

Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social

Trabajo Final de Maestría

Autora: María Paula Esquivel

REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE Y LA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESTUDIANTES DE LIC. EN KINESIOLOGÍA

2020

Directora de Tesis: Dra. Yamila Comes
Co-directora de Tesis: Mg. Silvia Lamagni

Citar como: Esquivel M. P. (2020). *Representaciones sociales sobre el envejecimiento activo y saludable y la atención de adultos mayores en estudiantes de Lic. en Kinesiología.* [Trabajo Final de Maestría, Universidad ISALUD]. RID ISALUD. <http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/522>



RESUMEN

Sobre el envejecimiento y las personas mayores se han construido imágenes, sentidos, significados que han condicionado las prácticas, los abordajes, las políticas públicas y las formas de atención en diferentes momentos y contextos culturales (Perez Ortiz, 2016; Chamorro García, 2020).

Este trabajo ha tenido como objetivo comprender las representaciones sociales de los estudiantes de una carrera de salud, Licenciatura en Kinesiología, sobre las personas mayores, el envejecimiento, el envejecimiento activo y saludable y sobre la atención en salud de las personas mayores. El análisis se enmarca en una metodología cualitativa, con técnica cuantitativa de análisis lexical.

El desarrollo teórico aborda, por un lado, las temáticas de envejecimiento poblacional, los desafíos del sistema de salud frente a este fenómeno y el marco político desarrollado a nivel internacional para un envejecimiento activo y saludable. Por otro lado, se presentan las concepciones, teorías y marcos metodológicos para el estudio de las representaciones sociales así como también un estado del arte en torno a las representaciones sobre envejecimiento.

Finalmente se presentan los resultados obtenidos a partir de una muestra de 104 estudiantes a los cuales se les aplicó la técnica evocativa libre de palabras. Para las representaciones sobre persona mayor se han encontrado sentidos asociados a la experiencia y sabiduría, en cuanto a las evocaciones sobre hombre y mujer mayor se encontraron que reproducen las diferencias de género que prevalecen a nivel social. Frente a los términos inductores de envejecimiento activo y saludable emerge el binomio alimentación - actividad física. Sobre la atención de los adultos mayores en salud aparecen sentidos asociados a disposiciones emocionales o subjetivas que se deberían tener al momento de la atención.

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

CF: Capacidad funcional

EA: Envejecimiento activo.

EP: Envejecimiento poblacional.

ES: Envejecimiento saludable.

ILC-BR: Centro Internacional para la Longevidad de Brasil.

ODS: Objetivos de desarrollo sostenible.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

PM: Personas mayores.

RS: Representaciones sociales.

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS.

Índice de tablas

- Tabla 1: Estructura de análisis de las representaciones sociales utilizada por la metodología de análisis prototípico.
- Tabla N° 2: Año de curso de los estudiantes de Lic. en Kinesiología y Fisiatría.

Índice de figuras.

- Figura N° 1: Ámbitos de actuación de la Década del Envejecimiento Saludable.
- Figura N° 2: Palabra inductora “Persona Mayor”. Total de la muestra.
- Figura N° 3: Palabra inductora - “Mujer Vieja”. Total de la muestra.
- Figura N° 4: Palabra inductora - “Hombre Viejo”. Total de la muestra.
- Figura N° 5: Palabra inductora - “Envejecimiento”. Total de la muestra.
- Figura N° 6: Palabra inductora - “Envejecimiento Saludable”. Total de la muestra.
- Figura N° 7: Palabra inductora - “Envejecimiento Activo”. Total de la muestra.
- Figura N° 8: Palabra inductora - “Participación social en la vejez”. Total de la muestra.
- Figura N° 9: Palabra inductora - “Seguridad en la vejez”. Total de la muestra.
- Figura N° 10: Palabra inductora - “Atención en salud de las personas mayores”. Total de la muestra.

1. INTRODUCCIÓN	5
1.1. Presentación	5
1.2. Descripción del problema.	6
1.3. Contexto	9
1.4. Relevancia y justificación	12
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
2.1. Formulación del planteo del problema	14
2.2. Objetivos	14
3. MARCO TEÓRICO	15
3.1 Envejecimiento poblacional y marco político para un envejecimiento activo y saludable.	15
3.2 Desafíos del sistema de salud frente al envejecimiento poblacional.	27
3.3 Concepciones, teorías y marcos metodológicos para el estudio de las representaciones sociales.	33
3.4 Representaciones sociales sobre el envejecimiento y la atención de los adultos mayores.	38
4. METODOLOGÍA	53
5. RESULTADOS	58
6. DISCUSIÓN	76
7. CONCLUSIONES	86
BIBLIOGRAFÍA	88
ANEXO	104

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Presentación

El presente trabajo de tesis de la “Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social” se desarrolló en el marco del Proyecto de Investigación titulado “Evaluación de un objetivo específico del Programa Nacional de Envejecimiento Activo y Salud: análisis de las representaciones sociales sobre envejecimiento activo y saludable en grupos poblacionales urbanos” de las Becas de la Universidad Isalud Dr. Mario González Astorquiza, edición 2019, bajo la dirección de la Dra. Yamila Comes, el objetivo del mismo fue el análisis de las representaciones sociales (RS) sobre envejecimiento activo (EA) y saludable (ES) en grupos poblacionales urbanos.

Esta tesis se desprende como una línea de investigación del proyecto y tiene como objetivo analizar las representaciones sociales de estudiantes de kinesiología sobre el envejecimiento activo y saludable y la atención de adultos mayores. El enfoque y la delimitación surge a partir del desarrollo laboral de la tesista en la carrera de grado mencionada.

A lo largo de la tesis, se presentará y caracterizará el problema de investigación que atañe a las RS como generadoras y orientadoras de las prácticas de los sujetos o actores sociales y, particularmente, de las RS que tienen como objeto al envejecimiento y la atención de los adultos mayores.

Luego de la presentación de la problemática, su contextualización y justificación, en el Capítulo 2, se desarrollará el marco teórico en el que se caracterizará el fenómeno del envejecimiento poblacional, las concepciones sobre envejecimiento activo y saludable, el marco político y normativo necesario para alcanzarlo recomendado por los organismos y asociaciones internacionales. También se presentará acerca del impacto y los desafíos que el sistema de salud tiene para desarrollar una respuesta adecuada ante las nuevas características de las necesidades de atención y de diseño de políticas de promoción, mantenimiento o recuperación de las capacidades funcionales

de las personas a lo largo de todo el curso de vida. En el mismo capítulo se expone sobre el enfoque, las teorías y metodologías de estudio de las representaciones sociales y se hace foco en las características de las RS que tematizan sobre la vejez y el envejecimiento a partir de una revisión de investigaciones previas.

En el Capítulo 3 se explica el enfoque metodológico seleccionado junto con el diseño de investigación y las características del trabajo de campo desplegado.

En los capítulos siguientes se presentan los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, la discusión sobre los hallazgos de la investigación a la luz de la teoría y las investigaciones previas revisadas en la construcción del marco teórico y por último, se sintetizan las conclusiones del informe final de maestría, destacando las limitaciones del estudio e incorporando reflexiones del proceso de investigación propios de la tesista.

1.2. Descripción del problema.

El envejecimiento de la población ha sido uno de los grandes logros de las sociedades actuales. El crecimiento del colectivo de las personas adultas mayores es un fenómeno social novedoso que acarrea innumerables transformaciones e impactos en las dimensiones sociales, culturales, económicas, laborales, sanitarias, entre otras, y como todo proceso socio-histórico ha sido elaborado y representado socialmente (OMS, 2015). Sobre el envejecimiento y las personas mayores se han construido imágenes, sentidos, significados que han condicionado las prácticas, los abordajes, las políticas públicas y las formas de atención en diferentes momentos y contextos culturales (Perez Ortiz, 2016; Chamorro García, 2020).

En reconocimiento de ello, numerosos estudios han intentado relevar y describir las representaciones más difundidas o hegemónicas en torno a la vejez y su rol en la modernidad, en este marco se han elaborado los conceptos de “viejismo” (Butler, 1969) y “edadismo” (OPS, 2021) para referirse a los

Universidad ISALUD

Venezuela 925/31 - C1095AAS - Bs. As. Argentina - Tel +54 11 5239-4000
web: www.isalud.edu.ar - mail: informes@isalud.edu.ar



estereotipos y discriminación contra las personas por su edad. Estos estereotipos conciben a la vejez como *enfermedad, decadencia, “segunda infancia” inutilidad, pasividad, costo o carga social*, en suma, como etapa que se vive en el mayor estado de fragilidad y dependencia” (Davobe, 2020). A su vez, diferentes instituciones, organismos y asociaciones han llamado la atención respecto de la necesidad de conocer para transformar las imágenes predominantes de la vejez asociada a la enfermedad, pasividad y soledad (OMS, 2002, 2015; ILC, 2015). Como resultado, con el transcurso de los años, se ha consolidado un marco de referencia teórico e internacional sobre el envejecimiento y los derechos de las personas adultas mayores.

El concepto de envejecimiento activo se comienza a utilizar en el año 1994 por la Organización Mundial de la Salud, a partir de la creación del Programa sobre Envejecimiento y Salud cuyo objetivo era promover la incorporación de un enfoque renovado sobre envejecimiento a la agenda de los países. Luego, la Declaración Política y Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento en el marco de la 2° Asamblea Mundial sobre Envejecimiento de Madrid en el 2002, con el texto “Envejecimiento activo: un marco político” de la OMS y el Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud, OMS 2015, consolidan el marco político, teórico y normativo. En este último documento se define como envejecimiento activo al proceso de optimizar oportunidades para la salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores (OMS, 2015). A su vez, la OMS define como envejecimiento saludable al proceso que busca mantener la capacidad funcional que lleva al bienestar en la vejez, y en éste, se incluyen las características personales, la herencia genética y las características de salud y el entorno (OMS, 2015). Por lo tanto, el envejecimiento activo y saludable supone incorporar la mejora de las condiciones de salud (con cuidados continuos) de la población añosa; al mismo tiempo que los aspectos de participación, (tales como proveer oportunidades de educación y aprendizaje a través del curso de vida y empoderar para la participación familiar y comunitaria) y aspectos de seguridad (como garantizar la protección, seguridad

y dignidad de las personas mayores abordando los derechos y necesidades sociales, financieras y de seguridad física) (OMS, 2015).

El análisis de los desafíos que el envejecimiento poblacional acarrea para el sistema de salud ha tendido a focalizarse en el impacto en términos económicos y financieros (Redondo et. al; 2019). Esto se debe a que en el campo de la salud las consecuencias del fenómeno son muy marcadas. Junto a la transición demográfica se presenta una transición epidemiológica donde cobran relevancia las enfermedades no infecciosas, muy ligadas al determinante “estilo de vida” y que gracias a los avances de la medicina se han transformado en crónicas. El aumento de la esperanza de vida de las personas mayores, lo que se conoce como el envejecimiento dentro del envejecimiento, expresa el pasaje de la preeminencia de la mortalidad hacia la morbilidad (Redondo, et.al; 2019) lo que impacta en otra dimensión central del sistema de salud que es el modelo de atención predominante.

