resultados obtenidos se realizó, en una primera instancia, contrastando las evocaciones con mayor frecuencia, tal como aparece en las tablas de páginas 68 y 69, con las categorías de Envejecimiento Saludable como fueron desarrolladas en el documento de OMS sobre la Década 2021 – 2030: los tres componentes y los cinco dominios correspondientes a cada uno de ellos.







Fuente: Elaboración propia en base a OMS (2020)

Como puede observarse, aun cuando el documento sobre la Década conceptualiza el envejecimiento saludable a partir de 3 componentes y sus 5 respectivos dominios, las evocaciones más frecuentes en la población estudiada están referidas sólo a algunos de ellos. Dentro de éstos, algunas de las capacidades son evocadas como logradas o en su aspecto positivo; otras, en déficit o en su aspecto negativo. En el mismo sentido, se encuentran en el trabajo de Joao Wachelke & Contarello (2010) contenidos representacionales referidos a la vejez en términos de deterioro general y estrechamiento de lazos familiares; como ganancia en términos

de sabiduría y experiencia; con la presencia de la muerte y el aislamiento social en un rol central. También Gastrón (2013) plantea la presencia prevalente de la perspectiva decremental de la vejez, que hace hincapié en los déficits y, específicamente en cuestiones psicológicas, la presencia frecuente de contenidos representacionales relativos a la tristeza y el aislamiento. Los contenidos negativos o en déficit desaparecen de las evocaciones al agregar los calificativos “activo/a” y “saludable”. Algunas investigaciones han revelado que actitudes negativas hacia otras personas en función de su edad se ven mitigadas frente a personas mayores que tienen determinados rasgos de personalidad como la amabilidad y la conciencia, y ciertos factores psicológicos como ser empáticos con su comunidad (Marques et al., 2020).

Respecto al dominio Actitudes del componente Ambiente, se consideran las evocaciones “sabiduría” y “experiencia” como estereotipos positivos y “canas” y “arrugas como estereotipos negativos con sesgo en la apariencia física. Los estereotipos son concepciones exageradas respecto, en este caso, a las personas mayores, basadas en generalizaciones simplistas que no contemplan diferencias individuales. Pueden ser positivos, negativos o ambivalentes (Fernández-Ballesteros et al., 2020). En los trabajos mencionados de Gastrón (2013) se encuentran contenidos de las representaciones sociales de la vejez en cuanto a las temáticas del cuerpo vinculadas a la visión decremental ya señalada. Officer & de la Fuente-Núñez (2018), por su parte, señalan que el prototipo de la vejez consiste en una etapa de inevitable dependencia y declinación de las capacidades físicas y mentales y es altamente prevalente.

Los contenidos “trabajo”, “salidas”, “actividades” y “controles médicos” se interpretan como correspondientes al dominio Servicios, Sistemas y Políticas del componente Ambiente. Podrían tratarse de beneficios o programas públicos o privados, o de voluntariado, implementados por individuos, asociaciones u organizaciones. No hay referencia a distintos niveles de gobierno ni a reglas / regulaciones / mecanismos de financiación (OMS, 2020). En este punto puede verse la brecha existente en tanto se sostiene que el Envejecimiento Activo y Saludable demanda una respuesta integral por parte de las instituciones públicas pero aún no se ha debatido qué es lo que esa afirmación significa ni lo que las personas creen sobre eso (OMS, 2015).

Más adelante, en este mismo apartado, se interpretarán otras categorías correspondientes al concepto de Envejecimiento Saludable.

Para el análisis de las creencias en relación con el concepto de Envejecimiento Activo se utilizaron las categorías: optimización de oportunidades de mejorar la salud, la participación social y la seguridad en la vejez (OMS, 2002).

PILARES DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO



Fuente: Elaboración propia en base a OMS (2002)

Se considera en principio el pilar Salud del Envejecimiento Activo y el dominio Capacidad para satisfacer las necesidades básicas / Cuidado de la salud del componente Capacidad Funcional del Envejecimiento Saludable. Como se mencionaba en las conclusiones, al evaluar las 10 palabras evocadas con mayor frecuencia, si se suman las frecuencias relativas a “actividad física” y “alimentación saludable”, juntas se ubican en el primer lugar.

En principio, puede pensarse que la relación salud – envejecimiento tal como fue promovida en este trabajo, sería asociada por la población estudiada en términos de envejecimiento biológico (OMS, 2015). Las evocaciones referidas al cuidado de la salud serían relativas a la salud física (“actividad física”, “salud física”, “alimentación saludable”), del mismo modo que los servicios de salud son mencionados como “servicios médicos”. Esta cuestión puede relacionarse con los procesos de medicalización de la vida cotidiana en tanto condiciones, conductas y experiencias se categorizan dentro del campo del saber y el ejercicio de la biomedicina que además se convierte en el modelo médico hegemónico. Se ha constituido en un poderoso discurso sobre la vida y el bienestar. En la segunda mitad del siglo XX, se abrieron nuevos campos de acción: el de la salud y la prevención, ocupándose de mejorar el rendimiento y las capacidades de los individuos, abordando por ejemplo cuestiones de la calidad de vida (Murguía & Ordorika, 2016).

Del mismo modo que las teorías gerontológicas de segunda mitad del siglo XX que intentaban respuestas al tema del envejecimiento desde modelos organicistas y mecanicistas que hacían hincapié en la biologización del envejecimiento y sus consecuencias en términos de deterioro. En los resultados hallados, se observa dicha perspectiva al plantear como contrapartida ideal la de un envejecimiento exitoso u óptimo basado en la actividad física y la alimentación saludable. Recordemos, con el trabajo de De Miguel Antón et al. (2016) que, sólo el 2,4% de las publicaciones científicas del año 2015 estuvieron referidas a temáticas sobre envejecimiento y de ellas, el 90%, a aspectos biológicos y médicos.

Considerando la definición de salud de OMS, en los resultados hallados no hay referencia, entre las evocaciones más frecuentes, al estado de bienestar mental y social (OMS, 2002). Y se diferencian de lo planteado por Pardo (1997) que propone que, en el caso del sujeto humano, para poder seguir viviendo no basta con tener un organismo sano, ya que la vida humana es un objeto complejo con múltiples aristas. E incluso, se presenta la paradoja de que, aún con un organismo que desde el punto de vista de la salud pueda no tenerla, de la perspectiva más amplia de lo humano sí la tenga. Este autor propone el concepto de salud vinculado al impacto que puedan tener las limitaciones o problemas en la vida cotidiana del sujeto humano, quizás en sintonía con el concepto de capacidad funcional explicado en este trabajo (OMS, 2019). Pardo (1997) manifiesta una elaboración más al considerar el término “bienestar” de la definición de

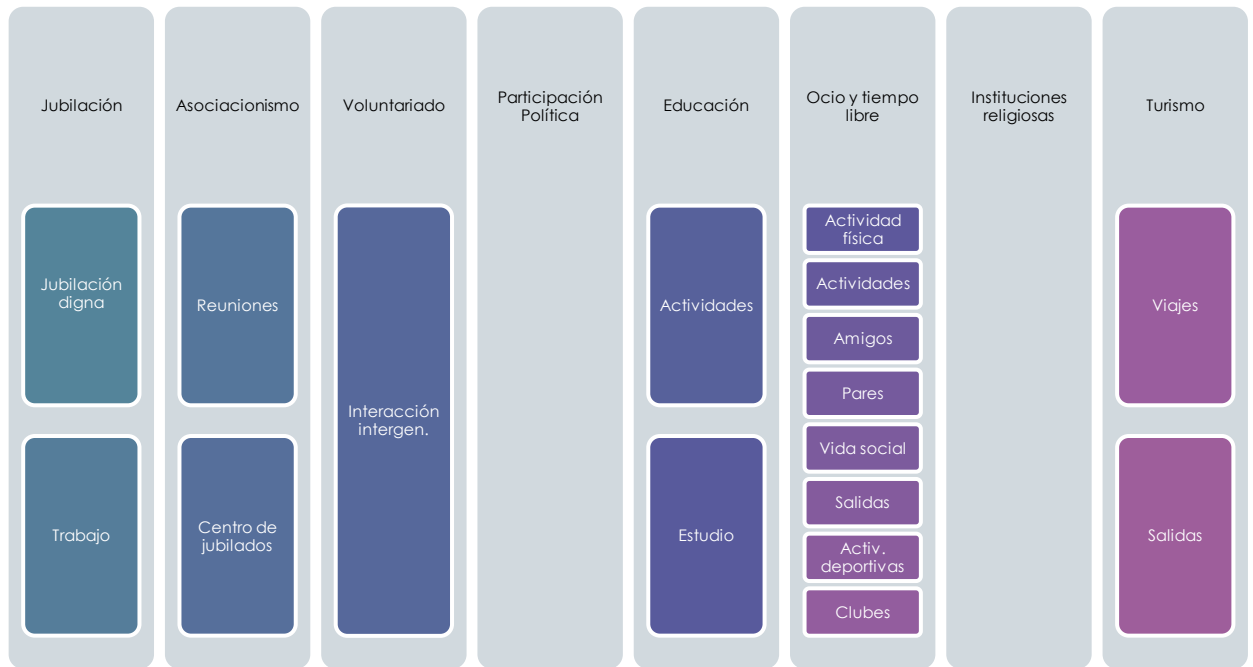
OMS, ya que se trata de un concepto equívoco. Si lo asociamos al gusto propio, el bienestar podría estar en las antípodas de lo saludable.

