

Maestría en Gestión de Servicios de Gerontología Trabajo Final de Maestría

Autor: Daniel Mingorance

***EVALUACIÓN ACERCA DE PREJUICIOS, ESTEREOTIPOS Y
TEORÍAS IMPLÍCITAS SOBRE LA VEJEZ EN LOS
CONCURRENTES A LOS CURSOS
DEL PROGRAMA NACIONAL
DE FORMACIÓN DE CUIDADORES DOMICILIARIOS***

Análisis antes - después en el caso de la población concurrente a
los cursos implementados en la Facultad de Psicología (UBA)

2011

Director de Tesis: Dr. Leopoldo Salvarezza

*Citar como: Mingorance, D. (2011). Evaluación acerca de prejuicios, estereotipos y teorías implícitas sobre la vejez en los concurrentes a los cursos del Programa Nacional de Formación de Cuidadores Domiciliarios: análisis antes - después en el caso de la población concurrente a los cursos implementados en la Facultad de Psicología (UBA). [Trabajo Final de Maestría, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.
<http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/467>*

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Página
Resumen	5
Palabras clave	6
1. Introducción	7
2. Planteamiento del Problema	10
2.1. Formulación del problema de Tesis	11
2.2. Objetivos: General y Específicos	12
3. Marco Teórico. Recorrido conceptual sobre la vejez, el viejismo y las teorías gerontológicas.	13
3.1. La Vejez. Definiciones conceptuales	14
3.2. La vejez y el envejecimiento poblacional en Argentina	19
3.3. La vejez y el campo de estudios gerontológicos	22
3.4. Los cuidadores de personas mayores	26
3.5. El viejismo	31
3.6. Surgimiento histórico del viejismo	36
3.7. La construcción social de la imagen de la vejez	37
3.8. Viejismo implícito	43
3.9. Etiología del viejismo	48
3.10. Profecía autocumplida	51
3.11. Recomendaciones para la reducción de prejuicios	52
3.12. Discriminación y derechos humanos	55
3.13. Recomendaciones para los profesionales	55
3.14. Breve reseña de Teorías sobre el Envejecimiento y la Vejez	58

4. Metodología	67
4.1. Tipo de Investigación realizada	67
4.2. Variables	67
4.3. Universo y muestra	67
4.4. Unidad de análisis	68
4.5. Recolección de datos y descripción del ámbito de estudio	68
4.6. Selección de técnicas e instrumentos de recolección de datos.	
Prueba piloto del instrumento.	69
5. Análisis de los datos	71
5.1. Tratamiento de los datos de las encuestas tomadas al inicio de los cursos	73
5.2. Tratamiento de los datos de las encuestas tomadas al final de los cursos	91
5.3. Tratamiento comparativo de los datos de las encuestas tomadas al inicio y al final de los cursos	101
5.4. Tratamiento y análisis de los datos de las entrevistas en profundidad	104
6. Conclusiones	103
7. Bibliografía	104
8. Anexo. Modelos de instrumentos de recolección de datos.	119
8.1. Encuesta I	120
8.2. Encuesta II	123
8.3. Dimensiones para las entrevistas	125

9. Anexo. Cuadros e Información demográfica de consulta.	126
9.1. Argentina: Cuadro Crecimiento Población	127
9.2. Ciudad de Buenos Aires. Población: Estructura por edad, sexo y lugar de nacimiento. Año 1991.	128
9.3. Ciudad de Buenos Aires. Población: Estructura por edad, sexo y lugar de nacimiento. Año 2001.	129
9.4. Ciudad de Buenos Aires. Cuadro de defunciones.	130
9.5. Ciudad de Buenos Aires. Población por sexo según grandes grupos de edad.	131
9.6. Ciudad de Buenos Aires. Población por sexo según grandes grupos por interés gerontológico.	132
9.7. Ciudad de Buenos Aires. Tasa Específica de mortalidad por enfermedad.	133
9.8. Ciudad de Buenos Aires. Población por sexo según grupos de edad para interés comparativo.	134
9.9. Ciudad de Buenos Aires. Razón de masculinidad por grandes grupos de edad.	135
9.10. Ciudad de Buenos Aires. Población por sexo según edad cada diez años.	136
9.11. Ciudad de Buenos Aires. Elementos de dinámica poblacional 2001.	137
9.12. Ciudad de Buenos Aires. Tasa específica de mortalidad según grandes grupos de edad.	138

Resumen

El trabajo de tesis está orientado al conocimiento de la contribución de la capacitación en los cuidadores de adultos mayores.

Entre otros aspectos se investiga de qué manera los cursos de formación de cuidadores de adultos mayores modifican la imagen que tienen los alumnos sobre la vejez, la presencia de prejuicios, estereotipos, teorías implícitas hacia las personas mayores.

El tema es abordado desde la Gerontología como campo de estudios sobre el envejecimiento teniendo en cuenta aportes realizados desde la psicogerontología.

A lo largo de varios años de experiencia docente en la Cátedra de Psicología de Tercera Edad y Vejez de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, se ha considerado el aporte de la cursada de la materia como una positiva colaboración en la modificación de los prejuicios existentes en los alumnos que asisten a la misma.

Para ello se han realizado entrevistas grupales y encuestas de evaluación, antes y después de la realización de la cursada, para conocer cómo modificaba, dicha experiencia, a los estudiantes universitarios.

Hasta la fecha los resultados no han sido analizados de manera sistemática, sin embargo la utilidad cierta de esa evaluación para los fines didácticos y de un proyecto de intervención de prevención social con repercusión más allá de la función estrictamente académica, despierta interés para la investigación del alcance que tiene la formación de recursos humanos en gerontología: en este caso, la formación de cuidadores de adultos mayores.

Tomando esa experiencia como antecedente, siguiendo una metodología cualitativa, implementando un instrumento de evaluación que permita sistematizar y posteriormente analizar las respuestas de los alumnos de los Cursos de Formación de Cuidadores Domiciliarios dictados en función del convenio realizado entre el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, y la Universidad de Buenos Aires,

Facultad de Psicología, Cátedra de Psicología de Tercera Edad y Vejez y la Secretaría de Extensión Universitaria en el marco del Programa Nacional de Formación para Cuidadores Domiciliarios, se procedió a explorar la presencia de prejuicios sobre la vejez entre los asistentes al curso.

Ello permitirá la potencial modificación de la didáctica de los cursos, la prevención de disfunciones en el vínculo entre el cuidador y el adulto mayor que percibe los cuidados, aportar en el mejoramiento de la calidad del servicio prestado y en la satisfacción de los adultos mayores con diverso grado de dependencia que necesitan hacer uso de estos servicios.

Palabras – Clave

Vejez. Cuidadores. Viejismo. Prejuicios.

Esteretipos y teorías implícitas sobre la vejez.

1. Introducción

La tesis busca profundizar el conocimiento de la contribución de los cursos de formación en los cuidadores de adultos mayores en relación a cambios en los prejuicios.

Se investiga cómo contribuyen los cursos de formación de cuidadores de adultos mayores sobre los prejuicios, teorías y estereotipos hacia la vejez existentes en los alumnos que asistieron a tres comisiones de la misma banda horaria, con tres equipos de coordinación diferentes y con docentes especializados en cada área temática abordada por los cursos que se dictaron en función del convenio realizado entre el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, y la Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Cátedra de Psicología de Tercera Edad y Vejez y la Secretaría de Extensión Universitaria.

En una perspectiva más amplia, a la vez, la tesis se propone contribuir a la formulación de nuevas hipótesis sobre los estereotipos y teorías que se construyen sobre la vejez en la sociedad en general.

La investigación se desarrolló en el contexto de los cursos de formación de cuidadores domiciliarios que se dictaron en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires durante el año 2009.

Los cursos tienen el objetivo de capacitar recursos humanos para la implementación de servicios de cuidados en domicilio. En los cursos se incluye tanto capacitación para la atención de la población de adultos mayores, como de personas con discapacidades y de personas con patologías crónicas invalidantes o terminales.

Estos cursos se realizaron en el marco del Programa Nacional de Formación para Cuidadores Domiciliarios dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

Los resultados de esta investigación serán de utilidad para posibles transformaciones de los contenidos dictados en los cursos, así como para una mayor adecuación de la transmisión de formas de acercamiento y de relación con las personas viejas, para trabajar sobre la representación que tienen los alumnos sobre la vejez, prejuicios, estereotipos, teorías implícitas sobre la vejez.

Se busca aportar elementos para mejorar la relación entre los cuidadores y las personas que perciben la atención.

Levy y Banaji, plantean que la investigación de los efectos de las actitudes y conductas implícitas se vuelve relevante debido a la aparente contradicción existente entre la ausencia de un odio fuerte y explícito hacia los viejos, por un lado, y la amplia aceptación de sentimientos y creencias negativas por el otro. (Levy y Banaji, 2004) Dicho análisis puede revelar en qué medida las raíces del prejuicio pueden encontrarse en niveles no descubiertos o incontrolables.

Los resultados del presente estudio contribuirán en la prevención de disfunciones vinculares entre adultos mayores y cuidadores, a la prevención de la sobrecarga del cuidador, y en última instancia para la prevención de situaciones de abuso y maltrato en la vejez.

En forma inmediata podrá ser un aporte para el mejoramiento de la didáctica de los cursos de formación de cuidadores de adultos mayores que se continúen dictando tanto en el marco del convenio, como en otras instituciones formadoras del Programa Nacional de Formación para Cuidadores Domiciliarios.

Los resultados podrán ser tomados como un aporte para el mejoramiento de otros cursos de formación, no solamente de cuidadores, sino de otros recursos humanos que se ocupen de la atención y tratamiento de adultos mayores.

Finalmente, los resultados de esta tesis esperan aportar en la búsqueda del mejoramiento de la calidad de la prestación con una correlativa percepción de la satisfacción por parte de los usuarios. Apunta a ser una contribución para la prevención y mejora de la calidad de vida de este amplio sector de la población.

En un sentido más extenso, significará una contribución para el cumplimiento de los "Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad" enunciados en la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento organizada por Naciones Unidas en Madrid en el año 2002 y suscripta por la República Argentina.

En el Informe de su Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, para responder a las oportunidades que ofrece y los retos que plantea el envejecimiento de la población en el siglo XXI y para promover el desarrollo de una sociedad para todas las edades, los Principios enunciados son: Independencia, Participación, Atención, Auto-realización y Dignidad. (United Nations, 2002.) "Las personas de edad deberán

poder vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotaciones y de malos tratos físicos o mentales.” (United Nations, 2002.)

“Las personas deberán recibir un trato digno, independiente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones, y han de ser valorados independientemente de su contribución económica.” (United Nations, 2002.)

En el Artículo 5 de la Declaración Política del citado documento establece: “...Nos comprometemos a eliminar todas las formas de discriminación, entre otras, la discriminación por motivos de edad.¹ Asimismo, reconocemos que las personas, a medida que envejecen, deben disfrutar de una vida plena, con salud, seguridad y participación activa en la vida económica, social, cultural y política de sus sociedades. Estamos decididos a realzar el reconocimiento de la dignidad de las personas de edad y a eliminar todas las formas de abandono, abuso y violencia”. (United Nations, 2002)

Entre las medidas, enuncia en particular “Alentar a que se sigan investigando de la forma más amplia las causas, naturaleza, magnitud, gravedad y consecuencias de todas las formas de violencia contra las mujeres y los hombres de edad y dar amplia difusión a las conclusiones de las investigaciones y estudios.” (United Nations, 2002)

2. Planteamiento del Problema

2.1 Formulación del Problema de la Tesis

¹ El resaltado es mío.

En la Cátedra de Psicología de Tercera Edad y Vejez de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, se ha considerado el aporte de la cursada de la materia como una positiva colaboración en la modificación de los prejuicios existentes en los alumnos que asisten a la misma.

Para la formulación de esa hipótesis se han realizado encuestas de evaluación y entrevistas grupales, antes y después de la realización de los cursos, para conocer como modificaba a los estudiantes universitarios el atravesamiento de dicha experiencia.

Según lo recabado por la mencionada evaluación, la cursada de la materia determina una modificación de la imagen que los estudiantes universitarios tenían sobre la vejez. Esto es, una imagen conformada numerosas veces por prejuicios sobre la vejez.

A lo largo de varios cuatrimestres, inclusive, una docente aplicó durante las primeras clases la implementación del Test de Palmore como instrumento para la profundización del conocimiento de la carga de estereotipos presente en los alumnos que cursaron la materia Psicología de Tercera Edad y Vejez en la Facultad de Psicología de la U. B. A. (Badalucco, Comunicación personal, 2008)

Hasta la fecha, los resultados de las mencionadas evaluaciones como así tampoco las respuestas de la instrumentación del Test de Palmore, no han sido procesados científicamente. Sin embargo, la utilidad cierta de dicha evaluación para los fines didácticos y de un proyecto de intervención de prevención social con repercusión más allá de la función estrictamente académica, despierta interés para la investigación del alcance que tiene la formación de otros recursos humanos en gerontología: en este caso la formación de cuidadores de adultos mayores.

Sabemos que la presencia de prejuicios, estereotipos, y teorías implícitas no es un patrimonio exclusivo de los estudiantes universitarios y que está presente de manera difundida en la cultura occidental.

Así como les ocurre a los profesionales que se ocupan de las más diversas maneras de la atención y tratamiento a adultos mayores, que los cuidadores estén dedicados a las tareas de manera formal no los exime de la presencia de prejuicios, estereotipos, teorías implícitas sobre la vejez.

Las mismas pueden operar desvalorizando las tareas realizadas por los cuidadores y consecuentemente alterar su nivel de autoestima, trayendo una potencial descompensación para su salud, pueden hacer de obstáculo en el vínculo o, llegando a casos más extremos, ser determinantes de situaciones de abuso y maltrato hacia las personas atendidas. (Mingorance, 2005)

Los cursos de formación ofrecen elementos teóricos y prácticos en temáticas Aspectos Sociales, Aspectos Biológicos, Aspectos Psicológicos, Cuidados, Bases para la Atención de la Población Beneficiaria, Promoción del Bienestar, Prácticas Domiciliarias, Institucionales y Comunitarias. Con una metodología de exposiciones teóricas, actividades grupales, prácticas para el desarrollo de habilidades y prácticas en terreno.

A la vez, van mostrando, transmitiendo, a través de las presentaciones y la interacción con coordinadores y docentes, formas de acercamiento y de relación con las personas viejas, que modifican la predisposición que los alumnos traen hacia las mismas.

Por tanto, en función de lo expuesto, el problema de la tesis es:

¿Cómo contribuyen los cursos que se dictarán en función del convenio realizado entre el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, y la Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Cátedra de Psicología de Tercera Edad y Vejez y la Secretaría de Extensión Universitaria en el marco del Programa Nacional de Formación para Cuidadores Domiciliarios, en los prejuicios, estereotipos, teorías implícitas sobre la vejez que traen los alumnos?

La tesis se propone el conocimiento de la posible existencia de prejuicios en los alumnos y potenciales modificaciones generadas luego del curso.

Existe una brecha entre los resultados del análisis de las manifestaciones de los encuestados, entrevistados y la posibilidad de que aparezcan actitudes prejuiciosas en la actividad concreta de las tareas de cuidado. Esta investigación no podrá estudiar el despliegue de prejuicios sobre la vejez en las actividades y en la relación interpersonal con los adultos mayores dependientes con los cuales se hagan efectivas las tareas en forma posterior.

2.2 Objetivos: General y Específicos

Objetivo General

- Analizar y evaluar prejuicios, estereotipos y teorías implícitas sobre la vejez en los concurrentes a los Cursos del Programa Nacional de Formación de Cuidadores Domiciliarios de la Facultad de Psicología durante el año 2009.

Objetivos Específicos

- 1 Explorar la presencia de prejuicios, estereotipos y teorías implícitas sobre la vejez presentes en los alumnos de los Cursos de Formación de Cuidadores Domiciliarios de la Facultad de Psicología antes de comenzar el curso.
- 2 Identificar y caracterizar tipos de prejuicios, estereotipos y teorías implícitas que se releven en los alumnos de los Cursos de Formación de Cuidadores Domiciliarios de la Facultad de Psicología antes del inicio del mismo.
- 3 Identificar y caracterizar tipos de prejuicios, estereotipos y teorías implícitas que se releven en los alumnos de los Cursos de Formación de Cuidadores Domiciliarios de la Facultad de Psicología después de la realización del mismo.
- 4 Analizar comparativamente los cambios observados en los prejuicios de los alumnos en relación a las respuestas antes y después del curso.
- 5 Identificar los núcleos de la articulación teórico práctica que facilitaron los cambios.

3. Marco Teórico

Recorrido conceptual sobre la vejez, el viejismo y las teorías gerontológicas.

3.1 La Vejez. Definiciones conceptuales.

La vejez puede ser definida de un modo instrumental, como una significación, que genera un sector dentro del conjunto social y determina un parámetro para la noción de edad. Aunque dicha significación está presente en la mayor parte de los pueblos, en la medida que no resulta aplicable a toda organización humana, no puede entenderse como un universal. (Iacub, 2011)

“Esta significación le es proferida al tramo final de la vida, entendido desde un punto de vista normativo, o lo que implique el final del término laboral, o de reproducción, etc. y conlleva una serie de procesos biológicos y psicológicos propios. Esta etapa, al ser significada por cada cultura, toma características particulares a dicho grupo humano que promueven espacios sociales con variantes muy disímiles.

El término vejez es definido como la cualidad de ser viejo o también es aplicable a las personas que han vivido más tiempo que las demás, es decir que surge desde una comparación al interior de una comunidad o de un grupo.” (Iacub, 2011)

Siguiendo a Iacub encontramos que las diversas nominaciones que ha tenido la vejez expresan los diversos modos en ha sido conceptualizada en las múltiples culturas y a lo largo del tiempo.

Viejo es la palabra más incorporada en nuestra sociedad para los integrantes de este grupo, aun cuando en amplios sectores produce un alto nivel de rechazo. Otras palabras también hacen referencia a la idea de viejo como anciano, geronte, tercera edad o adulto mayor.

En el texto de Corominas, citado por el mismo autor, encontramos que la palabra viejo se registró por primera vez alrededor del año 1068. Originada en el latín *vetulus* significa “de cierta edad, algo viejo o viejecito”. (Corominas, 1980) En el latín vulgar se denominó *vetus*.

El término vejez comenzó a usarse hacia fines del siglo XIII y el verbo envejecer, así como envejecido o envejecimiento, en el siglo XV.

Derivados de *vetus* se encontraron términos que encierran significados despectivos del siglo XIX: *veterinario*, derivado del latín *veterinae* que significa bestia de carga; animal viejo, impropio para montar, que necesita más del veterinario que los demás. (Corominas, 1980)

Vejar se encuentra vinculado a este término, proviene del latín *vexar*, que significa maltratar, sacudir violentamente. A su vez, del mismo origen es *vejamen*, compartiendo la misma raíz lingüística que *vejatorio*, *vejestorio*, *vejete* y finalmente *vejez*. (Corominas, 1980)

La palabra castellana *anciano*, proviene del antiguo proverbio romance *anzi* o *antes*, y data de la primera mitad del siglo XIII. “El valor de lo antiguo refleja, a diferencia de lo viejo, lo que el tiempo enriquece. Quizás por esta razón fue asociado en nuestro idioma, a una nominación de respeto a los mayores que se refleja en que éste término fue elegido para las traducciones de la Biblia, buscando reflejar la carga positiva de significados que el pueblo hebreo le confirió.” (Iacub, 2011)

Senil, significa propio de la *vejez*, y sus origen es del siglo XVII. Su etimología latina *senilis* deriva de *senectud*. Este vocablo está emparentado con el Senado Romano. “Éste era el lugar reservado para los *senex* o *seniles*, es decir aquellos que tenían 60 años o más, momento en el cual un sujeto calificaba para ser parte de esta institución. Lo cual implicaba un término altamente positivo a nivel de la vida política.” (Iacub, 2011)

A partir del avance de una perspectiva iniciada durante el siglo XIX, en la cual el envejecimiento comenzó a ser entendido como una problemática a ser abordada por la medicina, la palabra *senil* y la *senilidad* se convirtieron en términos que describen aspectos enfermos de la *vejez*.

Para el año 2011 existen una serie de términos que aluden a esta franja de edad. En la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento realizada en Madrid 2002 se estableció el corte a partir de los 60 años para la inclusión en el grupo de población de adultos mayores.

Tercera Edad, Adultos Mayores, Jubilados y Personas de Edad, se encontraban entre los términos más utilizados hacia fines del siglo XX.

El término Tercera Edad surge en relación a las políticas sociales para los mayores que instauraron la jubilación universal en Francia en la década de 1960.

La jubilación produjo un cambio muy profundo en el rol social de este grupo de población. Instauró que sus ingresos no se generan a partir de la venta de su fuerza de trabajo como la mayor parte de la población. Los jubilados, según el modelo de Bismarck, durante su vida laboral "activa", aportaron dinero al sistema a partir de los descuentos en sus ingresos. En este contexto de nominaciones, la entrada al período en el que perciben los haberes que son aportados por los trabajadores más jóvenes, los convierte en "pasivos".

Alemania se convirtió en la primera nación del mundo en adoptar una pensión de vejez como programa de seguro social en 1889, diseñada por su Canciller, Otto Von Bismarck. La idea fue presentada por primera vez en 1881 en una carta al Parlamento. En ella se enunciaba que "Los discapacitados del trabajo por edad y por invalidez tienen un reclamo fundamentado para la atención del Estado."

La introducción de este seguro social en Alemania, produjo mejoras en el bienestar de los trabajadores y también actuó como un factor que intervino sobre la economía alemana y su ciclo de consumo capitalista.

Uno de los elementos que caracteriza la vida de los jubilados es la disponibilidad de tiempo libre. Junto a la mayor flexibilidad de roles sociales específicos y un ingreso económico que le permite algún grado de autonomía posibilita la inserción en diversas actividades educativas y socio – recreativas. Para la comprensión de la importancia de las actividades educativas en la vida de las personas mayores se seguirán los desarrollos de dos autores: Moody y Lemieux.

La educación de las personas viejas, a lo largo de la historia y en diferentes ámbitos ha sido, y es aun hoy, fundamentada según distintos grupos de valores que han sido señalados por Moody. (Moody, 1996)

En primer lugar, sociedades basadas en esquemas de valores que consideran la educación de los mayores como un despilfarro debido a que los integrantes de este grupo de población serían supuestamente improductivos y parasitarios.

En segundo lugar encontramos sociedades en las cuales existen servicios sociales destinados a los mayores en los cuales los servicios educativos son entendidos como lugares de ocio atractivos que tienen por función mantener entretenidos a los ancianos y favorecer al mismo tiempo las relaciones sociales.

El tercer tipo de valores está centrado en los conceptos de creatividad o de participación. En este caso la educación es concebida como una prolongación de las habilidades de los mayores y de sus experiencias para intervenir en la vida de la sociedad. Es mantenerlos actualizados en el mundo en que viven, convocándolos para que ofrezcan sus experiencias y su poder creativo para la resolución de las problemáticas de sus países y sus sociedades democráticas.

El cuarto grupo amplía la valoración anterior. La vejez es considerada un período especialmente productivo, basado en un desarrollo anterior pero enriquecido con preocupaciones de carácter espiritual. En este sentido la educación durante la vejez, no sería sólo una invitación a seguir siendo productivos, sino a un pasaje al ser por sobre el hacer.

André Lemieux explica que el modelo de la educación de adultos ha tenido tres fases o etapas desde su inicio hasta nuestros días.

La primera comenzó en 1963 en Estados Unidos de América, bajo la forma de actividades culturales universitarias para el uso del ocio según el modelo de los Elder Hostels.

La segunda, desde 1973 introdujo los ciclos de conferencias universitarias sin evaluación alguna en la ciudad de Toulouse, Francia.

La tercera etapa, a partir de 1985, adoptó el estilo y las normas de la enseñanza universitaria, evaluada y ordenada en un sistema de créditos que permitían la obtención de un diploma. (Lemieux, 1997)

La gerontología educativa, es la ciencia aplicada que tiene por objeto el conjunto de métodos y técnicas seleccionados y reagrupados en un corpus de conocimientos orientados para el desarrollo de los adultos mayores. (Lemieux, 1986) A partir de la aplicación de la misma se busca la óptima adecuación de los factores cognitivos y afectivos presentes en el proceso de aprendizaje de las personas mayores. (Lemieux, 1997; Park 2002)

A través de la inclusión en estos Programas Universitarios, los viejos no buscan credenciales que los habiliten, ni formación laboral. La educación en la vejez puede ser una herramienta para construir nuevos roles para los adultos mayores y no sólo para ajustarlos a los roles sociales prescriptos. (Yuni y Urbano, 2005)

La mayor parte de estos términos, senescente, Tercera Edad, Adultos Mayores, Personas de Edad, han operado como eufemismos buscando limitar la connotación despectiva que sería depositada sobre los protagonistas de este grupo de edad. La persistencia en este intento de eludir el problema no termina de resolverlo.

Por ejemplo, Personas de edad, usado como eufemismo, cobró mayor énfasis a partir de la tendenciosa traducción que se hiciera a la consigna propuesta desde Naciones Unidas al designar al año 1999 como el Año Universal para las Personas de Edad: una sociedad para todas las edades. En la Resolución adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 30 de enero de 1996, decía en idioma inglés: International Year of Older Persons, towards a society for all ages. (U. N., 1996)

La “traducción” produce el efecto contrario al buscado originalmente por las políticas del organismo internacional, esto es, la revisión de los prejuicios contra las personas viejas. (O. M. S., 1999)

En forma diferente, vienen teniendo consecuencias más exitosas, las estrategias de revisión de los prejuicios sobre los viejos elaboradas desde el campo gerontológico y,

sobre todo, las acciones concretas de políticas sociales hacia y con las viejas y los viejos, que tienen en cuenta a los mismos como sujetos de derecho.

La concepción de la persona mayor como sujeto de derecho ante las políticas sociales aparece recientemente en nuestra cultura en forma superadora de criterios anteriores. A la misma se ha arribado luego de un recorrido que incluye sus inicios en la sociedad de beneficencia, más tarde, la política de patronatos. Posteriormente se avanzó de políticas diagramadas para la asistencia social a los adultos mayores, hacia el desarrollo actual de políticas que abordan a la población de adultos mayores como un tema de derechos humanos.

Desde allí la persona mayor puede ser considerada titular de un derecho.

La parte complementaria, desde los propios actores, muestra un cambio de actitud de empoderamiento de esos derechos, en la cual se asumen a sí mismos como sujeto de derechos.