Frente a estos cambios el sistema de salud no puede seguir dando las mismas respuestas y/o seguir organizando sus recursos y modelos de atención prevalentemente en la gestión de enfermedades agudas, es decir, no es lógico que se sigan sosteniendo sistemas de salud con un conjunto de servicios de atención centrados en los cuadros patológicos, sin integración y con falta de continuidad en los cuidados. Sumado a esta falta de adecuación entre el modelo de atención y las necesidades de la población, aparece la problemática del “viejismo” que, según las organizaciones referentes en la temática de la atención de los adultos mayores como la OMS, el Centro Internacional para la Longevidad de Brasil (ILC-BR) y la Academia Latinoamericana de Medicina del Adulto Mayor (ALMA), “contamina toda la estructura sanitaria e impide, o al menos dificulta, el acceso de los adultos mayores a lo que ellos más valoran: la salud y la autonomía personal” (ALMA, 2005). Otros estudios han señalado su persistencia y han reconocido que esta actitud puede afectar el diagnóstico y tratamiento médico (MSAL, 2013, Caillou, 2014), puede contribuir al maltrato y abuso de adultos mayores (Giraldo & Torres Castro, 2010; Singüenza Quintanilla & Vargas Alvarado; 2018) y tener efecto negativo en la

autopercepción de la identidad y la percepción de la capacidad (Moreno, 2010, Tardino, 2017).

1.3. Contexto

El cambio en la estructura por edad de la población que se caracteriza por un aumento en el número y porcentaje de personas en edad avanzada, mayores de 60 años, se conoce como proceso de *envejecimiento poblacional* (Arias, Soliverez & Bozzi, 2020). Este fenómeno es efecto del tránsito de regímenes de alta mortalidad y natalidad a niveles bajos y controlados (Ochoa Vazquez, et. al; 2018), es decir, del descenso de la tasa de fecundidad y de la reducción de las enfermedades mortales de la niñez, la mortalidad materna y la mortalidad por enfermedades infecciosas (OMS, 2016). A su vez, el ritmo de envejecimiento de la población, la transición demográfica, ha aumentado atado al desarrollo socioeconómico que ha experimentado el mundo en las últimas 5 décadas, lo que está fuertemente relacionado con los patrones de mortalidad en el curso de la vida (OMS, 2015).

En el mundo, entre 2015 y 2030 la población mayor de 60 años ascenderá de 900 millones a más de 1.400 millones de personas (CEPAL, 2018), en América Latina y el Caribe, según la CEPAL (2018) en 2037 la proporción de personas mayores sobrepasará a la proporción de menores de 15 años. En el mundo es el grupo de edad que más crece en términos relativos, aunque la situación de las regiones es marcadamente distinta, y Europa es y seguirá siendo el continente más envejecido del mundo. Para la CEPAL:

“Más allá de las cifras, lo más inquietante para la región es el escenario en el que ocurre el envejecimiento poblacional, caracterizado por la desigualdad, la pobreza, el agotamiento de un modelo de crecimiento económico insostenible, y el avance del desempleo y del empleo de baja productividad” (2018, p. 12).

En 2015, con la adopción de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, las personas mayores se incluyeron explícitamente en algunos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), esto no fue al azar, es el reconocimiento de que el aumento de la esperanza de vida y el hecho de que en el mundo la mayoría de las personas pueden aspirar a vivir más de 60 años (OMS; 2015) tiene efectos en la subjetividad del ser humano, en la forma de ser y estar en el mundo, en las formas en que viven la vida, las motivaciones y las maneras de relacionarse con los demás, la longevidad impacta en todo el curso de vida de la población (OMS, 2015).

Una de las cuestiones que trae aparejado el fenómeno del envejecimiento poblacional e individual para la formulación de políticas públicas es encontrar la mejor manera de definir quiénes son las personas mayores, dado que se utilizan diversos términos para referirse a ellas como “personas de edad avanzada”, “ancianos”, “tercera edad” y, en algunas culturas, “cuarta edad” (OPS, 2017). Sin embargo, no todas las personas llegan a la “vejez” en el mismo momento ni en las mismas condiciones, esto abre la necesidad de revisar el concepto de envejecimiento y de vejez. La revisión de trabajos previos hace difícil precisar un concepto unánime de envejecimiento, sin embargo, tal como los autores Alvarado García & Salazar Maya (2017) concluyeron, luego de realizar un análisis del concepto de envejecimiento en la literatura, las diferentes definiciones coinciden en denominarlo como un proceso dinámico, multifactorial e inherente a todos los seres humanos. La Organización Mundial de la Salud lo define como el

“Proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales” (1974, p.12).

En su “Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud” (2015) sostiene que los cambios que constituyen e influyen el envejecimiento son complejos, no son ni lineales ni uniformes, y solo se asocia vagamente con la edad de una persona en años. A esto agrega que, la “vejez” con frecuencia conlleva otros cambios importantes, se trata de cambios en los roles y las posiciones sociales, y la necesidad de hacer frente a la pérdida de relaciones estrechas (OMS, 2015).

En la actualidad, el enfoque que requiere la elaboración de políticas públicas en torno al envejecimiento debe partir de una perspectiva que se enfoque en el respeto de los derechos humanos y sitúe a los adultos mayores en el centro de las decisiones fomentando su participación y autonomía. La autonomía “contempla la capacidad de tomar decisiones independientes sobre la vida, dentro del contexto de la ética personal y social, así como la posibilidad de vivir libre de tortura y violencia de cualquier tipo. La autonomía está íntimamente ligada a la dignidad, que significa que todas las personas deben ser respetadas en su valor como tales hasta el final de sus vidas” (CEPAL, 2018, p. 16). Asimismo, el compromiso de los estados camina hacia el reconocimiento y la consolidación de “políticas de cuidado corresponsable desde una perspectiva intergeneracional y de género” (CEPAL, 2022, 13) como imprescindibles frente a los cambios sociales, de composición de hogares, etc, que se desarrollan en una sociedad que históricamente no jerarquiza ni valora “las actividades esenciales para el sostenimiento de la vida, que reproduce desigualdades de género, socioeconómicas, étnicas y territoriales, y que produce estragos socioambientales” (CEPAL, 2022, 12).

En este sentido, el sistema de salud debe transformar algunas formas históricas de concebir la relación de atención con los pacientes adultos mayores que los ponen en contexto de pasividad, sometido a las decisiones del médico o de un hijo/tutor y fomentan una vida tranquila, casi recluida en la casa desvinculado de toda actividad social por los riesgos que conlleva la vida en el exterior, sobre todo en el entorno urbano.

Estas actitudes están asentadas en la subjetividad de los profesionales de la salud, muy marcadas por las concepciones que circulan socialmente pero también por la formación disciplinar que hace tiempo se la reconoce como marcadamente biologicista y basada en una relación de poder asimétrica. Por ello, el estudio de las RS en torno a la atención de los adultos mayores y el envejecimiento marca una base desde donde pueden estar asentándose las prácticas de atención.

En este caso, la población seleccionada para el presente trabajo se refiere a estudiantes de una carrera de Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría creada en el año 2017, en una universidad privada, futuros profesionales de la salud. Los licenciados en kinesiología pueden intervenir en todas las actividades que se relacionan con procesos e restauración de las capacidades funcionales de las personas; ya sea en procesos de investigación, prevención o tratamiento, teniendo como objetivo final lograr, mantener o restablecer una completa inserción de la persona en las actividades de la vida diaria. Entre los objetivos de la carrera figuran alcanzar las competencias propias de la disciplina pero también se expresan objetivos en torno a la construcción de un rol profesional crítico y reflexivo (Universidad Isalud, 2017).

1.4. Relevancia y justificación

La edad nunca puede ni debe ser causa o excusa para restringir o limitar la autonomía, o para atropellar o socavar la dignidad de las personas mayores. Que la edad no sea una limitación para que sigan disfrutando de sus derechos ni un obstáculo insalvable para que continúen ejerciendo sus libertades.

Múltiples investigaciones señalan que el lugar que la sociedad asigna y es asumido por las personas mayores es un lugar desvalorizado, poco deseable de ocupar. Un lugar que a su vez es construido en base a prejuicios y representaciones negativas sobre la vejez. Sin embargo, existen infinitos modos de vivir el proceso de envejecimiento a los que la sociedad se enfrenta y

ante lo cual es necesario dar respuesta en la variedad de requerimientos (Gutiérrez Robledo, Luis Miguel; Gutiérrez Ávila, 2010).

Mientras que las representaciones del envejecimiento estén ligadas conceptualmente a la pasividad (Urquiza, Thumala, Arnold-Cathalifaud, & Ojeda, 2008) y a la visión patogénica (Tisnés & Salazar-Acosta, 2016), desde los déficits y las limitaciones, los modelos de atención de los profesionales se seguirán centrando en los factores de salud física y mental sin considerar la complejidad de los determinantes de los procesos de envejecimiento y fundamentalmente sin respetar la perspectiva de derecho.

Por ello, la relevancia de la perspectiva sobre envejecimiento activo y saludable y los derechos de las personas adultas mayores en tanto se constituyen en las bases del modelo de atención que se quiere para el abordaje de los padecimientos. Estas perspectivas promueven la elaboración de estrategias terapéuticas que tomen en cuenta no solo los elementos clínicos, también los funcionales, psicológicos y sociales que son parte y una necesidad de la persona. La consolidación de estos modelos de atención centrados en la persona (Rogers, 1965; Zupiria, 2009) depende de la formación de los profesionales de la salud y de las representaciones que los mismos tengan respecto del sujeto de atención.

Asimismo, la ruptura del modelo médico hegemónico (Menendez, 2003) permite la incorporación de diversidad de disciplinas y profesionales a los equipos de salud, esto visibilizó la importancia del trabajo de otros profesionales como los licenciados en kinesiología sobre todo en el abordaje de los factores de riesgo más relevantes de las enfermedades no transmisibles, la alimentación y el movimiento.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. Formulación del planteo del problema

En este marco cobra relevancia preguntarse sobre los futuros profesionales de Kinesiología ¿qué representaciones tienen de la atención de adultos mayores y el envejecimiento? ¿Qué entienden por envejecimiento activo y saludable?

2.2. Objetivos

General

Identificar las representaciones sociales de los estudiantes de la carrera de Lic. en Kinesiología y Fisiatría de la Universidad Isalud, en el año 2021, sobre atención de personas mayores y envejecimiento activo y saludable.

Específicos

- Identificar las representaciones sociales sobre las *personas, hombres y mujeres mayores* de los estudiantes de la Lic. en Kinesiología y Fisiatría.
- Describir las representaciones sociales en torno al *envejecimiento activo y saludable* de los estudiantes de la Lic. en Kinesiología y Fisiatría.
- Describir las representaciones sociales en torno a la *atención de adultos mayores* de los estudiantes de la Lic. en Kinesiología y Fisiatría.
- Analizar las diferencias en las representaciones en función de las características sociodemográficas de los estudiantes.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Envejecimiento poblacional y marco político para un envejecimiento activo y saludable.