Aportando algunas líneas más de reflexión al tema de la salud, recordamos que, aun cuando han pasado casi 40 años desde el primer documento sobre envejecimiento a nivel mundial, no hay pruebas sólidas de que las personas mayores tengan mejor salud que sus predecesoras, considerando “salud” en términos de OMS (OMS, 2015). Como se señalara, los patrones de morbimortalidad están dados por las enfermedades no transmisibles, siguiendo, en el caso de la Argentina, una transición epidemiológica prolongada polarizada. Esto significa que el aplazamiento de la mortalidad no implica necesariamente una mejora general en el estado de salud de la población: en realidad, los beneficios de una vida más prolongada no están distribuidos en nuestro país en forma equitativa (Ministerio de Salud Argentino; Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2010). La multimorbilidad es más habitual en personas mayores de niveles socioeconómicos bajos que sufren también la doble carga de enfermedades transmisibles y no transmisibles, con un inicio de multimorbilidad de 10 a 15 años antes que en zonas más favorecidas (OMS, 2015). De este modo, para un gran porcentaje de personas mayores, la longevidad implicará largos períodos de enfermedad y deterioro, una prolongada espera de la muerte (Gutiérrez Robledo & Gutiérrez Ávila, 2010). La heterogeneidad en cuanto a la salud de las personas mayores estaría vinculada, según las creencias de la población estudiada, a diferentes hábitos de actividad física y alimentación, desconociendo el eje del tiempo y los determinantes, que se da en dos perspectivas. En principio, la del curso de vida, en tanto factores biológicos, socioeconómicos y ambientales ocurridos en tempranos tiempos del desarrollo y en momentos cruciales, influyen en el modo de envejecer. En segundo lugar, la perspectiva de los determinantes sociales de la salud: la acumulación de desigualdades económicas y sociales determina diferentes trayectorias de envejecimiento desde el nacimiento (OMS, 2019). En el mismo sentido de OMS, Fernández-Ballesteros (2011) propone pensar al individuo como gestor de su propio envejecimiento pero en interacción con el contexto, en un entrecruzamiento entre factores históricos, actuales y transversales, relativos a la persona y al contexto, sobre el marco que da el nivel macrosocial, como sistemas educativo, de salud, cultural, valores, estereotipos. También Zarebski (2016) aborda al envejecimiento como un proceso de

imbricación de múltiples influencias biológicas, socioculturales y psicológicas en una particular biografía que determina múltiples maneras de envejecer y al sujeto que envejece como un objeto de estudio complejo. En este trabajo, no se han encontrado diferencias relevantes entre las asociaciones respecto a “persona” y a “envejecimiento”, que implicaría la referencia a un proceso. Los resultados muestran que no habría representación en la población estudiada del proceso, sino del estado, de un ciclo en la vida; que este estado sería mayormente producto de la responsabilidad individual, sin representación de los determinantes sociales ni de la acumulación de inequidades.

La interpretación del concepto “Activa/o” referido tanto a la persona como al envejecimiento, aparece entre las 10 palabras más frecuentemente evocadas como “actividad física” y “trabajo”. Es coincidente con lo propuesto por Barrio Truchado et al. (2018) que refiere que es usual encontrarlo referido al plano productivo o relacionado con la salud como actividad física. Oddone (2013) discute con la teoría de la actividad que se apoya en el supuesto de que esta última es necesaria para todos los sujetos y que el significado que se le atribuye a ese concepto es el mismo para todos, dejando afuera a sujetos muy envejecidos o de niveles socioeconómicos bajos. Se amplía la interpretación de los resultados referidos a la frase inductora “participación social en la vejez”, pilar del concepto de envejecimiento activo”, contrastando las evocaciones con los ámbitos de participación social tal como fueron producidos por IMSERSO (2008).

PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LA VEJEZ – ÁMBITOS



Fuente: Elaboración propia en base a IMSERSO (2008)

En el citado documento de IMSERSO, se hace también referencia a la participación social en la vejez y sus diferentes niveles: información, consulta no vinculante y vinculante, *accountability* y codirección (IMSERSO, 2008). Ninguno de estos niveles aparece en las palabras evocadas con mayor frecuencia por la población estudiada.

Podemos señalar que “amigos” aparece más frecuentemente evocada que “abuelo/a”. Al respecto puede coincidir con OMS (2015) en tanto las relaciones familiares están atravesadas por la solidaridad generacional pero también por la ambivalencia.

Cabe la pregunta acerca del vínculo entre la presencia en la zona del núcleo central, como evocaciones con gran importancia en la estructura, de estereotipos positivos como “sabiduría” y “experiencia” y, por otro lado, las referidas a la participación social casi exclusivamente en contextos de amistad y vínculos con pares, y en menor medida, las relaciones familiares y participación en actividades culturales, sociales y el trabajo. Fernández-Ballesteros et al. (2020)

utilizan el modelo del contenido del estereotipo (SCM) para sostener que el estereotipo cultural de envejecimiento llamado paternalista o ambivalente, es decir, considerar a las personas mayores más amables que competentes, es universal. Se lo ve como inofensivos, pero necesitan que otros se hagan cargo de ellos. Cuando estos puntos de vista respecto a las personas mayores son francamente negativos constituyen una amenaza para el envejecimiento activo, fundamentalmente en términos de la salud, la satisfacción y la participación en los vínculos sociales.

A continuación, se muestra una tabla elaborada al aplicar, distintos ejes de la seguridad en la vejez (pilar del concepto de envejecimiento activo) tal como fueron planteadas por OMS (2015), a las palabras evocadas más frecuentes:



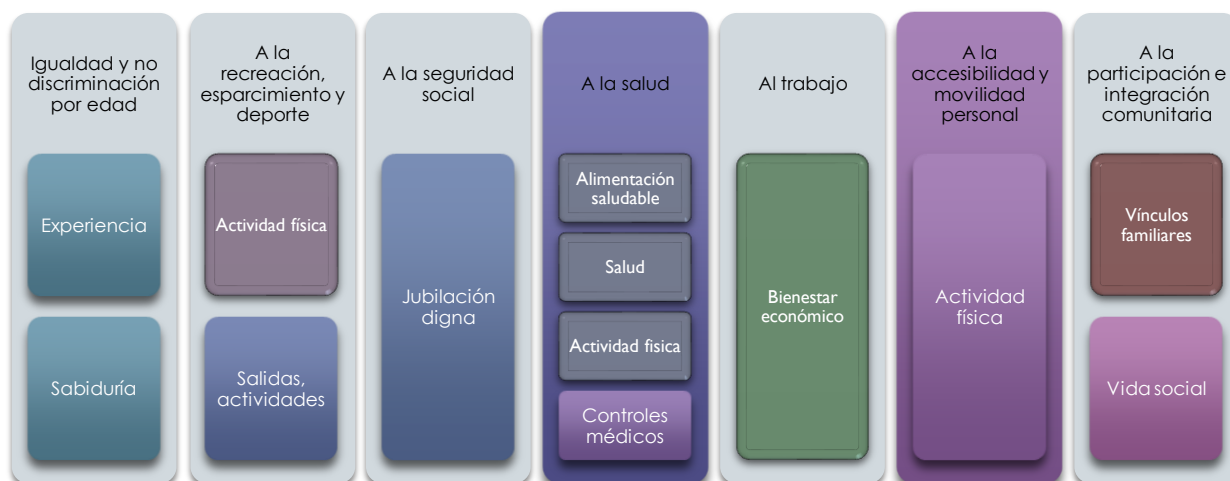
Fuente: Elaboración propia en base a OMS (2015)

Estos resultados encuentran diferencias con lo planteado por IMSERSO (2011) en tanto la tabla muestra algunas intervenciones puntuales, otras de largo plazo, en términos de seguridad, pero

no identifica mecanismos de acompañamiento para personas que están en riesgo permanente (por pobreza o por exclusión), que tengan efecto acumulativo a lo largo de la vida.