Es en este sentido, que a partir del presente siglo, el término Personas Mayores, ve creciendo su presencia especialmente en el discurso asociado a la búsqueda del reconocimiento de derechos en la comunidad política internacional con el objetivo de alcanzar la Declaración Universal de los Derechos de las Personas Mayores.

Con el uso del término envejecimiento, en cambio, se apunta a dar cuenta de un proceso, de algo que transcurre y se desenvuelve dentro de una dimensión temporal. El envejecimiento "Es considerado en principio una acción y un efecto en el que algo o alguien toma las formas de la vejez". (Iacub, 2011)

Henry Ey, refiere que "el envejecimiento es un fenómeno biológico general que se manifiesta en todos los niveles de integración del organismo: a escala molecular a nivel de la célula y de los tejidos al de los órganos y sus funciones, a nivel de la personalidad y a nivel de grupos humanos." Señala que el ser que envejece debe hacer un esfuerzo extra porque al contrario del niño o del adulto, debe adaptarse no solamente al medio sino además a su propia vejez. (Ey, 1978)

Aunque se produce en un mismo individuo, el proceso de envejecimiento puede tener avances diferenciados, según se evalúe el área biológica, psicológica o social. El avance de estos procesos no es lineal y presenta rasgos diferentes en cada persona.

3.2 La vejez y el envejecimiento poblacional en Argentina

“Viejos hubo en todas las sociedades”, plantea Oddone, “lo que ocurre en la actualidad es que hay sociedades viejas”. Refiriéndose al concepto propuesto desde la demografía, que considera a una sociedad envejecida una vez que el grupo de edad de mayores de 60 años ha superado el 7 por ciento del total de su población. (Oddone, 1997)

Desde la Revolución Industrial, se percibe un aumento en la cantidad de habitantes de nuestro planeta y paralelamente un notable cambio en la estructura poblacional. Esta transición demográfica también ha sido una realidad en Argentina.² Un bajo índice de natalidad y una expectativa de vida superior a los 75 años es la característica de nuestra población³. Desde el año 1869 al 2001 el porcentaje de personas mayores de 65 años ha venido teniendo una presencia cada vez mayor sobre el total de la población en Argentina.⁴ (INDEC, 2009)

Se registra un mayor incremento de grupo específico de mayores de 75 años en la Argentina y en particular en la Ciudad de Buenos Aires. En términos generales ocurre un aumento de las tasas de dependencia y vulnerabilidad de la población mayor de 75 años. Este es el grupo en el cual aparece un mayor grado de vulnerabilidad y dependencia.

La evolución demográfica de nuestro país ha determinado el progresivo envejecimiento de su población en una tendencia que, se prevé, se acentuará en los próximos años.

² Ver Pirámides Poblacionales, comparando la estructura poblacional y los cambios ocurridos en la estructura de la Ciudad de Buenos Aires entre los años 1991 y 2001. ANEXO CUADROS.

³ Ver Elementos de Dinámica Poblacional para la Ciudad de Buenos Aires. ANEXO CUADROS.

⁴ Ver Cuadro de Crecimiento de la Población. ANEXO CUADROS.

El Censo Nacional de Población de 1980 registraba 10,8% de mayores de 80 años sobre el total de los 60 años y más, en tanto en el Censo Nacional de 1991 dicha proporción ha aumentado al 12.2 %. En el Censo Nacional de 2001 el mismo grupo ya ascendía al 15.5%. El aumento en la proporción de personas de edad extrema es notable en los grandes centros urbanos, evidenciando la Ciudad Autónoma de Buenos Aires el valor más pronunciado, con el 16,2% de mayores de 80 años sobre el total de la población de 60 años y más.⁵

A pesar de las predicciones que anudaban los cambios demográficos al superior grado de desarrollo de los países centrales, la transición epidemiológica paulatinamente se va haciendo presente en los países en vías de desarrollo. Ya ocurre así en Buenos Aires, ciudad con patrones de calidad de vida parecidos al mundo desarrollado. En la misma, la tasa más alta de defunciones se concentra a partir de los 60 años, alcanzando más del 84%. Todavía no es igual la pirámide demográfica en el conurbano bonaerense.⁶ (Ministerio de Salud de la Nación, 2008).

Tanto los adelantos en la tecnología médica, como las mejoras socio sanitarias ocurridas en el siglo XX han dado como fruto la estructura de población que tenemos en la actualidad. Dicha transición epidemiológica consiste por un lado en la muy notable disminución de la mortalidad femenina asociada al parto, en la paulatina erradicación o control de la mayoría de las poderosamente letales enfermedades infectocontagiosas y, por otro lado la expansión del grupo de enfermedades crónicas, diabetes mellitus, hipertensión arterial, gota, accidentes cerebro-vasculares, demencias de distinto tipo, padecimientos oseomioarticulares, esclerosis múltiple, etcétera, que se presentan en muchos individuos generando diversos grados de discapacidad.

En la medida que no llegan a ser causantes de muerte su prevalencia suele ser difícil de cuantificar en Argentina.⁷ (Ministerio de Salud de la Nación, 2008).

La complejidad de su abordaje no implica que no produzcan un fuerte impacto en la población. Varias de ellas son enfermedades con mayor frecuencia en la vejez. Estas

⁵ Ver Cuadro Crecimiento de Población. ANEXO CUADROS.

⁶ Ver Cuadro Defunciones en Ciudad de Buenos Aires. ANEXO CUADROS.

⁷ Ver Cuadro Tasa específica de mortalidad por enfermedad. ANEXO CUADROS.

afecciones producen graves efectos sobre la salud de muchos adultos mayores en sus niveles orgánico, psíquico y social.

El deterioro en su calidad de vida desborda hacia el entorno familiar de distintas edades, hacia su inserción social, y también altera sus capacidades productivas. El costo de la discapacidad funcional de estas personas viene siendo solventado, de distintas maneras, por la sociedad entera. (Durán, 2003)

Teniendo en cuenta que muchos de los estudios sobre envejecimiento realizados por Naciones Unidas o por la Organización Mundial de la Salud, consideran los grandes grupos de edad según el corte a partir de los 60 años establecido por la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento realizada en Madrid 2002, el cuadro que descompone los datos del censo sobre la población de la Ciudad de Buenos Aires, permite ver, de manera más notable aún, el peso relativo del grupo de 60 años y más.⁸

La evolución demográfica de nuestro país ha determinado el progresivo envejecimiento de su población en una tendencia que, se prevé, se acentuará en los próximos años.

El Censo Nacional de Población de 1980 registraba a nivel nacional 10,8% de mayores de 80 años sobre el total de los 60 años y más, en tanto en el Censo Nacional de 1991 dicha proporción ha aumentado al 12.2 %.

En el Censo Nacional de 2001 el mismo grupo ya ascendía al 15.5%. El aumento en la proporción de personas de edad extrema es notable en los grandes centros urbanos, evidenciando la Ciudad Autónoma de Buenos Aires el valor más pronunciado, con el 16,2% de mayores de 80 años sobre el total de la población de 60 años y más.⁹

En las últimas décadas se registra un mayor incremento de grupo específico de edad mayores de 75 / 80 años en la Argentina y en particular en la Ciudad de Buenos Aires. De hecho, según el censo 2001, las personas mayores de 75 años representan un 30% de la población mayor. (INDEC, 2009) Este es el grupo en el cual aparece un mayor grado de vulnerabilidad y dependencia.

⁸ Ver Cuadro Ciudad de Buenos Aires. Población por sexo según grandes grupos por interés gerontológico, Año 2001. ANEXO CUADROS.

⁹ Ver Cuadro Crecimiento de la Población en la Ciudad de Buenos Aires. ANEXO CUADROS.

El 28,3% de las personas de 65 años y más, presenta algún tipo de discapacidad, y entre los de 75 y más años la incidencia de la discapacidad crece al 37,8%. De la población adulta mayor con discapacidad, un 63.4% presenta una sola discapacidad, el 27.5% dos discapacidades y el resto (9%) más de dos discapacidades. (INDEC, 2009)

3.3 La vejez y el campo de estudios gerontológicos

Paralelamente, a medida que los seres humanos fueron extendiendo su promedio de vida en veinte o treinta años de manera masiva, los elementos científicos existentes comenzaron a resultar insuficientes para el adecuado tratamiento de las problemáticas que estos cambios sociales generaron y se fue creando un nuevo objeto de estudio.

El campo gerontológico se ha ido desarrollando con aportes desde distintas ciencias para avanzar en la descripción, comprensión y explicación del proceso de envejecimiento y la vejez del ser humano en sus aspectos bio - psico – sociales. (Bourdieu, 1982; Gastrón, 2003; Mingorance, 2005)

Si se compara el saber científico sobre los niños y las personas viejas, se encuentra que la conformación de ambos campos teóricos es relativamente reciente. El niño adquiere su estatus científico en el siglo XVII y la vejez a mediados del siglo XX. En cambio, pensado en términos de los conocimientos que poseen las familias, se encuentra que a través de un largo número de generaciones en la historia de la especie humana se viene transmitiendo el cuidado de los menores. A principios del siglo XXI este bagaje está presente en la sociedad humana a la hora de comprender a los hijos y en el momento que en que los padres se relacionan con ellos. (Mingorance, 2005)

En los temas de las personas mayores esto todavía se esta produciendo. Las familias no poseen una gran acumulación de experiencias para el cuidado de sus miembros más viejos tal como sí lo tienen para el cuidado de sus hijos pequeños.

Los conocimientos son, por un lado, referidos a cuestiones prácticas y, por otro, a la organización que adopta la familia para ayudar al adulto mayor en el cual comienzan a aparecer limitaciones en sus capacidades. (Mingorance, 2005)

Es preciso tener en cuenta que no siempre la discapacidad se presenta de manera gradual. La ayuda que se hace necesaria de un instante para otro, pone a prueba, con más exigencia aún, a los recursos familiares.

Como se mencionaba anteriormente, la disminución de la tasa de natalidad ha traído como consecuencia la verticalización de la pirámide poblacional y esto, a su vez, la sobre exigencia de las redes de apoyo familiar. (Barusch, 1991; Durán, 2003; Guido, 2008)

Considerando la dependencia como una necesidad de apoyo para el desempeño en las actividades de la vida diaria. Lo que se encuentra a nivel de las familias, es que las mismas están formadas con menos hijos para afrontar las tareas de cuidado a los familiares que envejecen y que tienen distintos grados de dependencia. Se percibe entonces una insuficiencia de los recursos familiares para afrontar el cuidado de sus mayores dependientes. (Aguas, 1999; Arias, 2008; Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, 2003)

La tarea clínica con pacientes de mediana edad muestra la aparición de culpa y stress por la dificultad para afrontar las tareas que ponen a prueba los recursos familiares.

En el contexto del siglo XX, con el desarrollo del campo gerontológico, entra en crisis del modelo asilar. En una transición, que todavía se está produciendo, se modifican las características de la institución geriátrica como institución total. (Goffman, 2004; Matusevich y Szulik, 1997; Mingorance, 2009)

Queda cuestionado el modelo de institucionalización como única alternativa para el cuidado de personas viejas con distinto grado de dependencias.

La organización del alojamiento basado en la edad es el ejemplo más obvio de la segregación por edad y de la amplia evitación del contacto con los viejos. La institucionalización restringe su participación social al llevarlos a vivir físicamente separados de sus vecinos y comunidades. A pesar que por un lado esto puede incrementar la interacción hacia el interior del grupo de pares, por otro lado los aísla de la comunidad general y restringe severamente el contacto entre diferentes generaciones y la participación social. Las relaciones intergeneracionales quedan subsumidas en forma progresiva a relaciones de mercado o exclusivamente a las formales que surgen con los proveedores de servicios sociales. Al verse mermadas las

oportunidades para los contactos intergeneracionales informales esto trae como consecuencia una marginación de los viejos que quedan situados en la periferia del manejo de las actividades sociales.

Paralelamente niños y jóvenes van incrementando su socialización sin tener los beneficios de una sustantiva relación intergeneracional con sectores de personas viejas. "Los jóvenes tienen así poca oportunidad de experimentar el contacto con los viejos y cuando lo hacen, este estará teñido y orientado en términos de los estereotipos internalizados a lo largo de su socialización en una sociedad viejista." (Mc Gowan, 1996)

A pesar de las críticas, la potencia del modelo de institucionalización es tan dominante que otras clases de cuidados y atención a los mayores son pensados, diseñados y nombrados en contraposición a ese modelo dominante, se los denomina "modelos alternativos", en tácita referencia a la institucionalización geriátrica.

Promovido por organismos internaciones y tenido en cuenta en el diseño de políticas en diversos países incluida la Argentina, el lema "envejecer en casa", es eje de políticas sociales durante los últimos años (OCDE, 1993; Pacolet, 1993), e intenta tener en consideración que el apoyo informal es el principal predictor del mantenimiento de las personas mayores en la comunidad. (Bazo, 1991; Montorio, Díaz e Izal, 1995)

El surgimiento de modelos alternativos de asistencia para los mayores dependientes está marcado por una función cada vez más necesaria: la del cuidador.

En los estudios de estos temas a lo largo de todo el mundo existe un consenso extendido en que son las familias mismas quienes absorben mayoritariamente los cuidados. Esto sucede tanto en el hemisferio occidental (Aguas, 1997; Hareven, 1996), como en países de Oriente (Hermalin et al; Morioka, 1996).

La tendencia a dar respuesta a las necesidades de cuidado de los adultos mayores dentro del ámbito familiar no tiene tampoco demasiadas variaciones entre los países

centrales o en los países con menores recursos para la asistencia social. (Strejilevich, 1983; Oddone, 1996; Knodel et al, 1996; Uhlenberg, 1996; Sánchez, 1990)

Según los autores citados, las estadísticas indican que entre el 75% y el 90% de la ayuda que reciben las personas viejas es dada por sus propias familias en todos los países. La variación en estos datos porcentuales se deben a que algunas investigaciones incluyen al apoyo dado en el vínculo consanguíneo como también al apoyo prestado por amigos y vecinos. (Sánchez, 1994)

El predominio de la asistencia y contención familiar continúa a pesar de las fuertes modificaciones sucedidas en las estructuras poblacionales de cada uno de los países estudiados. Dichos cambios sobrevinieron sobre todo a partir del fuerte descenso en las tasas de natalidad. Este no es un cambio menor y trajo aparejado que los apoyos familiares del adulto mayor se hayan visto reducidos: muy posiblemente sea un hijo o a lo sumo dos quienes se encuentran disponibles para el cuidado de los padres mayores.

Las investigaciones mencionadas anteriormente muestran que son mujeres quienes muy mayoritariamente dan el cuidado, en primer lugar las esposas. Luego, en porcentaje decreciente figuran las hijas mujeres y las nueras. Los hijos varones, mayormente, prestan ayuda financiera o realizan trámites fuera del hogar. (Durán, 2003)

Desde la sociología se señala, que en este acto, las sociedades traspasan a sus mujeres las necesidades de cuidado. Son las que a su vez se encargan también de un número considerable de nietos. Parcialmente de aquellos cuyos padres trabajan o de manera total en caso de huérfanos o abandonados. Y en algunos casos de hijos discapacitados. (Oddone, 1997)

En las observaciones durante el tratamiento psicoterapéutico de personas de mediana edad se ve confirmado lo leído en los estudios citados, fenómeno que Abraham Monk resume diciendo: "la mediana edad cuidando a la tercera edad." (Monk, 1994). No puede dejar de señalarse un hecho que en los últimos años ha dejado de ser excepcional: el número creciente de señoras de tercera edad prestando asistencia a personas de más de ochenta años. Es decir, los denominados de cuarta edad o "viejos

viejos". Existen las condiciones para referirse a "la tercera edad cuidando a la cuarta edad." (Mingorance, 2004)

Incluso, como se mencionaba antes, es esta misma generación sandwich de las personas pertenecientes a los grupos etáreos que van de los 40 a los 70 años, la que se ve sobreexigida en la situación de prestar ayuda además de a sus mayores en necesidades básicas cotidianas y en las materiales, a los niños de la familia. La mayor parte de las personas encargadas del cuidado de ancianos dependientes está ubicada entre el rango de edad de los 40 a 59 años. Este grupo de población apenas supera al de adultos mayores que se calcula que deberá cuidar.¹⁰

3.4 Los cuidadores de personas mayores

La red de apoyo social está conformada por un conjunto restringido de relaciones familiares y no familiares que brindan una o varias formas de apoyo. La persona integrada en las mismas no recibe permanentemente estas ayudas, puede disponer de ellas en situaciones críticas y, fundamentalmente, le aportan para desarrollar soluciones creativas frente a conflictos y problemas. (Arias, 2008, b)

El apoyo social se entiende como la ayuda emocional, instrumental o de otra índole que se deriva de un determinado entramado social (Fernández Ballesteros, Izal, Montorio, González & Díaz Veiga, 1992) Este entramado colabora positivamente para proveer sentido a la vida, aporta retroalimentación cotidiana acerca de las desviaciones de la salud, propicia una serie de "actividades personales que se asocian positivamente con sobrevida" (Sluzki, 1996) y que se orientan al cuidado y a la promoción de la salud. (Arias, 2008)

Las redes sociales son entendidas como una práctica simbólica-cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permiten mantener o mejorar su medio material, físico y emocional y evitar

¹⁰ Para la mejor comparación entre grupos de edad que interesan para el análisis de cuestiones relacionadas a temáticas específicas de la vejez, ver Cuadro Grupos de Población por Interés. Gerontológico. ANEXO CUADROS.

así el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando se producen dificultades, crisis o conflictos que afectan al sujeto. (Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca. 2003) La mismas pueden proveer apoyo o soporte social. Este apoyo se refiere a la percepción subjetiva y personal del sujeto, de que, a partir de su inserción en las redes, es amado y cuidado, valorado y estimado y de que pertenece a una red de derechos y obligaciones. (Gil Lacruz, Frej Gómez, 1993)

El modelo del apoyo social sostiene que la participación activa en los espacios sociales, tanto como la integración familiar y comunitaria producen un incremento en la sensación de bienestar y elevan la calidad de vida de las personas.

Se destacan entre los principales fundamentos de este modelo:

- a) Se centra en el estudio de los aspectos sociales.
- b) Posee un importante interés preventivo.
- c) Sostiene una concepción de salud positiva.
- d) Se interesa de manera fundamental por las problemáticas de personas en situación de fragilidad.
- e) Se centra en el trabajo con los recursos y potencialidades.
- f) Persigue el logro de cambios a partir de la implicación activa de los involucrados en el problema.
- g) Apunta al potenciamiento y desarrollo tanto a nivel individual como grupal, institucional y comunitario.

Desde el campo gerontológico se ha llamado cuidadores a quienes prestan diversos grados de ayuda a los adultos mayores.

Se denomina cuidador informal cuando las tareas las realizan familiares, personas que tienen un vínculo afectivo, amistoso e incluye vecinos. Se designa cuidadores formales, en cambio, a aquellos casos en que la asistencia no es realizada por las familias, sino proporcionada a través de distintas clases de servicios sociosanitarios.

En el campo de estudios gerontológicos, los desarrollos teóricos y de investigación realizados desde el punto de vista del apoyo social han sustentado el diseño y la implementación de prácticas de intervención concretas que han ido extendiendo su campo de aplicación a los ámbitos institucionales y comunitarios, así como a la

formulación de programas y políticas sociales orientadas a mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

En las últimas décadas, tanto los hallazgos de investigación como la evaluación de los logros de variadas intervenciones, han aportado evidencia acerca del impacto benéfico del apoyo social formal e informal sobre el bienestar integral de las personas de edad, planteándose más fuertemente como posibilidad de dar respuesta a una variedad de nuevas demandas que plantea el envejecimiento poblacional. (Arias, 2008 a)

Se encuentra un mejor estado de salud en las personas que reciben mayor apoyo social tanto en términos de conversaciones telefónicas y visitas con amigos, familiares y vecinos, como de participación en actividades sociales. La efectividad del apoyo social como potenciador de la calidad de vida de la persona depende de la interpretación y valoración subjetiva de este apoyo en cada persona. (Arias, 2009; Krassoievich, 1998)

En las redes formales, los apoyos o cuidados formales son parte de un sistema formal y provienen del ámbito público o privado, poseen una organización burocrática y contemplan objetivos orientados a ofrecer ayuda en determinadas áreas específicas. Los apoyos pueden ser proporcionados a partir de políticas públicas, otorgamiento de subsidios y programas de prestación de servicios de diversa índole (servicios públicos, seguridad social y salud). En las redes formales, trabajan profesionales o voluntarios para garantizar el logro de sus metas. La disponibilidad de este tipo de apoyo se vincula con el nivel de institucionalidad existente en un territorio determinado. (Guzmán, Huenchuán y Montes de Oca, 2003; Arias, 2008b)

La aparición de estructuras de apoyo social para las personas mayores con modalidades formalizadas, supone como fenómeno social, una visión economicista y especializada del cuidado del anciano que durante siglos había sido realizado desde la familia, sin ningún tipo de remuneración y entendido como un deber independiente y familiar. Es con la llegada de la Revolución Industrial, cuando al ser humano se le valora por el trabajo que ha realizado al servicio de una institución pública, privada, de forma autónoma, etc. y el estado se siente obligado a compensarle ante el resto de la sociedad. (Lipovetsky 2010)

El objetivo general de la mayor parte de los programas de apoyo formal, es el influir sobre algunas de las dimensiones que modulan los efectos negativos del cuidado, o directamente, intervenir eliminando tales efectos. (Montorio, Díaz e Izal, 1995)

En las redes informales, están abarcados los cuidados o apoyos proporcionados por fuentes informales como las redes personales (tanto de los vínculos familiares como los no familiares) y las comunitarias que no estén estructuradas como programas de apoyo. Los cuidados informales han sido valorizados por prestar a las personas mayores ayudas y “cuidados no estructurados, complementarios a los que proporcionan los gobiernos” (United Nations, 2002).

Ambas fuentes de apoyo son importantes y necesarias. En muchos casos la intervención exclusiva o escasa de alguna de ellas o la participación desbalanceada de ambas pueden brindar una respuesta insuficiente. (Arias, 2008 b)

En la actualidad se coincide en la necesidad de desarrollar iniciativas para lograr un trabajo complementario entre los cuidados formales e informales de las personas mayores. (Gascón, 2002; Guzmán, Huenchuán y Montes de Oca, 2003)

Usualmente los cuidados formales están dados por un cuidador que ha realizado cursos que lo han capacitado para su función y acreditan la legitimidad de su tarea y, por su desempeño en la misma, recibe una remuneración. Dichos servicios pueden ser prestados por personal contratado por los propios usuarios, por familiares, o administrado por empresas privadas u organismos gubernamentales. (Mingorance, 2004)

Más recientemente se han encontrado disponibles programas de capacitación para cuidadores pertenecientes a la red informal, (Aguas, 1999; Abramovich y Bosque, 2009)

Para los mismos se recomienda que no es factible realizar programas de "apoyo" al apoyo informal que no tengan en cuenta, en la medida de lo posible, las singularidades de los sujetos implicados. Es necesario conjugar las aportaciones pertinentes de voluntarios, profesionales y familiares dentro de un enfoque global y coherente. Las diversas dimensiones de la dependencia o de conceptos como la carga, realizados

desde modos de atención donde únicamente se categoriza a los sujetos en grandes grupos homogeneizados (válidos-inválidos, autónomos-dependientes) no tienen en cuenta las diferencias interindividuales. (Yanguas Lezaun y Pérez Salanova, 2001)

El apoyo informal se caracteriza por su capacidad de adaptación a los diferentes niveles y necesidades del cuidado, es capaz de ajustarse progresivamente a los requerimientos del aumento de la dependencia en las personas mayores. Independientemente de la existencia de recursos formales de apoyo el apoyo informal no disminuye. (Montorio, Díaz e Izal, 1995). En este sentido, se observa que la función de los cuidadores familiares que atienden a personas mayores dependientes, juega un doble papel: favorece el mantenimiento de la persona mayor en la comunidad y, a la vez, su carácter es de suficiente versatilidad, como para adaptarse a las cambiantes necesidades de la persona de modo independiente a los recursos formales de apoyo. (Yanguas Lezaun y Pérez Salanova, 2001)

Los recursos formales (programas de respiro, por ejemplo) se han relacionado en su génesis con el síndrome del quemado (burn out), o sobrecarga (burden) específicamente al evaluar a los cuidadores dentro del amplio concepto del equipo de cuidados. Su objetivo principal es el de aliviar o disminuir la carga que supone el cuidado de una persona dependiente a fin de que ésta, pueda seguir viviendo el mayor tiempo posible en comunidad de la cual forma parte. Aunque aún no se haya sistematizado de manera científica su investigación, dichos programas parece ser percibidos de manera positiva por los cuidadores y son capaces de disminuir la sobrecarga.

La conexión entre el sistema formal e informal de apoyo y, en consecuencia, el aumento de la calidad del cuidado es una de las fundamentaciones mencionadas por los profesionales de los servicios sociales a la hora de remarcar las bondades de este tipo de programas

Yanguas Lezaun y Pérez Salanova señalan que se evidencia que aumenta la variedad del cuidado que se aporta a las personas dependientes, pero esto no hace concluir de manera inmediata que la calidad del cuidado aumenta, “aunque parece ser que la existencia de este tipo de programas previene la institucionalización.” (Yanguas Lezaun y Pérez Salanova, 2001)

El cuidador es la persona que comparte más tiempo con el anciano dependiente, teniendo contacto con los pormenores de la vida más íntima del sujeto. Se debe a ello que, muchas veces al analizar sus conductas y sus dificultades, vemos que en su práctica aparecen con una lente de aumento comportamientos que suelen estar presentes, aunque menos visibles, en otros integrantes del equipo tratante. Por lo cual, también pueden ser válidos en cierta medida, los desarrollos que se obtengan en la investigación, para otros miembros del conjunto de personas que tienen distintos niveles de contacto con las personas viejas.

El exiguo conocimiento de la sociedad sobre los cuidados necesitados por los adultos mayores trae como consecuencia que las necesidades de formación específicas para el desempeño eficiente de las tareas sean habitualmente minimizadas.

En los últimos años, desde programas gubernamentales y de diversas ONG, se desarrollan de programas de capacitación para servicios de cuidadores. En nuestro país, paulatinamente, se ha ampliado la oferta de servicios de cuidadores.

La sociedad, en función de la actual situación demográfica y cultural, va incrementando la necesidad enunciada por los adultos mayores y sus familiares de un servicio eficiente de cuidadores.

3.5 El viejismo

El viejismo, definido como el conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a los adultos mayores exclusivamente en función de su edad, fue desarrollado inicialmente por Robert Butler. (Butler y Lewis, 1973) Los prejuicios pueden ser tanto de contenido positivo como negativo.