En la actualidad, más que en cualquier otra época de la historia un mayor porcentaje de la población sobrevive hasta una edad más avanzada. Este es un fenómeno relativamente nuevo y, en buena parte, se debe a los progresos en materia de salud pública. Conforme la disminución de la tasa de fertilidad y el incremento de la esperanza de vida se ha convertido en un fenómeno global, por ello, el envejecimiento se ha denominado poblacional. El envejecimiento poblacional (EP) tiene impacto a nivel individual; en la forma de entender el curso de vida, en la planificación de las biografías y en la visión sobre la muerte; y a nivel social generando ciertos desafíos, como la necesidad de asegurar la calidad de vida en la vejez para toda la población, la lucha contra la marginación en la edad avanzada y el aumento del gasto en salud y previsión social, entre otros.

Para la OMS (2015), uno de los desafíos de las sociedades actuales frente a este nuevo fenómeno es el reconocimiento de la *diversidad en la vejez*, entendiendo con ello que no se debe plantear un panorama homogéneo o asociar irrestrictamente un período de vida o edad cronológica con un determinado estado de salud o funcional. El espectro de funcionamiento físico es amplio y diverso aún en la vejez y debe ser la evidencia base para que las políticas de salud no solo se concentren en responder a las necesidades de atención o de cuidado de las personas que han visto disminuciones en su capacidad vital, sino que incorporen estrategias para fomentar y mantener los estados saludables al promover las capacidades funcionales de las personas mayores (PM). Esta visión intenta romper con el paradigma centrado en las carencias que ata el sentido de la vejez con dependencia y desconexión (OMS, 2015). Sin embargo, la diversidad en la vejez no es algo casual,

la mayor parte es el resultado de influencias que a menudo están fuera de su control o fuera de las opciones que tienen a su disposición, dado que los entornos físicos y sociales que las personas habitan pueden influir en la salud directamente o por medio de obstáculos o incentivos que afectan las oportunidades, las decisiones y el comportamiento” (OMS, 2015).

Esto produce modos y ritmos desiguales de envejecimiento, que cuando son injustos y evitables se convierten en inequidades. Diversas investigaciones han evaluado los niveles de dependencia y discapacidad según nivel socioeconómico en población mayor encontrando asociación entre los niveles más bajos y mayores índices de dependencia y discapacidad (Mateu Gil, et al., 2007; Donkin, et al. 2018; Waters, Ortega & Freire, 2019). Sostiene la OMS (2015) que:

una parte importante de la gran diversidad en la capacidad y las circunstancias que se observan en la edad avanzada probablemente se deba al efecto acumulativo de estas inequidades en salud a largo de toda la vida. A esto se lo conoce a veces como ventaja o desventaja acumulativa (p.9).

Esto visibiliza la complejidad de la situación al analizar el fenómeno en sociedades desiguales, el envejecimiento exitoso dependerá entonces del abordaje y superación de las desigualdades estructurales.

En el documento de la OMS (2002) “Envejecimiento activo: un marco político”, se reconoce que en el año 1995 la organización da fuerza al reconocimiento de esta situación al cambiar de nombre su “Programa de Salud de las Personas Mayores” por el de “Envejecimiento y Salud”, dejando de aislar a las PM como una categoría objetivo e introduciendo la perspectiva del curso

vital: “todos envejecemos y la manera mejor de asegurar una buena salud para las futuras generaciones de personas mayores es prevenir las enfermedades y promover la salud durante todo el ciclo vital” (p.122). Es decir, que solo se puede comprender la salud en la vejez si se consideran los acontecimientos acumulados a lo largo de la vida.

Limón & Ortega (2011) sistematizan los documentos y eventos donde se va gestando y promoviendo uno de los conceptos centrales de la perspectiva de la OMS que integra ciclo de vida con envejecimiento, el de “envejecimiento activo” (EA):

- 1953: Havighurst y Albrecht proponen la “teoría de la actividad”.
- 1972: Informe de E. Faure, Aprender a Ser.
- 1982: I Asamblea Mundial del Envejecimiento (Viena).
- 1991: Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad.
- 1993: Año Europeo de la Solidaridad Intergeneracional.
- 1999: Año Internacional de las Personas Mayores, hacia una sociedad para todas las edades.
- 2000: Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea.
- 2002: II Asamblea Mundial del Envejecimiento (Madrid): Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento.
- 2007: Reunión en León sobre la II Asamblea Mundial del Envejecimiento.
- 2010: Conferencia sobre Envejecimiento Activo y Saludable (Logroño).
- 2011: Informe Libro Blanco sobre Envejecimiento Activo.

→ 2012: Ha sido propuesto “Año Europeo del Envejecimiento Activo y Solidaridad entre las Generaciones”.

La OMS adopta en los 90 esta definición para transmitir un mensaje más abarcativo que el “envejecimiento saludable” y dar relevancia a otros factores, más allá de la atención médica como determinantes del proceso y define el *envejecimiento activo* como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (2002, p.79). Esto posibilita a las personas seguir involucradas en la vida social, familiar, ciudadana, cultural, económica, etc. No se trata de estar activo físicamente o de seguir activo como trabajador, aún con problemas físicos o retirados de sus trabajos las PM pueden seguir contribuyendo en distintas áreas. En tanto que el término de salud, cómo lo refleja en su definición la OMS, refiere a un bienestar físico, mental y social, las acciones, programas o políticas que se desarrollen en este sentido deben generar un marco que fomente el potencial de las personas, no solo su salud física.

La *participación de las PM* refiere a la participación en grupos sociales voluntarios u obligatorios, formales e informales. Si bien no existe un consenso sobre los criterios para identificar la participación social en los adultos mayores como indicador de integración, la participación es considerada como un protector de la salud y la capacidad funcional de las PM (Sepúlveda Loyola, et. al; 2020). En tanto línea de investigación cada vez más en desarrollo se han encontrado estudios que concluyen que la participación tiene beneficios en la salud física y mental (Brett, 2019; Douglas, Georgiou, Westbrook; 2017), en la mantención de las funciones cognitivas (Kelly, 2017; Choi, 2020), que las interacciones que promueven las participaciones estimulan la afectividad, el autoestima, el apoyo emocional (Gallardo-Peralta, Conde-Llanes y Córdova-Jorquera; 2016), se la reconoce como factor a considerar en la evaluación clínica de los adultos mayores (Gallardo-Peralta, Conde-Llanes y Córdova-Jorquera; 2016; Sepúlveda Loyola, et. al; 2020) dado que influye en la calidad de vida (IMSERSO, 2008) y como herramienta terapéutica de la

intervención gerontológica (Gallardo-Peralta, Conde-Llanes, Córdova-Jorquera; 2016). A su vez, distintos estudios han señalado que cada PM desarrolla su participación social poniendo en juego los roles asignados socialmente a su género y atribuidos a lo largo de su vida (Gallardo-Peralta, Conde-Llanes, Córdova-Jorquera; 2016).

En cuanto a la *seguridad en la vejez* el término hace referencia a las redes de contención, de protección social que pueden dar apoyo para resolver o responder ante las necesidades de las personas mayores. La seguridad o inseguridad se da en los entornos sociales en los que las personas transitan su vida, sus trabajos, sus ocios, entornos que pueden brindar autonomía, acompañamiento y apoyo a las personas o ser hostiles o indiferentes a sus necesidades. Excede a la visión tradicional de proporcionar seguridad frente a delitos o situaciones de maltrato.

La perspectiva de EA sustituye la mirada de las políticas “basadas en las necesidades” (OMS, 2002) que sitúa a las personas como sujetos pasivos y se posiciona propiciando que todas las acciones deban tener como objetivos primordiales fomentar la autonomía, independencia y el arraigo de las personas en sus comunidades y contextos cotidianos. Envejecer activamente es una aspiración que involucra a todas las personas de todas las edades, en tanto, intenta ampliar la esperanza de vida saludable y, esto solo es posible, si se considera el ciclo de vida.

“La calidad de vida que disfrutarán como abuelos dependerá de los riesgos y las oportunidades que experimenten a través de toda su vida, así como de la forma en que las generaciones sucesivas proporcionen ayuda y soporte mutuos cuando sean necesarios” (OMS, 2002, p.79).

En el documento de Marco político de la OMS (2002) se reconoce a la cultura y al género como dos determinantes transversales del EA y seis tipos de determinantes claves:

- *los relacionados con los sistemas sanitarios y sociales:* a la disponibilidad y acceso a servicios de salud o sociales con modelos de atención orientados a lo curativo o lo promo-preventivo.
- *los conductuales:* referidos a la adopción o no de estilos de vida saludables, de participación activa en la sociedad y la adopción de prácticas de autocuidado que mejoren la calidad de vida (como actividad física adecuada, alimentación sana, no fumar, el consumo prudente de alcohol y medicamentos, entre otras).
- *los personales:* referido a la biología, factores psicológicos y la genética.
- *los relacionados con el entorno físico:* en tanto entraña riesgos o protecciones en la vida de las personas y es un factor fundamental que posibilita o no su independencia.
- *los sociales:* relacionados a los vínculos y oportunidades para la participación en diversas esferas de la vida social, en tanto la interrupción de los vínculos, la soledad y el aislamiento social están relacionados a situaciones de vulnerabilidad y de declive del bienestar tanto psíquico como físico.
- *los económicos:* relacionados con los ingresos, el mercado laboral y la protección social.

A partir de estas consideraciones puede expresarse que, el logro de una vida más larga debe acompañarse de oportunidades y experiencias positivas, la OMS y diferentes organizaciones internacionales sostienen que los países alcanzarán esto solamente por medio del impulso de políticas y programas que fomenten un envejecimiento activo, es decir, con acciones que promuevan la salud, la participación y la seguridad de las personas de mayor edad.

Políticas, programas y acciones para un envejecimiento activo y saludable.

Las políticas y programas deben partir de una perspectiva del ciclo vital, reconociendo el peso o la influencia que las experiencias vitales a lo largo de todo el curso de la vida tienen sobre las formas de envejecer. Asimismo, han de basarse en las necesidades, preferencias y capacidades de las PM para enfocar las acciones desde una perspectiva de derechos (OMS, 2002). Durante los últimos decenios se ha avanzado mucho en los esfuerzos por promover y poner en agenda los derechos humanos de las personas de mayor edad y en los lineamientos y recomendaciones respecto de la elaboración de las políticas con este enfoque.