Como se puntualizaba en párrafos precedentes, un elemento central vinculado a la seguridad de las personas mayores está dado por la protección jurídica de sus derechos. En el corpus recolectado en el trabajo de campo no ha habido prácticamente ninguna asociación que vincule el envejecimiento a los derechos en los dichos de la población estudiada. Se ensaya entonces una posible lectura de las evocaciones producidas a la luz de la perspectiva de derechos.

Derechos protegidos



Fuente: Elaboración propia en base a Convención Interamericana sobre protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, Ley 27360 (2017)

Las palabras más frecuentemente evocadas según sexo revelan que las mujeres vinculan el envejecimiento activo y saludable a mayor variedad de dominios y los contenidos son mayormente capacidades logradas y atributos positivos. Destacan la optimización de oportunidades de mejorar la salud (actividad física) y la participación (sobre todo, referida a los pares). No apareció prácticamente la referencia al trabajo. Los varones lo circunscriben a pocos dominios y con una visión más negativa, en general (aspecto que podría considerarse en caso de planes de acción preventivos que contemplen esta heterogeneidad entre las personas mayores) y asocian a optimización de oportunidades de mejorar la participación social vinculada al trabajo

y la familia, y la salud. Al cruzar las evocaciones más frecuentes en mujeres y varones respecto a sí mismas/os (esto es, a partir de las frases inductoras “mujer vieja” y “hombre viejo” respectivamente) la palabra más evocada fue abuela/o; aparecen también “soledad” en ambos, pero con mayor frecuencia en mujeres; los estereotipos de apariencia física, en ambos al igual que los estereotipos positivos (experiencia y sabiduría). Las mujeres respecto de sí mismas no evocan ni trabajo ni jubilación; los varones sí lo hacen con “jubilación” y “enfermedad”. Podemos pensar con Butler (1999) que el género es un determinante transversal que coagula en una sustancia que parece relacionarse con la naturaleza del ser, en este caso, la vinculación de las mujeres al espacio doméstico y la de los varones, al trabajo. Del mismo modo, en la publicación de IMSERSO (2008) se menciona al género como un eje que atraviesa el concepto de participación social en la vejez, en tanto, cada mujer y cada hombre participa socialmente poniendo en juego los sesgos atribuidos a su género: los hombres se jubilan; las mujeres no se jubilan de las tareas hogareñas. Marques et al. (2020) sostienen que no se ha arribado a consensos en cuanto al efecto sobre los estereotipos de factores como el sexo y la edad, aunque han sido ampliamente estudiados. Los autores afirman que, aunque existe la idea de que las mujeres viejas pueden sufrir una doble discriminación, por edad y por sexo, esto es, por acumulación de inequidades, y ser consideradas más negativamente que los hombres, en la revisión sistemática que realizaron no hallaron efectos consistentes referidos al sexo. Korndat et al. (como es citado en Marques et al., 2020) hallaron que las mujeres son consideradas con capacidades mayormente logradas en dominios como la salud, el ocio y las amistades, pero con déficits en dominios referidos al trabajo y las finanzas.

Respecto al análisis de las ocurrencias para los dominios que definen al envejecimiento activo y saludable, según grupos etarios, puede señalarse que la población en estudio con edades comprendidas entre 18 y 59 y aquellos con más de 60 años comparten las palabras más frecuentemente evocadas referidas a la actividad física más la alimentación saludable. El resto de los contenidos son comunes a ambos grupos, pero en distinto orden (de mayor a menor frecuencia): vínculos familiares, vida social y bienestar económico (para el grupo de 18 a 59 años); vida social, bienestar económico y vínculos familiares (para mayores de 60 años).

Cuando se interpretan las palabras más frecuentemente evocadas por los mayores de 60 años respecto a sí mismos, aparecen los vínculos familiares, los estereotipos positivos (experiencia y sabiduría), soledad, enfermedad, cansancio, vejez, tristeza. En cuanto al bienestar económico, se destacó trabajo, no apareció jubilación y sí aparecieron, a diferencia de otros grupos, las evocaciones relativas a salud mental, estudio y prevención de violencia. Este último se interpreta dentro de la categoría de seguridad personal (OMS, 2015). Como vemos, los contenidos tienen mayor ambivalencia en el sentido de reunir algunos desde la perspectiva decremental con hincapié en los déficits (Gastrón, 2013) ya citada y estereotipos positivos. Siguiendo este mismo eje de interpretación, si se puntualiza en las evocaciones de este grupo etario a partir de las frases inductoras “mujer vieja” y “hombre viejo”, para las categorías de sexo “mujer” y “varón”, respectivamente, las mayores frecuencias se encuentran para ambos en asociaciones referidas a las capacidades psicológicas, tanto positivas como negativas, seguidas de “soledad / enfermedad”, estereotipos positivos (las mujeres agregan vínculos familiares) y finalmente estereotipos basados en la apariencia física. Como lo mencionáramos más arriba, al igual que lo encuentra Gastrón (2013), observamos creencias vinculadas a la vejez con la presencia prevalente de cuestiones psicológicas, mayormente con hincapié en los déficits, y la referencia a los estereotipos, tanto positivos como referidos a la apariencia física. En este caso, son las propias personas mayores las que se atribuyen estas características.

Pueden leerse estos hallazgos a la luz de la internalización de estereotipos a través del curso de vida, desde los 18 años hasta 60 años y más, esto es, cómo se va interiorizando el concepto de envejecimiento, qué sería ser activo, qué sería ser saludable, qué ámbitos de participación se sostienen, qué ámbitos para contribuir, etc. Muchas de estas respuestas constituyen actitudes negativas hacia la edad, poniendo el foco en aspectos deficitarios del envejecimiento, considerando a las personas demasiado viejas para ser o hacer algo (“viejismo”). Estos estereotipos se activan y afectan de modo inconsciente. Incluso, como las personas mayores desconocen la influencia de los estereotipos negativos en su vida cotidiana, atribuyen sus limitaciones en la salud física y cognitiva exclusivamente al envejecimiento más que a factores ambientales (recordemos lo dicho más arriba, “enfermedad”, “cansancio”, “vejez”, “tristeza”, “soledad” evocadas por mayores de 60 años). Una vez que los estereotipos son autodirigidos,

aumentan su relevancia, las personas se identifican con otros que también son viejos, proceso que se ve facilitado por muchas señales a nivel social que les confirman que son personas mayores. Estos estereotipos se convierten en autorreferencias a través de un proceso de asimilación a partir del entorno cultural, siguiendo dos direcciones: desde la infancia a la adultez, y de la sociedad a los individuos. A su vez, éstos extienden su influencia a través de tres caminos: fisiológico, psicológico y comportamental. El primero se refiere a los efectos estresantes que tiene sobre el sistema nervioso autónomo el estar bajo la influencia de estereotipos negativos. El segundo, generando expectativas, como profecías que se autocumplen. Finalmente, en cuanto a los comportamientos, debido a que se asume que los problemas de salud son la inevitable consecuencia de ponerse viejos, las prácticas saludables se consideran inútiles y se abandonan. Con todo esto, puede hipotetizarse la importancia de desarrollar intervenciones que potencien la influencia de los estereotipos de edad positivos de las personas mayores (Levy, 2009). El viejismo tiene consecuencias muy perjudiciales para las propias personas mayores relacionadas con las decisiones que toman respecto a su salud, rendimiento físico y cognitivo. En el ámbito social se traduce en obstáculos que los terminan marginando dentro de sus comunidades y les limita el acceso a los servicios en ámbitos educativos, laborales, sanitarios, previsión social, y acota (o hace desaparecer) su valoración y aportes (OMS, 2020). Macnicol, J. (2006) define como “discriminación percibida” a aquella que sienten o experimentan las personas mayores en razón de su edad (como es citado en Fernandez-Ballesteros, Olmos, Santacreu, Bustillos, & Molina, 2017). La discriminación percibida influye directamente en la autopercepción del envejecimiento y con ella, en la salud, el bienestar y la sensación de control propios. Cabe preguntarse si la interacción intergeneracional puede contribuir al cambio en las formas de pensar discriminatorias respecto a la edad. Marques et al. (2020) afirman que, a nivel interpersonal e intergrupar, el contacto con la gente mayor parecería ser el determinante más importante en el viejismo dirigido hacia otros. Los hallazgos de los autores muestran la importancia del modo en el que las personas mayores se presentan ante los otros: personas con imagen positiva son menos susceptibles de ser estereotipadas. La calidad de la interacción, por otro lado, cuenta por sobre la frecuencia: puede suponerse que el viejismo puede ser reducido en contextos intergeneracionales estimulantes.