El viejismo también ha sido definido como “el prejuicio y la discriminación consecuente que se lleva a cabo contra los viejos.” (Salvarezza, 1987)

Salvarezza ha citado una posterior conceptualización elaborada por Butler: “El viejismo, el prejuicio de un grupo contra otro, se aplica principalmente al prejuicio de la gente joven hacia la gente vieja. Subyace en el viejismo el espantoso miedo y pavor a

envejecer, y por lo tanto el deseo de distanciarnos de las personas mayores que constituyen un retrato posible de nosotros mismos en el futuro. Vemos a los jóvenes temiendo a envejecer y a los viejos envidiando a la juventud. El viejismo no sólo disminuye la condición de las personas mayores, sino la de todas las personas en su conjunto. Por último, por detrás del viejismo encontramos un narcisismo corrosivo, la incapacidad de aceptar nuestro destino futuro. Estamos enamorados de nosotros mismos jóvenes.” (Butler, 1993)

Más recientemente, ha sido definido como “una alteración en los sentimientos, creencias o comportamiento en respuesta a la edad cronológica percibida de un individuo o un grupo de personas”. (Levy y Banaji, 2004)

Los prejuicios se encuentran en la base de diversas dificultades que deben afrontar las personas mayores. Los resultados de las investigaciones al respecto con personas mayores revelan todo un catálogo de discriminación. Los principales problemas detectados son: “La pobreza, el abuso y el maltrato, la discriminación, la negación de derechos civiles y económicos y la ausencia de interés o inversión gubernamental en el envejecimiento de la población”. (Aguas, 1996; HelpAge, 2002.)

En su trabajo “Viejismo y discriminación”, Thomas McGowan, plantea que Robert Butler proveyó las bases conceptuales generales para el estudio de la discriminación basada en la edad y los problemas conexos. (Mc Gowan, 1996)

El viejismo es definido en ese trabajo como un fenómeno complejo con dimensiones históricas, culturales, sociales, psicológicas e ideológicas.

En las culturas en las cuales este prejuicio tiene lugar, el envejecimiento biológico avanzado es definido negativamente y se encuentra en la base de la devaluación del estatus social de los viejos. Este proceso de devaluación puede tomar la forma de una discriminación interpersonal (micro) o institucional (macro). Para la discriminación institucional se encuentran ejemplos en la discriminación laboral, la estereotipia en los medios de comunicación, la segregación intergeneracional, evitación de contacto y la existencia de un trato interpersonal condescendiente o abusivo. (Mc Gowan, 1996)

Según su contenido, los prejuicios y estereotipos sobre el envejecimiento (Orosa, 2001), se agrupan en tres conjuntos principales:

- J Contenido negativo: identifican a la vejez como una etapa de enfermedad, de soledad o involución
- J Contenido positivo o idealizante: entienden a la vejez como una edad dorada y se excluyen las pérdidas que naturales que acontecen en este período de la vida.
- J Prejuicios confusionales: se considera que llegar a viejo es sinónimo de retorno a la niñez o de promover a la vejez como una eterna juventud, dificultando la comprensión de las características propias de la etapa.

El viejismo positivo, como toda idealización, consiste en una generalización abusiva que impide el conocimiento de las reales características interindividuales de los sujetos viejos. Se basa en una visión benévola o indulgente de sus capacidades y tiende a sobrevalorar los aspectos virtuosos que si poseen algunos sujetos y lo generaliza a todos los integrantes de este grupo de edad. Los estereotipos que más comúnmente forman esta clase de prejuicio son aquellos que atribuyen sabiduría y una ganancia de provechosa capitalización de la experiencia por la sola acumulación de años por parte de las personas a medida que envejecen.

Los prejuicios y estereotipos justifican la victimización social de la persona mayor y favorecen la discriminación.

El viejismo incluye la tendencia a la culpabilización de las víctimas. A pesar de que las causas de la existencia del viejismo tienen raíces sociales, culturales, históricas y económicas, se observa una tendencia a la culpabilización de los propios viejos por los problemas que tienen y que a la vez estarían generando en la sociedad.

La creencia de que los más viejos son sujetos incapaces de contribuir a la sociedad, y que consecuentemente, son miembros prescindibles de la comunidad, prevalecen. Con las actitudes de disgusto y distanciamiento hacia ellos, ocurre lo mismo. (Levy y Banaji, 2004)

En el año 1996, la Asamblea Permanente por los Derechos Humanos, consideró necesario que este grupo poblacional fuese apoyado y reconocido como sujeto de derecho, a fin de abordar el tema desde el esclarecimiento de su problemática hasta la denuncia de su discriminación.

El viejismo, como otros “ismos”, implica una visión despectiva sobre el grupo de los viejos en la sociedad y da lugar a prácticas segregacionistas considerando a sus integrantes diferentes a los demás en sus opiniones, afectos y necesidades sólo por basándose en su edad cronológica.

El viejismo señala que por el sólo hecho de ser vieja, una persona puede estar en riesgo, actitud que actúa como precipitadora de la vulnerabilidad.

Estas actitudes surgen del miedo de las generaciones jóvenes a su propio envejecimiento y su rechazo a enfrentar los retos económicos y sociales relacionados con el incremento de la población vieja dentro de la estructura poblacional.

La existencia de un prejuicio activo, no basado en hechos, sino en el desconocimiento y la deformación de las potencialidades de las personas mayores en la sociedad actual, constituye el primer paso hacia la discriminación real de las personas. Algo peor sucede cuando la propia persona vieja los acepta y los incorpora a su visión personal.

La teoría del viejismo y la modernización es mencionada por Mc Gowan, e ilustra como los cambios en la organización social, combinada con la propagación cultural e ideológica de las actitudes negativas, crean un nuevo mundo desafiante para los viejos. (Mc Gowan, 1996)

La modernización trae como resultado lo que el mismo autor denomina una “dislocación social de los viejos”, es decir, un proceso en el cual los roles tradicionales se pierden y su status social decrece como resultado de cambios en la organización de las instituciones sociales.

La dislocación social restringe la participación de las personas mayores en el manejo de la actividad social al redefinir sus roles sociales y económicos. Esto se manifiesta a través de la discriminación existente en el mercado laboral y de la segregación por

edad en las relaciones sociales. Al decrecer el acceso a las fuentes de trabajo esto les niega a los viejos el rol de trabajador y, por consiguiente, los merecidos ingresos, beneficios personales, sociales y económicos de tales roles.

El viejismo condiciona la existencia de estas formas de violencias, especialmente en el ámbito institucional. Por ejemplo, la limitación directa o indirecta de servicios, como en el área de salud, donde ciertas prácticas médicas no están disponibles a partir de determinada edad.

La organización Mundial de la Salud publicó en el año 1999 para el Año Internacional de las Personas Mayores la enumeración de seis mitos fundamentales. (OMS, OPS, 1999)

- La mayoría de las personas de edad¹¹ viven en países desarrollados.
- Todos los adultos mayores se asemejan.
- El hombre y la mujer envejecen de la misma manera.
- Las personas de edad son frágiles.
- Los mayores no tienen nada para aportar.
- Las personas de edad son una carga económica para la sociedad.

Algunos otros mitos (OMS, 1999) están todavía muy arraigados en nuestras culturas latinoamericanas:

- Los viejos no son capaces de aprender.
- Las personas mayores son viejas para empezar a hacer ejercicio.
- Los viejos no se adaptan al cambio.
- Pobreza y vejez van juntas.
- Los viejos se vuelven niños.
- La sexualidad es cosa de jóvenes.
- Los viejos son de mal genio.
- Vejez es sinónimo de sabiduría.
- Vejez es sinónimo de enfermedad.
- La persona de edad no tiene futuro.

¹¹ Copio textual: "Personas de edad"; de la documentación de la OPS, Organización Mundial de la Salud.

La imagen social negativa hacia la vejez, derivada de los mitos vigentes en nuestra sociedad, influyen de manera decisiva en distintos planos de la vida del viejo. Los mitos influyen desde la oferta de políticas públicas hasta su exclusión en los medios de comunicación, en el consumo, la educación y, en la desvalorización de su aporte a la sociedad.

3.6 Surgimiento histórico del viejismo

Hacia fines del siglo XIX y comienzos del XX, con el nacimiento de la sociedad de mercado burguesa, los viejos perdieron los roles económicos tradicionales, a partir de ello se sentaron las bases materiales para su devaluación social y cultural. Los intereses superpuestos entre jóvenes y viejos en el mercado de trabajo crearon los conflictos generacionales. Por un lado estos conflictos fueron determinados por los estereotipos viejistas y discriminaciones pero a la vez los realimentaron haciéndolos crecer aun más.

Para fines del siglo XIX la caracterización cultural que se hacía de los viejos cambió de favorable a desfavorable. La extensión de las actitudes viejistas coincide con la rápida expansión industrial y económica y favoreció a los intereses de los dueños de los negocios interesados en tener una fuerza de trabajo maleable constituida por trabajadores jóvenes mal pagos. Se sostiene que la emergencia de actitudes contra las personas mayores fue de naturaleza ideológica para legitimizar la discriminación en el mercado laboral. "En un sentido amplio, las actitudes viejistas sirven al propósito ideológico del avance de los grupos dominantes para devaluar los méritos de los viejos y disminuir la legitimidad de sus demandas políticas e intereses sociales." (Mc Gowan, 1996)

En los inicios del siglo XX en los desarrollos de la gerontología se fué considerado al envejecimiento como un problema social no porque los viejos fueran discriminados, sino porque la población vieja aparecía demandando de manera creciente a la sociedad

y a los gobiernos el cuidado de su salud, alojamiento y otros servicios sociales, al mismo tiempo que la competencia intergeneracional en el campo laboral. “La población vieja era un problema porque demandaba recursos y la provisión de servicios en un amplio espectro de la sociedad, algunos de ellos indeseables para aquellos que estaban en condiciones de controlar el poder.” (Mc Gowan, 1996)

El nacimiento del campo gerontológico estuvo marcado por la imposibilidad de pensar el fenómeno social que surgió por primera vez en la historia de la humanidad sin retorno pero con posibilidades. En vez de ello los primeros gerontólogos insistieron en conceptualizarlo como un problema social.

Si bien, fue un modo predominante en conceptualizaciones de principios del siglo XX resulta interesante estar atentos al esporádico surgimiento de expresiones con este mismo sesgo en elaboraciones actuales.

La identificación del viejismo como un problema social requirió, y sigue requiriendo, un cambio teórico básico dentro de la gerontología. Esto es, el reconocimiento de que para la comprensión de la complejidad de los fenómenos del envejecimiento y la vejez es necesario que el prejuicio específico en su contra sea estudiado desde la perspectiva de las propias personas viejas. Esta es la relevancia del aporte de Robert Butler.

3.7 La construcción social de la imagen de la vejez

Teniendo en cuenta que la manera en que el complejo proceso dinámico por el cual la sociedad y los miembros que la conforman construyen una imagen o representación de las personas viejas y la vejez ha sido estudiado desde diversas perspectivas teóricas se realizará una mención a distintas conceptualizaciones.

Las representaciones sociales se presentan de formas variadas, como imágenes que condensan un conjunto de significados. Pueden entenderse como sistemas de referencia que permiten al sujeto interpretar la lectura que hace de lo que le sucede, como categorías que le permiten clasificar los hechos o personas. Es decir, son las maneras que tienen los seres humanos de pensar su realidad cotidiana y,

correlativamente, es la actividad mental desplegada por individuos y grupos a fin de fijar su posición con relación a esa realidad. (Jodelet, 1986)

“La sociedad establece procedimientos que distribuyen en categorías a las personas y a los contingentes de atributos que se estima ordinarios y naturales en los miembros de cada una de dichas categorías”. (Goffman, 1970)

Las actitudes de los miembros de la comunidad hacia los mayores se encuentran estrechamente relacionadas con la imagen que socialmente se tiene de ellos, y esta imagen se relaciona, a su vez, con el status que las personas mayores tienen en cada comunidad. (García, 2001)

Desde la década de 1980 la psicogerontología ha tenido interés por desarrollar investigaciones en torno a los estereotipos y las imágenes sociales de la vejez, utilizando metodología diversa: análisis del discurso hablado y escrito, cuestionarios, tareas de laboratorio (CELADE / CEPAL. 2003) o, entrevistas tipo encuesta. (Fernández-Ballesteros, 1992)

Estos estudios sobre estereotipos e imágenes sociales de la vejez, concluyen que la percepción social de las personas mayores consiste en una imagen básicamente negativa. La sociedad moderna presenta a la vejez cada vez más como una suerte de desecho, con valores basados en la fuerza física, la agilidad para el éxito y la conquista de bienes materiales.

Este modelo de la vejez es además, extensamente fomentado desde los medios de comunicación. Esto trae como consecuencia que los viejos que no pueden cumplir con este mandato social viven bajo la amenaza de ser excluidos del sistema.

Las actitudes negativas y la formación de estereotipos son exacerbadas por el poder de los medios de comunicación electrónicos. Los viejos están escasamente representados en televisión, radio y producciones cinematográficas y pocas veces aparecen en avisos comerciales. Cuando figuran en programas de televisión su caracterización es generalmente negativa. “Irónicamente, mirar la televisión es la actividad placentera que más tiempo insume entre los viejos en los EEUU, haciendo de ellos el más alto

nivel de consumidores de imágenes que los devalúan a través de su exclusión o caracterización negativa.” (Mc Gowan, 1996)

Una parte del discurso que se emite sobre la vejez tiene un carácter apologético. Sostiene que es una etapa de la vida donde, la acumulación de la experiencia y un mayor autocontrol de las emociones, hacen que se transforme en la edad de la sabiduría y por eso se declama que los mayores merecen respeto. Revisando nuestra historia y nuestra cotidianeidad se hace visible que esta idealización de los mayores sólo concierne a los ricos y famosos, o sabios o poderosos. Aquellos que demuestran un “envejecimiento exitoso” también han tenido una vida exitosa de jóvenes. (Aguas, 2002)

El respeto y la consideración estarían así, sólo reservada a los otros. Los desconocidos, aun cuando tengan un envejecimiento saludable, quedan fuera del escenario de los medios de comunicación.

Parte de la sociedad ve en los viejos potenciales consumidores y el mercado descubre un nuevo sector para los “fabricantes de ilusiones” (Aguas, 2002), la publicidad promueve la existencia de nuevos elixires de juventud que pondrán fin a los problemas de la vejez. Las mermas en los ingresos que sobrevienen a partir de la jubilación, las personas viejas pasan a ser objeto de maltrato estructural y los jóvenes testigos empiezan a temer llegar a viejos.

Un estudio realizado por el IMSERSO, *The image and social perceptions of the elderly*, ofrece aportes para la construcción de las imágenes diferenciadas de la vejez en la prensa escrita.

La primera de las perspectivas se hace clara en el trabajo de análisis de la profunda dualidad en la visión que la prensa transmite de la vejez. Esta dualidad está basada en el eje nombrados y no - nombrados, o nominados y no - nominados, personas viejas. Las últimas son aquellas que son más pertinentemente incluidas con los mayores o con el grupo de tercera edad. Esto nos lleva implícitamente a construir un concepto de persona vieja como llena de experiencia, energía y sabiduría (los ancianos quienes son mencionados por su nombre). Esto es opuesto al concepto de inhábil, senil e

infantilizado, quienes son tomados para reforzar la imagen de los integrantes de este grupo como un todo.

En la segunda perspectiva el eje está puesto en la presentación de dos elementos que son habitualmente reiterados en los medios. Este punto de vista separa a las personas mayores en activos, que trabajan, y pasivos, es decir, personas retiradas o jubiladas. Se plantea que este eje es superpuesto por encima del eje de mayores nominados y no – nominados de manera simétrica.

Finalmente, una tercera perspectiva, es aquella que expresa una clasificación que separa entre espacios urbanos y rurales.

El eje activo y pasivo es el factor fundamental cuando viene a culminar una identidad personal o la designación del viejo. Este efecto se amplía cuando se alcanza la jubilación o se retira del mercado de trabajo y se convierte en parte de un grupo anónimo, sin voz propia y con los distinguibles rasgos que caracterizan a la vejez en los formatos de la prensa escrita.

Según este análisis, los activos son personas mayores con nombres y apellidos, que tiene voces y con un definido yo que habla desde su conocimiento, son autónomos y tienen su propia identidad. Los mismos están en contacto con un amplio rango de conocimientos del mundo de los negocios, de la cultura y del arte.

Los pasivos, por otra parte, son personas retiradas pensionadas o jubilados que son anónimos, no dicen nada (porque nadie les pregunta), ellos forman parte de desacreditado escenarios sociales o en situaciones en las cuales a ellos siempre les falta algo (residencias, transporte público, inseguridad ciudadana). Ellos están perdidos con respecto a su identidad social, sin dignidad y relacionados a aquellos campos que los estigmatizan en la dependencia, como los servicios sociales, prestaciones de salud, pensiones y un amplio rango de situaciones en las cuales la variable edad opera de manera negativa.

Esta situación tiende a ser más grave en el esquema de representaciones que proponen los diarios cuando ponen el foco en la sociedad urbana y en las noticias de mayor actualidad. En cambio, es más flexible y menos enfática aun desde los medios rurales y más tradicionales que tienen una mirada más orientada hacia la comunidad.

En las conclusiones realizadas por el IMSERSO, se encuentra que de una forma presumiblemente no conciente, las personas ancianas son mostradas por la prensa escrita como mayormente ubicadas en la exclusión como un grupo sin voz o características singulares, carente de identidad personal, faltos de puntos de referencia, constantemente conectados con los valores de más tradicionales y de resistencia al cambio. En cambio, la presencia de nominaciones personales refiere a hombres, quienes debido a su educación y su historia, pueden sostener el lugar de excelencia necesario en estos segmentos de edad, como para ser mencionados por su nombre y ser diferenciados del resto del grupo.

Los roles que un individuo ocupa en la estructura social y el modo como los desempeña depende en gran medida de la imagen que de él emiten los otros miembros de la sociedad. (Oddone)

El interjuego de estos factores puede generar, situaciones de integración o marginación, así como sentimientos de satisfacción o bienestar o su contrario, tensiones y angustia, más aun en la ancianidad, ya que sus miembros afrontan una situación de cambio o pérdida de roles familiares.

En cada cultura se construye y se transmite una imagen de las personas viejas a la vez que se les asigna un papel a ser cumplido. En nuestra sociedad esa imagen es negativa: se centra en el déficit y en la incapacidad; se los presupone deteriorados física y mentalmente, viviendo situaciones de precariedad; limitando y empobreciendo la perspectiva de vida de los integrantes de este grupo. Esta imagen que pone el acento en las carencias, es una de las causas de la marginación social. Se expresan mayormente con actitudes de rechazo o de paternalismo discriminatorio.

Los prejuicios impiden, inclusive al investigador, apreciar que esta etapa de la vida no es igual para todos los ancianos, ya que, por ejemplo, no se envejece de la misma manera quien habita un espacio rural o uno urbano, o quienes ocupan una posición en la estructura social.

La investigación de Oddone, realizada desde el punto de vista de la teoría del intercambio y con un método de estudio de casos logrando historias de vida totales de ancianos ubicados en distintos espacios ecológicos y de distintas clases sociales,

permite en cambio apreciar estas diferencias. Lo cual incentiva la pertinencia de la implementación de metodología cualitativa para este tipo de estudios. (Oddone)

De acuerdo al estudio Missing Voices, las experiencias de falta de respeto y prejuicios denunciados por los participantes han de entenderse como la opinión de las propias personas mayores sobre lo que provoca otras formas de maltrato, pero también como una grave forma de abuso en sí misma. (INPEA / WHO, 2001)

La falta de respeto es la forma más dolorosa de maltrato según los participantes mayores de todos los países que participaron de la investigación.¹² Mientras que los informes sistematizados a partir de los resultados de los grupos focales incluían unas cuantas historias dramáticas de maltrato físico y de abandono, quedaba claro que las actitudes irrespetuosas, basadas en prejuicios e imágenes negativas hacia los mayores, se consideraban algo universal. Algo extensamente fomentado desde los medios de comunicación. Así, los viejos que no pueden cumplir con este mandato social viven con la amenaza de ser excluidos del sistema.

La preocupación pública y profesional sobre el maltrato a las personas mayores se centra en su impacto más evidente en su salud física, en tanto, el tema de los prejuicios y discriminación aparecen como algo de la mayor importancia, según la percepción y las experiencias sobre el maltrato aportadas por los participantes de la investigación.

“La discriminación de edad está presente en variadas sociedades. La discriminación por edad y estereotipos influyen sobre las actitudes y éstas, a su vez afectan la forma en que las decisiones son tomadas y los recursos son asignados en el plano familiar, comunal, nacional e internacional.” (Help Age, 2001)

¹² Argentina, Austria, Brasil, Canadá, India, Kenya, Líbano y Suecia.

3.8 Viejismo implícito

Muchas de las manifestaciones del prejuicio contra las personas viejas es inconsciente o no son reconocidas como expresiones del mismo por sus portadores. En las personas que se presenta de ésta forma, el prejuicio suele estar mucho más tenazmente defendido, porque a diferencia de los demás prejuicios en los cuales no hay nada que temer porque no es posible que cambie el color de su piel ni es probable que cambie de sexo si así no lo desea, en el caso del viejismo, si el tiempo transcurre, “todos los prejuiciosos llegarán a ser víctimas de su propio prejuicio.” (Salvarezza, 1987) Por el hecho de desconocerlo no dejarán de tener un severo y negativo efecto para su salud.

Esta modalidad del prejuicio, lleva a los integrantes de las generaciones jóvenes a ver a los viejos como diferentes a si mismos, a desconocerlos como seres humanos con igualdad de derechos y dificulta el adecuado proceso identificatorio que les permitiría llegar preparados adecuadamente para esa etapa de su vida.

Se entiende a los “estereotipos implícitos de la edad” (también llamados estereotipos automáticos o inconscientes) como pensamientos acerca de los atributos y comportamientos de los viejos, que existen y operan sin presentar una advertencia consciente, intención o control. (Levy y Banaji, 2004)

Los estereotipos se conforman en los seres humanos a partir de aportes proporcionados por un diverso y complejo arco de elementos. Algunos de los mismos son los generados desde los medios de comunicación, las políticas públicas, el sistema educativo, la transmisión intergeneracional. Estos elementos son a veces imágenes que operan en la construcción de estereotipos.

“La estereotipia es un componente psicológico social por el cual atributos negativos, que de hecho existen en un pequeño porcentaje de los miembros de un grupo, son generalizados y usados para categorizar a todos sus miembros.” (Mc Gowan, 1996) Por ejemplo, el hecho que un pequeño porcentaje de viejos sea frágil y dependiente es tomado como un atributo general del volverse viejo. Los hechos muestran que la mayoría de los viejos no son frágiles, sin embargo, la “fragilidad” se convierte en una

característica que define el hecho de volverse viejo. Las características personales de los individuos viejos se minimizan o directamente se ignoran y los viejos son etiquetados de acuerdo a estereotipos negativo basado en su afiliación grupal.

“La estereotipia es discriminatoria porque niega el sentido del sí mismo y devalúa la singularidad ontológica del individuo.” (Mc Gowan, 1996)

Deben señalarse dos aspectos que hacen más insidiosos los efectos del viejismo.

El primero es que puede operar sin ser advertido, controlado y sin la intención de provocar daño de manera conciente.

La naturaleza implícita de los estereotipos y prejuicios no es nueva para las investigaciones en ciencias sociales, sin embargo la idea del viejismo implícito es única al menos en un aspecto: no existen grupos que repudien a los más viejos como existen grupos que repudian grupos religiosos, raciales y étnicos. (Levy y Banaji, 2004)

Por ejemplo, el prejuicio contra uno u otro género ha producido el reconocimiento de que existen sectores dentro de la sociedad que tienen una antipatía explícita hacia uno y otro grupo. Vervi gracia, grupos misóginos.

Están completamente ausentes, en cambio, sanciones sociales dirigidas a actitudes y creencias negativas contra los más viejos. El viejismo tiende a ser naturalizado.

El segundo aspecto, es que todos los seres humanos, en diferentes grados, se encuentran implicados en la práctica del viejismo implícito. “Los procesos y comportamientos mentales que demuestran sensibilidad por la edad se producen automáticamente en los pensamientos cotidianos, sentimientos, juzgamientos y decisiones de la gente común.” (Levy y Banaji, 2004)

Esto fue tenido en cuenta por el Plan de Acción de la II Asamblea de Naciones Unidas en la Cuestión 4: Imágenes del envejecimiento. En el apartado 112 refiere: “Una imagen positiva del envejecimiento es un aspecto esencial del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento 2002. El reconocimiento de la autoridad, la sabiduría, la dignidad y la prudencia que son fruto de la experiencia de toda una vida

ha caracterizado normalmente el respeto con que se ha tratado a la ancianidad en el curso de la historia.

En algunas sociedades, a menudo se desatienden esos valores y se representa a las personas de edad desproporcionadamente como rémoras para la economía, debido a sus crecientes necesidades en materia de servicios de salud y apoyo. Aunque el goce de la salud en los años de la vejez es, naturalmente, una cuestión cada vez más importante para las personas de edad, la concentración de la atención pública en la magnitud y el costo de los servicios de atención a la salud, las pensiones y otros servicios ha promovido una imagen negativa del envejecimiento.

Las imágenes que destacan el atractivo, la diversidad y la creatividad de las personas de edad y su contribución vital a la sociedad deben competir con ella por despertar la atención del público. Las mujeres de edad se ven particularmente afectadas por los estereotipos engañosos y negativos: en lugar de representarlas de manera que reflejen sus aportaciones, sus puntos fuertes, su inventiva y sus calidades humanas, suelen ser representadas como débiles y dependientes, lo que refuerza las prácticas excluyentes a nivel nacional y local.” (United Nations, 2002)

Las “actitudes implícitas de la edad” (también llamadas prejuicios automáticos o inconscientes) abarcan los sentimientos hacia los más viejos que existen y funcionan sin advertencia conciente, intención ni control. (Levy, Banaji, 2004)

De los hallazgos básicos con respecto al viejismo implícito que existe hasta la fecha, Levy y Banaji ofrecen el siguiente resumen:

El primer hallazgo en los resultados obtenidos es la magnitud del efecto. Con ello se refieren a que las actitudes implícitas negativas son las más grandes que se hayan observado. Aun mayores que la actitud anti-negros entre las personas blancas de América del Norte.

Como segundo hallazgo, señalan que las actitudes implícitas hacia la edad van en contra de las actitudes explícitas. Esto quiere decir que las actitudes negativas, que

encuentran, están tan desarrolladas que se oponen y son mayores que las actitudes explícitas que observan en las poblaciones estudiadas.