En el 2015, con el “Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud” la OMS, a partir de un balance de lo alcanzado en materia de políticas y programas en diferentes países, sigue reforzando la necesidad de destinar más recursos y esfuerzos para mejorar la salud de las personas mayores y a realizarlo desde una perspectiva de derechos, en tanto, el derecho a la salud abarca una diversidad de factores que promueven o limitan las posibilidades de que las personas lleven una vida sana. Sostiene la organización que esta visión puede ayudar a “superar los obstáculos legales, sociales y estructurales para la buena salud de las personas mayores, y aclarar las obligaciones jurídicas de los actores estatales y no estatales de respetar, proteger y garantizar estos derechos” (OMS, 2015, p.14). Por ende, la protección y mejora de las condiciones de salud de las PM requiere de una amplia gama de legislaciones, resoluciones, programas y acciones que versen sobre alimentación, vivienda, acceso a agua potable y saneamiento, acceso a servicios sanitarios que responden a las nuevas características y necesidades de las poblaciones que atienden.

Las políticas deben tener como objetivo generar *bienestar en la vejez* y ésta tiene como eje el “mantenimiento de la capacidad funcional”, la cual consiste en la sumatoria de capacidades para realizar actividades en función de las necesidades de manera autónoma. En este sentido, una persona mayor sana no es una que presente una ausencia absoluta de enfermedad o malestares, sino aquella que tenga un nivel adecuado de independencia

funcional (Duque, Ornelas & Benavides, 2020). Las estrategias a nivel de políticas públicas deben aumentar los niveles de capacidad en general pero también deben lograr mejorar la distribución de esas capacidades entre los diferentes estratos de la sociedad, es decir, fortalecer las oportunidades de las personas que tienen menos recursos o niveles más bajos de mantener su capacidad funcional. Esto es de vital importancia, en tanto, la capacidad funcional es efecto de la capacidad intrínseca de las personas pero también de las características del entorno que entran en interacción con la primera. En el informe de la OMS (2015) se hace referencia a la capacidad intrínseca como la suma de las posibilidades tanto en lo físico como en lo mental con que cuenta un sujeto y por entorno, el mundo exterior en el que ese sujeto se mueve y desarrolla su vida.

La capacidad funcional es un atributo esencial que posibilita a las PM conseguir las cosas que consideran importantes para su vida, esto tiene enormes implicancias para su entorno, el de su familia y comunidad, así como también para el sistema de salud. La salud entonces se debe medir en la funcionalidad, lo que determinará los recursos y apoyos que requerirán. Este enfoque trastoca los modelos de abordajes clínicos tradicionales basados habitualmente en la evaluación cuantitativa y cualitativa de las enfermedades (Martínez Velilla et. al, 2018).

Las estrategias pueden intervenir para fomentar y mantener la capacidad intrínseca o facilitar que las personas que tienen la capacidad funcional disminuida logren hacer las actividades que consideren relevantes para sus vidas, en tanto, “pueden ser autónomas a pesar de depender de cuidados si conservan la capacidad de tomar decisiones sobre los asuntos que les conciernen y pueden dirigir la ejecución de esas decisiones” (OMS, 2015, p.72).

Señala el Informe (OMS, 2015) que las estrategias deben orientarse a cuatro esferas prioritarias:

1. Adaptar los sistemas de salud a las poblaciones de edad que estos atienden actualmente:

Garantizar una cobertura integral de salud, además, es crucial que haya integración entre distintos niveles y servicios y entre la atención de la salud y los cuidados a largo plazo, orientados hacia condiciones crónicas que requieren continuidad en la atención.

Otra cuestión fundamental es la capacitación del personal de salud, que debe entender, más allá de las cuestiones disciplinarias, respecto de lo que significa una atención o mirada integral centrada en las necesidades de las personas, para garantizar el enfoque de derecho.

2. Crear sistemas de cuidados a largo plazo;

Respecto de este punto, la OMS reconoce que la situación es muy desigual entre países desarrollados y países de ingresos bajos o medios, en los primeros el desafío es mejorar los sistemas de cuidados a largo plazo que ya se desarrollaron en su mayoría, y en los países de bajos o medios ingresos el desafío está en construir políticas que guíen el desarrollo de estos sistemas. Sin embargo, en todas las sociedades se destaca la necesidad de diseñar formas sostenibles financieramente, sin dejar en el ámbito familiar la responsabilidad de los cuidados a largo plazo, esto evita gastos médicos catastróficos y libera a las mujeres para que puedan asumir otros roles sociales. Los cuidados de largo plazo se centran en el apoyo de personas mayores que presentan pérdidas significativas de la capacidad, o tienen riesgo alto de presentarlas, y deben hacerlo respetando sus derechos, libertades fundamentales y su dignidad humana.

3. Crear entornos amigables con las personas mayores;

En tanto influencias poderosas, los entornos físicos y sociales condicionan las trayectorias de capacidad de las personas, ampliando o limitando las mismas. Para la creación de entornos amigables se requieren de intervenciones en diversas esferas e involucran a diferentes actores. Se

señalan, más allá de las dimensiones estructurales que hacen a los entornos, como la accesibilidad en los espacios públicos, las viviendas, los servicios públicos, como de gran relevancia las acciones en torno a combatir la discriminación por motivos de edad y a propiciar la autonomía.

4. Mejorar la medición, el monitoreo y la comprensión.

Fundamental para comprender mejor los fenómenos e impactos relacionados con los procesos de envejecimiento a nivel individual y colectivo. Investigaciones multidisciplinarias que no se enfoquen hegemonícamente en el envejecimiento patológico, sino, fundamentalmente, en el envejecimiento y la salud, la participación social, la seguridad. Involucrando a las PM en los procesos de investigación y desarrollo de conocimiento.

Asimismo, es necesario para fortalecer la perspectiva del envejecimiento saludable identificar y acordar indicadores de medición base para el desarrollo analítico (OMS, 2015).

En el mismo año, el Centro Internacional para la Longevidad de Brasil (ILC-BR), cuya misión es propiciar y orientar políticas para abordar el envejecimiento de la población a nivel internacional, promoviendo y basándose en investigación y evaluación de experiencias sobre envejecimiento activo, publica el documento “Envejecimiento activo. Un marco político ante la revolución de la longevidad”. En el documento se desarrolla una propuesta de respuestas políticas, retomando los pilares del EA, la salud, participación, seguridad, sumando la formación continua. Las políticas deben crear oportunidades, generar sistemas de protección social frente a los riesgos individuales y sociales y empoderar a las personas en los derechos fundamentales a lo largo del curso de la vida. Las acciones deben partir de la participación basada en los derechos de los actores, de las acciones intersectoriales que posibiliten construir espacios de resiliencia. También, como ya se señaló anteriormente, se da gran relevancia a la necesidad de “elear la toma de conciencia sobre las implicaciones inmediatas y a largo plazo de esta

revolución de la longevidad con el objetivo de informar y movilizar a la acción” (p.85).

Algunos de puntos más relevantes que enuncia el documento del ILC-BR son:

- *Aprendizaje continuo a lo largo de la vida:* lograr oportunidades innovadoras, mejorar el acceso a la información, a la capacitación, al uso de TIC’s, dado que el conocimiento contribuye a la salud, asegura una mayor participación en todos los ámbitos sociales y aumenta la seguridad, lograr. Educación sobre y para el EA y saludable en todas las etapas de la vida.
- *Crear oportunidades de participación combatiendo los estereotipos negativos sobre el envejecimiento:* lograr implicación activa en la toma de decisiones de los espacios, fomentar compromiso cívico por medio de mecanismos de consulta y de organizaciones de PM. Fundamentalmente, promover el rediseño del trabajo y los entornos profesionales para una participación en el mercado laboral más duradera y estable.

La creación de solidaridad intergeneracional es un objetivo que se destaca en reiterados documentos y recomendaciones de las asociaciones y organismos internacionales que se ocupan de la temática de la inclusión de las PM. En tanto las relaciones interpersonales son parte fundamental de la generación de oportunidades en el espacio social.

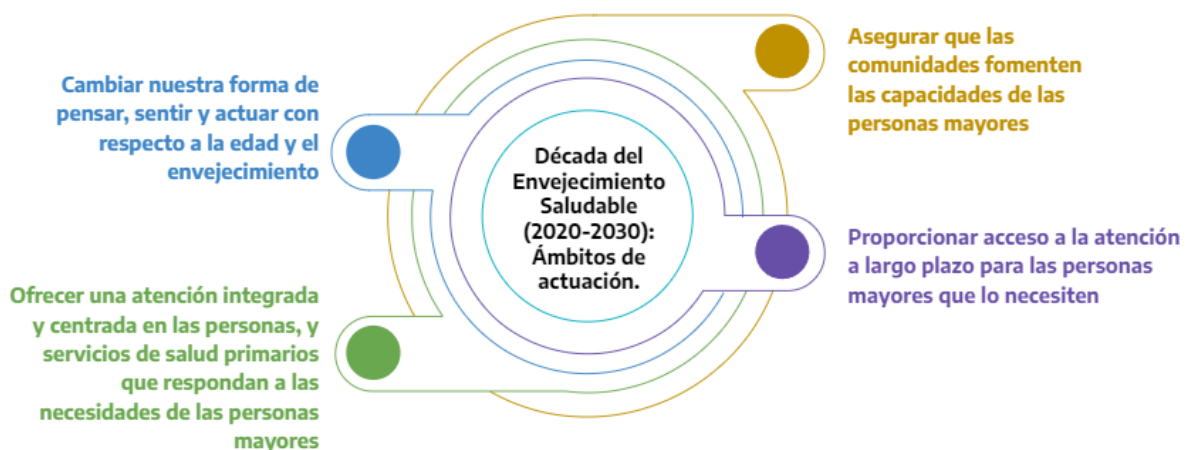
- *Proteger los derechos básicos de la seguridad social:* a través del trabajo digno y sostenibilidad de los sistemas de pensiones.

Más allá de estas dimensiones, alerta sobre las cuestiones transversales “gobernanza, políticas e investigación/evidencia” (ILC-BR; 2015, p.103).

En el 2021, en el marco de la conmemoración del Día Internacional de las Personas de Edad, en una actividad coordinada por la OMS se realiza el lanzamiento de la Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030). Con esta declaración se consolida una perspectiva compleja del envejecimiento, recupera del Informe del 2015 el enfoque del mantenimiento de la capacidad funcional basado en el curso de la vida (OMS, 2020) y entra en consonancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) otorgando gran relevancia a la inequidad en relación con el envejecimiento saludable y la menciona especialmente en las mujeres mayores.

Se propone una década de trabajo concertado y decidido, primero para subrayar la urgencia de emprender acciones, armonizar las diversas medidas e inversiones; para construir planes nacionales sólidos de acción junto a y para las PM, propiciar la articulación y difusión de voces intergeneracionales sobre cuestiones relativas al envejecimiento saludable y habilitar una plataforma multipartita que impulse la ejecución de actividades y programas concretos (OMS, 2021). Para todo ello se propone 4 ámbitos de actuación estrechamente conectados.

Figura N° 1: Ámbitos de actuación de la Década del Envejecimiento Saludable.