Como se señalara, las personas mayores asocian, respecto a sí mismas, envejecimiento activo y saludable al cuidado de la salud física y a la actividad / salud mental, entre otros. Marques et al. (2020) argumentan que factores individuales referidos a la salud física y mental individual son determinantes en el vejeísmo autodirigido, lo que conduce a la necesidad de diseñar políticas que promuevan que la persona pueda vivir saludablemente por más tiempo.

El análisis de las evocaciones por nivel máximo de escolaridad alcanzada no evidencia diferencias sustanciales. Con esto puede pensarse en que, el nivel de escolaridad como indicador de nivel socioeconómico, no arroja resultados diferentes que pudieran reflejar diversidad de los contextos. Estos resultados estarían en concordancia con lo planteado por Zarebski (2016) en cuanto a la investigación sobre el envejecimiento desde paradigmas simplificadores que separan factores biológicos y sociales, que desconocen al sujeto que envejece y su particular forma de recorrer su envejecimiento, a través de sus determinantes y componentes. Propone que, a partir del punto de encrucijada que es la mediana edad, construir el propio envejecimiento aceptando la incompletud o perseverar en la identificación simplificadora del “narcisismo perturbado”.

Algunas referencias a la cuestión poblacional en América Latina indican que la población está envejeciendo, pero a la vez aumentando y urbanizándose y este proceso está produciéndose a una velocidad mucho mayor que en Europa, sin dar tiempo a gestionar infraestructura que dé respuestas a su población envejecida (Leeson, 2013). Este proceso se da, a la vez, sobre una matriz de desigualdad en la cual distintos ejes, como el nivel socioeconómico, las etapas del ciclo vital, la orientación sexual, las identidades de género, entre otros, se van cruzando, encadenando y potenciando, conformando “nudos críticos de desarrollo social inclusivo”. Estos nudos se van interrelacionando y multiplicando y hacen persistentes los obstáculos en el acceso a los derechos y mejoramiento de la calidad de vida para una gran parte de la población, reproduciendo la desigualdad (CEPAL, 2019). En términos de la **Convención**, discriminaciones múltiples, como se observó en el testimonio de una de las entrevistadas.

Podríamos dejar planteada la pregunta: ¿la simplificación y generalización de los términos “saludable” y “activo”, tal como se hipotetizaron en este trabajo, podrían estar funcionando como “nudos de desarrollo social exclusivo”, parafraseando a CEPAL?

Puede hacerse una articulación más entre esta última situación mencionada y la fuerte presencia de los estereotipos positivos en el material recolectado en este estudio. Durante et al. (2013) utilizan también el modelo del contenido del estereotipo (SCM) para plantear una asociación entre el estereotipo ambivalente y el coeficiente de Gini, donde la desigualdad en el ingreso propicia mayor ambivalencia. Ciertos grupos poblacionales son estereotipados como más cálidos que competentes, se valorizan en una dimensión, pero se deprecian en otra, de manera de producir un efecto compensatorio que es más fuerte cuanto más inequitativas son las sociedades. Cuanto más desigualitario es el ingreso, mayor cantidad de grupos sociales necesitan ser compensados, los estereotipos ambivalentes son fácilmente aceptados porque la dimensión negativa de las creencias es enmascarada por las positivas. Esta situación se corrobora en el material recolectado en este estudio, específicamente, como lo mencionáramos, en las evocaciones de las personas mayores respecto a sí mismas, donde prevalecen referencias a capacidades psicológicas positivas, junto a las negativas; estereotipos positivos como experiencia y sabiduría, al mismo tiempo que asociaciones relativas a la perspectiva decremental como lo atinente al aislamiento, a la enfermedad y el deterioro, más estereotipos negativos referidos a la apariencia física.

Finalmente, siguiendo a Rodríguez Zoya (2020), el envejecimiento como problema complejo plantea serios desafíos tanto a la ciencia como a la política. Como se dijo más arriba, las principales causas de muerte en la vejez son las enfermedades no transmisibles debido sobre todo al desarrollo socioeconómico y tecnológico (OMS, 2015). Pero la ciencia no puede aún curar las enfermedades crónicas y aún persisten las transmisibles entre las personas mayores, con lo cual hay cada vez más una proporción de personas que no pueden morir (más que considerar que siguen viviendo, como ya se dijera). La política tampoco cuenta con conocimientos y estrategias para gestionar problemas complejos para toda la población y, en consecuencia, aborda la cuestión de la salud y, en este caso, del envejecimiento, considerándola una especie biológica y ejerce una “acción masificante dirigida al cuerpo especie de la población” e incide en los procesos de subjetivación exigiendo a los sujetos que se autogobiernen y modifiquen sus hábitos (Rodríguez Zoya, 2020). En este proceso de problematización del concepto de envejecimiento se entrecruzan posiciones éticas y políticas, prácticas y discursos, que definen, en este momento histórico, qué



preguntas podemos plantearnos y qué respuestas podemos darnos como sociedad (Rodríguez Zoya, L. & Rodríguez Zoya, 2019).

Como sostiene Levy (2009) y lo indica la misma **Convención**, el proceso de envejecimiento es una construcción social.

8. Bibliografía

- Abric, J. (2001). Prácticas sociales y representaciones. *Datateca*, 1–227.
<https://doi.org/10.7818/ECOS.2014.23-2.11>
- ADISSI, G. (2021). *Estrategias cualitativas de investigación social en salud. Construcción del conocimiento a partir de los datos en abordajes cualitativos*. Buenos Aires: Dirección de Investigación en Salud. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.
- Alcalde, S. (2019). National Geographic. <https://doi.org/10.1215/9780822382089-002>
- Alvarado García, Alejandra M. & Salazar Maya, A. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *GEROKOMOS*, 57–62. <https://doi.org/10.1080/00039896.1964.10663695>
- Andrade, E. D. O. (2016). Lexical analysis of the code of medical ethics of the Federal Council of Medicine. *Revista Da Associacao Medica Brasileira*, 62(2), 123–130.
<https://doi.org/10.1590/1806-9282.62.02.123>
- Barrio Truchado, E., Marsillas Rascado, S., & Sancho Castiello, M. (2018). Del envejecimiento activo a la ciudadanía activa : el papel de la amigabilidad. *Aula Abierta*.
- Boveris, A. (2004). LA DURACIÓN DE LA VIDA HUMANA Más años y más vida. *Encrucijadas. Universidad de Buenos Aires*, 25.
- Butler, J. (1999). *El género en disputa El feminismo y la subversión de la identidad* (S. A. Ediciones Paidós Ibérica, Ed.). Barcelona.
- Cadenas, H. (2014). Cultura y diferenciación de la sociedad: La cultura en la sociedad moderna. *Polis (Santiago)*, (39). <https://doi.org/10.4067/s0718-65682014120000012>
- Castorina, José Antonio y Barreiro, A. (2004). *MOSCOVICI Y PIAGET: EL ORIGEN DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES*. Retrieved from <https://www.aacademica.org/000-029/354>
- CEPAL. (2019). *Nudos críticos del desarrollo social inclusivo en América Latina y el Caribe Antecedentes para una agenda regional*. Retrieved from https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44799/1/S1900579_es.pdf