La actitud explícita demuestra una menor negatividad hacia los más viejos que las mediciones que revelan las asociaciones implícitas. Las actitudes implícitas son más negativas en general. Sin embargo, aclaran, no son tan importantes como las que suceden con el racismo contra la población afroamericana.

El tercer hallazgo refiere a una característica peculiar de las actitudes y los estereotipos por la vejez que los distingue de las actitudes hacia otros grupos: la influencia de la edad no parece variar en función de la edad de quienes responden.

Los participantes mayores, como los más jóvenes, tienden a tener actitudes implícitas negativas hacia los más viejos y actitudes implícitas positivas hacia la juventud.

Este último permite superar una confusión muchas veces encontrada: la de suponer que son solamente los jóvenes quienes desarrollan prejuicios contra las personas viejas.

Aún cuando los cambios culturales han sido directamente responsables del aumento de la esperanza de vida en el siglo XX, la respuesta que predomina en la cultura occidental ante la transición demográfica ha sido negativa. En nuestra sociedad, el envejecimiento poblacional se enmarca típicamente como una sangría de la economía, una amenaza al sistema de cuidado de la salud y una carga para las familias. (Rice y cols, 2002) Toda empresa científica está influenciada en alguna medida por la cultura, las investigaciones referidas a los mayores no son una excepción.

Los prejuicios están presentes en amplias capas de la sociedad pero “son más peligrosos cuando determinan conductas en los médicos y psicólogos que tienen a su cargo el cuidado de la salud de los viejos”. (Salvarezza, 1982, 2001)

Debido a las creencias viejistas ciertos síntomas depresivos son confundidos, inclusive por los profesionales de la salud, con “cambios debidos a la edad” o con síntomas físicos. Incluso la depresión puede ser tomada como una consecuencia normal del envejecimiento. (Iacub, 2008)

Los académicos que estudian el envejecimiento deben mantenerse alerta sobre las formas en que sus propias creencias y suposiciones acerca del proceso de

envejecimiento guían cada una de las etapas de investigación, desde la generación de hipótesis hasta la interpretación de resultados. (Rice, 2002)

Uno de los prejuicios sociales más vigentes en nuestra sociedad es el considerar la vejez como una enfermedad o como un período de enfermedades. Salvarezza retoma lo planteado por Estes y Binney sobre la “biomedicalización del envejecimiento” que considera a la vejez como un proceso patológico que debe ser comprendido y atendido desde las diversas prácticas médicas. Esta representación del envejecimiento se produce desde las lecturas científicas, las prácticas médicas y la opinión pública. “El uso de medicamentos cobra en este sentido una relevancia especial ya que el consumo de los mismos por parte de los viejos es muy alto y existe una política de los laboratorios en sostener estos criterios que redundan en beneficios comerciales”. (Salvarezza, 2002)

Los estereotipos adjudicados a las personas que han llegado a la vejez producen un sinnúmero de efectos sobre el desempeño en las actividades cotidianas y sobre el nivel de autoestima de la persona.

En el trabajo de Levy y Banaji se hace mención a que diversos estudios sugieren que “el viejismo podría tener un impacto en la cognición de los individuos, en el comportamiento y en la salud de manera no consciente. Parecería que los distintos efectos de los estereotipos implícitos de la edad podrían estar interrelacionados y tal vez reforzados mutuamente.” (Levy y Banaji)

La influencia de los estereotipos hacia el envejecimiento sobre el funcionamiento de la memoria fue hallada en los más viejos, pero no en los participantes jóvenes. Esto suele traer como consecuencia que las personas mayores desconfíen de su capacidad mnémica y se inclinen por desentenderse de tareas que impliquen algún esfuerzo que la incluya. Puede ocasionar que cesen en el desarrollo de estrategias para optimizar su capacidad cognitiva en estas áreas. Puede generarse una expectativa ansiosa de que los otros detecten sus fallos de memoria, esta misma expectativa produce una división en la concentración de su función atencional y justamente, traer como consecuencia el cumplimiento del fallo mnémico tan temido.

Levy encontró que los participantes más viejos expuestos a los estereotipos positivos se desempeñaron mucho mejor que los que fueron expuestos a los estereotipos negativos en las pruebas a las que fueron sometidos. (Levy y Banaji)

El proceso de los auto-estereotipos implícitos del envejecimiento podría verse activado por muchas de las manifestaciones de los estereotipos sociales.

Una actitud hostil desde el medio puede disparar o incrementar prejuicios que estaban instalados pero sin ponerse de manifiesto a través de actitudes o conductas por parte de los portadores.

A la inversa, las manifestaciones de los auto-estereotipos son percibidos por los demás. Pudiendo generar una especie de auto-estigmatización de parte de las personas que se consideren no aptas para determinadas tareas o funciones sociales.

“Existe, de esta manera, una naturaleza recíproca para este intercambio automático entre los estereotipos y los auto-estereotipos.” (Levy y Banaji)

3.9 Etiología del viejismo

Tanto las investigaciones de Salvarezza como las desarrolladas por Levy y Banaji coinciden en que se toma contacto con los prejuicios de manera explícita durante la infancia interviniendo el procesamiento conciente de los mismos en el cual intervienen los sentimientos. Se tiene contacto con los mismos a través de las actividades culturales más cotidianas existentes en la sociedad: vida familiar, escolar, medios de comunicación.

Esto posibilita la detección de actitudes que reflejan el uso de estereotipos sobre la vejez en niños de corta de edad.

Es posible, inclusive, que las actitudes de la edad y los estereotipos no requieran ser establecidos de manera explícita para ser adquiridos tempranamente en la vida.

Los prejuicios contra la vejez, como los otros prejuicios, son adquiridos en etapas infantiles a través del proceso identificador y luego se van asentando en la personalidad mediante su racionalización a lo largo de la vida. La identificación con las

conductas, pensamientos u otros significantes prejuiciosos es incorporada al núcleo primitivo del desarrollo de la identidad, se asimila en sintonía al yo del sujeto (egosintonicidad), y debido a ello, no forma parte del pensamiento racional, ni es sometido a revisión crítica. Se restringe a generar una respuesta emocional directa ante la presencia del estímulo que la dispara.

El origen de este proceso identificatorio pasa a ser reprimido en el inconsciente y a los sujetos impregnados de prejuicios le resulta difícil o imposible reconocer el alto grado de determinación que tienen estas identificaciones sobre sus pensamientos o acciones.

Durante el proceso de aprendizaje de los primeros años, los niños conviven con personas viejas y observan que la vejez va asociada a la declinación mental y corporal. Ven la pérdida de vigor mental y del atractivo corporal de gran importancia en nuestra cultura de principios del siglo XXI.

De particular importancia son las modificaciones físicas que se dan de manera asimétrica y la pérdida de la suavidad y tersura de la piel, la caída del cabello, los cambios en la pigmentación de la piel, las arrugas y una mirada aparentemente triste. Es muy probable entonces que se produzca un rechazo no sólo del proceso de envejecimiento sino también a las personas que son portadoras de él. (Busse y Blaze, 1980)

En los portadores del prejuicio se produce una disociación con sus conductas. Por ejemplo, al serles requerida una explicación sobre su manera de comportarse, dan una respuesta en términos lógicos y adultos, en tanto que sus respuestas emocionales muestran una sobreexageración emocional irracional de la ansiedad, desesperación, temor o furia que corresponden a patrones de conducta infantiles de respuesta a estímulos externos difíciles de controlar. (Salvarezza, 1987)

En "El porvenir de una ilusión", Freud sostiene que el dogma se caracteriza por la rigidez, la intolerancia y, fundamentalmente, que por el hecho de ser irrefutable. (Freud, 1927) En el dogmatismo hay una sumisión absoluta a ciertos principios o a la autoridad que lo impone y queda excluida la posibilidad de que la persona haga un examen crítico de los contenidos. Lo esencial del dogmatismo es la eliminación de toda consideración respecto de posturas alternativas a la vez que se deja fuera de

cuestionamiento la propia. Para el seguimiento del dogma es indispensable la renuncia a crear. La creencia es contraria a la creación, creer es contrario a crear.

Con anterioridad al valioso trabajo de los autores Levy y Banaji, Salvarezza, para el análisis metapsicológico del concepto de viejismo, estudia la actividad psíquica denominada creencia desde el marco teórico del psicoanálisis. (Salvarezza, 1988)

La creencia es una actividad del yo que confiere la condición de realidad psíquica a las producciones mentales existentes. La creencia es a la realidad psíquica lo que la percepción es a la realidad material. (Britton, 1994)

El signo de realidad para el mundo externo es aportado al sujeto por su percepción del medio externo. La creencia aporta la significación de realidad a la existencia de contenidos psíquicos.

La creencia es un proceso activo y, al igual que la percepción, es influida por el deseo, el temor y la expectación. Las creencias tienen como consecuencias la influencia en las percepciones y en la promoción de acciones acordes a lo creído por la persona.

Una vez instalada, la creencia subjetiva precede a la evaluación objetiva. (Britton, 1994) El viejismo entendido como creencia produce desconsideraciones y discriminaciones. Las personas portadoras de ésta creencia sostienen que ellos nunca van a envejecer en tanto la vejez está colocada en otro lado y les pertenece sólo a otros, los viejos, y esto les posibilitaría el mantener cierta tranquilidad. (Salvarezza, 2002)

A diferencia de las actitudes y estereotipos negativos dirigidos hacia grupos sociales por diferencias en el color de la piel y por el género, los sentimientos y pensamientos negativos acerca de la vejez son comunes en ámbitos públicos.

Se entiende que la formación de prejuicios o estereotipos aporta al sujeto una ventaja funcional. En la medida que son generalizaciones simplifican el pensamiento y los sentimientos, los abrevian o saltan segmentos de su proceso. Sin la formación de prejuicios el sujeto se vería requerido de evaluar y aprender situaciones nuevas en forma permanente.

Como se menciona anteriormente, una vez que los estereotipos han sido adquiridos, probablemente sean aplicados de manera automática. Esto sería lo que ocurre ante la presencia de una persona mayor.

Una vez conformados los prejuicios se ven reforzados a lo largo de la reiteración de la exposición a distintas expresiones de una cultura cargada de estereotipos. Inclusive, aunque periódicamente las personas se enfrentan a evidencias contrarias no se produce un debilitamiento de los mismos en forma inmediata.

El mantenimiento de los estereotipos negativos de la edad se ve beneficiado por la reducción de una interacción significativa entre jóvenes y viejos en un contexto en el cual podrían desarrollarse estereotipos explícitos positivos sobre la edad.

“Si los adultos jóvenes no tienen oportunidad de desarrollar estereotipos explícitos positivos, podría ser dificultoso cambiar las bases de los estereotipos implícitos de la edad.” (Levy y Banaji, 2004)

3.10 Profecía autocumplida

Los estereotipos operan para protegerse o proteger al propio grupo. Los prejuicios contrarios al envejecimiento protegen a aquellos que no son viejos. Las personas jóvenes son las beneficiarias de los estereotipos negativos del envejecimiento y, en la medida que reflejan las necesidades de los miembros más jóvenes de la sociedad, les permiten permanecer de ese modo hasta llegar a la vejez.

Según Levy y Banaji, el grupo de los viejos es “el único que demuestra actitudes implícitas negativas tan fuertes como las que puede llegar a tener el grupo externo (los jóvenes).”

En muchas observaciones de la vida cotidiana, como asimismo se detecta en pruebas de laboratorio, los individuos más viejos de la sociedad muestran actitudes y creencias negativas hacia los mismos viejos.

La continuidad de la exposición y la activa reproducción durante largo tiempo de los estereotipos contra la vejez tiende a caer sobre los propios actores que, pasados los

años, inevitablemente envejecen. Consecuentemente pasan a verse incluidos dentro del grupo de edad que ellos mismos apreciaban de manera negativa.

En la medida que la conducta viejista resulta eficaz en su propósito discriminatorio contra los viejos, al mismo tiempo reniega el aspecto autodestructivo que tiene sobre el mismo sujeto. Este efecto aparecerá a posteriori y muchas veces sin que sea entendida la relación existente entre el padecimiento de ese momento y la propia actitud discriminatoria. (Salvarezza, 1987)

La conducta social que consiste en la discriminación de las personas viejas es el resultado de la masiva proyección sobre ellos de la intensa angustia persecutoria generada por el propio envejecimiento personal. (Salvarezza, 1987)

La organización viejista de la sociedad confirma, a través de su experiencia, el mensaje cultural de que los viejos son inútiles, molestos y onerosos. No resulta extraño entonces que los viejos se perciban a sí mismos según estos estereotipos culturales negativos que penetran a toda la sociedad. Este aspecto del viejismo es especialmente perturbador porque significa que los mismos viejos contribuyen a su propia devaluación.

“La dislocación social disminuye el status social, amenaza la autoestima y coloca a los viejos en riesgo de una gran variedad de problemas en su salud, tanto física como psicosocial.” (Mc Gowan, 1996)

3.11 Recomendaciones para la reducción de prejuicios

La exposición a los estereotipos positivos sobre las personas mayores podría ser beneficiosa y limitar los estereotipos negativos.

El estudio de la historia de la humanidad muestra que la reducción de la discriminación se ha alcanzado a través del reconocimiento social y la acción política. Las mejoras en los derechos civiles de diversos grupos aminorados como las poblaciones afroamericanas y los movimientos feministas fueron liderados mayormente por miembros de los propios grupos marginados.

“La tarea puede ser más difícil de cumplir porque, a diferencia de otros grupos, los viejos no son sus mejores abogados, al menos con respecto a sus actitudes y estereotipos implícitos.” (Levy y Banaji, 2004)

Para la modificación del actual estado de situación se sugiere que las personas mayores deberían ser concientes de las visiones negativas hacia su grupo dentro de la sociedad y desarrollar concientemente una identidad de la vejez y de sus atributos positivos, utilizándolos para compensar los efectos generadores de debilidad que ocasiona el viejismo implícito.

Resulta interesante apreciar un proceso de transición existente en distintas áreas de nuestra sociedad. A pesar del panorama que ofrecen los medios de comunicación, referido anteriormente, con la imagen de la vejez que promueven, las personas viejas han podido cambiar los modelos que se habían transmitido desde las generaciones anteriores en las cuales el modelo deficitario era predominante.

En Estados Unidos de América, se ha constatado la existencia de programas que buscaban combatir el viejismo a través de la concientización para el cambio de actitudes. Sin embargo, la conceptualización del viejismo como un problema actitudinal limitaba severamente su impacto potencial porque reducía un fenómeno complejo a solo una de sus muchas dimensiones. La comprensión de una sola de las dimensiones del viejismo sugiere que la estrategia para manejar las actitudes se mostró poco efectiva. (Mc Gowan, 1996)

En contraste con esto apareció posteriormente un número creciente de programas intergeneracionales, buscando un beneficio mutuo en la experiencia de contacto entre las personas viejas y los no-viejos para tratar de involucrarlos directamente. En cambio, estos programas, no solamente servirían para combatir las actitudes negativas sino para recolocar a los viejos en roles sociales significativos y subrayaban el problema de la dislocación social también como un estereotipo negativo. Esto proveía conjuntamente a los más jóvenes de la posibilidad de una experiencia de contacto intergeneracional que los ayudaría a desarrollar su conocimiento sobre el envejecimiento y la práctica de la interacción con los viejos.

Abordando la complejidad del fenómeno, Mc Gowan recomienda que para mitigar el vejeismo se necesitará una amplia crítica social y cultural que vaya más allá de los límites de la gerontología tradicional. Los fundamentos teóricos de la misma, al estar basados en el positivismo y en el funcionalismo, le dan una perspectiva que la incapacita para sostener un análisis riguroso de tópicos muy sobrecargados como es el vejeismo.

“Un creciente número de gerontólogos argumenta que se requieren conocimientos filosóficos y teóricos más rigurosos para avanzar en los estudios empíricos y para un mejoramiento cultural. Para desarrollar tal conocimiento se requiere la asistencia de los reales expertos en vejeismo: los viejos que lo experimentan diariamente en sus propias vidas.” (Mc Gowan, 1996)

Como ya se ha mencionado, los portadores de los prejuicios contra la vejez y las personas viejas no suelen ser conscientes de la eficacia de los estereotipos en sus actitudes.

Desde la perspectiva psicoanalítica, en la medida que estos prejuicios no son gobernados por los procesos que rigen el funcionamiento consciente, los mismos no pueden ser considerados de manera crítica. El pensamiento crítico depende del proceso secundario que determina la lógica existente en los sectores Preconsciente y Consciente del sujeto. Los prejuicios son reprimidos hacia el Inconsciente y sólo en la medida que las creencias se vuelvan conscientes podrán ser abandonadas o modificadas.

El abandono de las creencias implica un duelo y no todos los sujetos están en condiciones de hacerlo. (Britton, 1994; Salvarezza, 2002) El duelo que se hace necesario implica la aceptación del proceso de envejecimiento del propio sujeto. (Chapot y Mingorance, 2009)

En la medida que se pueda hacer consciente esta creencia, que tiene raíces en el imaginario social, podrá ser abandonada y entonces se podrá crear y “no creer”, en un modelo diferente. (Salvarezza, 1987)

3.12 Discriminación y derechos humanos

Considerar el maltrato contra las personas mayores como un asunto de derechos humanos (Guzmán y Huenchuán, 2003) permite que el problema se considere desde muchos ámbitos. Amplía la perspectiva de intervención y responsabilidades de los gobiernos y sus ciudadanos porque implica abordar la pobreza, la discriminación por edad, los estereotipos negativos y la denigración de las personas viejas.

Estas situaciones son expresiones del maltrato por falta de preocupación hacia ese grupo social, y son un riesgo de marginación y privación de igualdad de acceso a oportunidades, recursos y derechos.

El Informe Mundial sobre Violencia y Salud (WHO, 2002) indica, por primera vez, que la violencia ha alcanzado tales niveles que se ha constituido en un problema de salud pública mundial.

“El informe nos lanza también un reto en muchos terrenos. Nos obliga a ir más allá de nuestro concepto de lo aceptable y cómodo para cuestionar la idea de que los actos violentos son meras cuestiones de la intimidad familiar o de elección individual, o bien aspectos inevitables de la vida.

La violencia es un problema complejo, relacionado con esquemas de pensamiento y comportamiento conformado por multitud de fuerzas en el seno de nuestras familias y comunidades, fuerzas que pueden también traspasar las fronteras nacionales”. (WHO, 2002)

3.13 Recomendaciones para los profesionales

En el año 1971 fueron enumeradas por el Group for the Advancement of Psychiatry (Salvarezza, 2002) algunas de las razones de las actitudes negativas de los psiquiatras para tratar a las personas viejas:

-) Los viejos inspiran en los terapeutas temores sobre su propia vejez.

-)] Reactualizan en los terapeutas conflictos reprimidos en relación con sus propias figuras parentales.
-)] Los terapeutas piensan que no tienen nada que ofrecer a los viejos porque creen que éstos no van a cambiar su conducta o porque sus problemas están relacionados con enfermedades cerebrales orgánicas intratables.
-)] Los terapeutas creen que no vale la pena hacer el esfuerzo de prestar atención a los psicodinamismos de los viejos porque están muy cerca de la muerte; algo similar ocurre con el sistema médico militar de urgencia, en el cual el más grave recibe menos atención porque es menos probable su recuperación.
-)] El paciente que puede morir durante el tratamiento afecta el sentimiento de importancia del terapeuta.
-)] Los terapeutas se sienten disminuidos en su esfuerzo por sus propios colegas. Habitualmente se escucha decir que los gerontólogos o los geriatras tienen una preocupación morbosa por la muerte; su interés por los viejos es “enfermizo” o, por lo menos, “sospechosos”.

En el análisis que propone Salvarezza de las actitudes negativas enumeradas en el informe, encuentra similitudes con una investigación que estudia la ansiedad que se genera en los profesionales a partir del contacto con la enfermedad y la instrumentación de conductas defensivas para el éxito de la intervención terapéutica. (Salvarezza, 1973)

En el caso del trabajo con pacientes con afecciones oncológicas o psicóticas, por ejemplo, la apelación a las estadísticas médicas actúan en forma protectora de los profesionales. Los mismos quedan incluidos entre el porcentaje de la población no cancerosa o la que no tiene psicosis. Esta conducta defensiva basada en el par disociación – negación, es ineficaz en las entrevistas y tratamientos con personas viejas debido a que el envejecimiento, como factor de la evolución humana, es un destino que resulta inevitable.

A diferencia del trabajo con las vivencias de otros grupos de edad, el trabajo con elementos vivenciales desconocidos, abstractos que comparten los pacientes viejos con los profesionales que no son viejos al faltarles el conocimiento de esa clase de vivencias personales, puede generar una brecha difícil de salvar. La toma de

conciencia de la pertenencia a la misma especie humana y de que el propio profesional tratante también se encuentra en proceso de envejecimiento es la herramienta fundamental que permitirá que el accionar se desarrolle según el conocimiento consciente y no en base a una visión impregnada de prejuicios. (Salvarezza, 2002)

Schaie ofrece un conjunto de recomendaciones a los psicólogos para ayudarles a evitar el viejismo, el cual define como “una forma de prejuicio cultural que incluye: (a) la restricción de comportamientos y oportunidades, actitudes negativas basadas en la edad, estereotipos relacionados con la edad y una percepción distorsionada al servicio del mantenimiento de tales estereotipos positivos o negativos; (b) una creencia cultural de que la edad es una dimensión significativa por definición, y define la posición social de la persona, sus características psicológicas o la experiencia individual; o (c) un supuesto que no ha sido sometido a prueba, de que los datos sobre un grupo de determinada edad se generalizan a otros o, a la inversa, que la edad es siempre relevante en relación con las variables que estudian los psicólogos”. (Schaie, 1993)

Características igualmente alarmantes toma la presencia de este tipo de prejuicios en el creciente número de cuidadoras que inician sus tareas. En la medida en que el amplio espectro de prejuicios viejistas opera de manera inconsciente, se debe evitar entrar demasiado rápido en actitudes culpabilizadoras hacia quienes se vean impregnados de los mismos.

Más constructiva, aparece en cambio, la posibilidad de investigar la presencia de dichos prejuicios en la población estudiada con el objeto de contribuir a su modificación para la prevención de disfunciones vinculares entre adultos mayores y cuidadores, la prevención de la sobrecarga del cuidador, la prevención de situaciones de abuso y maltrato y, en última instancia, mejorar de la calidad de vida en la vejez.

3.14 Breve reseña de Teorías sobre el Envejecimiento y la Vejez

A lo largo del siglo XX se han desarrollado desde el campo gerontológico distintas teorías que buscan explicar fenómenos que observables durante el envejecimiento y la vejez en los seres humanos.

3.14.1 Teoría de la actividad

La teoría de la actividad que fue enunciada inicialmente por Havighurst , señala la importancia de los contactos sociales y de las actividades que realizan las personas como generadores de satisfacción vital. (Havinghurst, 1963; Havinghurst y Albrecht, 1953)

Enuncia que los ancianos necesitan, como las personas de otras etapas, de estímulos intelectuales, afectivos y corporales y quieren seguir perteneciendo a la sociedad de la que forman parte. Las actividades sociales juegan un rol de “amortiguador” que atenúa el potencial efecto traumático generado por la pérdida de roles sociales. Las mismas, promueven en el individuo que envejece, la reconstrucción de la propia imagen afectada por dichas pérdidas.

La actividad u ocupación en sí misma no es provechosa, sino el sentido que le encuentra cada sujeto.

Las satisfacciones originadas en las actividades significativas no son exclusivas de la vejez sino que es un efecto que puede ser encontrado en personas de todas las edades.

Esta teoría ha tenido gran pregnancia en amplios sectores sociales y en el medio científico debido a su planteo alternativo a las imágenes tradicionales y estereotipadas de las personas viejas en actitudes que resumen su participación social a roles familiares y de creciente desempoderamiento.

Un trabajo de Lemon, Bengtson y Peterson, citado por Iacub, plantea el enunciado de: “cuanto más actividad, más satisfacción vital”. (Lemon, Bengtson, Peterson, 1972; Iacub, 2011)

En el mismo se describían tres tipos de actividades:

- la informal, con amigos y vecinos;
- la actividad formal, participar en grupos voluntarios o socio-recreativos;
- la actividad solitaria: que se realiza de forma independiente, como cuidar la casa o el ocio.

Comparadas con las actividades realizadas en soledad, las actividades informales aportan más fortalecimiento personal y satisfacción en la vida, en la medida en que reafirman su identidad. Esto se produce debido a la devolución de imágenes positivas de los otros miembros de la comunidad al ver al sujeto en actividad y al intercambio social que traen aparejado.

Según estos autores, los prejuicios determinan el desapego y el retraimiento de las personas mayores.

La visión existente en occidente sobre la actividad y su asimilación con la idea de productividad puede generar confusiones, por lo cual es relevante aclarar que la actividad no es provechosa en sí misma, sino en la medida que sea vivida como asociada a la realización personal y tenga una significación valiosa para el propio sujeto. (Rice, Löckenhoff y Carstensen, 2002)

3.14.2 Teoría del desapego

Si bien no pudo ser generalizada, la Teoría del Desapego, ha señalado la existencia de un proceso natural en los seres humanos que beneficiaría a intereses tanto de los individuos que envejecen como para la sociedad en general.

Este proceso consistiría en que: “El envejecimiento normal se acompaña de un distanciamiento o “desvinculación” recíproco entre las personas que envejecen y los miembros del sistema social al que pertenecen – desvinculación provocada ya sea por el mismo interesado o por los otros miembros de este sistema.” (Cumming y Henry, 1961)

Cuando se observan casos en los cuales ocurre esto en particular resulta útil investigar la motivación para que ese proceso sea puesto en marcha. Puede ser el efecto de la presencia de los estereotipos sobre la vejez. “El desapego no es algo natural ni inevitable, y cuando ocurre es por la falta de oportunidades que la sociedad brinda a los viejos para que puedan seguir ejerciendo sus roles sociales con un grado de compromiso.” (Salvarezza, 2002)

3.14.3 Biomedicalización del envejecimiento

En el año 1991 se publicó un artículo de Carol Estes y Elizabeth Binney que resultó clave para la crítica a la visión de la vejez equiparada a la enfermedad. En el mismo se denominó biomedicalización del envejecimiento al paradigma científico que ha determinado al proceso de generación de conocimientos por parte de la ciencia (la investigación científica, su interpretación y su validación) en forma excluyente hacia el estudio del envejecimiento y la vejez como algo patológico o anormal. (Estes y Binney, 1991)

La biomedicalización de la vejez es un proceso dinámico, complejo y multidimensional y ha conseguido un alto grado de éxito al adquirir aceptación y crecimiento sin cuestionamiento por nuestra sociedad.