Elaboración propia

El recorrido teórico y el desarrollo de los documentos sobre el abordaje del envejecimiento activo y saludable ineludiblemente invocan la necesidad de

contar con la participación de muchos sectores sociales para que integren en los diseños de las políticas la mirada y necesidades del bloque poblacional cada vez más amplio que representan las PM. Pero también, destaca la necesidad imperiosa de involucrar a toda la sociedad para cambiar la mirada sobre la vejez y el rol de las PM en la comunidad. Fundamentalmente la imagen que tienen los proveedores de servicios a los que necesitan acceder las PM para ejercer sus derechos, al respecto a los servicios de atención de salud se les presenta un gran desafío.

3.2 Desafíos del sistema de salud frente al envejecimiento poblacional.

El análisis de los desafíos que el fenómeno acarrea para el sistema de salud ha tendido a focalizarse en el impacto en términos económicos y financieros (Redondo et. al. 2019). Esto se debe a que en el campo de la salud las consecuencias del envejecimiento poblacional son marcadas, junto a la transición demográfica se presenta una transición epidemiológica donde cobran relevancia las enfermedades no infecciosas, muy ligadas al determinante “estilo de vida” y que gracias a los avances de la medicina se han transforman en crónicas. El aumento de la esperanza de vida de las personas mayores, lo que se conoce como el envejecimiento dentro del envejecimiento, expresa el pasaje de la preeminencia de la mortalidad hacia la morbilidad (Redondo, et.al; 2019) lo que impacta en otra dimensión central del sistema de salud que es el modelo de atención predominante.

Siguiendo los desarrollos de Tobar (2000) el *sistema de salud* comprende la totalidad de acciones que la sociedad y el estado desarrollan para solucionar los problemas de salud de la población, pudiendo ser definido como la respuesta social organizada para los problemas de salud. Los sistemas de salud, desde esta perspectiva, se componen de un *modelo de gestión*, desde donde se deberían responder a los desafíos de establecer los valores que guían el sistema y las funciones del estado, un *modelo de*

Universidad ISALUD

Venezuela 925/31 - C1095AAS - Bs. As. Argentina - Tel +54 11 5239-4000
web: www.isalud.edu.ar - mail: informes@isalud.edu.ar



financiación, donde se establece cuánto gastar, de donde tomar los recursos y cómo asignarse, y un *modelo de atención o modelo asistencial* donde se definen las prestaciones a cubrir, a quienes cubrir y cómo proveer los servicios (Tobar, 2000). La OMS (2008) sostiene que el modelo de atención corresponde a la forma de organización de los servicios de salud en función del cumplimiento del objetivo del sistema y en su “Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud” la OMS (2015) establece que el objetivo del sistema de salud es ayudar en el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez, lo que denomina *envejecimiento saludable*.

Si bien la condición de adulto mayor no se debe asociar a una condición incapacitante o de enfermedad, si se debe reconocer que, a medida que las personas vayan viviendo cada vez más años, las incapacidades se pueden presentar y acumularse en los tiempos inmediatamente anteriores a la muerte, los cuidados del sistema de salud entonces deben orientarse a una articulación fuerte y permanente con el entorno familiar y comunitario de la persona, así como también con los servicios sociales que deben ser de apoyo en estos contextos. Los cuidados, recomienda el “Plan de acción internacional de Viena sobre el envejecimiento” (1982) deben orientarse a “compensar las incapacidades, reeducar las funciones restantes, aliviar el dolor, mantener la lucidez, el bienestar y la dignidad de las personas afectadas y que les ayuden a reorientar sus esperanzas y proyectos” (p.19). Deben situarse más allá del plano biológico y patológico para tener en cuenta la interdependencia de los factores, físicos, emocionales, sociales y ambientales.

En “*Envejecimiento Activo: un marco político*”, documento producido como aporte de la Organización Mundial de la Salud a la Segunda Asamblea de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento (2002), se proponen cuatro políticas fundamentales para la respuesta de los sistemas de salud.

1. Prevenir y reducir la carga del exceso de discapacidades, enfermedades crónicas y mortalidad prematura.

2. Desarrollar una continuidad de servicios sociales y de salud que sean asequibles, accesibles, de gran calidad y respetuosos con la edad, y que tengan en cuenta las necesidades y los derechos.
3. Reducir los factores de riesgo relacionados con las causas de enfermedades importantes y aumentar los factores que protegen la salud durante el curso de la vida.
4. Proporcionar formación y educación a los cuidadores.

En 2015, con el *Informe mundial sobre envejecimiento y salud*, también se han esgrimido líneas de recomendaciones en torno a la reorientación de los sistemas de salud para dar respuesta a las necesidades actuales de la población. Propone partir de tres enfoques:

1. Crear servicios que proporcionen atención integrada y centrada en las personas mayores, y garantizar su acceso: aquí se visibiliza la relevancia de la integración de los sistemas de salud no solo en su interior respecto de sus niveles de atención y servicios, también con la comunidad, que las estructuras de servicios incluyan servicios de atención multidisciplinaria y domiciliaria que apoyen la autoasistencia.

2. Orientar los sistemas en torno a la capacidad intrínseca: esto implica transformar los sistemas de información médica y administrativa y crear criterios clínicos para trabajar sobre la optimización de las trayectorias.

3. Garantizar que se cuente con personal sanitario sostenible y debidamente capacitado: en cuanto a las competencias, se requiere fortalecer en los equipos de salud la capacidad de comunicación, trabajo en equipo y manejo de tecnologías de la información y la comunicación. Pero también es necesario que en todas las carreras se ofrezcan conocimientos gerontológicos y geriátricos básicos.

Al igual que el documento del 2002, para la OMS la necesidad fundamental es la de contar con un *sistema integral de atención a largo plazo*. Es responsabilidad exclusiva de los estados sentar las bases y las guías

normativas que aseguren una estructura de gestión que defina los servicios y funciones claves del sistema, las necesidades de capacitación y acreditación, asignar responsabilidades y crear mecanismos equitativos y sostenibles para su financiamiento (OMS, 2015).

En los años 2017 y 2020 la OMS publica directrices de lo que denomina “Atención integrada para la personas mayores”, la metodología ICOPE, por sus siglas en inglés, propone un abordaje en el primer nivel o en la comunidad, de las principales condiciones asociadas a la disminución de la capacidad intrínseca, pérdida de movilidad, nutrición deficiente, disminución de agudeza visual, pérdida auditiva, deterioro cognitivo y síntomas depresivos. Hace foco en la detección precoz, en la mirada integral dado que los condicionantes están interrelacionados, en la facilitación del autocuidado, en el apoyo a los cuidadores y en la elaboración de un plan de atención personalizada. Desde esta perspectiva nuevamente se hace foco en lo que se denomina *coordinación del cuidado* entre los servicios de salud.

El análisis del sistema de salud actual nos señala que el modelo de atención prevalente todavía tiene su diseño orientado a dar respuesta a cuadros agudos, con trabajos compartimentados que no permiten la integración de los cuidados de largo plazo, no garantizan la satisfacción de las necesidades de las personas adultas mayores (y de todo paciente con patologías crónicas) que intentan tener un continuo de atención (OMS, 2015; 2020). Esto también ocurre en nuestro país donde todavía muchos servicios de salud se encuentran estructurados para diagnosticar y curar problemas de salud que tienen una duración limitada, mediante el uso de un enfoque biomédico.

Los desarrollos de la antropología, sobre todo del autor Menéndez (2003), nos permiten caracterizar el denominado enfoque biomédico predominante en el modelo de atención actual. El denominado *Modelo Médico Hegemónico* tiene como características centrales: el biologismo, el individualismo, la asociabilidad, el mercantilismo y propicia un determinado

modelo de relación profesional de la salud-paciente (Menéndez, 2020). Este modelo de relación ha venido modificándose en las últimas décadas con mayor celeridad, sin embargo, no ha logrado derrumbar algunas características centrales de lo que se denomina modelo autoritario o paternalista (Lázaro y Gracia; 2006) de relación profesional de la salud-paciente, donde predomina el rol del enfermo como receptor pasivo de las decisiones que se toman en nombre de su salud, una relación vertical, infantilizante, entre otras características. A pesar de que muchos autores consideran a estos cambios como crisis del modelo, consideramos junto con Menéndez (2003) que los mismos no implican el derrumbe del modelo biomédico, si no una transformación dentro del mismo dado que todo modelo de atención está plasmado en prácticas reales y las mismas siempre son dinámicas, situadas y contextualizadas.

Ahora bien, los conceptos o nociones de salud/enfermedad y los procesos atención/curación, no son categorías neutrales, ahistóricas o apolíticas (Laurell, 1981). Las concepciones sociales se gestan en torno a estas nociones y las caracterizan a partir de las relaciones sociales y del ejercicio del poder que se naturalizan o normalizan por medio y en nombre del discurso científico (Laurell, 1981). Las formas de simbolizar, comprender y padecer las enfermedades fueron y seguirán siendo simbolizadas socialmente, al igual que las formas de atención que no se corresponden exclusivamente con el orden de lo natural y biológico. Los modelos explicativos que se han desplegado históricamente se han enlazado con los paradigmas de pensamiento predominantes, que siempre han intentado marcar la línea divisoria entre lo normal, lo patológico y con ello lo aceptable o lo desviado.

En la actualidad observamos un corrimiento en las concepciones sociales respecto de las formas de atención y de la relación profesional-paciente, a esto se ha llegado por medio de una serie de críticas históricas al paradigma positivista biomédico, del impulso que los organismos internacionales han dado a las políticas y programas que promueven la transformación del sistema de salud y los servicios de atención hacia la

estrategia de atención primaria de la salud, de la incorporación de la perspectiva comunitaria y la participación ciudadana, además de la relevancia de los hallazgos en el campo de la investigación epidemiológica que han permitido ampliar la mirada sobre los determinantes sociales de la salud y la enfermedad.

Ya en la década del 60 Laín Entrangolo (1969) ha desarrollado sobre cómo las modificaciones en la organización social y del sistema de salud han impactado en el espacio de consulta, en la relación médico-enfermo y sostiene que la relación ha pasado “de la isla desierta al equipo sanitario” dado que ya las personas que llegan a consulta o que demandan una atención no se relacionan solamente con un médico, lo hacen con varios especialistas, personal de enfermería, técnicos, asistentes sociales y una multiplicidad de administrativos que son quienes también tienen un rol fundamental en el acceso al sistema. Por ello es que se desarrolla el término “relación clínica o sanitaria” (Lázaro & Gracia, 2006, p. 15), dado que el otro término de lo que se denomina tradicionalmente como “relación médico o profesional-paciente” también a esta altura es inadecuado, ya no consulta solamente un paciente, un enfermo. Con la ampliación de las estrategias del sistema de salud acuden a los servicios algunas personas para descartar posibles enfermedades y personas sin síntomas, ni sospechas de enfermedad para realizarse controles.

Estos cambios en la estructura de la relación clínica vienen acompañados por otros cambios que hacen al modelo de la relación, en el transcurso de las últimas décadas, los profesionales médicos, sobre todo, han visto quebrado su poder de decisión, su poder incuestionable y han ingresado a un modelo de relación que se denomina “democrático” (Lázaro & Gracia, 2006) que refleja los cambios sociales. La autonomía del paciente se construye social y jurídicamente como el valor principal en la relación (Seoane, 2013), la autonomía refiere a una visión del ser humano como un agente artífice de sus pensamientos, acciones y decisiones.