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2019). *Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe, 2018*.
- Dany, L., Urdapilleta, I., & Lo Monaco, G. (2015). Free associations and social representations: some reflections on rank-frequency and importance-frequency methods. *Quality and Quantity, 49*(2), 489–507. <https://doi.org/10.1007/s11135-014-0005-z>
- De Miguel Antón, José Luis; Fernández Nuevo, José Luis; Parapar Barrera, Clara; Ruiz Yaniz, M. (2016). *Investigación sobre envejecimiento*.
- Dr. Gutiérrez Robledo, Luis Miguel; Dr. Gutiérrez Ávila, J. H. C. (2010). *ENVEJECIMIENTO HUMANO Una visión transdisciplinaria* (I. de Geriátría, Ed.). México, D. F.
- Durante, F., Fiske, S. T., Kervyn, N., Cuddy, A. J. C., Akande, A. D., Adetoun, B. E., ... Storari, C. C. (2013). Nations' income inequality predicts ambivalence in stereotype content: How societies mind the gap. *British Journal of Social Psychology, 52*(4), 726–746. <https://doi.org/10.1111/bjso.12005>
- Elena Sinobas, P. (2011). *Manual de Investigación Cuantitativa*.
- Ernesto, J., & Cárdenas, U. (2018). Una aproximación al estado del arte en América Latina Approach towards a state of the art on theory of social representations in Latin America. *Psicogente, 21*, 4–12. Retrieved from <https://doi.org/10.17081/psico.21.40.3088>
- Fernández-Ballesteros, R. (2011). Envejecimiento saludable. *Congreso Sobre Envejecimiento. La Investigación En España*. Madrid.
- Fernandez-Ballesteros, R., Olmos, R., Santacreu, M., Bustillos, A., & Molina, M. A. (2017). The role of perceived discrimination on active aging. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 71*, 14–20. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.02.004>
- Fernández-Ballesteros, Rocío, Olmos, R., Pérez-Ortiz, L., & Sánchez-Izquierdo, M. (2020). Cultural aging stereotypes in European Countries: Are they a risk to Active Aging? *PLoS ONE, 15*(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232340>
- Frenk, J., Lozano Ascencio, R., & Bobadilla, J. (1994). La transición epidemiológica en



América Latina. *Notas de Población*.

Gastrón, L. (Coord. . (2013). *Dimensiones de la Representación social de la vejez* (EUDEM, Ed.).

Guerin-pace, F. (1998). Textual statistics: an exploratory tool for the social sciences.

Population. English Selection, 10(1), 73–95.

<https://doi.org/10.3917/popu.p1998.10n1.0095>

IMSERSO. (2008). *Participación social de las personas mayores*. (P. S. y D. Ministerio de Educación, F. y A. a la D. y a la D. Secretaría de Estado de Política Social, & I. de M. y S. S. (IMSERSO, Eds.). Madrid.

IMSERSO. (2011). Envejecimiento Activo. Libro Blanco. In P. S. e I. Ministerio de Sanidad, S. G. de P. S. y Consumo, & I. de M. y S. S. (IMSERSO) (Eds.), *E*. Retrieved from <http://www.imserso.es>

International Longevity Centre Brazil. (2015). *Envejecimiento Activo Un marco político ante la revolución de la longevidad*. Río de Janeiro.

Jodelet, D. (2020a). A Separate Epidemic. *Papers on Social Representations*, 29(2), 10.1-10.11.

Jodelet, D. (2020b). Las Representaciones Sociales : Un Recurso Para Indagar La Complejidad Psicosocial : El Caso De La Vejez. *RED Sociales*, 07(01), 50–61.

Leeson, G. W. (2013). The Demographics of population ageing in Latin America, the Caribbean and the Iberian Peninsula, 1950-2050. In *Envejecimiento en América Latina y el Caribe: enfoques en investigación y docencia de la Red Latinoamericana de Investigación en Envejecimiento* (pp. 53–71). Retrieved from <http://ru.iis.sociales.unam.mx/dspace>

Levy, B. (2009). Stereotype embodiment: A psychosocial approach to aging. *Current Directions in Psychological Science*, 18(6), 332–336. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01662.x>



- Lynch, G. (2020). La investigación de las representaciones sociales: Enfoques teóricos e implicaciones metodológicas. *Red Sociales, Revista Del Departamento de Ciencias Sociales*, 07(1), 102–118. Retrieved from www.redsocialesunlu.net
- Marques, S., Mariano, J., Mendonça, J., De Tavernier, W., Hess, M., Naegele, L., ... Martins, D. (2020, April 1). Determinants of ageism against older adults: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol. 17. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072560>
- Ministerio de Salud Argentino; Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2010). *Esperanza de Vida Saludable en Argentina*. Retrieved from www.indec.gov.ar/nuevaweb/cuadros/7/sesd_01c03.xls
- Morales Montoya, A., Aguilar Parra, J. M., Padilla Góngora, D., Rocamora Pérez, P., & López Liria, R. (2018). Consumo farmacológico y salud en personas mayores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología.*, 4(1), 235. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2018.n1.v4.1300>
- Municipalidad de Vicente López. (2019). *MUNICIPALIDAD DE VICENTE LOPEZ DIAGNÓSTICO BASAL - CIUDADES AMIGABLES CON LA EDAD - OMS*.
- Murguía, A., & Ordorika, T. (2016). El estudio de los procesos de medicalización en América Latina. *Historia, Ciencias, Saúde*, 23(3), 635–651. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702016005000009>
- Oddone, M. (2013). Antecedentes teóricos del Envejecimiento Activo. *Informes Envejecimiento En Red*, 4(2340-566X), 1–9.
- Officer, A., & de la Fuente-Núñez, V. (2018). A global campaign to combat ageism. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(4), 295–296. <https://doi.org/10.2471/BLT.17.202424>
- OMS. (2002). *Envejecimiento activo: un marco político**. 37, 74–105.
- OMS. (2015). *Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

- OMS. (2019). Decenio del Envejecimiento Saludable 2020-2030, propuesta final. *Decade of Healthy Ageing 2020 - 2030*, (6), 1–28. Retrieved from <https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-es.pdf>
- Oriol-Bosch, A. (2012). Resiliencia. *Educ Med*, 15(2), 77–78. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-409548-9.10751-1>
- Pardo, A. (1997). ¿Qué es la salud? *Revista de Medicina de La Universidad de Navarra*, 41(2), 4–9.
- Perera, M. (1995). A proposito de las representaciones sociales. *Papers on Social Representations: Electronic Version*, 4(2), 0–35. [https://doi.org/10.1016/S0016-2361\(96\)00236-0](https://doi.org/10.1016/S0016-2361(96)00236-0)
- Prieto Rodríguez, M. A., & March Cerdá, J. C. (2002). Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. *Atención Primaria*, 29(6), 366–373. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(02\)70585-4](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(02)70585-4)
- Redondo, N. (2008). Composición por edades y envejecimiento demográfico. “*Población y Bienestar En La Argentina Del Primero Al Segundo Centenario. Una Historia Social Del Siglo XX*”. Dirección General de Estadística y Censos Buenos Aires, Argentina, 5, 139–175.
- Rodríguez, T. (2003). El debate de las representaciones sociales en la psicología social. *Relaciones*, XXIV(93), 52–80.
- Rodríguez Zoya, L. & Rodríguez Zoya, P. (2019). Teoría y práctica de los problemas complejos. In C. E. Latinoamericana (Ed.), *La emergencia de los enfoques de la complejidad en América Latina: desafíos, contribuciones y compromisos para abordar los problemas complejos del siglo XXI Tomo IV* (pp. 21–47). Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Rodríguez Zoya, L. G. (2020). *Complejidad y transdisciplina. Apuntes para pensar el envejecimiento como problema complejo*. Buenos Aires: Consejo Nacional de



Investigaciones Científicas y Técnicas.

Ruggeri, A. (2018). ¿Realmente los humanos vivimos más años hoy que nuestros antepasados?

Retrieved from BBC Future website: BBC.com

Souza Minayo, M. C. de. (2003). *Investigación social : teoría, método y creatividad*.

Wachelke, J, & Wolter, R. (2011). Criteria related to the realization and reporting of prototypical analysis for social representations . *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(4), 521–526. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722011000400017>

Wachelke, Joao, & Contarello, A. (2010). Social representations on aging: Structural differences concerning age group and cultural context. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(3), 367–380. <https://doi.org/10.14349/rlp.v42i3.579>

Wachelke, João, & Wolter, R. (2011). Critérios de Construção e Relato da Análise Prototípica para Representações Sociais Criteria Related to the Realization and Reporting of Prototypical Analysis for Social Representations. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(4), 521–526. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v27n4/17.pdf>

World Health Organization, W. (2020). *Decade of Healthy Ageing Baseline Report*. Retrieved from <https://www.who.int/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-baseline-report>

Zarebski, G. (2016). *Los desafíos en un mundo globalizado El Paradigma de la Complejidad en el Curso de la Vida y el Envejecimiento Le Paradigme de la Complexité dans le Cours de la Vie et le Vieillessement*. 1–9.

Zimmer, C. (2018). duracion vida humana. Retrieved from The New York Times website: <https://www.nytimes.com/es/2018/07/05/espanol/expectativa-de-vida-longevidad.html>



9. Anexos

Anexo 1: Instrumento de recolección de datos - técnica evocativa libre de palabras



Fecha: ___/___/___

Municipio de residencia del entrevistado: _____

Sexo: _____

Edad: _____

Nivel Máximo de Escolaridad máxima alcanzada: _____

Escriba o diga las cinco primeras palabras o expresiones que le vienen a la cabeza al pensar en una **persona mayor**.