Este modelo, que ha centrado el problema estrictamente desde un punto de vista clínico individual, se encuentra en la actualidad en un proceso de crisis:

El individualismo es considerado como una estrategia de construcción de una teoría y de su investigación tratando de explicar instituciones o fenómenos sociales usando al individuo como la unidad de análisis. El reduccionismo es el proceso de reducir los fenómenos a sus unidades más pequeñas.

Ambos procesos tienen su correlato en el modelo biomédico, en este caso aplicado al envejecimiento. El individualismo se manifiesta en el interés en el diagnóstico individual, el curso de la enfermedad, la resistencia y su respuesta al tratamiento, y es efectiva en la base de la relación médico paciente. Sin embargo, esto limita la consideración de factores ambientales y sociales más complejos, porque el foco

primario esta colocado en la enfermedad como un problema con causas y soluciones individuales.

Pero su práctica tiene por consecuencia la desconsideración de problemas e interacciones sociales más vastas, y puede fragmentar al individuo abordando solo una parte de sus aspectos humanos.

La investigación biomédica es equiparada a investigación sobre envejecimiento y una vejez feliz y satisfactoria es atribuida a situaciones contingentes.

El modelo biomédico de aproximación a la vejez se desarrolla y se sostiene a partir de un paradigma que presenta las siguientes características: el hecho a observar se define como un objeto y no como un sujeto, a fin de evitar toda subjetividad; la enfermedad se concibe como un objeto de estudio aislable del enfermo, que debe de identificarse a través de sus manifestaciones, que son similares entre los pacientes, sean quienes sean éstos. (Rigaux, 1992)

La relevancia de describir el modelo biomédico en esta tesis es debida a la cercanía que tendrán los cuidadores tanto con la vejez como con el desafío que supone trabajar en relación al par autonomía-dependencias de las personas mayores.

La biomedicalización del envejecimiento afecta y es afectada por el contenido del entrenamiento técnico y profesional: esto podría derramarse sobre la capacitación de los cuidadores promoviendo la aplicación de términos biomédicos a la población que envejece. Esto podría producir el uso de términos tales como enfermedad, impedimentos, discapacidad, declinación psicológica y fisiológica, que son aplicables a algunos, pero ciertamente no a todos, los individuos que envejecen.

“Uno de los prejuicios más comúnmente extendidos, tanto entre legos como entre profesionales, es el de que todos lo viejos son enfermos o discapacitados.” (Salvarezza, 2002) El resultado de este prejuicio es que se produce una sinonimia viejo igual a enfermo que termina por internalizarse entre los propios viejos. Esta percepción de las personas viejas como dependientes y enfermas puede inducirlos a convertirse en enfermos y dependientes, instándolos a actuar este rol.

La orientación biomédica – clínica, esta basada en el modelo médico de la atención de enfermos agudos, lo cual entra en directa contradicción con la mayoría de las afecciones y condiciones que afectan a los viejos, que son generalmente crónicas.

Por lo cual se entiende que el paradigma enfrenta un período crítico:

Primero los desarrollos que han aumentado la longevidad no han resuelto los problemas del peso del incremento de las enfermedades y el paso de los casos agudos a los crónicos.

La segunda crisis para el paradigma biomédico, es la continua inhabilidad de su modelo para tratar los problemas macro estructurales implicados en la etiología de las enfermedades (ambientales, sociales y económicos).

Dentro de la situación de crisis del modelo biomédico se inscribe una presentación que realizó Robert Butler en el Senado de Estados Unidos referida a la insuficiente representación de las personas mayores en las investigaciones clínicas que se realizan para estudiar la seguridad y la eficacia de nuevas drogas y tratamientos. En la misma ofrece datos con los cuales se demuestra la falta de representación en las investigaciones de los mayores de 65 años a pesar del hecho de que son ellos quienes generalmente consumen la mayor parte de los medicamentos.

Esta falta de datos trae como consecuencia el desconocimiento de como trabajan las drogas los tratamientos en los mayores, cuales pueden ser las reacciones adversas y las dosis apropiadas así como la forma en la cual se benefician o son intolerantes a nuevas drogas y procedimientos.

Por ejemplo, dentro de los estudios sobre los tratamientos de cáncer de mama fueron particularmente dramáticos con sólo el 9% de los participantes mayores de 65 años, mientras que las mujeres de esa edad significan la mitad de todas las personas que padecen esa enfermedad.

En forma similar, sólo el 9% de los pacientes abarcados en los estudios clínicos que tuvieron ataque cardíaco fueron mayores de 75 años, mientras que el 40% de las personas quienes sufrieron esta enfermedad está incluido en este grupo de edad.

La falta de participación de personas mayores puede llevar a los médicos a suponer que sus pacientes viejos son incapaces de tolerar tratamientos específicos y simplemente no lo considerarán como opción.

Este punto de vista prejuicioso ha persistido, a pesar de la evidencia desde 1960, que las personas mayores pueden tolerar drogas fuertes e intervenciones para tratar diversos tipos de cáncer y otras enfermedades y mejorar la calidad de vida. Afirma que no hay razón para aceptar que una persona no pueda beneficiarse de una droga o un tratamiento basándose solamente por su edad. (Butler, 2003)

Existen varias razones por las cuales las personas mayores no están representadas en forma apropiada en los estudios clínicos:

-) Hay una mala percepción sobre que los viejos no quieren participar de los investigaciones o que no quieren adherir a los protocolos.
-) Los investigadores pueden excluir a las personas viejas porque les parece que es más difícil interpretar los resultados o porque tienen temor de que los pacientes puedan sufrir efectos negativos.
-) Los médicos practicantes pueden no hacer referencia a los pacientes viejos asumiendo erróneamente que estos individuos podrían no recibir beneficios o ser efectivos participantes.
-) No existen estándares regulatorios del gobierno sobre las personas viejas en los trials clínicos, como si lo hay para las mujeres o las minorías.
-) Existen confusiones sobre el sistema de salud y la política para el sistema de pago.
-) El alto costo de los viajes para recibir los tratamientos y otras barreras relacionadas al transporte de las personas mayores.

Finalmente, hacen una propuesta para la superación de la situación a partir de la intervención del estado con las recomendaciones del International Longevity Center. Se busca asegurar que las personas mayores estén adecuadamente representadas para el diseño de políticas fundamentadas en la medicina basada en la evidencia. El objetivo es que todas las drogas necesitan estar testeadas en toda la población que podrían recibir las prescripciones.

La propuesta de Butler como otras investigaciones desde las ciencias sociales, y el éxito de la perspectiva del curso vital del envejecimiento, apuntan a lo inadecuado del modelo biomédico basado en procesos unicausales homogéneos y biológicos inevitables.

Las perspectivas teóricas que incluyen los cambios que se producen en el ser humano dentro de un curso vital, denuncian la falacia de tales modelos demostrando la importancia de efectos actuales que los fenómenos sociales, económicos y políticos producen sobre los procesos del envejecimiento y la salud en la vejez.

3.14.4 La teoría de la continuidad

En un punto de vista opuesto a la Teoría de la desvinculación, los desarrollos teóricos de Rosow (1963) y de Achtle (1987 y 1991) proponen que no hay ruptura radical ni transición brusca entre la edad adulta y la tercera edad, sino que se trata tan solo de cambios menores u ocasionales que surgen de las dificultades de la adaptación a la vejez. (Iacub, 2011; Monk, 1996)

La Teoría se basa en dos postulados básicos:

1. El paso a la vejez es una prolongación de experiencias, proyectos y hábitos de vida que la persona ha tenido durante etapas anteriores. La personalidad así como el sistema de valores permanecen mayormente intactos.
2. Al envejecer los sujetos aprenden a utilizar diversas estrategias de adaptación que les ayudan a afrontar eficazmente los sufrimientos y las dificultades de la vida.

El conjunto de la Teoría de la Continuidad (Hétu, 1988) puede resumirse en siete puntos:

1. Desde el punto de vista psicológico, los seres humanos evolucionan de una manera diferente.
2. El individuo desde su nacimiento hasta su muerte constituye una sola entidad coherente, por lo que, en un momento dado, cualquier estado depende en gran parte de lo que era anteriormente.

3. A lo largo de su evolución, el individuo va integrando su experiencia e imagen de él mismo en lo que se conoce por “autoconcepto” y personalidad, lo que va determinando sus respuestas a nuevas situaciones.
4. En función de su coherencia y funcionamiento interno, cada individuo tiende a reducir su propio ambiente que le corresponde. Éste se convierte en el factor externo que favorece la continuidad del estilo de vida que ha ido creando.
5. Lo anterior implica que el estilo de personalidad establecido en la edad adulta es el mejor predictor del estilo de funcionamiento del sujeto para confrontar el envejecimiento.
6. El envejecimiento no hace más que acentuar las líneas principales de fuerza que constituyen la armadura de su personalidad.
7. Aunque estable, la personalidad sigue evolucionando durante toda la vida para integrar las experiencias que se le van presentando, en un proceso continuo de adaptación hasta el final de la vida.

3.14.5 La perspectiva del curso vital

La crítica a la biomedicalización del envejecimiento se encuentra incluida en una revisión más amplia del modelo deficitario y de estereotipos sobre el envejecimiento y la vejez. Se realizan investigaciones que refutan el énfasis deficitario y las generalizaciones injustificadas y abusivas. Esos desarrollos científicos empezaron a modificar la imagen estereotipada de la vejez y de las personas viejas. Como la vida humana se da en un marco intergeneracional, estos aportes tienen en cuenta, que las expectativas de la sociedad sobre los individuos que la conforman promueven la creación profecías de autocumplimiento. (Lehr, 1980; Salvarezza, 2002)

Se observa que en términos absolutos el efecto genético es estable y que, en cambio, en términos relativos la influencia genética decrece. “Si la varianza del entorno se incrementa y se distribuye en forma equivalente, la importancia de la genética no se incrementa”. Se relativiza la noción de la herencia biológicamente como “destino inevitable”. (Dulcey Ruiz y Uribe Valdivieso, 2002; Iacub, 2011).

Los factores biológicos no son los únicos determinantes. El envejecer ocurre en un contexto cultural y se produce en forma simultánea al desarrollo que se da en el sujeto lo largo de toda la vida. (Dulcey Ruiz y Uribe Valdivieso, 2002)

Distintos autores realizan aportes en una perspectiva que entiende que existen tantas formas de envejecer como de individuos. (Lehr, 1980, Neugarten, 1999) A medida que los seres humanos envejecen, la variabilidad interindividual aumenta, tanto por determinaciones genéticas como del ambiente.

Si bien el envejecimiento es un proceso que afecta a todos los seres vivos, no es posible estandarizarlo. Cada sujeto envejece de manera singular y en cada persona ocurren sucesos que generan continuidades y discontinuidades.

La importancia de la edad cronológica deja de ser un factor explicativo, descriptivo u organizativo de la vida humana (Dulcey Ruiz y Uribe Valdivieso, 2002). Es menos importante el tiempo que pasa, que lo que ocurre durante ese tiempo y las variables socioculturales que determinan que se debería hacer en cada etapa. (Neugarten, 1968) Se lo ha encontrado en representaciones artísticas sintetizado con la frase: "Lo importante nos es la edad sino el kilometraje". (Mingorance, 2009)

4. Metodología

4.1 Tipo de Investigación realizada

La investigación implementada es de tipo exploratorio ya que se procede a identificar la contribución de los cursos en relación a las modificaciones observadas en los alumnos sobre los prejuicios, teorías implícitas y estereotipos hacia la vejez existentes en los futuros cuidadores.

Asimismo, el tipo de diseño que se ha instrumentado es un diseño de carácter cualitativo. Se han tomado dos encuestas como instrumento de recolección de datos.

Para poder profundizar el análisis de cualitativo se han tomado asimismo una serie de entrevistas semiestructuradas a los alumnos. El fin de las mismas ha sido explorar cómo los contenidos del curso y los distintos niveles de transmisión puestos en juego por los docentes en la experiencia de clase pueden contribuir a la modificación de los prejuicios de los alumnos.

4.2 Variables

Las variables que se analizarán en esta investigación son:

- Prejuicios, estereotipos y teorías implícitas que traen los futuros cuidadores de adultos mayores (alumnos).
- Curso de Cuidadores Domiciliarios: contenidos teóricos y prácticos y, experiencia de transmisión por parte del equipo docente.

4.3 Universo y muestra

Universo:

El universo son los alumnos que asistieron a los cursos del Programa Nacional de Formación para Cuidadores Domiciliarios.

Muestra:

La muestra consiste en los alumnos que asistieron a tres comisiones de la misma banda horaria, con tres equipos de coordinación diferentes y con docentes especializados en cada área temática abordada por los cursos de la Facultad de Psicología, UBA. El número de alumnos encuestados fue de 63. Se tomaron entrevistas en profundidad a 12 alumnas lo cual significa un 19,04 por ciento de los mismos.

Los alumnos que conformaron la muestra, mayoritariamente son personas desocupadas, en algunos casos beneficiarios de planes sociales, con nivel educativo de escuela primaria completa o secundaria incompleta. La edad de los mismos será de 25 a 52 años. Si bien el rango de edad previsto por el Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios es de 25 a 50 años, el equipo seleccionador tiene permitido incorporar, dentro de un margen discrecional, a aquellos postulantes de menor o mayor edad que, por sus características personales, reúnan otras condiciones que lo adecuen al perfil. Las normas del curso han requerido asimismo que presenten: Certificado de buena conducta y Certificado de salud.

4.4 Unidad de Análisis

Se tomó como unidad de análisis cada encuesta completada por los alumnos que asistieron a las tres comisiones de los cursos de formación de cuidadores que se cursaron en el espacio físico de la sede cita en Hipólito Yrigoyen 3242, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de la Facultad de Psicología, UBA.

4.5 Recolección de datos y descripción del ámbito de estudio

Se estudiaron las respuestas a las encuestas y entrevistas realizadas a los alumnos que asistieron a tres comisiones de la misma banda horaria, con tres equipos de coordinación diferentes y con docentes especializados en cada área temática abordada por los cursos que se dictaron en la Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Cátedra de Psicología de Tercera Edad y Vejez y la Secretaría de Extensión Universitaria en el marco del Programa Nacional de Formación para Cuidadores Domiciliarios.

El lugar en que se desarrolló la investigación fue en la sede citada en Hipólito Yrigoyen 3242 de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

El tesista fue Coordinador General Docente del Curso Número 1 de Formación de Cuidadores Domiciliarios que se dictaron en la Facultad de Psicología, UBA.

4.6 Selección de técnicas e instrumentos de recolección de datos. Prueba piloto del instrumento.

Encuestas:

La técnica primaria consistió en presentar al alumno una serie de frases que debía responder o completar en el espacio vacío correspondiente. La encuesta estuvo conformada por preguntas cerradas sobre aspectos sociodemográficos y socioeconómicos del entrevistado y preguntas abiertas que procuraron captar de manera indirecta los prejuicios, estereotipos de los alumnos.

Se realizó una prueba piloto del instrumento de recolección de datos. El inicio anticipado por un mes de diferencia de uno de los tres cursos posibilitó la toma de encuestas a los alumnos de dicho curso. Esto dio la posibilidad de ajuste de las preguntas utilizadas en la encuesta para lograr mayor eficacia en su uso en los cursos siguientes.

La encuesta para la recolección de los datos fue administrada al comienzo del dictado del curso y nuevamente a los cinco meses, poco antes de la finalización del mismo. El fin de la encuesta ha sido la búsqueda de correlaciones, diferencias y similitudes para evaluar la contribución de la formación que se brinda en el curso, en los prejuicios y nociones que los alumnos poseían al comenzar el curso respecto a los adultos mayores.

Teniendo en cuenta la brecha existente entre los datos obtenidos en encuestas y la existencia de estereotipos y teorías que no son reflejados en el discurso manifiesto, en la estrategia para la elaboración del instrumento de recolección de datos, se buscó la

inclusión de recursos para la indagación que no se basaran en la interrogación directa a los alumnos sobre la existencia en ellos mismos de prejuicios hacia el envejecimiento y la vejez.

Como se puede ver en los modelos de las encuestas implementadas¹³ se alternaron interrogantes que consultaban por información explícita: datos formales de los encuestados que no vulneraban su anonimato, posibles antecedentes en el rol de cuidadores; con preguntas que apuntaban a la investigación de estereotipos que operan de forma implícita: consultas por las capacidades que suponían en las personas mayores y por opciones de cómo conducirse en situaciones de la vida cotidiana en sus tareas.

Entrevistas:

En forma complementaria se tomaron entrevistas en profundidad a aproximadamente el 20 por ciento de los alumnos encuestados.

Para las entrevistas en profundidad se previeron cinco de ejes de investigación a ser pesquisados en el diálogo con los cuidadores egresados.

Las dimensiones utilizadas para las entrevistas se encuentran en el ANEXO: Modelos de Instrumentos de Recolección de Datos. Las mismas fueron empleadas no como interrogantes a ser transmitidos de manera explícita por el investigador sino que se mantuvieron como sustrato implícito a lo largo de las entrevistas con los egresados.

El investigador se compromete a no divulgar los datos de identificación de los participantes del estudio y al uso exclusivo del material recabado para fines científicos y académicos. Se explicitó a los alumnos que tenían la posibilidad de no participar de la investigación, y también la independencia de sus respuestas con las evaluaciones y/o calificaciones correspondientes al Curso de Formación de Cuidadores Domiciliarios.

5. Análisis de los datos

¹³

Ver anexo Encuestas

La estrategia de investigación realizada ha sido de tipo cualitativo. El tipo de análisis fue de contenido crítico y de discurso.

Se han analizado las respuestas de los encuestados y entrevistados en su forma textual y se ha investigado la concepción subyacente acerca de la vejez y la posibilidad de que tengan en su base prejuicios, estereotipos o estén operando en ellas teorías implícitas sobre la vejez.

Como fue mencionado en la explicación de las estrategias utilizadas para la elaboración de los instrumentos de evaluación, debido a la dificultad de que los encuestados expresaran de manera explícita los prejuicios hacia las personas mayores que son portadores y al consecuente carácter implícito de los estereotipos que podían estar presentes en el discurso, se incluyó en el análisis la interpretación del carácter proyectivo de algunas respuestas de los alumnos.

Se consideró que los contenidos prejuiciosos de los propios encuestados son depositados sobre las actitudes y conductas atribuidas a los personajes de las situaciones de la vida cotidiana sobre las cuales se les proponía que dieran su opinión. Esto permitió sortear mecanismos defensivos que se ponen en juego en los encuestados que pueden mantener ocultos los prejuicios al análisis de la investigación que sólo considera los datos aportados explícitamente en las respuestas.

Tratamiento, análisis de los datos.

En el presente capítulo se dio tratamiento y análisis en primer lugar a los datos que surgen de las encuestas tomadas al inicio del curso, en segundo lugar a las que fueron tomadas al final del curso y en tercer lugar se realizó un análisis comparativo entre los datos obtenidos por la implementación de ambos instrumentos de recolección de datos.

Finalmente se analizan las entrevistas a los cuidadores ya egresados.

En cada apartado se presenta primero un listado de los aspectos investigados, en segundo lugar las tendencias encontradas en las respuestas y en tercer lugar se analizan los datos aportados por el instrumento de recolección de datos.

5.1 Tratamiento de los datos de las encuestas tomadas al inicio de los cursos

En primer lugar se indagó en los alumnos la posible presencia de prejuicios sobre las personas mayores. Para ello, se les solicitó, durante la primera semana de clases, que completaran una encuesta.

Esta exploración en los alumnos sobre la presencia de estereotipos y teorías implícitas hacia las personas viejas se realizó a través de preguntas y frases para completar sobre los siguientes temas:

- Caracterización de la vejez
- Capacidad para el ejercicio de actividades
- Actitudes ante la resolución de situaciones de la vida diaria
- Actitudes ante los prejuicios propios
- Conocimiento de los propios recursos y limitaciones

A continuación se tratan las respuestas de los alumnos a las encuestas completadas al inicio de los cursos analizando en cada uno de los temas distintas tendencias que se encontraron y la interpretación teórica a la luz del marco de teoría expuesto anteriormente en esta tesis.

Respuestas sobre la Caracterización de la vejez: Análisis según las tendencias encontradas

En las respuestas a las preguntas dirigidas al conocimiento de la caracterización de la vejez que tienen los alumnos se identificaron cinco tendencias que posibilitan ordenar el material discursivo de la siguiente manera.

- a) La vejez como heterogénea y esperable
- b) La vejez como una etapa de la vida en la cual los sujetos son activos
- c) La vejez y su entorno social
- d) La vejez y la edad cronológica
- e) La vejez como imagen deficitaria

Se presentan a continuación las tendencias mencionadas y se ilustra con fragmentos de las respuestas que reflejan cada una de las mismas.

a) La vejez como heterogénea y esperable

Las respuestas agrupadas hacen referencia a la vejez como un momento esperable de la vida y con modos de presentación diversos.

- Todos vamos a llegar a la vejez.
- Tratar de llegar en las mejores condiciones.
- Personas avanzadas en años. Algunas con discapacidad.
- Por diferentes causas pueden llegar más dañados que otros o con diferentes patologías.
- Algunos están enfermos.
- Algunos cariñosos, buenos y otros tiene mal carácter, agresivos, mienten.
- Padres, profesionales, trabajadores.
- Sabios, experimentados, pero no todos.
- Personas, ante todo, quizás disminuidas físicamente.

En estas respuestas se concibe a la vejez como un período más a lo largo de la vida de todos los seres humanos. En la medida que se considera algo posible de que le ocurra a la propia persona existen más posibilidades de que se prepare para llegar en mejores condiciones para su propia vejez. Aunque no suficiente, la toma de conciencia suele ser una condición necesaria, para asumir conductas de prevención para la salud en las tres áreas de expresión del sujeto humano: bio-psico-social.

Esto a la vez posibilita la identificación con el adulto mayor a quien se dirigen las tareas de cuidado y consecuentemente la empatía. Ponerse en el lugar del otro le permite al cuidador proteger su práctica de actitudes de cosificación y de posibles situaciones de abuso y maltrato.

La teoría sobre el envejecimiento que subyace es la planteada en la perspectiva del curso vital y tiene en cuenta la heterogeneidad de los integrantes de este sector de la población.

En la referencia a la discapacidad, puede apreciarse en estas respuestas, el registro por parte de algunos encuestados que dentro del grupo de adultos mayores existe un subgrupo que representa a un porcentaje menor y que tienen algún grado de discapacidad.

b) La vejez como una etapa de la vida en la cual los sujetos son activos

Las respuestas hacen referencia de manera implícita a la Teoría de la Actividad.

- Llegar con las botas puestas.
- Seres humanos que aun pueden seguir creciendo intelectualmente y espiritualmente.

La expresión que trasciende culturas, “Llegar con las botas puestas”, refiere a la defensa de una posición subjetiva deseante y de reafirmación del propio Yo, de la propia identidad del sujeto, que se sostiene hasta el último momento de la vida de los seres humanos.

En la respuesta que menciona que son Seres humanos que aun pueden seguir creciendo intelectualmente y espiritualmente, refiere también a la expectativa de que es posible el desarrollo personal independientemente de la edad de cada ser humano. Se da importancia a la dignidad humana en cualquier tramo de la vida y se valora positivamente la participación en actividades que posibiliten el desarrollo personal, en consonancia con lo enunciado con la teoría de la actividad.

c) La vejez y su entorno social

En las respuestas pudo encontrarse una tendencia en la cual se concibe a las personas viejas en relación a sus vínculos y a su posibilidad de distintos intercambios a través de los mismos.

- Personas con vivencias, con historias interesantes que nos pueden enriquecer.
- Con necesidad de ser escuchados, comprendidos y de recibir amor.
- Son personas que necesitan contención y cuidado.

En las respuestas pueden encontrarse referencias implícitas al Modelo Teórico del Apoyo Social en el cual los adultos mayores se encuentran integrados en una red social. En la misma se cumplen funciones que incluyen el intercambio afectivo.

Coexiste, también en algunas respuestas, una concepción en la cual el adulto mayor es mayormente dependiente y necesitado de asistencia.

d) La vejez y la edad cronológica

En estas respuestas se pueden encontrar que los alumnos han tenido en cuenta un criterio cronológico para definir la vejez.

- Gente mayor de 60 años.
- Personas mayores de 60 años.
- Personas mayores de 65 años.
- Personas de avanzada edad.
- Pasando a la etapa de la tercera edad.

En las respuestas se encuentra que los encuestados hacen referencia a criterios cronológicos, sin conocer los consensos internacionales dedicados al tema y sin citar las fuentes bibliográficas. Las respuestas de los alumnos hacen referencia implícita a las normas puestas en vigencia por los organismos internacionales: Naciones Unidas, Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Madrid, 2002; Organización Mundial de la Salud.

f) La vejez como imagen deficitaria

Se encontraron respuestas que a través de distintas expresiones relacionan la vejez con la discapacidad, la depresión y la falta de vitalidad.

-) Personas que no tienen un objetivo para seguir viviendo.
-) Son las que no tienen ganas de vivir, no tienen proyecto, meta. Están desanimadas, disconformes con la vida.
-) Individuos que el cuerpo está envejecido.
-) La palabra viejo no existe para mí.
-) Personas limitadas físicamente o mentalmente.
-) Enfermos a los que hay que cuidar con idoneidad, honestidad y compromiso.

Se encuentra en estas respuestas una reiteración de referencias a la Biomedicalización del Envejecimiento. En estas respuestas, la vejez es claramente homologada a enfermedad, y dentro de la misma, particularmente, a la depresión.

Desde este punto de vista, se la caracteriza por la ausencia de proyectos vitales. Las ganas de vivir son un elemento privativo de la juventud. Tautológicamente se suele plantear en forma coexistente e inmediata la opción inversa: se es joven en la medida que se tienen objetivos para seguir viviendo.

Con respecto a la referencia a las tareas de cuidado que se mencionan en las respuestas, debe tenerse en cuenta el contexto en el cual se ha administrado la encuesta: el inicio del Curso de Formación de Cuidadores Domiciliarios. Aunque se haya mencionado verbalmente y por escrito la independencia de esta investigación de los elementos de evaluación del curso, pueden interpretarse que hubiera existido temor por parte de las futuras cuidadoras a ser descalificadas si no hacen en forma explícita su disposición al cuidado de los mayores.

Respuestas sobre la capacidad para el ejercicio de actividades: Análisis según las tendencias encontradas

En las respuestas a las preguntas dirigidas al conocimiento de la caracterización que hacen los alumnos sobre la capacidad de tienen las personas viejas para el ejercicio de actividades, se observan cuatro tendencias.