El poder de decidir sobre técnicas terapéuticas o diagnósticas de las que va a ser objeto hace que el principio de beneficencia tradicional ya no pueda aplicarse sin conocer la voluntad del sujeto que consulta. La concepción y el derecho le otorgan al paciente la posibilidad de que las decisiones se ajusten a su sistema de valores. Sin embargo, esta posibilidad solo se hace efectiva en la medida en que la relación se horizontaliza. Lo que antes eran puntos de apoyo de las asimetrías, la diferencia de saberes, de vocabulario y lenguaje ahora son puntos donde se debe trabajar para lograr la transmisión de información suficiente para poner al otro en un lugar de poder de toma de decisión (Petracci, et. al., 2017).

3.3 Concepciones, teorías y marcos metodológicos para el estudio de las representaciones sociales.

Como sujetos humanos, nos encontramos inmersos en contextos que son complejos en dos sentidos: por un lado, suceden una cantidad y variedad de eventos e interacciones con individuos y grupos; por otro, a raíz de dichos intercambios, vamos tomando posiciones, decidiendo conductas, opinando sobre temas diversos. De este modo, se van construyendo puntos de vista, formas de ver y explicar el mundo que nos rodea, de manera de poder comprenderlo y hacerlo previsible. Esta representación de la realidad, que es una reconstrucción de la misma es, como decíamos, social, producto de nuestras interacciones y pertenencia a grupos y toma para cada uno de sus miembros el valor de *verdad*. Esto posibilita la construcción de una identidad y al mismo tiempo, la de una diferencia: la constitución de “los otros”, los que no comparten esa misma cosmovisión (Rateau & Lo Monaco, 2013).

Ahora bien, no todo pensamiento ingresa en esta categoría, para reconocer una representación como social el foco debe ponerse en torno a la función que tiene la representación más que sobre el agente que la produce (Araya, 2003). Las personas crean representaciones en el marco de interacciones comunicacionales o de cooperación sobre objetos valorados socialmente o de interés en la interacción. Esos significados, opiniones,

creencias circulan más allá de los sujetos y tienen una realidad *sui generis* (Moscovici, 2003). A medida que un evento u objeto crecen en su relevancia surgen exigencias sociales sobre los grupos e individuos para elaborar una “sustancia simbólica” (Moscovici, 1979) un sistema cognitivo que permita recortar, simbolizar y sirva para identificarse grupalmente.

La Teoría de las Representaciones Sociales desde el estudio original llevado a cabo por Moscovici en su tesis doctoral “El psicoanálisis, su imagen y su público” (1961) ha tenido un gran desarrollo atravesando disciplinas como la psicología social, la sociología y la antropología. Dadas las diversas aplicaciones para la comprensión de múltiples fenómenos sociales en diversos niveles y contextos, la proliferación de estudios comienza en Europa y luego se desarrolla en el continente americano donde se destacan las investigaciones realizadas en Brasil, México, Venezuela y Argentina, las cuales están principalmente orientadas por el enfoque procesual (Araya, 2003). Las investigaciones teóricas y empíricas que existen a nivel mundial incluyen artículos, libros, capítulos de libros, ponencias en eventos, tesis de maestría y doctorado, con el objetivo de sistematizar los desarrollos y aplicaciones de la teoría de las representaciones sociales se encuentran también múltiples revisiones que presentan el estado del arte en la materia y en campos de aplicación concretos como por ej. en educación, enseñanza, salud, enfermedad, cuerpo, género, maternidad, etc. Esta proliferación de investigaciones ha permitido el surgimiento de diversas orientaciones conceptuales (Rateau & Lo Mónaco; 2013) y metodológicas imponiendo la necesidad de usar el plural para referirse actualmente al concepto y teoría de las representaciones sociales.

Sin embargo, a pesar de esa variedad, existen unos supuestos epistemológicos que todos ellos comparten: en principio, el “constructivismo”, en tanto el sujeto es activo, reconstruye el conocimiento y lo transforma en sentido común. En segundo lugar, el “interaccionismo”, referido a las interacciones entre las personas y los grupos, en la dinámica social.

Según Jodelet (2020), “el término representación social remite tanto a los productos como a los procesos que caracterizan el pensamiento de sentido común, es una forma de pensamiento práctico, socialmente elaborado, marcado por un estilo y una lógica propia, y compartido por los miembros de un mismo colectivo social o cultural” (p.66). Abric (1987) sostiene que las representaciones sociales son una “actividad mental por la que un individuo o un grupo reconstituye la realidad que enfrenta y le atribuye una significación específica” (p.64). Esto no es simplemente un “reflejo” de la realidad, por el contrario, es una “organización significativa” (Abric, 2001, p.13) que depende de factores contingentes, propios de la situación o interacción que la está generando, pero también de factores más generales, estructurales, amplios que repasan la situación particular y que refieren por ejemplo, al contexto histórico, ideológico, cultural del sujeto.

Entonces, desde esta perspectiva las representaciones no son sólo cognitivas, sino que se constituyen como *socio-cognitivas*, son más bien, *sistemas socio-cognitivos* (Abric, 2001, p.14), suponen un sujeto activo atado a procesos cognitivos pero la puesta en marcha de esos procesos está determinada por las condiciones sociales en que se elabora.

El a priori de esta perspectiva es que no existe realidad objetiva, sino que toda realidad es representada, apropiada por el individuo o el grupo y reconstruida en su sistema cognitivo, integrada en su sistema de valores que depende de su historia y del contexto social e ideológico que le circunda (Jodelet, 2020). Esto debido a que, el desarrollo de una RS se da en el marco de dos procesos. En principio, *la objetivación*, esto es, la simplificación y esquematización del objeto social; algunos de sus rasgos son extraídos de acuerdo con criterios culturales (los grupos sociales tienen acceso desigual a la información sobre el objeto) y normativos (se privilegia del objeto lo que está en consonancia con los valores del grupo). A partir de la selección de estas facetas del objeto, el concepto se transforma en un elemento de la realidad (Rateau & Lo Monaco, 2013). Y se completa con el proceso de *anclaje*, en el que el nuevo objeto va a ser inscrito en la red de significados que ya tienen el individuo y el grupo y así se van ampliando los sistemas de pensamientos

vinculados a aquel. Acá pueden observarse los rasgos de la representación social en tanto rígida y flexible, estable e innovadora: un objeto nuevo se integra en un sistema preexistente, interjuego entre la innovación y la conservación (Rateau & Lo Monaco, 2013).

Sostiene Abric (2001) que, “es esa realidad apropiada y reestructurada que para el individuo o el grupo constituye la realidad misma. Toda representación es así una forma de visión global y unitaria de un objeto, pero también de un sujeto” (p. 12). Al ser representaciones funcionales del mundo (Abric, 2001) éstas, permiten entender e interpretar la realidad, definir identidades, resguardar las especificidades de cada grupo social y posibilitan un control social al tener como función la de conducir las actitudes y prácticas de los sujetos sociales.

Estructura, dinámica y transformación de las representaciones sociales

Las RS entonces han sido definidas como modalidades de pensamiento práctico, orientado a la comprensión del contexto y a la comunicación (Jodelet, 2020). Su análisis y la comprensión de su funcionamiento necesitan una doble identificación: la de su contenido y la de su estructura. El conjunto de informaciones que la componen está jerarquizado y con relaciones asignadas entre ellas, lo que determina el lugar que ocupa cada uno en la estructura de la representación y sus significaciones. Moscovici y otros autores han desarrollado la hipótesis de la organización interna, sin embargo, Abric (1976) ha profundizado el desarrollo y ha generado la hipótesis del llamado “núcleo central”.

Para esta teoría, respecto a la estructura, la representación es un conjunto organizado alrededor de un núcleo central que da su significación a la representación (Abric, 2001). Estos elementos centrales cumplen dos funciones imprescindibles: generan sentido, los individuos toman de aquí la significación y el valor del objeto de la representación; por otro lado, organizan el resto de los elementos de la representación, los elementos periféricos que dependen del núcleo central (Rateau & Lo Monaco, 2013). Está constituido por los elementos

que tienen consenso dentro de un grupo, la forma parecida en la que sus miembros ven al objeto social y así definen cierta homogeneidad y su diferencia respecto a otros grupos. De este modo, este sistema de la estructura de la representación social asegura su permanencia y resiste al cambio (Rateau & Lo Monaco, 2013).

Tal como ya se mencionó, el proceso de objetivación, como primera fase del proceso de representación, habilita la retención, por parte de los individuos involucrados, de manera selectiva de una parte de la información que circula en la sociedad sobre el objeto a representar. En este momento los elementos seleccionados, además de ser clasificados, son “descontextualizados” (Abric, 2001, p.20), disociados del contexto que los produjo, adquiriendo así una autonomía mayor, que aumenta su posibilidad de utilización para el individuo.

Sostiene Abric (2011), “luego el núcleo es simple, concreto, gráfico y coherente, corresponde igualmente al sistema de valores al cual se refiere el individuo, es decir que lleva la marca de la cultura y de las normas del entorno social” (p. 20).

Comprender que las representaciones tienen núcleos centrales persistentes y resistentes, es importante en el marco de pensar y analizar cómo se dan transformaciones o cambios en los contenidos de las representaciones, en tanto una modificación del núcleo central implica una reorganización completa del sistema socio-cognitivo.

El sistema periférico entonces, contiene elementos que cuya presencia, ponderación, valor y función están determinados por el núcleo, constituyen lo más vivo y concreto de la representación. Están jerarquizados, pueden ser más o menos cercanos al núcleo central, y ejercen 3 funciones:

- *Función de concreción:* resultan del anclaje de la representación en la realidad, integrando los elementos propios de la situación en la que se está interactuando, así revisten de términos concretos y comprensibles la representación. Con ello logran especificar los elementos del núcleo duro.

- *Función de regulación:* de adaptación a las evoluciones o cambios en el contexto, constituyen el aspecto móvil, permite tomar los elementos nuevos e integrarlos, resignificarlos, si son contradictorios, otorgarles un status de excepción o reinterpretación.
- *Función de defensa:* Flament (2001) denomina a esta función como “parachoques”, los elementos móviles y flexibles del sistema socio-cognitivo ante cambios del entorno pueden ser trastocados, reinterpretados en su jerarquía o significación para lograr que el núcleo central persista.

La importancia del sistema periférico según Flament (1989) es que son esquemas, organizados por el núcleo central, que garantizan “de forma instantánea el funcionamiento de la representación como rejilla de desciframiento de una situación” (citado en Abric, 2001, 25).

En la teoría de las representaciones sociales hay una caracterización que podría aparecer como contradictoria; las representaciones son a la vez estables y móviles, rígidas pero flexibles, y esta caracterización es explicada por la existencia del doble sistema de objetivación y anclaje.