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Escriba o diga las cinco primeras palabras o expresiones que le vienen a la cabeza al pensar en un **hombre viejo**.

1. _____



2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Escriba o diga las cinco primeras palabras o expresiones que le vienen a la cabeza al pensar en una **mujer vieja**.

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Escriba o diga las cinco primeras palabras o expresiones que le vienen a la cabeza al pensar en una **persona mayor activa**.

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Escriba o diga las cinco primeras palabras o expresiones que le vienen a la cabeza al pensar en una **persona mayor saludable**.

1. _____

2. _____



3. _____

4. _____

5. _____

Escriba o diga las cinco primeras palabras o expresiones que le vienen a la cabeza al pensar en el **envejecimiento activo**.

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Escriba o diga las cinco primeras palabras o expresiones que le vienen a la cabeza al pensar en el **envejecimiento saludable**.

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Escriba o diga las cinco primeras palabras o expresiones que le vienen a la cabeza al pensar en la **participación social en la vejez**.

1. _____

2. _____

3. _____



4. _____

5. _____

Escriba o diga las cinco primeras palabras o expresiones que le vienen a la cabeza al pensar en la **seguridad en la vejez**.

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Anexo 2: Tabla de análisis prototípico palabra inductora “Persona Mayor”: Resultados generales

<= 2.7 Rangos > 2.7

Zone du noyau		Première périphérie	
<p>Experiencia-33-1.9 Vejez-15-1.8 Soledad-10-2.6 Abuelo-10-1.8 Edad_avanzada-7-1.3 Anciano-6-1.5</p>		<p>Sabiduría-27-2.9 Enfermedad-16-3.2 Tristeza-9-3.7 Paciencia-8-3.9 Amor-7-2.9 Respeto-7-3 Arrugas-7-3.4 Temura-6-3.2 Bondad-5-3.4 Canas-5-4</p>	
Elements contrastés		Seconde périphérie	
<p>Grande-4-2 Adulto-4-2.5 Geriatrico-3-2.3 Tranquilidad-3-2 Madurez-3-2 Deterioro-3-2 Padre-3-1.3 Dolor-3-2 Vulnerabilidad-3-2.7 Sufrimiento-3-2.7 Abuelx-3-1.3 Débil-2-2 Más_80_años-2-2 Dependencia-2-2 Dulzura-2-1.5 Sin_preocupaciones-2-2.5 Salud-2-2 Deterioro_físico-2-2 Jubilado-2-2.5 Edad-2-2.5</p>		<p>Abuelos-4-3.5 Familia-4-3 Vida_vivida-4-4.2 Jubilación-4-2.8 Movilidad_reducida-4-3 Cuidado-4-3.2 Trabajo-3-3 Atención-3-3 Alegria-3-3.7 Envejecimiento-3-3.7 Activa-3-3 No_relacionado_edad-3-3 Enseñanza-3-3 Ansiedad-3-3.3 Comprensión-2-3 Angustia-2-4.5 Aprendizaje-2-3 Conocimiento-2-3.5 Tiempo-2-3 Nietos-2-3 Abuela-2-3 Inteligencia-2-4 Depresión-2-3.5 Amabilidad-2-3 Necesidad_da_afectos-2-5 Vida-2-3 Carño-2-3 Mejor_vida_posible-2-4</p>	

< 4.8 Frecuencias >= 4.8

Anexo 3: Tabla de análisis prototípico palabra inductora “Hombre Viejo”. Resultados generales

<= 2.83 Rangos > 2.83

Zone du noyau		Première périphérie	
<p>Abuelo-18-1.8 Sabiduría-14-1.9 Enfermedad-9-2.6 Padre-7-2.7 Trabajo-6-2.2 Cansancio-6-2.7 Ternura-5-2.6</p>		<p>Soledad-15-3 Experiencia-14-3 Canas-12-3.3 Arrugas-8-3.1 Tristeza-7-2.9 Paciencia-7-3.6 Bastón-6-3.6 Jubilado-6-3</p>	
Elements contrastés		Seconde périphérie	
<p>Deteriorado-4-2 Irritable-4-2.8 Grande-4-2 No_hay-3-1 Geriátrico-3-2.7 Miedo-3-2.7 Conocimientos-3-2.7 Molesto-3-1.7 Hombre_mayor-3-2 Lentitud-3-2 Cansado-3-1.7 Adulto-3-1.3 Aburrido-3-2.3 Edad_avanzada-2-1.5 Machista-2-2 Antiguo-2-2 Mañoso-2-1 Intolerante-2-2.5 Deterioro_físico-2-2.5 Compañía-2-2.5 Esfuerzo-2-2.5 Débil-2-2</p>		<p>Abandono-4-5 Enseñanza-4-4.2 Caprichoso-3-3.7 Tranquilidad-3-4 Salud_deteriorada-3-4 Madurez-3-3.3 Amor-3-3.7 Respeto-3-3.3 Dependiente-3-3.7 Anciano-3-3 Descuidado-3-3.3 Ayuda-3-3 Vejez-2-3 Demandante-2-3.5 Pensamientos_antiguos-2-3 Más_años-2-4.5 Alegria-2-5 Viejo-2-4.5 Dolor-2-3.5 Malhumorado-2-4 Desgastado-2-3 Inteligente-2-4 Vida-2-3.5 Compañerismo-2-4 Dejado-2-4.5 Sensibilidad-2-3</p>	

< 4.22 Fréquences >= 4.22

Anexo 4: Tabla de análisis prototípico palabra inductora “Mujer Vieja”. Resultados generales

<= 2.83 Rangos > 2.83

	Zone du noyau	Première périphérie	
< 3.49 Fréquences >= 3.49	Abuela-23-2.6 Sabiduría-13-2.7 Soledad-11-2.7 Experiencia-11-2.6 Arrugas-10-2.7 Madre-9-2 Canas-5-2.6 Amor-5-2.4 Activa-5-2.2 Coqueta-5-2.2 Familia-4-2.2 Cariñosa-4-2.8 Amable-4-2.2	Tristeza-5-3.6 Nietos-5-3.4 Paciencia-4-3.2	
	Elements contrastés	Seconde périphérie	
	No_hay-3-1.3 Cocina-3-2.7 Anciana-3-1.7 Señora-2-1 Cansada-2-1 Trabajadora-2-1 Servicial-2-2.5 Muchos_años-2-1 Miedo-2-2 Ternura-2-2.5 Dedicación-2-1 Mujer_mayor-2-1.5 Peyorativo-2-2.5 Frase_irrespetuosa-2-1	Geriátrico-3-3.7 Disfrute-3-3 Caprichosa-3-3.7 Fragilidad-3-3 Bondad-3-3 Dependiente-3-4.3 Comida-3-3.3 Generosa-3-4.3 Ayuda-3-3.3 Peluquería-2-3.5 Adaptación-2-3 Enfermedad-2-3.5 Se_cuida-2-3.5 Perfume-2-3 Desaliñada-2-3 Incertidumbre-2-4 Salud_deteriorada-2-4 Angustia-2-3 Fuerte-2-3 Vieja-2-3 Abandono-2-3 Comprensiva-2-4 Medicamentos-2-4.5 Anteojos-2-3 Movilidad_reducida-2-3 Descuidada-2-3 Respeto-2-5 Tranquilidad-2-4.5 Vulnerabilidad-2-4 Desgastada-2-3.5 Tareas_domesticas-2-4 Jubilada-2-3.5	

Anexo 5: Tabla de análisis prototípico palabra inductora “Persona Mayor Activa”.
Resultados generales