- a) La vejez y sus diferentes posibilidades
- b) La vejez como desafío social
- c) La vejez como etapa activa
- d) La vejez y los cambios en las capacidades

Se presenta a continuación las tendencias sobre la capacidad para el ejercicio de actividades según los puntos mencionados y se ilustrará con fragmentos de las respuestas que reflejan cada una de estas tendencias.

- a) La vejez y sus diferentes posibilidades

En esta tendencia se agruparon las respuestas que hacen mención a la diversidad posible en las formas en las cuales se presenta la vejez.

- Pueden hacer todo tipo de actividades excepto si tienen una minusvalía y depende cual.
- Hacer de todo, acorde a sus limitaciones según cada uno.
- No pueden lo que no quieren o por sus limitaciones físicas se lo impiden.
- Algunas pueden darnos amor.
- Algunos no pueden valerse por sí mismos.
- Pueden depender de ellas mismas según su capacidad.
- Pueden si algunos no tuvieran patologías mentales.
- Pueden ser sanos, con actitudes normales y equilibradas.
- No pueden, en caso de que estén postrados, sin posibilidades de movilizar.
- No pueden, si están discapacitadas, manejarse por si solas.

- Pueden trabajar, servir, ayudar, o todo lo contrario.
- No pueden hacer el mismo trabajo que un joven. Algunos.
- Pueden realizar tareas acordes a su edad, capacitación y gustos.
- No pueden, tal vez realizar actividades que hacían en su juventud, o tal vez las hagan más limitadas.
- Depende de su capacidad, ellos pueden hacer todo pero con ayuda.
- No pueden: depende de su estado físico y psíquico.
- Pueden valerse o no por si mismos. Expresarle al cuidador lo que piensan o sienten tomándolos como apoyo incondicional o amigos.
- Muchas cosas, de acuerdo a sus recursos, estado físico o mental.
- No pueden vivir sin afecto, solas...

Las actividades señaladas pueden agruparse como las esperables desde la Perspectiva del Curso Vital que prevé una amplia heterogeneidad de los individuos que forman parte de este grupo poblacional.

b) La vejez como desafío social

En esta tendencia se incluyó una respuesta que hace mención al desafío para la sociedad que implica la actual situación de la población de personas mayores.

- Se puede si se los tuviera más en cuenta y se los valorara como seres humanos.

La dificultad puede ser vista en términos sociales. La limitación estaría dada desde lo externo.

También puede entenderse que se considera, implícitamente por la persona encuestada, al interjuego existente entre individuo y sociedad. El sujeto viejo, inserto en una sociedad que discrimina, no es inmune a ese proceso instalado en la misma y pueden generarse en él procesos autodiscriminatorios.

La apelación a “si se los tuviera más en cuenta y se los valorara como seres humanos”, parece un difuso reclamo ante las dificultades que tiene la sociedad para adaptarse al vertiginoso ritmo de cambios en la estructura demográfica que viene ocurriendo desde la revolución industrial.

c) La vejez como etapa activa

En esta tendencia se agruparon las respuestas que surgieron en las encuestas sobre la capacidad para el ejercicio de actividades por parte de las personas viejas con una visión de las mismas que las considera personas activas dentro de la sociedad.

- Pueden seguir teniendo una buena vida.
- Sentir, experimentar, volar, tener ilusiones, dar amor y escuchar.
- No pueden, si se limitan mentalmente. Porque el límite también se manifiesta en personas jóvenes. Y no pueden.
- Pueden darse otra oportunidad para ser felices y fijarse nuevos objetivos.

Las distintas respuestas logradas hacen de manera implícita referencias a la teoría del envejecimiento activo.

La Teoría de la Actividad sostiene que los viejos deben permanecer activos tanto tiempo como les sea posible. Si algunas actividades ya no son posibles deben buscarse sustitutos para ellas.

Incluyendo asimismo elementos de la Teoría de la Continuidad, Salvarezza explica que “la personalidad previa del viejo debe servir como llave para comprender las reacciones a los cambios biológicos y sociales que se producen con la edad.” (Salvarezza, 2002)

d) La vejez y los cambios en las capacidades

A continuación se agruparon las respuestas que tienden a considerar los diversos grados de capacidad que tienen los mayores a la hora de desempeñarse en actividades en su sentido más amplio.

- También pueden hacer como una persona normal o más.
- Pueden hacer de todo pero menos.
- No pueden estar solas. No pueden ser maltratados.
- Pueden hacer varias cosas.
- No pueden hacer varias cosas.
- No pueden hablar con la forma de hablar de hoy.
- No pueden tener hijos.
- Estar solos.
- Si no se sienten viejas pueden ser muy útiles por sus experiencias.
- No pueden abandonarse y dar trabajo y pena a su familia.
- Caminar, conversar y en algunos casos; hasta cocinan.
- No pueden caminar, tienen dificultad para ir al baño, para comer y en algunos casos hasta usan pañales.
- Pueden hacer las cosas como todos nosotros, pero no tanto. Ejemplo: caminar, jugar, trabajar, salir.
- No pueden hacer cosas de las muchas actividades de la vida diaria.
- Enseñarnos de sus experiencias.

Este grupo de respuestas refiere a una vejez con pérdidas parciales de autonomía y cambios en las capacidades que sobrevienen durante el proceso de envejecimiento a nivel cognitivo como de las capacidades corporales.

Respuestas sobre actitudes ante la resolución de situaciones de la vida diaria de personas mayores. Análisis.

Se presentan a continuación el tratamiento del discurso provisto por las respuestas sobre las actitudes manifestadas en las encuestas para la resolución de situaciones de la vida cotidiana. Se ilustra con las respuestas elegidas entre las opciones ofrecidas en las encuestas.

En las respuestas a las preguntas dirigidas al conocimiento de la formas de resolución de situaciones problemáticas predomina una tendencia única.

- Le preguntaría que necesita.
- Nunca lo dejaría solo en el baño.
- Le preguntaría que necesita. Nunca lo dejaría solo en el baño.

La pregunta 12 de las encuestas interroga indirectamente por la imagen que el alumno tiene sobre el adulto mayor.

La búsqueda de una respuesta de manera indirecta apunta a superar los reparos provistos por niveles más concientes y racionales de la personalidad del alumno y de esta forma tener acceso a sustratos más irracionales que pueden mostrar de manera más franca la presencia de prejuicios.

Si el alumno supone a un sujeto activo, que su intimidad merece ser respetada y que es alguien que puede necesitar diversos grados de ayuda, se preguntará a sí mismo qué o cuál de la ayuda que como cuidador está en condiciones de ofrecer, la persona que recibe la ayuda, le está solicitando: Le preguntará qué necesita.

Si, en cambio, supone a un ser pasivo, objeto receptor de cuidados higiénicos, ajeno al pudor, ausente de deseo sexual, o a un enfermo con total pérdida de autonomía, su acción omitirá consultarlo e irrumpirá en el espacio de intimidad que representa el baño.

La mayoría de los encuestados responde señalando opciones que tienden a respetar la intimidad del adulto mayor. Estos señalaron la respuesta: “Le preguntaría qué necesita”.

Se registran también elecciones a la opción “Nunca lo dejaría solo en el baño”, sin embargo aunque la mayor parte de los que respondieron de esa forma, también consignaron la opción “a” presente entre las respuestas posibles en la encuesta, v. gr. “le preguntaría qué necesita”.

Esta combinación de datos puede ser interpretado como la intención de dar cuidado, a la vez que tener en cuenta las características de cada receptor de los mismos, o eventualmente, que las necesidades de cuidados pueden variar en distintas circunstancias de la vida de las mismas personas que están recibiendo los cuidados.

Respuestas sobre actitudes ante los prejuicios propios acerca de la vejez: Análisis según las tendencias encontradas.

Se presenta a continuación el tratamiento de las respuestas sobre las actitudes de los encuestados ante la aparición de prejuicios hacia los adultos mayores y se ilustrará con fragmentos de las respuestas que reflejan cada una de las tendencias encontradas.

En las respuestas a las preguntas que indagan de manera proyectiva sobre los prejuicios propios se encuentran dos tendencias.

- a) Apelación a la paciencia y a la autodisciplina
- b) Necesidad de capacitación

A continuación se desarrolla el análisis de las dos tendencias encontradas sobre los propios prejuicios de los alumnos. Complementariamente se ilustrará con fragmentos de las respuestas conseguidas con las encuestas a los alumnos.

- a) Apelación a la paciencia y a la autodisciplina

En esta categoría se agruparon las respuestas que muestran los recursos de los cuales disponen los alumnos en el momento inicial de los cursos para resolver situaciones de la vida cotidiana con las personas mayores.

- La mayor parte tiene que tener paciencia el vendedor.
- Pienso que el vendedor tiene que tener paciencia y ayudarlo.
- Que siempre las personas mayores molestan a los que no entienden y tienen poca paciencia.
- Ante todo, comprensión, paciencia. A la sociedad le falta esto; saber escuchar al otro. Amor!!
- Que el vendedor debería tener paciencia, no actuar de esa manera.
- El vendedor no tiene paciencia, que todos vamos a llegar a ser ancianos.
- Que las personas no tienen paciencia. Que ellos necesitan y que debemos pensar que nosotros también vamos a llegar a ser de la tercera edad.
- Hacerle comprender al vendedor que tenga paciencia y decirle que la persona es mayor.
- Que el vendedor tiene que tener paciencia para ayudarlo.
- Que el vendedor no tiene empatía con el cliente.
- Probablemente le diga unas cuantas cosas al vendedor, cuidándome, que me está oyendo la persona mayor.
- Que es un maleducado e insensible.

En esta pregunta, se interroga al encuestado por la actitud del vendedor hacia el adulto mayor. Indirectamente, se lo consulta por los recursos propios a los cuales apelaría en el caso de que la persona a quien está prestando cuidado, tuviera dificultades e hiciera de forma más lenta alguna actividad.

La figura del vendedor opera como representante de valores de la sociedad en este momento de la historia y como una figura que permite la depositación de manera proyectiva de los propios aspectos del encuestado que requieren ser revisados para el desempeño adecuado de actividades con los adultos mayores.

La apelación a la paciencia como un recurso de tolerancia se encuentra en las respuestas de manera extendida y estereotipada. Se convoca al uso de la propia tolerancia de una forma difusa, apelando al disciplinamiento del propio ritmo para realizar las acciones.

Desde este punto de vista, el enojo dirigido hacia el vendedor denota el trabajo de control inhibitorio de su propia impaciencia.

b) Necesidad de capacitación

En esta categoría se agruparon las respuestas que muestran la percepción que tienen los alumnos en el momento inicial de los cursos de sus propias falencias para resolver situaciones de la vida cotidiana con las personas mayores.

- Pienso que hay que estar preparado para este caso y para otros, ya que se trabaja con público.
- Que no se está preparado en los comercios como para tratar con los mayores.
- Que el vendedor está en un serio problema social y cultural.
- Es comprensible debido a su edad a veces se complica un poco.
- Con lo que estoy estudiando estoy preparada para entender y saber llevar la situación. Primero entiendo que es una persona con dificultades.
- Que él no va a tener siempre 20 o 30 años.
- Que le ayude más despacio, con educación.

En las respuestas encontramos que los alumnos consideran la necesaria preparación o capacitación para el desempeño de sus tareas como un recurso que les permitirá preservarse de ser agentes de maltrato y no tener que apelar exclusivamente al autocontrol de sus impulsos.

Cuando aluden al “serio problema social y cultural”, también se observa que algunos de los alumnos perciben el atravesamiento existente de los prejuicios que se encuentran presentes en la sociedad.

Respuestas sobre el conocimiento de los propios recursos y limitaciones: Análisis según las tendencias encontradas.

Se presenta seguidamente el análisis de las respuestas a las preguntas sobre el conocimiento que perciben los encuestados de los propios recursos y limitaciones. Se ilustra con fragmentos de las respuestas que reflejan cada una de estas tendencias. En las respuestas a las preguntas dirigidas al conocimiento los propios recursos que tienen los alumnos para la resolución de situaciones conflictivas aparecen cinco tendencias en el material discursivo.

- a) Recursos y atención de la salud
- b) Recursos y ausencia de conflictos
- c) Recursos y enfermedad
- d) Recursos y estimulación de la autonomía
- e) Recursos y reconocimiento de limitaciones

A continuación se desarrolla el análisis de las cinco tendencias encontradas sobre el conocimiento que tienen los alumnos sobre sus propios recursos y las limitaciones que encuentran como obstáculo en las tareas de cuidado. Complementariamente se ilustrará con fragmentos de las respuestas conseguidas con las encuestas a los alumnos.

- a) Recursos y atención de la salud

Las respuestas que se agruparon a continuación comparten la puesta en primer plano obstáculos asociados a la atención de la salud.

- Cuando los médicos no colaboran para darle mejor calidad de vida, que medican mal y uno tiene que buscar y escuchar otros profesionales.
- Si es hombre o mujer, la doctora piensa distinto.
- Que la familia no se encargue, no tenga en cuenta lo que le pueda decir como colaboradora.
- Me resulta conflictiva cuando no hay organización en el entorno familiar. Es muy difícil trabajar.
- El rechazo a la medicación. Rechazo al baño.
- Hacer lo que pide el paciente y no lo que está indicado por el médico.
- Observar que el médico no es claro con la familia al quitar algún tratamiento que puede llevar al deceso.

A través de la interrogación por potenciales conflictos se investigan el conocimiento que tiene el alumno sobre sus propios recursos y limitaciones para la solución de los problemas que él mismo supone que pueden surgir en su futura tarea como cuidador.

A partir de la lectura de varias respuestas se puede hipotetizar que varios de los alumnos encuestados ya tenían experiencias en las tareas de cuidado.

La enfermedad, pensada en términos individuales como asimismo patologías familiares o disfunciones en la red de apoyo social, es señalada como sobrecarga para las tareas que desempeña el cuidador domiciliario.

b) Recursos y ausencia de conflictos

Las respuestas que se agruparon a continuación tienen en común la referencia a la falta de percepción de conflictos en las tareas de cuidado.

- No tuve situaciones conflictivas y si existe alguna, trato de solucionarla.
- No tuve ningún conflicto.
- Primero pienso y actúo como se requiere en el momento.
- N/C

Si se considera la experiencia previa de los alumnos en roles de cuidador, la ausencia de conflictos puede haber sido registrada debido a la ausencia de los mismos en su práctica.

Si se considera, en cambio, que los alumnos son encuestados por el Coordinador General de uno de los Cursos de Formación de Cuidadores Domiciliarios, se tiene en cuenta que es la primera vez que ingresan al ámbito universitario y que la mayor parte de los mismos busca que su tránsito por el curso les aporte la posibilidad de una salida laboral, la falta de registro de conflictos puede estar sesgada por la sospecha de que la presencia de los mismos podría ser valorada negativamente y de esta forma perjudicar sus calificaciones o su aceptación en un potencial empleo.

c) Recursos y enfermedad

Las respuestas agrupadas a continuación ponen en primer lugar los estereotipos que tienen los alumnos sobre las personas mayores y los recursos que implementarían ante situaciones en las cuales algún grado de enfermedad se hiciera presente.

- Cuando se caen se rompen la cadera. Son operados, la rehabilitación.
- Que tenga una crisis, una descompensación importante o convulsiones.
- Tomaría el lugar de la persona mayor, y explicar al vendedor la situación en que se encuentra la persona, y que entienda que está enferma.
- No puede ir a ningún comercio solo. Con un tutor o estar en un geriátrico.

La imagen de la vejez que pone en primer plano el déficit se hace visible a partir de respuestas que incluyen aspectos relacionados con la enfermedad y los tratamientos médicos. Se puede observar respuestas que pueden denotar una generalización de aspectos negativos y deficitarios de la vejez cuando responden que las personas viejas no pueden ir a ningún comercio solas, que inclusive deberían tener una vida tutelada o vivir en una residencia geriátrica.

d) Recursos y estimulación de la autonomía

La respuesta presentada seguidamente tiene en cuenta la posibilidad de ofrecer soluciones alternativas desde su rol de cuidador que tiendan a estimular la autonomía de la persona cuidada.

- Trataría que vaya en horario menos activo (muchas personas toman como actividad el ir a realizar compras)

La respuesta que propone la realización de la salida a hacer las compras en un horario de menor actividad comercial puede interpretarse como una manera a través de la cual, el alumno, imagina que puede intervenir para lograr un acomodamiento de los horarios al ritmo existente en la ciudad . De esa manera podrá aprovechar estas actividades como un medio para la defensa de la autonomía, la continuidad de la vida activa y el intercambio de los viejos con otros sectores de la sociedad.

e) Recursos y reconocimiento de limitaciones

Se agrupan a continuación las respuestas que mencionan de distintas formas las dificultades que podrían surgir en sus tareas y el reconocimiento de la insuficiencia o conflicto entre recursos.

- Hay que bañar al paciente o medicarlo y no encuentro lo necesario.
- La señora de 90 años se puso agresiva conmigo de repente. Me atacaba, esto duraba más o menos 10 a 30 minutos. Al principio me asusté y no sabía qué hacer. Me callaba. Y les comuniqué a los hijos.
- Cuando le dio un coma diabético, porque la hija se lo provocó, por exigirle que comiera cuando ella no quería hacerlo.
- No comprenderme con la persona que cuido.
- La entrega de llaves y el manejo de dinero cuando se comparte la

responsabilidad con otra persona.

- Que se haya coartado mis funciones y desconfiar de ella.

Finalmente se han agrupado respuestas referidas la dificultad que significa para los cuidadores afrontar sus tareas con falta de recursos. Estos faltantes de recursos pueden ser de la más diversa índole. En los datos encontramos tanto ansiedades generadas por la falta de insumos necesarios para el desarrollo de cuidados en actividades básicas de la vida diaria como son elementos de higiene y medicamentos, pero también la falta de capacitación o la ausencia de un equipo profesional que organice, prescriba las actividades que deben ser abarcadas durante su horario y la necesaria coordinación con los integrantes de la red de apoyo informal.

5.2 Tratamiento de los datos de las encuestas tomadas al final de los cursos

En segundo lugar, finalizando los cursos, se indagó en los alumnos asistentes a los cursos de Formación de Cuidadores Domiciliarios, la posible presencia de prejuicios sobre las personas mayores. Para ello durante la última semana de clases, se les solicitó que completaran una encuesta.

La exploración en los alumnos de la presencia de estereotipos y teorías implícitas sobre las personas mayores se realizó a través de los siguientes temas:

- Caracterización de la vejez
- Capacidad para el ejercicio de actividades
- Actitudes ante la resolución de situaciones de la vida diaria
- Actitudes ante los prejuicios propios
- Conocimiento de los propios recursos y limitaciones

Respuestas sobre la Caracterización de la vejez: Análisis según las tendencias encontradas

Se presentan a continuación las tendencias que surgen del discurso de los alumnos sobre la capacidad para el ejercicio de actividades según los puntos mencionados. También se ilustra con fragmentos de las respuestas que reflejan cada una de estas tendencias.

En las respuestas a las preguntas dirigidas al conocimiento de la caracterización de la vejez que tienen los alumnos aparecen tres tendencias.

- a) La vejez y la valoración de la sabiduría
- b) La vejez y la edad cronológica
- c) La vejez y la autonomía

Se presentan a continuación las tendencias según los puntos mencionados y fragmentos de cada una para su ilustración.

a) La vejez y la valoración de la sabiduría

Las siguientes respuestas se agruparon debido a que hacen referencia a la sabiduría que puede ser compartida por las personas mayores.

- Encantadoras, comprendiendo su historia de vida, son sabias por su experiencia.
- Tienen mucha experiencia que pueden compartir y nos pueden ser útiles.

Las respuestas hacen mención a la posibilidad de que las personas viejas pueden ser portadoras de una sabiduría que produzca interés en las generaciones más jóvenes y hacen referencia al intercambio intergeneracional.

El posicionamiento del cuidador dentro de la red de apoyo social de las personas mayores se da en una relación dialéctica. Existe en la red la posibilidad de un intercambio multidireccional consistente en compañía social, apoyo emocional, guía cognitiva y consejos y de ayuda material, de servicios y acceso a nuevos contactos. Tal como es señalado en el Modelo Teórico del Apoyo Social que subyace como teoría implícita en estas respuestas.

b) La vejez y la edad cronológica

En esta tendencia se agruparon las respuestas que en la caracterización de la vejez hacen referencia al paso del tiempo.

- Viejas.
- Personas en edad avanzada.
- Adultos mayores.
- Sujetos de avanzada edad.

- Es una persona mayor de 70 años.
- Persona con muchos años.
- Adultos mayores de 70 años.

En estas respuestas predomina la definición de la vejez según el criterio de edad cronológica. La edad en la cual se ubica al período de la vejez tiende a ser mayor que el consignado por los organismos internacionales: Naciones Unidas, Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Madrid, 2002; Organización Mundial de la Salud.

c) La vejez y la autonomía

En esta tendencia se agruparon respuestas que presentan en primer plano la condición de persona de los viejos a quienes se les solicitó caracterizar.

- Personas capaces de decidir por ellas mismas, de tener una mejor calidad de vida, porque son sujetos no objetos.
- Pensaba que era enfermedad, tristeza, etc. Pero son Adultos mayores que están en la última etapa de la vida.
- Personas mayores que merecen todo nuestro respeto y comprensión.

La concepción del adulto mayor como sujeto derecho aparece recientemente en nuestra cultura en forma superadora de criterios anteriores. En el transcurso del siglo XX la sociedad de beneficencia fue reemplazada por la política de patronatos. En la actualidad, de políticas sociales diagramadas para la asistencia social a los adultos mayores, se pasa al desarrollo de políticas que abordan a la población de personas mayores desde la perspectiva de los derechos humanos.

Desde esta nueva concepción el viejo es considerado titular de un derecho. Esto, a su vez, tiene un correlato con la propia actitud de empoderamiento de esos derechos, que lo llevan a asumirse a él mismo como sujeto de derechos.

Capacidad para el ejercicio de actividades: Análisis según las tendencias encontradas

En las respuestas a las preguntas dirigidas al conocimiento de la caracterización que hacen los alumnos sobre la capacidad de tienen las personas viejas para el ejercicio de actividades, aparecen dos tendencias.

- a) La vejez y sus diferentes posibilidades
- b) La vejez y la estimulación de la autonomía

Se presentan a continuación las tendencias sobre la capacidad para el ejercicio de actividades según los puntos mencionados y se ilustra con fragmentos de las respuestas que reflejan cada una de estas tendencias.

- a) La vejez y sus diferentes posibilidades

En esta tendencia se agruparon respuestas de los alumnos que hacen mención a las distintas potencialidades que tienen los adultos mayores en sus vidas.

- Todo lo que esté dentro de su capacidad y sus límites.
- Realizan cosas tal vez a distinta velocidad que un joven, pero pueden hacerlo todo.
- Hacer todo lo que está a su alcance.
- No pueden realizar ciertas actividades o salidas, etc. Depende mucho de su calidad de vida mental-física. También depende su entorno familiar.
- Pueden tener una mejor calidad de vida.
- No pueden dejar de tener una vida activa siempre que su salud lo permita.
- Pueden caminar, trabajar con menos horas, divertirse, comer, bañarse hasta que ellos puedan.
- No pueden correr una maratón, trabajar 14 hs, ni comer en exceso. Pueden todo pero menos.
- Pueden hacer la AVD o AVDI si se les da un tiempo determinado.
- No pueden ser abandonados.

- Pueden hacer deportes, trabajos o actividades en el hogar según su capacidad se lo permita.
- No pueden estar sin afectos.
- “Hacer todo” dependiendo de sus capacidades funcionales y patológicas.
- Pueden todo dependiendo de su capacidad y patología.
- Pueden hacer muchas cosas, claro no como antes.
- Valerse por sí mismos si el envejecimiento es normal porque solo sufren enlentecimiento.
- No pueden vivir solas sin red de apoyo si sus condiciones físicas o psíquicas no son buenas.

Las respuestas hacen referencia la perspectiva que desde diversos autores se alinea en una perspectiva del Curso Vital y que permite comprender al envejecimiento como un proceso de diferenciación progresiva de los individuos.

Se concibe al mismo como un proceso que está presente en todas las formas de formas de vida. Sus características y su complejidad difieren según las distintas especies de seres vivos, las presentaciones individuales y el momento histórico por lo cual se entiende al conjunto de las personas mayores como un grupo formado por sujetos heterogéneos diferenciados.

b) La vejez y la estimulación de la autonomía

En esta tendencia se agruparon las respuestas que aluden a las posibilidades que tienen las personas viejas y al aporte que pueden proveerles los alumnos en su futuro rol de cuidadores.

- Pueden todo con la ayuda de un buen cuidador profesional.
- Puede todo en realidad, dependiendo, y debemos lograr con ellos su independencia en lo que se pueda.

- Si pueden; tal vez haya alguna enfermedad pero con la ayuda de una terapeuta y el cuidador podrá recuperarse para que el AM pueda seguir con la última etapa de la vida y que sea plena y tranquila.

Se incluye la posibilidad de algún grado de dependencia por parte de los adultos mayores. En la actualidad el rango de edad que abarcamos al referirnos a la vejez es tan amplio que no resulta extraño que dentro del mismo existan posibilidades de que queden incluidas personas con diverso grado de dependencia o de discapacidad.

Estas respuestas están incluyendo a esos sectores de la población y, sobre todo, hacen referencia a su futura función desde el rol de cuidadores de adultos mayores. La misma se vislumbra como complementaria de los aspectos necesitados del adulto mayor.

Actitudes ante la resolución de situaciones problemáticas

En las respuestas a las preguntas dirigidas al conocimiento de la formas de resolución de situaciones problemáticas surge una tendencia única.

- Le preguntaría que necesita.
- Le preguntaría que necesita. No lo dejaría solo en el baño si tuviera problemas motrices. Siempre con respeto.
- Le preguntaría que necesita. Y en caso que me necesite colaboro.
- Le preguntaría que necesita. Nunca lo dejaría solo en el baño.

Los encuestados que responden “Le preguntaría qué necesita”, suponen a un sujeto activo, el cual es dueño de su intimidad y en consecuencia, la misma merece ser respetada. La persona mayor con quien desempeñan sus tareas de cuidadoras es visto como alguien que puede necesitar distintos tipos de ayuda y, debido a eso, es necesario preguntar antes de dar.

Alguna de las alumnas menciona también que el adulto mayor que recibe el cuidado puede llegar a tener problemas motrices. Se refiere, entonces a que pueden existir algunas condiciones particulares que justifiquen la puesta entre paréntesis de los diques saludablemente contruidos: el asco, la moral y la vergüenza.

“Siempre con respeto”, refiere a que el alumno tiene conocimiento de que se están dejando por un momento de lado esos diques debido a circunstancias excepcionales de la persona que recibe su cuidado, pero no por ello eliminan su condición de sujeto.

Actitudes ante los prejuicios propios. Análisis según las tendencias encontradas.