“Estables y rígidas porque están determinadas por un núcleo central profundamente anclado en el sistema de valores compartido por los miembros del grupo; móviles y flexibles porque son alimentadas de las experiencias individuales e integran los datos de lo vivido y de la situación específica, la evolución de las relaciones y de las prácticas sociales en las que los individuos o los grupos están inscritos” (Abric, 2001, 27).

3.4 Representaciones sociales sobre el envejecimiento y la atención de los adultos mayores.

Como ya se ha mencionado, sobre el envejecimiento y las personas mayores se han construido imágenes, sentidos, significados que han condicionado las prácticas, los abordajes, las políticas públicas y las formas de atención en diferentes momentos y contextos culturales (Perez Ortiz, 2016; Chamorro García, 2020).

La OMS en su “Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud” (2015) advierte sobre las representaciones sociales que atan la vejez o el envejecimiento a características negativas, de enfermedad, dependencia y pasividad y que no reconocen la *diversidad dentro de la vejez*. El organismo destaca que la **discriminación por motivos de edad** limita las conceptualizaciones de los problemas y facilita la mirada posicionada sobre el gasto (OMS; 2015). También alerta sobre el rol de estas representaciones en el desarrollo de políticas de salud y de los abordajes de las problemáticas que presentan las personas mayores como grupo generacional.

Los estereotipos que sostienen estas ideas se basan en representaciones del curso de vida como una serie de etapas rígidas o estáticas. En su “Informe Mundial sobre el edadismo” (2021), la OMS sostiene:

“Hablamos de edadismo cuando los estereotipos que tienen las personas acerca de la edad guían las inferencias que hacen acerca de otras personas en función de su edad, incluidas las relativas a sus capacidades físicas y mentales, sus competencias sociales y sus creencias políticas y religiosas. Esas inferencias pueden conducir a una generalización excesiva que haga que se considere que todas las personas de un determinado grupo etario son iguales” (p,3).

La discriminación por edad, para la OMS “puede tomar muchas formas, por ejemplo actitudes prejuiciosas, prácticas discriminatorias o políticas y prácticas institucionales que perpetúan las creencias estereotipadas” (2015, p.11). En el Informe Mundial sobre Edadismo la OMS (2021) sostiene que este fenómeno puede ser:

- Interpersonal, en tanto surge de las interacciones sociales.
- Institucional cuando se plasma en leyes, reglas, prácticas o políticas institucionalizadas que restringen la autonomía y capacidades de los adultos mayores.
- Autoinfligido, cuando es interiorizado por las personas y se vuelve contra uno mismo.

En el informe (OMS, 2021) y en otras investigaciones se destaca que este fenómeno está generalizado en la mayoría de las sociedades industrializadas modernas (Marquet, Missotten, Adam, 2016) y es transversal a los grupos sociales y generacionales. La fuerza de circulación de estas representaciones hace que aún a quienes manifiestan públicamente las mejores intenciones les puede resultar difícil abstenerse de actuar y expresarse en forma negativa.

Se han desarrollado gran cantidad de investigaciones que, con diferentes técnicas y rigurosidad metodológica, han intentado conocer, describir o asociar los sentidos y representaciones sociales sobre el envejecimiento que circulan predominantemente (Bluter, 1969; Robb, Chen & Haley, 2002; Löckenhoff, et al., 2009; Marzoni & Billoud; 2019), algunos estudios focalizan en grupos sociales particulares como por ejemplo, docentes, estudiantes, determinados grupos étnicos, en las personas mayores (Albengozar, Cerdá & Pérez; 1999; Molina, 2000; Freitas & Ferreira, 2013; Godoy Gomez et. al 2017; Bravo Rondon & Lamus de Rodriguez, 2020) o en la imagen y representaciones que circulan en los medios de comunicación (Díaz, 2013; De Andrés & Maestro, 2014; Ylanne, 2015; Bravo Segal; 2018).

En 2020, Marques et. al; han realizado una revisión sistemática de investigaciones sobre determinantes de la discriminación por edad, publicadas durante un período de 40 años (1970-2017). En el análisis se incluyeron finalmente 199 artículos y se identificaron 14 determinantes asociados a la discriminación por edad. Los determinantes más fuertes encontrados han sido los referidos a un nivel intraindividual, como la “ansiedad frente al envejecimiento” y “miedo a la muerte”, a nivel interindividual se ha registrado

asociación sobre la “calidad del contacto con las personas mayores”, “calidad de la relación con los padres y abuelos”. En cuanto al nivel institucional, señalan como la dimensión menos estudiada, se ha encontrado los niveles de recursos económicos y el porcentaje de personas de mayor edad en el país.

Los hallazgos encontrados a partir de la revisión de las investigaciones previas realizadas sobre RS de la vejez y el envejecimiento permitieron generar una caracterización de las mismas en torno a las siguientes dimensiones:

a. El envejecimiento y la vejez como sinónimos de enfermedad-dependencia.

En las RS aparece un discurso que homogeneiza la vejez y la asocia a un proceso plagado de “pérdidas” (Marzioni & Billoud, 2019). Las ideas que expresan este binomio entre la mayor edad y el aumento de la declinación de las facultades y capacidades mentales y físicas, basan su representación en una conexión intrínseca entre edad y capacidad (OMS, 2015, 2021). Esto hace que la concepción biológica termine simbolizando otras cuestiones más amplias que están relacionadas con la concepción que pesa sobre los cuerpos en una determinada sociedad. la corporeidad humana es un fenómeno social que constituye al cuerpo como una materia objeto de simbologías e imaginarios (Le Breton, 2021). Entonces algunas pérdidas de capacidades funcionales se transforman en ideas sobre cuerpos deficientes, decadentes, la imagen de personas frágiles conecta a otras ideas como personas que son “incapaces de manejarse por sí mismas” (INADI, 2013).

Las imágenes que asocian la vejez con la “dependencia” o “incapacidad” (Lynch & Gastrón, 2021), transforman a los “viejos” en “sujetos inútiles” (Giraldo Rodríguez & Torres Castro, 2010). Ahora bien, las pérdidas de autonomía o la dependencia pueden estar marcadas por deterioros físicos o mentales, sin embargo, muchas veces estas problemáticas surgen por cuestiones económicas o culturales, que son producto de construcciones sociales.

Por todo esto, al envejecimiento y a las personas mayores viene asociada la representación en torno al “cuidado” (INADI, 2013) y esto también

relacionado a otras ideas que circulan que “infantilizan” a los adultos mayores, comparando sus comportamientos con los de niños. Las prácticas de cuidado se refieren a las actividades que se realizan en pos de hacerse cargo de las necesidades materiales, emocionales, cognitivas de otra persona. Más allá de la visión reduccionista que asocia cuidado con atención, para Arroyo Rueda & Bretado García (2019) “el cuidado proporciona tanto subsistencia como bienestar y desarrollo” (p.151) y no es solo requerido por las personas adultas mayores. Los cuidados son necesarios a lo largo de todo el curso de la vida, lo que cambian son las características y las intensidades, siendo que no solo deben asociarse a la edad, en determinadas circunstancias contextuales la vida requiere de cuidados (CEPAL, 2022).

El análisis de la problemática tiene que considerar la responsabilidad sobre el cuidado, y más allá de la cuestión de género que también se abordará más adelante, los niveles de responsabilidad macro y micro deben señalarse. Los cuidados dependen de las relaciones sociales del sujeto individual pero también de estructuras y normas sociales que exceden la esfera de los individuos pero condicionan fuertemente el acceso a los cuidados. La familia aparece como primer núcleo que debe absorber las responsabilidades, sin embargo, el cuidado es un derecho y las políticas de cuidado deben garantizar el acceso equitativo a estos servicios (CEPAL, 2022).

Y en los cuidados aparece el peligro del *viejo reducido solo a su cuerpo* sobre todo en las instituciones, “donde el espesor humano, la singularidad individual son borradas bajo el cliché del cuerpo deteriorado, del cuerpo que hay que alimentar, del cuerpo que hay que lavar” (Le Breton, 2021, p.209).

Por último, aparece la representación de la “muerte” y el “miedo a la muerte” (Rada Schultze, 2021), desde la sociología mucho se ha escrito en torno a los miedos sociales y estigmatizaciones que surgen de estos sentimientos que se transforman, por su difusión, en colectivos, sostiene Simmel (2007) que a pesar de que la muerte es parte inherente de la vida, se presenta como imposible de comprender o una situación que buscamos eludir, por ello, también buscaremos eludir la situación, las personas o las etapas que nos la evoquen.

b. La vejez como un estado de inactividad - improductividad y jubilación.

Respecto de las representaciones sociales sobre el envejecimiento, la vejez y los adultos mayores en el “Informe Mundial sobre el edadismo” de la Naciones Unidas (2022) identifican en todos los grupos de edad una prevalencia de valoraciones asociadas a la *pasividad, inactividad (sobre todo asociada a lo laboral) y vulnerabilidad*. En las sociedades modernas el envejecimiento es visto en contraposición con la identidad de la “persona joven”, oponiéndose a las cualidades de la juventud, como la actividad, fuerza, memoria, belleza, potencia, productividad, todos sentidos asociados a ella (Le Bretón, 2021). En cambio, el envejecimiento sería un proceso de acontecimientos negativos de pérdida de esas cualidades y de pérdidas de roles que lo terminan inactivando, por ende aparecen las imágenes de inactividad social, falta de posibilidades, de aportes (Mota, et. al., 2018).

En la sociedad occidental se otorga una primacía tal a la contribución productiva, según Max Weber propia de la ética protestante que da origen al capitalismo, que el foco se pone en el funcionamiento independiente de los individuos más que en la interdependencia de las personas, por ello, la incapacidad individual es vista como una incapacidad casi absoluta.

También aparece en las investigaciones previas, la idea de la vejez como “jubilación”, como la ausencia del trabajo, y cómo un grupo que debe dar lugar a otra generación que pugna por encontrar un espacio. Gastrón & Lynch (2021) sostienen que la paradoja es que, al ceder el espacio, el viejo se transforma en material de descarte.

Sobre la concepción de jubilación asociada a la vejez, reflexiona la OMS (2015) que la jubilación es una condición moderna y extendida en algunas sociedades más occidentales y de niveles económicos altos. También menciona estudios y encuestas que evidencian sobre los deseos y estrategias de las personas para seguir activos en términos laborales aún en edad jubilatoria, o revelan el desarrollo de estrategias innovadoras para incorporar recursos económicos a partir de otros proyectos laborales autónomos. Las

razones encontradas van desde el impacto de la pobreza y la necesidad de continuar trabajando, pero en muchos casos se encuentra también un interés por permanecer como participantes activos en la sociedad (OMS, 2015).

Otros estudios han encontrado en las representaciones una identificación entre “vejez-tiempo libre” (Lynch & Gastrón, 2021).