<= 2.83 Rangos > 2.83

Zone du noyau	Première périphérie
<p>Actividad física-35-2.1 Trabajo-24-2 Actividades-14-2.4 Salud-11-2.8 Salidas-9-2.7 Estudio-6-2.7 Admiración-5-2.4 Proyectos-5-2.8 Vida_social-5-2.4 Experiencia-5-2.2</p>	<p>Alegría-16-2.9 Viajes-9-3.1 Amigos-8-2.9 Independencia-8-3.2 Ganas-5-3.6 Felicidad-5-4 Sabiduría-5-3.8</p>
Elements contrastés	Seconde périphérie
<p>Ejemplo-4-2.5 Entusiasmo-4-2.5 Inteligencia-4-2.5 Vitalidad-3-1.3 Fuerza-3-1.7 Saludable-3-2.3 Dialogo-2-2.5 Capacidad-2-1.5 Vive_la_vida-2-2.5 Salud física-2-1 Tranquilidad-2-1.5 Responsabilidad-2-1.5 Posibilidades-2-1.5 Iniciativa-2-1.5 Bailar-2-2 Plenitud-2-2.5 Suerte-2-2.5 En_movimiento-2-1.5 Se_mueve-2-2.5 Sueños-2-1.5</p>	<p>Baile-4-3.8 Disfrute-4-4.5 Ganas_de_vivir-4-3.2 Lectura-4-3.5 Agilidad-3-3.7 Energía-3-3 Caminatas-3-3.7 Actividad-3-3 Esperanza-3-3.3 Enseñanza-3-3.7 Movilidad-3-4.7 Recreación-3-3.3 Hace_compras-2-3.5 Familia-2-5 Sociable-2-4 Sin_enfermedad-2-3.5 Satisfacción-2-4 Ocio-2-4.5 Actividades_culturales-2-4 Amor-2-4.5 Diversión-2-3.5 Tareas_hogareñas-2-3.5 Autonomía-2-4.5 Escritura-2-4 Activa-2-4 Vida-2-3.5 Independiente-2-4 Comunicación-2-3.5 Libertad-2-3.5 Cuidado_salud-2-5 Sociabilidad-2-3 Memoria-2-4</p>

< 4.34 Fréquences >= 4.34

Anexo 6: Tabla de análisis prototípico palabra inductora “Persona Mayor Saludable”.

Resultados generales

<= 2.8 Rangos > 2.8

Zone du noyau	Première périphérie
<p>Actividad física-38-2.3 Alimentación_saludable-24-2.4 Activa-14-1.9 Salud-12-2 Salud_física-5-2.8 Vitalidad-5-1.6</p>	<p>Trabajo-8-3 Felicidad-8-2.9 Fuerza-8-3.4 Familia-8-4.1 Alegria-8-3.6 Salud_mental-7-3.3 Amigos-7-3.3 Ganas-5-4.2 Caminata-5-3</p>
Elements contrastés	Seconde périphérie
<p>Se_cuida-4-2.8 Optimismo-4-1.8 Sana-4-1 Controles_médicos-4-2.8 Admiración-3-1.7 Sin_enfermedad-3-2.3 Cuidadosa-3-1.3 Atenta-3-2.7 Cuidado-3-1.3 Actividad_intelectual-2-2.5 Compartir-2-2.5 Disfrute-2-2 Alegrías-2-1 Responsabilidad-2-1.5 Bendición-2-2.5 Privilegio-2-1 Saludable-2-1.5 En_movimiento-2-1.5 Vida_sana-2-2 Vida_prolongada-2-2 Experiencia-2-2.5 Envidia-2-2.5 Maravilla-2-1</p>	<p>Facultades_mentales_plenas-4-3 Actividad-4-3 Vida_social-4-3.5 Inteligente-4-4.5 Proyectos-3-3.7 Tranquilidad-3-3.7 Hábitos_saludables-3-3 Energía-3-3.3 Alegre-3-4.3 Salidas-3-4.7 Sociable-3-4 Compañía-3-3.3 Vida_activa-3-4 Actitud-3-3.3 Toma_agua-2-4 Lectura-2-3 Actividades-2-3 No_fuma-2-3.5 Sociabilidad-2-4 Social-2-3 Ejemplo-2-4.5 Actividad_cognitiva-2-4 Memoria-2-3.5 Se_cuido-2-3 Relaciones_sociales-2-4.5 Paseos-2-3 Vida_buena-2-3.5 Positividad-2-3.5 Sabiduría-2-3 Equilibrio-2-4 Vida-2-3 Inteligencia-2-3.5</p>

< 4.2 Frecuencias >= 4.2

**Anexo 7: Tabla de análisis prototípico palabra inductora “Envejecimiento Activo”:
Resultados generales**

<= 2.79 Rangos > 2.79

	Zone du noyau	Première périphérie
< 3.91 Fréquences >= 3.91	<p>Actividad física-24-2.2 Trabajo-19-2.4 Alimentación_saludable-9-2.7 Salud-7-1.9 Amigos-7-2.7 Saludable-6-2.2 Estudio-5-1.6 En_movimiento-4-1.8</p>	<p>Vida_social-11-3.2 Familia-8-3.4 Alegria-8-3.5 Actividades-5-3 Salud_mental-5-2.8 Disfrute-4-4.2</p>
	Elements contrastés	Seconde périphérie
	<p>Aceptación-3-2.7 Bienestar-3-1.3 Aprendizaje-3-2.3 Felicidad-3-2.7 Experiencias-3-1.7 Bailar-3-2.3 Ganas-3-2.7 Participación-2-2.5 Salud física-2-1 Bienestar económico-2-2.5 Recreación-2-2 Actualiza_conocimientos-2-2 Optimismo-2-2.5 Desarrollo-2-2.5 Natural-2-1.5 Positivo-2-1 Cansancio_creciente-2-1 Cuidado-2-1</p>	<p>Energía-3-4.3 Hobbies-3-5 Pares-3-3.7 Sabiduría-3-3.7 Movilidad-3-3.7 Actividad_cognitiva-3-3.7 Enfermedad-2-3 Miedo-2-3 Cuidado_del_cuerpo-2-3 Tranquilidad-2-4 Ocupaciones-2-3.5 Viajes-2-3 Compartir-2-4.5 Compañía-2-4 Respeto-2-4.5 Cuida_salud-2-4 Nietos-2-4 Admirable-2-3.5 Sufrimiento-2-3.5 Decisiones_propias-2-4.5 Lectura-2-3.5 Independencia-2-3 Alegria_de_vivir-2-4 Calidad_de_vida-2-4</p>

**Anexo 8: Tabla de análisis prototípico palabra inductora “Envejecimiento Saludable”:
Resultados generales**

<= 2.76 Rangos > 2.76

Zone du noyau		Première périphérie	
<p>Actividad física-40-2.5 Alimentación_saludable-36-1.7 Salud-9-2.2 Cuidarse-7-1.7 Activo-7-2.3 Trabajo-6-1.8 Amistades-6-2.3 Cuidado_personal-5-1.8</p>		<p>Controles_médicos-12-2.9 Vida_social-10-3 Familia-8-3.8 Tranquilidad-7-2.9 Actividad_mental-7-3.3 Disfrute-6-3 Alegria-6-3.8 Descanso-6-3.3 Hábitos_saludables-6-3.2 Afectos-5-4.2</p>	
Elements contrastés		Seconde périphérie	
<p>Recreación-3-2.7 Bienestar-3-1.3 Actividad-3-2.3 Carácter_bueno-3-1.7 Aceptación-2-2.5 Cobertura_médica-2-2 Prevención-2-2 No_fumar-2-2 Disfrutar-2-2.5 Ocupación-2-2.5 Recursos_económicos-2-1 Agradecido-2-2 Relaciones_buenas-2-2</p>		<p>Viajes-4-3 Compartir-4-3.2 Salud_mental-4-2.8 Salidas-4-4.5 Movimiento-3-3.5 Actividad_cognitiva-3-4 Medicamentos-3-3.3 Felicidad-3-4.7 Lectura-3-3.7 Proyectos-2-4.5 Genética-2-3 Descanso_adecuado-2-3 Hobbies-2-3 Contención-2-5 Caminatas-2-3.5 Esparcimiento-2-4 Optimismo-2-3 Amor-2-3 Respeto-2-4 Pares-2-4 Fuerza-2-3 Compañía-2-3 Sin_dolores-2-3 Autonomía-2-3 Apoyo_familiar-2-3.5 Vida-2-3 Esperanza-2-3.5 Distracción-2-4 Paz-2-3.5 Independencia-2-4.5 Diversión-2-4</p>	

< 4.74 Fréquences >= 4.74

Anexo 9: Tabla de análisis prototípico palabra inductora “Participación Social en la Vejez”: Resultados generales