En las respuestas a las preguntas que indagan de manera proyectiva sobre los prejuicios de los propios alumnos surgen cuatro tendencias que permiten ordenar el material discursivo de la siguiente manera.

- a) Prejuicios y capacitación
- b) Prejuicios y reconocimiento
- c) Prejuicios y el rol de cuidador domiciliario
- d) La vejez como un problema de la sociedad

Se presentará seguidamente el análisis de las tendencias señaladas en los cuatro puntos ya mencionados y se ilustrará con fragmentos del discurso surgido en las encuestas.

- a) Prejuicios y capacitación

En esta tendencia se incluyó a la respuesta que hace referencia a la capacitación como una posible solución ante la presencia de prejuicios.

- Me parece que el que está en el lugar equivocado es el vendedor, poca calidad humana y capacitación.

Hacia la finalización del curso, la capacitación aparece como un recurso que ha permitido la ubicación del cuidador en el vínculo con las personas viejas. Por lo mismo, es utilizado en la comprensión de la actitud del vendedor, quien es significado en la respuesta como el equivocado por no haber contado con la formación pertinente.

b) Prejuicios y reconocimiento

En esta tendencia se han agrupado a las respuestas que denotan la posibilidad de que el actor de una escena pueda reconocer la carga de estereotipos que operan sobre sí mismo.

- Algunos AM ya no manejan el dinero con tanta rapidez. Puede que el comerciante no tenga un buen día o tenga prejuicios que los viejos hacen perder el tiempo.
- En esta situación le acompañaría a pagar la cuenta.
- Si la persona mayor no entiende tal vez no escuche bien y tenga que hacer una consulta, o salir con un acompañante.
- Tiene que ir acompañada. El acompañante debe transmitir al vendedor que también llegara a esa edad.
- Pensaría que el vendedor es un prejuicioso.
- Pienso que ahora en estos tiempos no dan importancia al AM y que hay muchos prejuicios entre los jóvenes-Adultos, Adultos-jóvenes.
- Debe tener paciencia y hacerle entender que lo que hace es en cierto modo discriminación hacia el adulto mayor.

La presencia de contenidos específicos en el programa del curso formación de cuidadores dedicados al conocimiento de los prejuicios hacia la vejez y el trabajo durante las clases permite que los alumnos reconozcan la presencia de los mismos en escenas de la vida cotidiana.

c) Prejuicios y el rol de cuidador domiciliario

Bajo esta tendencia se han agrupado elementos del discurso encontrados en las respuestas que permiten ver la valoración del rol que puede tener el cuidador para modificar la situación de prejuicio hacia las personas mayores.

- El vendedor desconoce como tratar a un adulto mayor. Le hablaría al vendedor para que tome conciencia y no vuelva a suceder.
- Estaría al lado del adulto mayor para que se sienta seguro.
- Ante una situación conflictiva le hablaría, tratando de saber el problema, preguntando y negociando la situación.
- Ante una crisis les hablaría a sus familiares.
- Frente a un caso de adicción a un medicamento del paciente, me comunico con su Doctor.
- Tratando de tener calma y dejar el conflicto para después.
- Ante la sobremedicación, se deberá tener mucho cuidado en los horarios y tener los remedios bajo llave.
- Charlando con la familia con colegas.
- Adulto mayor con demencia y emocionalmente inquieto tiene ansiedad, dice cosas incoherentes, trataría de no contradecirlo y calmarlo.
- Trataría de mantener en calma al AM y luego tratar que el vendedor se calme.
- La persona no se quiere bañar o comer, se debe negociar para que cambie su postura.
- El tema de horarios y manejo de dinero lo resolvería charlando con el familiar referente.

Al finalizar los cursos, los alumnos incluyen en sus respuestas de manera explícita o implícita, referencias a un nuevo rol asumido a partir de su capacitación y los efectos de la legitimación de sus tareas en su identidad personal. El rol de cuidador, surge en distintas respuestas mostrando una participación activa para generar soluciones en las escenas propuestas para la investigación de la presencia de prejuicios.

d) La vejez como un problema de la sociedad

Esta respuesta muestra una referencia a la dificultad que tiene la sociedad para abordar los temas de la vejez.

- La población no está preparada para una población envejecida. No hay paciencia para los Adultos Mayores.

La respuesta parece comprender la dimensión social que enfrenta el mundo actual. Es un reduccionismo atribuir al vendedor y a los representados por él, cada individuo de nuestra sociedad. La dificultad no puede ser resuelta por la acción de uno sólo de los individuos que la conforman, es un tema que posee una dimensión de complejidad que necesita ser abordado por la sociedad en su conjunto.

5.3 Tratamiento comparativo de los datos de las encuestas tomadas al inicio y al final de los cursos

A continuación se presenta el análisis comparativo entre los resultados obtenidos en las encuestas realizadas al inicio de los cursos y los resultados que se obtuvieron en las encuestas completadas sobre la finalización de los mismos.

Para el referido análisis se compara el material discursivo de los alumnos obtenido en ambas encuestas. El mismo estará ordenado según los siguientes temas:

-) Caracterización de la vejez
-) Capacidad para el ejercicio de actividades
 - Actitudes ante la resolución de situaciones de la vida diaria
 - Actitudes ante los prejuicios propios
 - Conocimiento de los propios recursos y limitaciones

Caracterización de la vejez. Análisis comparativo de los datos obtenidos en ambas encuestas.

La edad cronológica a la cual hacen referencia las alumnas en la encuesta realizada al final del curso es 10 años mayor que la cifra que habían consignado en la encuesta al principio del curso.

Se observa una desaparición del estereotipo deficitario de la vejez.

En forma muy significativa, en las respuestas consignadas al final de los cursos que indagan la caracterización sobre la vejez, no aparecen referencias a la biomedicalización de la vejez.

La crítica al modelo biomédico era inexistente en las respuestas encontradas en las encuestas realizadas al inicio de los cursos. Sobre el final de su formación, en cambio, una alumna encuestada reflexiona sobre su propia posición prejuiciosa anterior en los siguientes términos: “Pensaba que era enfermedad, tristeza, etc. Pero son Adultos mayores que están en la última etapa de la vida.”

Capacidad para el ejercicio de actividades. Análisis comparativo de los datos obtenidos en ambas encuestas.

Se detecta la introducción en las respuestas encontradas al final de los cursos de su propio aporte desde el rol de cuidadores.

Esta modificación permite ser interpretada como una apropiación por parte de los alumnos, ya próximos a egresar, de nuevos recursos técnicos y de una imagen de la vejez que puede tener continuidad en el curso vital, en el despliegue de sus recursos desde una posición, aunque necesitada de complementos para la dependencia, esencialmente activa y con la oportunidad de seguir viviendo inserto en la comunidad.

Actitudes ante la resolución de situaciones de la vida diaria. Análisis comparativo de los datos obtenidos en ambas encuestas.

En las respuestas de la segunda encuesta desaparece como respuesta exclusiva la opción: “nunca lo dejaría solo”.

El cambio, como se señala en el análisis de las encuestas aplicadas en la última parte de los cursos las respuestas dadas en conjunto con otras, muestra de manera diferente, un punto de vista de los alumnos que descarta, o tiende a limitar, actitudes de ellos mismos, de sobreprotección a los viejos, de invasión a su intimidad o cuestionamiento de la condición subjetiva de los mismos.

Actitudes ante los prejuicios propios. Análisis comparativo de los datos obtenidos en ambas encuestas.

A diferencia de los resultados de las encuestas iniciales, en las segundas no aparece la apelación al autodisciplinamiento como instrumento para acercarse a las personas que recibirán sus cuidados.

Surge una nueva actitud autorreflexiva sobre la propia conducta y la posibilidad de que exista en los propios cuidadores el uso de estereotipos sobre la vejez.

Conocimiento de los propios recursos y limitaciones. Análisis comparativo de los datos obtenidos en ambas encuestas.

En las respuestas obtenidas por el instrumento de recolección de datos al final de los cursos no aparece la preocupación por la falta de recursos para el cuidado.

Se rastrea en las respuestas una nueva actitud expresada desde la asunción de su posicionamiento de cuidador, formando parte y participando activamente en la red de apoyo social de las personas viejas.

Finalmente, aparece una mención a la complejidad del fenómeno que implica para la sociedad la transición hacia una sociedad que incluya la diversidad de sujetos que la componen e incluída dentro de la misma un sector conformado por las personas mayores.

5.4 Tratamiento y análisis de los datos de las entrevistas en profundidad

En esta parte se da tratamiento y se analizan los datos de las entrevistas realizadas a los alumnos después de egresar de los cursos.

En el tratamiento de los contenidos las entrevistas se encontraron tres tendencias.

-) Caracterización de la vejez y actitud ante la autonomía
-) Formas de afrontamiento y estado de salud
-) Elementos del curso que produjeron modificaciones

A continuación se analizan las distintas tendencias encontradas y se da ilustración a las mismas incluyendo material discursivo recabado durante las entrevistas.

Caracterización de la vejez y actitud ante la autonomía. Análisis del discurso de los egresados en las entrevistas en profundidad.

Se ha agrupado a continuación material discursivo obtenido durante las entrevistas que hace referencia a la caracterización que los egresados de los cursos hacen de las personas viejas y la percepción que tienen de las capacidades para la toma de decisiones sobre ellos mismos y situaciones de su vida cotidiana. A continuación se ilustra con material de las entrevistas y se analiza el mismo.

- Eso de pensar que el adulto mayor no tiene capacidad de ser autónomo. Una quería hacerle todo. Que no haga nada. Ahora trato de estimularlo. Sienten que son personas. Que pueden hacer cosas por ellos mismos y por su familia. Les hace bien.

- Ella quería hacer sus cosas con autonomía. Es por eso que tuvo el accidente y falleció. Pero al ser independiente esta Señora no quería que yo la ayudara a higienizarse o a bañarse. (...) Que yo la sostenía del brazo, porque si no me tenía que meter debajo de la ducha con ella. Yo la tenía que higienizar mientras ella estaba sentada en una silla de plástico, pero ella no quería.
- Antes tenía desconocimiento. Yo nunca me había puesto a pensar que a partir de cierta edad empiezan los cambios psicológicos, biológicos.
- Tenés que tratar de entender. (...) No se puede exigir cambios a una persona que fue educada así.
- Cuesta tener paciencia, cuesta entenderlos. Para mi era tener paciencia. Es un trabajo me decía. Te hace tomar clases para aprender. Ver como manejar las situaciones. No dejarse llevar por la ansiedad.
- Ella se recuperó muy rápido. Se manejaba por sí sola. Se levantaba y a veces la encontrábamos en el baño. Y ella tenía mareos. Yo me levantaba para ir a la cocina o al baño y te la encontrabas en el baño o en la cocina. Agarrando la escoba o tendiendo la cama.
- Una señora que yo cuidaba, quería que yo haga las cosas de la casa y no quería que la ayude con su cuidado personal.
- Comprender, entender, respetar las costumbres de ellos. Por ejemplo: dónde dejan los objetos, la ropa. Cómo ordenan su placard, el calzado. No parecen importantes pero son importantes.
- Hace la cama. Antes creía que tenía que hacerla uno. Si no la sobreprotege.
- No es fácil decirle: sentate y hacé. Sino como busco estrategias para que ella lo haga.
- Aprendimos que es bueno buscar unas estrategias para que ella lo pueda hacer.
- La manera de manejarlo. De instar al paciente a que se mueva por si mismo.
- Antes no lo hacía. Antes yo hacía todo.
- También me sirvió el tema de los prejuicios. Por ejemplo con la parte sexual. Antes lo miraba como... Ahora no le veo nada de malo a que una persona mayor esté en pareja y tenga sexo.
- El tema del enamoramiento. "Estoy vivo y puedo."

- Me parece muy bien la gente mayor que está enamorada.
- Que una por su formación dice: quedó viuda y ya está. Ahora me parece muy bien que puedan enamorarse.
- Antes lo veía de otra manera. Decía: ¡Ay, que viejo asqueroso! ¡Cómo va a hablar de sexo!
- Escuché increíbles historias contadas por ellos a través de todos los días que voy a cuidar.
- Me dicen: Te estaba esperando.
- El trato pasa a ser de vos.

En las respuestas transcritas arriba se detectan modificaciones en las actitudes de los entrevistados antes y después de la experiencia del Curso de formación de Cuidadores. Se encuentran referencias, de parte de los propios egresados, a una conciencia del propio proceso de modificación que han tenido durante el transcurso de su formación como cuidadores.

Mayoritariamente se encuentra una valorización positiva de la autonomía de las personas mayores y surgen actitudes para la defensa de los recursos usados por parte de los receptores del cuidado para el desempeño de las actividades de la vida diaria.

Según los datos surgidos de las entrevistas, los egresados valoraron positivamente conocimientos adquiridos en áreas psicosociales y de derechos de las personas viejas. Compararon sus actitudes (y conductas en los casos que ya estaban ejerciendo tareas de cuidado) y los propios entrevistados tienen conciencia de los cambios producidos especialmente en esas áreas.

Se valoran conocimientos adquiridos durante los cursos. Ha surgido interés para incrementar su capacitación.

Aparecen asimismo dificultades para resolver la tensión que se genera entre el respeto por la autonomía y la incertidumbre por la pérdida de control de las conductas de personas a su cuidado.

Formas de afrontamiento y estado de salud. Análisis del discurso de los egresados en las entrevistas en profundidad.

A continuación se analiza material discursivo obtenido durante las entrevistas que refiere a las formas de afrontamiento del proceso de envejecimiento y al estado de salud de las personas cuidadas. Se ilustra con material de las entrevistas.

- Yo veo que cuando tienen una enfermedad se ponen negativos. Trato de transmitirles que es algo que va a pasar. Hay que darles contención. Después se le nota en el rostro.
- Me pude dar cuenta cuando estuve en traumatología. Estaban agradecidos de que una los tratara bien.
- Trabajo de enfermería y de cuidadora: estar alentando más allá de lo que pueda pasar al final. (...) ¿Qué puede pasar el final? ¿Qué puede pasar?: la muerte.
- Muchas veces tienen una patología de base y bueno...
- Hay que prestar atención en los temas de la salud que tengan. Que a veces uno no lo tiene en cuenta y son importantes.
- (Crítica a) que los adultos mayores tomaran tantos medicamentos
- Me sirvió para perder los miedos.
- Tomo el curso como una apertura en todo sentido.

El modelo de abordaje basado en la biomedicalización de la vejez aparece cuestionado en varias respuestas.

Las formas de afrontamiento de la tarea y las dificultades que surgen están fortalecidas a partir de los conocimientos adquiridos.

El ejercicio del rol de cuidadores los enfrenta a personas con distintos grados de dependencias y patologías. Debe tenerse en cuenta que los servicios de atención domiciliaria no indicarían las horas para los cuidados o las familias no solicitarían los

servicios de un cuidador si no se hubiere producido algún grado de dependencia o la presencia de enfermedades en las personas a quienes se le prestan los cuidados.

La comprensión de la dependencia que los cuidadores transmiten en las entrevistas incluye la referencia a la existencia de amplias áreas en las cuales es posible el funcionamiento autónomo. El mismo, merece ser respetado y estimulado.

Elementos del curso que produjeron modificaciones. Análisis del discurso de los egresados en las entrevistas en profundidad.

Seguidamente se agrupan contenidos del discurso obtenido durante las entrevistas con los egresados de los cursos de formación de cuidadores domiciliarios. Los contenidos hacen referencia a elementos de los cursos que determinaron modificaciones en los alumnos sobre estereotipos y teorías implícitas hacia las personas mayores que eran portadas por los mismos al inicio de los cursos.

Se analizan dichos contenidos y se ilustran con fragmentos de las entrevistas.

- La obra de teatro que vinieron a hacer una la facultad.
- La película Elsa & Fred.
- Cuando fuimos a ALPI.
- Los cuidadores que vinieron a dar su experiencia
- Las clases de los docentes, de los coordinadores. Nos transmitieron la idea de que no perdamos la actitud positiva.

- Los profesores nos transmitieron con esa manera que ellos tenían de explicarnos las experiencias de ellos también.
- No perder de alentar a la vez que darle los tiempos que necesite cada uno en cada situación. Yo capté eso al final del curso.

- Aprendés muchas cosas. Para la salud de las personas y para uno mismo. Para mi fue positivo.
- No sólo lo que leímos sino cómo ellas daban la clase. Más la clase que ellas daban.
- Cómo las profesoras lo transmitían.

En los datos obtenidos se hace referencia a los contenidos curriculares y a los diversos recursos implementados para su transmisión en el proceso educativo: las clases dictadas por los profesores; las actividades organizadas por los coordinadores; la presentación de películas, obras de teatro del Grupo de Teatro del Club Sociedad Hebraica Argentina que desde hace años trae la presentación de sus obras a la Facultad de Psicología en el marco de la Cátedra de Psicología de la Tercera Edad y Vejez; su discusión y análisis en dinámicas grupales que promueven la reflexión y la empatía con los protagonistas.

Aparece como hallazgo de la investigación el encuentro de varias respuestas referidas a la forma en cómo fueron transmitidos los contenidos del curso.

Se hizo explícita, especialmente, la positiva valoración que hacen los egresados, que los docentes a cargo de las clases y la coordinación de los cursos tengan formación gerontológica y señalan la importancia de que fueran docentes con amplia experiencia en tareas profesionales y de cuidado con personas viejas para hacer posible la revisión de los prejuicios, estereotipos y teorías implícitas sobre las personas mayores.

6. Conclusiones

La investigación ha permitido encontrar que luego del curso los alumnos modifican el estereotipo de vejez deficitaria e inclusive surge de manera explícita una postura crítica

a la biomedicalización de la vejez y a las propias actitudes sobreprotectoras que tenían previamente hacia las personas mayores.

Se detecta que los egresados reconocen la posibilidad de la existencia en ellos mismos de prejuicios hacia los mayores y la confianza en la capacitación como la manera de acceder a su revisión. Los cuidadores han avanzado a una comprensión de la temática de la vejez como un fenómeno que es necesario que sea afrontado por la sociedad en su conjunto.

Los contenidos de los cursos han permitido el conocimiento de la heterogeneidad de formas en que se presenta la vejez y la importancia de la autonomía, aún en los casos en que aparezca algún grado de dependencia.

Como un hallazgo de la investigación ha surgido la valoración positiva del aporte de los docentes y los coordinadores permitido por su formación gerontológica y la importancia de que los mismos tuvieran amplia experiencia en tareas con personas viejas para la modificación en los asistentes de los prejuicios, estereotipos y teorías implícitas sobre las personas mayores que portaban al inicio de los cursos.

7. Bibliografía

- Abramovich, G. y Bosque, L.: Ponencia en el Panel “Cuidadores y Cuidados”, en el I Congreso de la Cátedra de Psicología de la Tercera Edad y Vejez:

“Envejecimiento y Vida Cotidiana”, I Encuentro de alumnos y Egresados de la Carrera de Gerontología Comunitaria e Institucional, II Simposio sobre Dispositivos Terapéuticos en Psicogerontología. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. 11 y 12 de septiembre de 2009.

- Aguas, S. “Análisis de los efectos experimentados por los familiares cuidadores de adultos mayores con déficit en actividades de la vida diaria.” Tesis de Maestría en gerontología social, UAM - IMSERSO. 1997. Sin publicar.
- Aguas, S. “Argentina: Relato sobre el Abuso en la Vejez”. Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Naciones Unidas. Foro de ONG's. Madrid. 2002.
- Aguas, S. “Cómo Perciben los Adultos Mayores el Maltrato”. Revista Latinoamericana De Gerontología. N° 1. Mayo 1996.
- Aguas, S. Familias que Cuidan - Una Protección Social Invisible. Revista Hechos y Derechos. Subsecretaria de Derechos Humanos y Sociales. Presidencia De La Nación Argentina. N° 6. 1999.
- Arias, C. “Composición de la Red de Apoyo Social de Adultos Mayores: Vínculos Familiares y no Familiares”, en Golpe, L. y Arias, C. Sistemas Formales e Informales de Apoyo Social para los Adultos Mayores. Aportes de una investigación científica al campo de la Gerontología Institucional Mar del Plata: Suárez. 2005.
- Arias, C. “El apoyo social en la vejez: Alternativas de acción frente a los desafíos del envejecimiento poblacional.” Perspectivas en Psicología, 5 (2) 2008a.
- Arias C. “El modelo de apoyo social en la vejez”, artículo inédito elaborado para la Cátedra de Psicología de la Tercera Edad y Vejez. Facultad de Psicología. U. B. A. 2008b.
- Barusch, A. “Elder Care. Family training and support.” Sage Publications. 1991.
- Barros Lezaeta, C.; Muñoz Mickle, M. “Relaciones e Intercambios Familiares del Adulto Mayor”, en Revista de Trabajo Social, Perspectivas Notas sobre Intervención y Acción Social, Año 8, N° 12, 63-72. Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez, ISSN 0717-1714. Santiago de Chile. 2003.
- Bazo, M. T. “El estatus familiar y la salud, elementos clave en la institucionalización de personas ancianas.” Revista de Gerontología, 1991; 1.

- Bourdieu, P. "Clase inaugural", impartida el 23 de abril de 1982 en la Cátedra de Sociología del Colegio de Francia. En Bourdieu, P. Sociología y cultura. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes. Ed. Grijalbo. 1982.
- Busse, E. W.; Blazer, D. "Handbook of Geriatric Psychiatry." New York. Van Nostrand Reinhold. 1980.
- Butler, R.: "Ageism in the Health Care System: Short Shrifted Seniors?" Before the U.S. Senate Special Committee on Aging United States Senate. May 19th 2003.
- Butler, R.: "Envejecimiento global. Desafíos y oportunidades del próximo siglo." Buenos Aires. Gerontología Mundial. Año 1, N° 1. 1993.
- Butler, R. y Lewis, M. (1973) "Aging and Mental Health. Positive psychosocial and biomedical approaches". St Louis. C. V. Mosby Co. 1982.
- Corominas J. y Pascual J.: "Diccionario Crítico Etimológico Castellano e Hispánico." Madrid. Ed. Gredos. 1980.
- Cummings, E. y Henry, W. "Growing Old: The process of disengagement." New York. Basic Books Inc. 1961.
- Chapot, S. y Mingorance, D. "Duelo normal y duelo patológico. Su abordaje clínico en el envejecimiento." En Temas de Psicogerontología: Investigación, clínica y recursos terapéuticos. Chapot, Guido, López, Mingorance, Szulik, compiladores. Buenos Aires. Editorial Akadia. 2009.
- Dulcey-Ruiz, E. y Uribe Valdivieso, C.: "Psicología del Ciclo Vital: Hacia una Visión Comprehensiva de la Vida Humana" en Revista Latinoamericana de Psicología 2002 vol. 34 n° 1
- Durán, María. A.. "Los costes invisibles de la enfermedad", 2da ed. Madrid. Fundación BBVA. 2003.
- Estes, C. y Binney, E. "The Biomedicalization of Aging. Dangers and Dilemmas", in Critical Perspectives on Aging: The Political and Moral Economy of Growing Old. Ed. Minkler M. y Estes C. Amityville, N. Y. Baywood, 1991. (traducido como La Biomedicalización del Envejecimiento. Peligros y Dilemas).
- Ey, H. Tratado de Psiquiatría - Capítulo XII Trastornos mentales de la senilidad. Pág. 806. 5ta edición francesa. Barcelona. Masson SA. 1978.
- Fernández-Ballesteros, R.; Izal, M.; Montorio, I.; González, J. L.; Díaz-Veiga, P. Evaluación e intervención psicológica en la vejez. Barcelona. Ediciones Martínez Roca. 1992.

- García, N. Percepción del maltrato por los adultos mayores urbanos. Cuadernos del Congreso Internacional del Maltrato, Universidad del Bío-Bío, Chillán, Chile. Noviembre 2001.
- Gascón, S. "Argentina: Políticas y Programas para personas adultas mayores." Documento de la Reunión de Expertos en redes de apoyo social a personas mayores. Santiago de Chile. CEPAL-CELADE. 2002.
- Gastrón, L. Sociología de la vejez. Maestría en gestión de servicios de gerontología. Universidad Isalud. 2004.
- Gil Lacruz & Frej Gómez. "Intervención comunitaria: A propósito del programa aragonés de rentas mínimas". En M. F. Martínez García (comp.), Psicología Comunitaria (pp. 39-61). Sevilla: EUDEMA. 1993.
- Goffman, E. "Estigma. La identidad deteriorada". Buenos Aires. Ed. Amorrortu. 1970.
- Goffman, E. "Internados. Informe sobre la situación social de los enfermos mentales". 1ra edición. 8va. Reimpresión. Buenos Aires. Amorrortu Editores. 2004.
- Guido, P. "Vejez y Familia. Cuidadores y Cuidados." En Temas de Psicogerontología: Investigación, clínica y recursos terapéuticos. Capítulo 10. Buenos Aires. Ed Akadía. 2009.
- Guido, P y Mingorance, D. L. "Cuidadores y Cuidados. Vínculos y dependencia: del malestar al bienestar." En Desafíos y logros frente al bien-estar en el envejecimiento. VII Jornadas de Psicología de la Tercera Edad y Vejez. EUDEBA. Buenos Aires. Editorial Universitaria de Buenos Aires, 2009.
- Guzmán, J., Huenchuan, S. Montes de Oca, V. Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. Notas de Población. Número especial . Redes de apoyo social de las personas mayores. CEPAL. CELADE. Naciones Unidas. 2003.
- Guzmán, J. M., Huenchuán, S. "Maltrato contra personas mayores e imagen del envejecimiento". CELADE / División de población, CEPAL. MATERIAL DE APOYO. Sala de reunión del CELADE. Santiago de Chile, 12 de junio de 2003.
- Hareven, T. K. "Aging and generational relations, Life-course and cross-cultural perspectives". New York. Walter de Gruyter Inc. 1996.