<= 2.79 Rangos > 2.79

Zone du noyau	Première périphérie
<p>Amigos-30-2.2 Pares-23-2.3 Centro de jubilados-12-2.2 Reuniones-11-2.4 Actividades deportivas-8-2.2 Clubes-7-2.1 Compartir-6-2.7 Conversar-6-2.2 Ayudar-6-2.3</p>	<p>Familia-25-3.2 Viajes-11-3.5 Salidas-10-3.5 Interacción intergeneracional-8-3 Trabajo-7-2.9 Nietos-6-3.3</p>
Elements contrastés	Seconde périphérie
<p>Actividades-5-2.6 Acompañamiento-4-2.2 Estado presente-4-1.8 Redes sociales-3-2 Actividades solidarias-3-2.7 Espacios propios-3-1.3 Baile-3-2 Comunidad-2-1 Relacionarse con otros-2-1.5 Ganas-2-2 Participación cultural-2-2 Actividades grupales-2-1 Vida social-2-2.5 Fundamental-2-1 Solidaridad-2-2.5 Juegos-2-2 Plazas-2-2</p>	<p>Actividades culturales-5-3.6 Comunicación-5-3 Transmisión de conocimientos-5-3.8 Aire libre-4-3.2 Experiencia-4-3 Recreación-4-3.2 Alegría-4-4 Aprendizaje-4-3.5 Respeto-4-4.2 Vecinos-4-3 Ayuda-4-3.5 Talleres-3-3.7 Enseñanza-3-3.7 Compañía-3-4 Bailes-2-4.5 Inclusión-2-4 Mantenerse activo-2-4.5 Importante-2-3.5 Actividad-2-3 Participación política-2-3 Cenas-2-3 Activo-2-3 Grupos de lectura-2-4.5 Aneédotas-2-3.5 Lectura-2-4.5 Fiestas-2-3.5 Compañerismo-2-3.5 Juegos de mesa-2-3</p>

< 5.08 Fréquences >= 5.08

**Anexo 10: Tabla de análisis prototípico palabra inductora “Seguridad en la Vejez”:
Resultados generales**

<= 2.76 Rangos > 2.76

Zone du noyau		Première périphérie	
<p>Bienestar económico-40-2 Salud-23-2.2 Cobertura_médica-20-2.3 Acompañamiento-13-2.5 Jubilación_digna-11-2.6 Tranquilidad-10-1.6 Vivienda_propia-8-2.5 Contención-7-2.4 Cuidados-6-2.3</p>		<p>Familia-27-3.2 Amor-10-3.5 Compañía-10-2.8 Amigos-9-3.8 Prevención_violencia-7-3.6</p>	
Elements contrastés		Seconde périphérie	
<p>Prevención_caidas-5-1.8 Controles_médicos-4-2.2 Precaución-3-2 Vigilancia_en_calles-3-1.7 Tener_movilidad-3-2 Protección-3-1.7 Información-3-2.3 Trabajo-2-2 Hijos_presentes-2-2.5 Bienestar-2-2.5 Prevención_accidentes_domésticos-2-2 Sabiduría-2-1 Cuidar_la_salud-2-1.5</p>		<p>Estado_presente-5-3 Alimentación_saludable-4-3.2 Accesibilidad-4-3.2 Independencia-4-3.5 Salud_física-3-3 Proyectos-3-3.7 Disfrute-3-3.7 Atención-3-3.3 Acceso_medicamentos-3-4 Respeto-3-3.3 Alegría-3-4 Salud_mental-3-3.3 Seguridad_alimentaria-3-3 Compartir-3-5 Buenos_vecinos-2-3.5 Cubrir_necesidades-2-3.5 Empatía-2-4.5 Buenos_amigos-2-3 Felicidad-2-4 Nietos-2-4 Pareja-2-3.5 Afecto-2-3 Espiritualidad-2-4 Confianza-2-3.5 Contención_familiar-2-3.5 Comunicación-2-3.5 Justicia-2-3 Paciencia-2-4.5 Buen_trato-2-3.5 Afectos-2-3 No_vivir_solo-2-5 Ayuda-2-4.5</p>	

< 5.37 Fréquences >= 5.37

Anexo 11: Tabla de evocaciones más frecuentes por cada palabra inductora. Resultados generales

HOMBRE VIEJO					
Rango promedio					
< 2,83			≥ 2,83		
	Frecuencia	Rango u orden de evocación		Frecuencia	Rango u orden de evocación
Abuelo	18	1,8	Soledad	15	3
Sabiduría	14	1,9	Experiencia	14	3
Enfermedad	9	2,6	Canas	12	3,3
Padre	7	2,7	Arrugas	8	3,1
Trabajo	6	2,2			
Cansancio	6	2,7			
Área central			1ª periferia		

Corpus: 266 palabras

Palabras diferentes: 63

Frecuencia media: 4,22

MUJER VIEJA					
Rango promedio					
< 2,83			≥ 2,83		
	Frecuencia	Rango u orden de evocación		Frecuencia	Rango u orden de evocación
Abuela	23	2,6	Tristeza	5	3,6
Sabiduría	13	2,7	Nietos	5	3,4
Soledad	11	2,6	Paciencia	4	3,2
Experiencia	11	2,7			
Arrugas	10	2			
Madre	9	2,6			
Canas	5				
Área central			1ª periferia		

Corpus: 227 palabras

Palabras diferentes: 62

Frecuencia media: 3,49

Anexo 11 (continuación)

PERSONA MAYOR ACTIVA					
Rango promedio					
< 2,83			≥ 2,83		
	Frecuencia	Rango u orden de evocación		Frecuencia	Rango u orden de evocación
Actividad física	35	2,1	Alegría	16	2,9
Trabajo	24	2	Viajes	9	3,1
Actividades	14	2,4	Amigos	8	2,9
Salud	11	2,8	Independencia	8	3,2
Salidas	9	2,7			
Estudio	6	2,7			
Área central			1ª periferia		

Corpus: 304 palabras

Palabras diferentes: 69

Frecuencia media: 4,34

PERSONA MAYOR SALUDABLE					
Rango promedio					
< 2,80			≥ 2,80		
	Frecuencia	Rango u orden de evocación		Frecuencia	Rango u orden de evocación
Actividad física	38	2,3	Trabajo	8	3
Alimentación saludable	24	2,4	Felicidad	8	2,9
Activa	14	1,9	Fuerza	8	3,4
Salud	12	2	Familia	8	4,1
			Alegría	8	3,6
			Salud mental	7	3,3
Área central			1ª periferia		

Corpus: 303 palabras

Palabras diferentes: 70

Frecuencia media: 4,20

Anexo 11 (continuación)

ENVEJECIMIENTO ACTIVO					
Rango promedio					
< 2,79			≥ 2,79		
	Frecuencia	Rango u orden de evocación		Frecuencia	Rango u orden de evocación
Actividad física	24	2,2	Vida social	11	3,2
Trabajo	19	2,4	Familia	8	3,4
Salud	13	2,7	Alegría	8	3,5
Alimentación saludable	9	1,9	Actividades	5	3
Amigos	7	2,7			
Estudio	5	1,6			
Área central			1ª periferia		

Corpus: 219 palabras

Palabras diferentes: 56

Frecuencia media: 3,91

ENVEJECIMIENTO SALUDABLE					
Rango promedio					
< 2,76			≥ 2,76		
	Frecuencia	Rango u orden de evocación		Frecuencia	Rango u orden de evocación
Actividad física	40	2,5	Controles médicos	12	2,9
Alimentación saludable	36	1,7	Vida social	10	3
Salud	9	2,2	Familia	8	3,8
Cuidarse	7	1,7	Tranquilidad	7	2,9
Activo	7	2,3	Actividad mental	7	3,3
Área central			1ª periferia		

Corpus: 294 palabras

Palabras diferentes: 62

Frecuencia media: 4,74

Anexo 11 (continuación)

PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LA VEJEZ					
Rango promedio					
< 2,79			≥ 2,79		
	Frecuencia	Rango u orden de evocación		Frecuencia	Rango u orden de evocación
Amigos	30	2,2	Familia	25	3,2
Pares	23	2,3	Viajes	11	3,5
Centro de jubilados	12	2,2	Salidas	10	3,5
Reuniones	11	2,4	Interacción intergeneracional	8	3
Actividades deportivas	8	2,2			
Clubes	7	2,1			
Área central			1ª periferia		

Corpus: 305 palabras

Palabras diferentes: 60

Frecuencia media: 5

SEGURIDAD EN LA VEJEZ					
Rango promedio					
< 2,76			≥ 2,76		
	Frecuencia	Rango u orden de evocación		Frecuencia	Rango u orden de evocación
Bienestar económico	40	2	Familia	27	3,2
Salud	23	2,2	Amor	10	3,5
Cobertura médica	20	2,3	Compañía	10	2,8
Acompañamiento	13	2,5	Amigos	9	3,6
Jubilación digna	11	2,6			
Tranquilidad	10	1,6			
Área central			1ª periferia		

Corpus: 320 palabras

Palabras diferentes: 59

Frecuencia media: 5