- Havinghurst, R. J. "Successful aging." En Williams, R., Tibbits, C. and Donahue, W. Process of aging, social and psychological perspectives. New York. Atherton. 1963.
- Havinghurst, R. J. y Albrecht, R. Older people. New York. Arno Press. Longman and Green. 1953.
- HelpAge. "Estado Mundial de las Personas Mayores". www.helpage.org 2002.
- Help Age International. "Igualdad de trato, igualdad de derechos." En Informe sobre el Envejecimiento y el Desarrollo: Pobreza, Independencia y las Personas Mayores en el Mundo. HelpAge International. www.helpage.org 2001.
- Hermalin; Ofstedal; Chang. "Types of supports for the aged and their providers in Taiwan", en Aging and generational relations. New York. Walter de Gruyter Inc. 1996.
- Héту, J. "Psychologie du vieillissement." Montreal. 1988.
- Iacub, R. Identidad y envejecimiento. Buenos Aires. Paidós. 2011.
- Iacub, R. "La Post-gerontología: hacia un renovado estudio de la gerontología", Revista Latinoamericana de Psicología -Vol. 34 Nº 1-2 pág. 133-154. 2002.
- Iacub, R. Capítulo 2: "Dolor psíquico en el envejecimiento", en Módulo de la Cátedra. Psicología de la Mediana Edad y Vejez. Inédito. 2008.
- IMSERSO. General conclusions of the research. "The image and social perceptions of the elderly". Observatorio de las personas mayores. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. España. 2002.
- INDEC, Instituto Nacional de Estadística y Censos. "Indicadores Demográficos 1869 a 2001". www.indec.gov.ar. 2009.
- INPEA. Missing Voices: views of older persons on elder abuse. Investigación conjunta de World Health Organization and International Network of the Prevention Elder Abuse. WHO-INPEA. Organización Mundial de la Salud. 2001. Documento presentado en el Foro de ONG, Valencia. Foro preparatorio a la II Asamblea Mundial de Envejecimiento, Madrid, 2002.
- Jodelet, D. "Las representaciones sociales." En Moscovici, S., Psicología Social II. Barcelona. Editorial Paidós. 1986
- Kenowsky, S. "What aspects of behavioral disturbances are important to caregivers? Perspectives of a family caregiver", International Psychogeriatrics, vol. 8, suppl. 3, 1996.

- Knodel; Napaporn; Siriboon. "Familial support and the life course of Thai elderly and their children", en *Aging and generational relations*. New York. Walter de Gruyter Inc. 1996.
- Krassoievich, M. "Redes sociales y vejez. " Documento preparado para el séptimo simposio "Que hablen los ancianos". Universidad de Guadalajara. México. 1998.
- Lehr, U. "Psicología de la senectud". Barcelona. Editorial Herder. 1980.
- Lemieux, A. "Los programas universitarios para personas mayores. Enseñanza e investigación." Madrid. IMSERSO. 1997.
- Lemieux, A.; Vellas, P. L'éducation universitaire des personnes âgées, en *Perspectives*, vol. 22, n° 1, Montréal. 1986.
- Lemon, B., Bengtson, V., Peterson, J. (1972). "An Exploration of the Activity Theory of Aging: Activity Types and Life Satisfaction among In-Movers to a Retirement Community". *Journal of Gerontology*, 27 (4).
- Levy, B; Banaji, M. "Ageism. Stereotyping and Prejudice against Older Persons". (comp.) Todd D. Nelson. Massachusetts: The Mit Press. 2004.
- Lipovetsky, G. *La era del vacío*. Ed. Anagrama. Barcelona. Pág. 80. 2010.
- Mangone, C. A. "What aspects of behavioral disturbances are important to caregivers? Cross cultural perspectives. Argentina", *International Psychogeriatrics*, vol. 8, suppl. 3, 1996.
- Matusевич, D. y Szulik, J.: "Síndrome de adaptación al geriátrico." (S. A. G.) *Vertex Rev. Argentina de Psiquiatría*. 1997, Vol. VIII, N° 29: 181-187.
- McGowan, T. "Viejismo y discriminación", en Birren, J. *Encyclopedia of Gerontology*. New York. Academic Press, 1996.
- Mingorance, D. L. "Adultos mayores y cuidadores. Contacto con la sexualidad y trauma psíquico". *Revista Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados*. N° 29. Buenos Aires. 2003 - 2004, páginas 105 a 124.
- Mingorance, D. L. "La salud mental del cuidador. Algunos factores desencadenante", en *Cultura Institucional y Estrategias Gerontológicas*. Golpe, L., Arias, C. Mar del Plata. Argentina. Ediciones Suárez. 2005.
- Mingorance, D. L. "La salud mental del cuidador. Notas para el equipo interdisciplinario", Ponencia VIII Congreso Argentino de Gerontología y Geriátrica, Buenos Aires, 1998.

- Mingorance, D. L. "Maduración Narcisista y transición de la Mediana Edad." En Temas de Psicogerontología: Investigación, clínica y recursos terapéuticos. Chapot, Guido, López, Mingorance, Szulik, compiladores. Buenos Aires. Editorial Akadia. 2009.
- Ministerio de Salud de la Nación. "Estadísticas vitales. Información básica – 2007". Secretaría de políticas, regulación e institutos. Dirección de estadísticas e información de salud. Sistema estadístico de salud. Buenos Aires, 2008. <http://www.deis.gov.ar/publicaciones/archivos/Serie5Nro51.pdf>
- Monk, A. "Curso de actualización en gerontología", Asociación Gerontológica Argentina. Buenos Aires. Noviembre. 1994.
- Montorio I, Diaz P, Izal M: Programas y servicios de apoyo a familiares cuidadores de ancianos dependientes. Revista Española de Geriatria y Gerontología, 1995 ; 30 (3) : 157-168.
- Morioka, K. "Generational relations and their changes as they affect the status of older people in Japan", en Aging and generational relations. New York. Walter de Gruyter Inc. 1996.
- Moody, H.: "Ethics in an Aging Society." U.S.A. Ed. John Hopkins University Press. 1996.
- Muchnik, E.; Acrich, L. "El viejismo en profesionales". Revista del Instituto de Psicología. Facultad de Psicología. Año 2 N°2. 1988.
- Neugarten, B. Los significados de la edad. Barcelona. Editorial Herder.1999.
- OCDE: L'aide aux personnes âgées dépendantes. París, 1993.
- Oddone, M. J. "La imagen de la vejez. Resultados de una encuesta de opinión en áreas rurales/urbanas de la Pampa Húmeda." Rev. Medicina de la Tercera Edad. Pág. 23 a 28.
- Oddone, M. J. La temática gerontológica y la investigación sobre ancianidad en Argentina. Buenos Aires. FLACSO. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. 1997.
- Oddone, M. J. "Vejez, pobreza y vida cotidiana". Buenos Aires. Instituto latinoamericano de políticas sociales. 1996.
- OMS, Organización Panamericana de la Salud, Programa de Salud de la Familia y Población, Envejecimiento y Salud. El envejecimiento. Como superar mitos. Año internacional de las Personas de Edad. OPS, 1999.

- Orosa, T. La educación en la prevención del maltrato al adulto mayor. Ponencia presentada en el Primer Congreso Internacional sobre Maltrato al Adulto Mayor. Cuadernos del Congreso Internacional del Maltrato, Universidad del Bío-Bío, Chillán, Chile. Noviembre 2001.
- Pacolet J, Versieck K, Bouten R: Protección social para personas mayores dependientes. Unión Europea. Dirección General V. Bruselas, 1993.
- Park, D. "Mecanismos básicos que explican el declive del funcionamiento cognitivo con el envejecimiento." En Park, D. y Schwarz N. (comp.) Envejecimiento Cognitivo. Madrid. Editorial Médica Panamericana. 2002.
- Rice, C.; Lockenhoff, C.; Carstensen, L. "En busca de independencia y productividad: cómo influyen las culturas occidentales en las explicaciones individuales y científicas del envejecimiento". Revista Latinoamericana de Psicología, Vol. 43 Número 1- 2 2002.
- Ribera Casado, J. M. El anciano desde el punto de vista biológico. En Javier Gafo ed. Ética y Ancianidad. Madrid. Universidad Pontificia de Comillas. 1995.
- Rigaux N: Enjeux épistémologiques et soicoculturels du discours médical sur la démence sénile. Gérontologie et Société, 1995; 72: 41-51.
- Salvarezza, L. "Carta abierta a todos los médicos (a propósito de su ideología sobre la vejez)", Medicina de la tercera edad, 7/8, Buenos Aires. 1982. (Ficha inédita)
- Salvarezza, L. "La psicogerontología y los viejos frente al siglo XXI. Con especial referencia al rol del Psicólogo en este campo", en Salvarezza, L. (comp.) El envejecimiento. psiquis, poder y tiempo, Buenos Aires. EUDEBA. 2001.
- Salvarezza, L. "La vejez. Una mirada gerontológica actual. Buenos Aires. Paidós. 1998.
- Salvarezza, L. "Psicogeriatría: teoría y clínica". 1ra. reimpresión. Buenos Aires. Paidós. 1988.
- Salvarezza, L. Psicogeriatría. Teoría y clínica. 2a. ed. revisada y ampliada. Buenos Aires. PAIDOS. 2002.
- Salvarezza, L. "Pasado y presente de la Gerontología. Un desafío para el futuro", en Salvarezza, L. (comp.) El fantasma de la vejez. Buenos Aires. Teckné. 1995. cap. IV.

- Salvarezza, L. "Sociedad y vejez. Una aproximación psicoanalítica". Psyche, III, N°19 , Buenos Aires, 1987.
- Salvarezza, L. y Oddone, M. J. "Caracterización Psicosocial de la Vejez", en Informe Sobre Tercera Edad en la Argentina. Año 2000. Buenos Aires. Secretaría de Tercera Edad de la Argentina. 2001.
- Sánchez, C. "Sistema informal de viudas mayores de 60 años en Puerto Rico." OPS. Organización Panamericana de la Salud. 1990.
- Schaie, "Handbook of the psychology of aging". (2nd ed.) . New York. Van Nostrand. (pp.190-215)
- Sluzki, C.: La red social: Frontera de la práctica sistémica. Barcelona. Gedisa. 1996.
- Strejilevich, M. "La vejez", en Temas de psicogeriatría, Buenos Aires. Ed. 1919. 1990.
- Strejilevich, M. "Reflexiones sobre la situación de los ancianos en los países en desarrollo", (1983) en Temas de psicogeriatría. Buenos Aires. Ed. 1919. 1990.
- Uhlenberg, P. "Intergenerational support in Sri Lanka", en Aging and generational relations. Walter de Gruyter Inc. New York. 1996.
- United Nations. II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. "Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento." 2002. www.un.org
- Vázquez Vázquez, M. A. Conferencia: Estrategias para la gestión de residencias geriátricas. Buenos Aires. Universidad ISALUD. 2011.
- WHO/INPEA. "Missing Voices: views of older persons on elder abuse". Ginebra, World Health Organization, 2002.
- Yanguas Lezaun, J. J. y Pérez Salanova, M. Apoyo informal y demencias: ¿Es posible descubrir nuevos caminos? Matia Fundazioa. www.matiaf.net/profesionales/articulos Agosto de 2001.
- Yuni, J. y Urbano, C. "Educación de adultos mayores." Córdoba. Brujas. 2005.

8. Anexo

Modelos de Instrumentos de Evaluación

8.1 ENCUESTA I

CURSO DE FORMACIÓN DE CUIDADORES DOMICILIARIOS

Marzo - Abril 2009

La presente encuesta no tiene objetivos de evaluación de aprendizaje en el Curso de Formación de Cuidadores Domiciliarios.

Los datos obtenidos serán usados exclusivamente con fines académicos y de investigación científica.

La identidad de los participantes no será divulgada.

Nombre y apellido: _____

Edad: ____ Sexo: Masculino Femenino

Nivel de educativo: Primaria Completa
 Secundaria Incompleta
 Secundaria Completa
 Otros

1 ¿Por qué le interesó hacer el Curso de Cuidadores?

2 ¿Cuándo tomó la decisión de tomar este curso y por qué?

3 ¿Cuáles son los temas que le interesaría ver en el curso?

4 Las personas viejas son...

5 Las personas viejas pueden...

6 Las personas viejas no pueden...

7 ¿Tiene experiencia en actividades de cuidado de adultos mayores?

SI NO

8 Durante cuánto tiempo se desempeñó en tareas de cuidado:

Menos de 1 mes Menos de 1 año Más de 1 año

9 ¿En qué lugares tuvo la experiencia?

Domicilio Hogares de ancianos Hospitales

Si fue en otros lugares, explique cuál:

10 ¿Qué grado de dependencia tenía la persona cuidada?

Autónoma Semidependiente Dependiente

11 ¿Padecía alguna enfermedad?

Demencia SI NO

Limitaciones motrices SI NO ¿Cuál? -----

Postrado SI NO

Diabetes SI NO

Otras ----- No tenía enfermedad limitante -----

SITUACIONES PROBLEMATICAS

12 La persona que está a su cuidado le pide ayuda estando en el baño.

A Le preguntaría qué necesita.

B Dejaría que se arregle solo porque el baño es un lugar de intimidad.

C Nunca lo dejaría solo en el baño.

D Informaría el hecho a los familiares o a la institución empleadora.

E Otros:

13 Una persona mayor va a un comercio a comprar una mercadería y le resulta difícil entender cuánto tiene que pagar. El vendedor se enoja porque le “hace perder el tiempo”. ¿Cómo piensa Ud. esta situación?

14 Relate una situación, en la cual para Ud. como cuidador, se le presente algún tipo de dificultad o conflicto. Explique como lo resolvería.

15 ¿Qué espera del Curso de Cuidadores?

8.2 ENCUESTA II

CURSO DE FORMACIÓN DE CUIDADORES DOMICILIARIOS

Septiembre 2009

La presente encuesta no tiene objetivos de evaluación de aprendizaje en el Curso de Formación de Cuidadores Domiciliarios.

Los datos obtenidos serán usados exclusivamente con fines académicos y de investigación científica.

La identidad de los participantes no será divulgada.

Nombre y apellido: _____

Edad: ____ Sexo: Masculino Femenino

1 ¿Por qué le interesó hacer el Curso de Cuidadores?

2 ¿Cuáles son los temas que más le interesaron del curso?

3 Las personas viejas son...

4 Las personas viejas pueden...

5 Las personas viejas no pueden...

SITUACIONES PROBLEMATICAS

6 La persona que está a su cuidado le pide ayuda estando en el baño.

A Le preguntaría qué necesita.

B Dejaría que se arregle solo porque el baño es un lugar de intimidad.

C Nunca lo dejaría solo en el baño.

D Informaría el hecho a los familiares o a la institución empleadora.

E Otros:

7 Una persona mayor va a un comercio a comprar una mercadería y le resulta difícil entender cuánto tiene que pagar. El vendedor se enoja porque le “hace perder el tiempo”.

¿Cómo piensa Ud. esta situación?

8 Relate una situación, en la cual para Ud. como cuidador, se le presente algún tipo de dificultad o conflicto. Explique como lo resolvería.

9 Encontró lo que esperaba en el Curso de Cuidadores?

¿Estaría de acuerdo en colaborar con este estudio teniendo una entrevista individual?

SI

NO

Nº de teléfono -----

Muchas gracias por sus aportes.

8.3 DIMENSIONES PARA LAS ENTREVISTAS

1 Modificación de actitudes o estereotipos que tenía el alumno sobre la vejez.

2 Actitudes o estereotipos propios que, en su opinión, se remodificaron.

3 Hipótesis sobre las determinaciones de esa modificación.

4 Elementos del curso pueden haber posibilitado esos cambios.

5 Contenidos temáticos específicos pueden haber favorecido esa modificación.

9 Anexo.

Cuadros e Información demográfica de consulta

9. 1

Cuadro Crecimiento Población

Ciudad de Buenos Aires.

Crecimiento de la población entre el año 1991 y el año 2001.

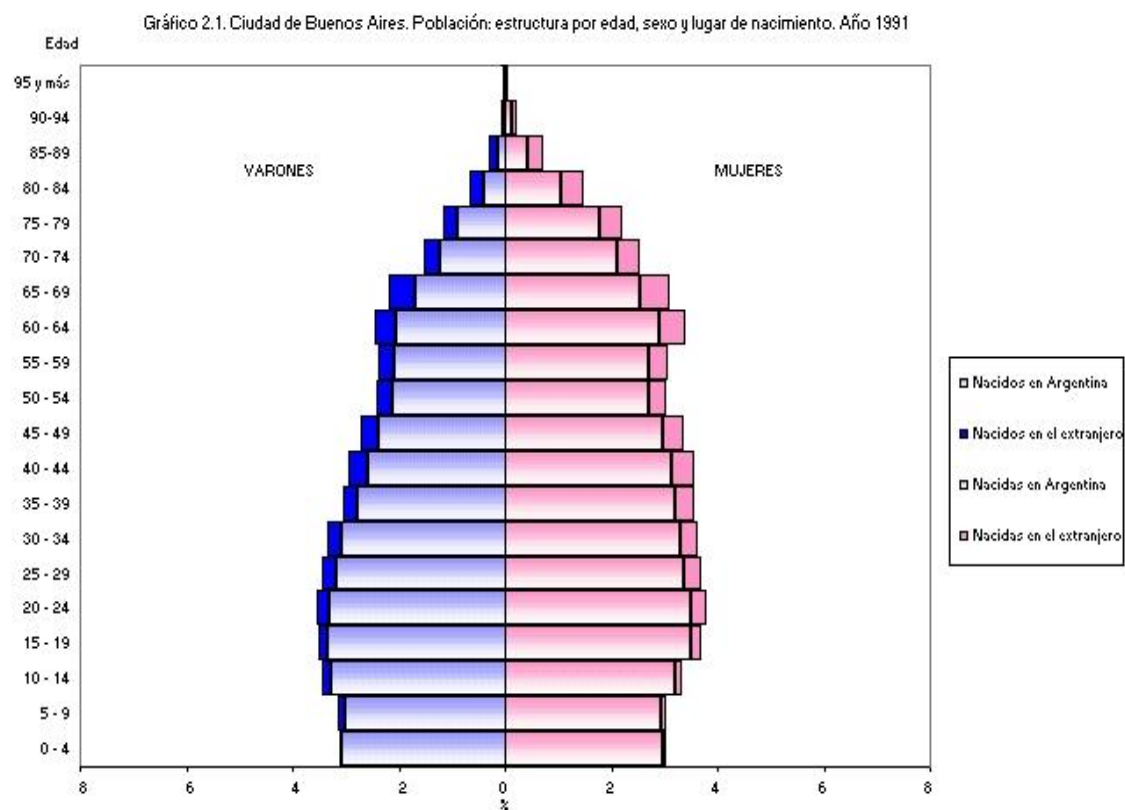
Sexo	Grupos de Edad	1991	2001	Crecimiento absoluto	Crecimiento relativo
Hombres	0-14	286.557	237.907	-48650	-6,36
	15-64	882.023	850.166	-31.857	-16,97
	65 y más	175.461	170.385	-5.066	-3,61
Total		1.344.041	1.258.458	-85.583	-6,38
Mujeres	0-14	297.227	231.054	-48.173	-17,25
	15-64	1.034.002	978.566	-52.436	-5,07
	65 y más	308.133	308.060	-73	-0,02
Total		1.621.362	1.517.080	-104.282	-6,43
Total gral.		2.965.403	2.776.138	-189.265	-6,38

9.2

Ciudad de Buenos Aires.

Población: Estructura por edad, sexo y lugar de nacimiento.

Año 1991.



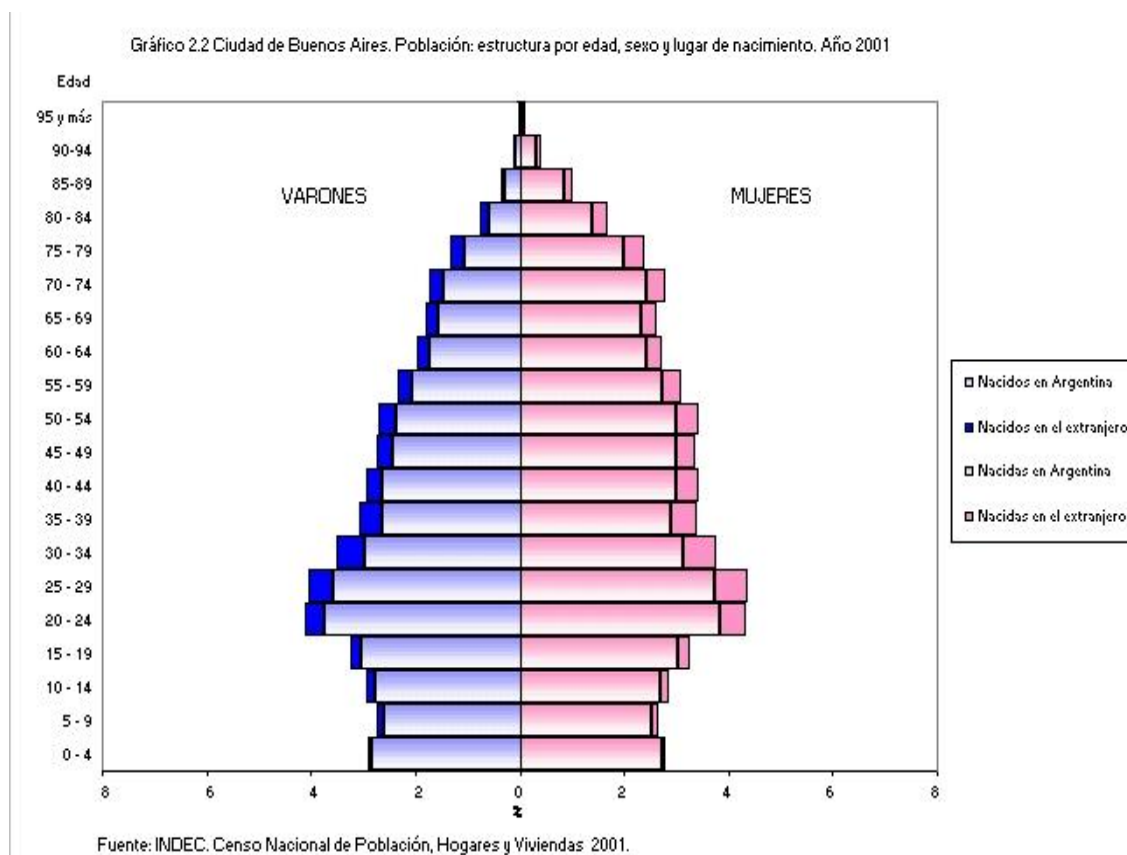
Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población y Vivienda 1991.

9.3

Ciudad de Buenos Aires.

Población: Estructura por edad, sexo y lugar de nacimiento.

Año 2001.



9.4

Cuadro defunciones

Defunciones según grupos de edad cada diez años y sexo
Ciudad de Buenos Aires. Año 2001.

Grupos de edad	SEXO			TOTAL
	Masculino	Femenino	Sin dato	
0	221	184.		405
1-9	45	43.		88
10-19	97	41.		138
20-29	284	109.		393
30-39	370	191.		561
40-49	676	443.		1119
50-59	1505	946.		2451
60-69	2722	1630.		4353
70-79	4782	4141.		8926
80 y más	5171	10196.		15371
ignor	48	45.		93
TOTAL	15921	17969	8	33898

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación, Programa de Estadísticas Vitales

9.5

Ciudad de Buenos Aires.
 Población por sexo según grandes grupos de edad.
 Composición porcentual.
 Año 2001.

Edad	Total	%	Sexo	
			Varones	Mujeres
Total	2.776.138	100	1.258.458	1.517.680
0-14	468.961	16,8	237.907	231.054
15-44	1.206.845	43,4	579.773	627.072
45-64	621.887	22,4	270.393	351.494
65 y más	478.445	17,2	170.385	308.060

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

9.6

Ciudad de Buenos Aires.

Población por sexo según grandes grupos por interés gerontológico
Año 2001.

Edad	Total	%	Sexo	
			Varones	Mujeres
Total	2.776.138	100	1.258.458	1.517.680
0-14	468.961	16,8	237.907	231.054
15-59	1.697.711	61,1	795.270	902.441
60 y más	609.466	21,9	225.281	384.185

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

9.7

CUADRO
 Ciudad de Buenos Aires.
 Tasa Específica de mortalidad por enfermedad.
 Año 2001

ENFERMEDAD	TASA ESPECIFICA
INFECCIOSAS	59,93
TUMORES	246,74
SANGRE E INMUNIDAD	3,20
ENDOCRINAS	27,16
MENTALES Y COMPO.	6,41
SISTEMA NERVIOSO	13,58
SISTEMA CIRCULATORIO	466,90
SISTEMA RESPIRATORIO	213,49
SISTEMA DIGESTIVO	41,89
PIEL Y TEJIDO SUBCUT	0,03
SIST.OSTEOMUSCULAR	0,07
SIST. GENITOURINARIO	46,68
EMBARAZO Y PARTO	0,14
PERINATALES	6,95
CONGENITAS	5,29
MAL DEFINIDAS	39,44
CAUSAS EXTERNAS	43,08

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación,
 Programa de Estadísticas Vitales.

9.8

Ciudad de Buenos Aires.

Población por sexo según grupos de edad para interés comparativo

Composición porcentual.

Año 2001

Edad	Total	%	Sexo	
			Varones	Mujeres
Total	2.776.138	100	1.258.458	1.517.680
0-14	468.961	16,8	237.907	231.054
15-39	1.030.009	37,1	497.973	532.036
40-59	667.702	24	297.297	370.405
60-79	483.724	17,4	190.006	293.718
80 y más	125.742	4,5	35.275	90.467

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

9.9

Ciudad de Buenos Aires.

Razón de masculinidad por grandes grupos de edad
Año 2001.

Grupo de Edad	Tasa*
0-14	102
15-44	92
45-64	76
65 y más	55
60-79	64
80 y más	38

Tasa por cada cien.

9.10

Ciudad de Buenos Aires.

Población por sexo según edad cada diez años. Año 2001.

Edad	Total	Sexo	
		Varones	Mujeres
Total	2.776.138	1.258.458	1.517.680
0-9	307.664	156.313	151.351
10-19	341.622	171.526	170.096
20-29	468.654	226.167	242.487
30-39	381.030	181.874	199.156
40-49	346.215	157.176	188.939
50-59	321.487	140.021	181.466
60-69	254.533	105.106	169.427
70-79	229.191	84.900	144.291
80-89	106.811	31.334	75.477
90-99	18.590	3.885	14.705
100 y más	341	56	285

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

9.11

Ciudad de Buenos aires.
Elementos de dinámica poblacional 2001.

Tasa de bruta de natalidad*	15,24
-----------------------------	-------

Tasa de fecundidad*	58,77
---------------------	-------

Tasa bruta de mortalidad*	12,21
---------------------------	-------

Razón de masculinidad**	82,9
-------------------------	------

*Tasas por mil.

**Por cien.

Fuente: Indec. Censo nacional de población, hogares y viviendas 2001.

9.12

Ciudad de Buenos Aires.
 Tasa específica de mortalidad
 según grandes grupos de edad.
 Tasa bruta de mortalidad.
 Año 2001

Edad	Total	Tasa*
0-14	536	1,14
15-44	1.493	1,23
45-64	4.958	7,97
65 y más	26.818	56,05
Ign.	93	
Total	33.898	12,21

*Tasa por mil.

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación,
 Programa de Estadísticas Vitales.