Algunos estudios señalan que el “*miedo a la vejez*” viene de la mano del miedo a la vulnerabilidad económica asociada a esta edad. Como señala Augé (2014), en las sociedades de mercado “la angustia del envejecimiento es precisamente concomitante con la vulnerabilidad de las posiciones adquiridas” (p. 27). Rada Schultze (2021) realiza estas reflexiones en torno a su investigación en la Argentina, donde encuentra representaciones de la vejez asociada a la jubilación y ésta a una situación de vulnerabilidad y pobreza. Y señala que “la latente situación de pobreza y la inaccesibilidad a servicios sociales básicos ha sido incluso objeto de humor durante décadas en los principales medios de comunicación argentinos” (Rada Schultze, 2021, p.43).

Por otro lado, se ha encontrado un estudio que revisa la bibliografía existente sobre edadismo en la vida laboral de las personas adultas mayores (2022), y evidencia que este fenómeno se presenta obstaculizando la contratación, el ascenso en la carrera, oportunidades de capacitación (Harris et. al, 2018) entre otras cosas.

c. Los viejos están solos, aislados, desvinculados.

Se ha mencionado anteriormente que el envejecimiento está asociado a una serie de pérdidas, entre ellas las relacionadas a roles y lugares sociales, especialmente al que refiere al mundo del trabajo, como vimos en la dimensión anterior. Por ende, el adulto mayor aparece representado en un espacio solitario, desvinculado de sus antiguas relaciones sociales y con ello aparece otra imagen, la “soledad” (Lynch & Gastrón, 2021).

Sostiene Le Breton, que envejecer para los occidentales es vivenciado como un lento proceso de *despojos*, ir despojándose de las cosas que hicieron a su vida y que fueron apreciadas y con ello una reducción progresiva de su

presencia en el mundo social, un repliegue sobre el seno familiar y uno mismo (Le Breton, 2021).

La falta de participación social que se atribuye a este período de la vida se refiere a una falta de vinculación con esferas extra domésticas por falta de motivación (INADI, 2013). A partir de estas hipótesis muchas investigaciones se han concentrado en la evaluación de la participación social de los adultos mayores, como señalan Sepúlveda-Loyola y su equipo (2020), quienes realizan una revisión bibliográfica sobre participación social y su efecto en la salud de las personas mayores, al no haber una definición común que operacionalice el concepto, los estudios se centran en la identificación de actividades locales, recreativas, lúdicas, educativas, entre otras de las personas mayores. Han encontrado que los estudios destacan la búsqueda de espacios de vinculación por parte de los adultos mayores y que los beneficios hallados van desde lo cognitivo hasta indicadores duros de salud como los deseos de suicidio, la depresión y la mantención de la funcionalidad (Sepúlveda-Loyola et. al, 2020).

En relación con las personas mayores y su participación en la vida pública o política se ha construido en la década del 60 una teoría psicosocial del envejecimiento denominada teoría del “desapego” (Cummings & Henry, 1961) que sostiene que las personas mayores van sintiendo un gradual desinterés por los acontecimientos sociales de su entorno y esto sería debido al desarraigo o la disolución de la red de pertenencia. Desde esta perspectiva podría concluirse que la desvinculación sería un proceso normal y deseado, y la actitud que deben tener los familiares y los profesionales es favorecer la ruptura progresiva con las actividades sociales, por supuesto, que las críticas a esta teoría no tardaron en aparecer dado que no está alineada a la visión actual del derecho. Asimismo, sin negar que esto pueda sucederles a algunos individuos, lo que aparece más que una reducción cuantitativa de actividades, es una reformulación cualitativa de las mismas (Merchán Maroto & Cifuentes Cáceres, 2014).

d. Los viejos padecen de infelicidad - depresión y rigidez.

Otra imagen asociada a la vejez y a las personas mayores es la de la depresión o infelicidad como si fuese una condición propia de la edad. Sin embargo, según la OMS (2015) “la prevalencia estimada de los trastornos de ansiedad en la población de edad avanzada es del 6 % al 10 %, levemente inferior a la prevalencia estimada de los trastornos de ansiedad en los adultos más jóvenes” (p. 62).

La atribución de estos sentimientos o problemas de salud mental a una condición biológica, a una etapa invisibiliza procesos que están por detrás, como por ejemplo, las transformaciones de las condiciones de vida que cambian las lógicas familiares, el mercado de trabajo, los espacios de las viviendas en las zonas urbanas, la inseguridad de las grandes urbes, entre otras dimensiones, sobre todo en las sociedades modernas occidentales, que han ido rompiendo las redes sociales históricas en las que los individuos han podido sostener su existencia (OMS, 2015; Montes de Oca & Garay Villegas; 2009). Aparecen entonces otras imágenes como el “abandono de los abuelos” por parte de las familias, la vejez como una *carga* (Lynch & Gastrón, 2021).

Como se mencionó anteriormente en las investigaciones se encuentra un discurso social que configura una imagen homogénea de la vejez que identifica a los adultos mayores con un *sujeto pasivo, incapaz* de actuar frente a un contexto social que se transforma con mayor velocidad, saturado de tecnologías que no sabe manejar y que lo incapacitan (Marzioni & Billoud, 2019). Aparece entonces “la resistencia al cambio” y la condición de “conservador” como una atribución del carácter de las personas mayores (INADI, 2013), el “vivir del recuerdo”. Sostiene Fumis (2022) pareciera que “la vejez convierte lo que toca en recuerdo, en nostalgia, en exilio: el mundo en el que vive el viejo es el mundo del *ya no*” (Fumis, 2022).

e. Los estereotipos y representaciones positivas sobre la vejez y el envejecimiento.

El campo positivo de las representaciones sociales sobre la vejez aparece en la asociación de esta etapa con atributos como “experiencia”,

“sabiduría”, “competencias acumuladas”, la “madurez” y la “tranquilidad”, imágenes que algunos estudios mencionan como propias de las sociedades antiguas o más tradicionales donde el adulto mayor es el sabio con un rol educativo, de transmisión. Esto garantizaría el “respeto” (Montes de Oca & Garay Villegas; 2009) y el “aprecio” (Sanchez Nítola, 2022).

Por otro lado, a la vejez y a las personas mayores se le asocian significados o sentidos sobre el abuelazgo, como práctica de crianza y cuidado de los niños en la familia. El abuelazgo viene asociado con palabras como “cariño”, “amor”, “comida”, “afecto” (Lynch & Gastrón, 2021; Sánchez Nítola, 2022). Estas representaciones sociales según Gastrón (2003) estarían más relacionadas cuando se indaga acerca de los sentidos atribuidos a la mujer vieja.

f. Un análisis desde la perspectiva de roles de género.

Respecto a los significados de “persona mayor/vieja” se dice que éstos tienden a ser más flexibles en cuanto a los estereotipos de género y que en general se produce un debilitamiento, puesto que existe una mayor preocupación por la salud y el poder llevar a cabo una vida cotidiana normal que por las relaciones de poder y la expresión de la masculinidad, en el caso de los varones. Sin embargo, Señala Fumis (2022) que la distinción genérica constituye una dimensión clave en la construcción de representaciones, dado que cuando uno ahonda en los sentidos positivos como experiencia, sabiduría, transmisión, éstos son más representados cuando se evoca a la figura de hombre viejo (Bauza, 1990, 2010), al igual que lo sucedido con las sociedades más antiguas, el prestigio de las personas viejas estaba asociado a los hombres, sabios, consejeros y concedores de sus ámbitos de desempeño (Sánchez Nítola, 2022). También a los hombres aparece más asociado el deterioro, producto de una histórica falta de autocuidado (Sánchez Nítola, 2022).

En cuanto a las mujeres y la vejez en las evocaciones surgen imágenes asociadas a la familia, los vínculos amorosos y las tareas hogareñas (Lynch & Gastrón, 2021; Urquiza et. al, 2008). Asimismo, las evocaciones asociadas a

este género traen cuestiones estéticas más a menudo que las evocaciones sobre los hombres o varones mayores (Andrés et. al; 2003).

Por otro lado, sobre las mujeres se representan sentidos más asociados a la participación, a una vida social más activa, con carácter más ameno que el de los hombres representados como “chinchudos” y “malhumorados” (Sánchez Nítola, 2022, Bauza 2010).

g. Un análisis en función de los grupos generacionales.

La multiplicidad de estudios que se desarrollan sobre las RS en torno a la vejez, el envejecimiento y las personas mayores visibiliza que las mismas cambian en función de la edad de las personas. Molina (2000) encuentra en una revisión que las valoraciones sobre la vejez y el envejecimiento van tornándose más positivas a medida en que aumenta la edad. En otro estudio, entre los jóvenes además, los mayores aparecen con una imagen restrictiva, autoritaria y censora de sus actitudes y costumbres de los jóvenes (Albengozar, Cerdá & Pérez; 1999).

Lynch & Gastrón (2021) señalan que en el discurso de los jóvenes aparece una relación emergente, como una antinomia entre juventud y vejez. Viejo y vejez son maduro, madurez, veteranía, en las representaciones de los niños aparece lo afectivo, los viejos son cariñosos, son cuidadores, afectuosos, dignos de amor y respeto, sumado a una caracterización física, tienen arrugas, bastón y anteojos. Encuentran interesante la diferenciación entre adulto y viejo, adulto es quien ha llegado al grado máximo de crecimiento o desarrollo. Pero el viejo es quien tiene mucha edad, es añoso.

En la revisión sistemática realizada por Löckenhoff et.al (2009); que revisan percepciones sobre edadismo en 26 culturas diferentes, sostienen que existen patrones de percepción sobre la vejez en las diferentes culturas estudiadas que asocian las trayectorias de envejecimiento con disminuciones, pérdidas de habilidades de todo tipo, entre las generaciones en todas las culturas parece haber conflictos, sin embargo, sostienen que es muy relevante

como determinante de la percepción el tipo y la asiduidad de contacto que tienen los individuos jóvenes con los adultos mayores de su núcleo familiar.

Por otro lado, las investigaciones sobre las propias representaciones de los adultos mayores sobre la vejez y el envejecimiento, han encontrado que las discriminaciones que se manifiestan en las creencias, actitudes, expectativas, atribuciones y conductas expresadas por una comunidad hacia los ancianos puede repercutir negativamente en el bienestar, sintiéndose aislados dentro de su comunidad, con ingresos deficientes o institucionalizados innecesariamente (Castellano Fuentes, 2014). Por ende, los estereotipos pueden convertirse en realidad reforzando las conductas de inacción, aislamiento.

h. Representaciones de estudiantes y profesionales de la salud

Ya se ha desarrollado sobre las advertencias que organismos internacionales como la OMS realizan respecto de la existencia y diseminación de las RS negativas y la discriminación por edad en la atención sanitaria. Las investigaciones relevadas sobre RS, percepciones y actitudes hacia la vejez y el envejecimiento de profesionales de la salud por parte de Sánchez Nítola (2022) en su tesis doctoral, recrean un escenario similar al enunciado por la OMS y expresan las consecuencias halladas en relación a este tipo de atención, la autora encuentra que muchos profesionales atribuyen a la edad síntomas como naturales con una actitud pasiva frente a ellos, no se tratan cuestiones que a otras edades sí, es decir, frente a una misma patología, a diferentes edades no se ofrecen las mismas oportunidades de tratamiento.

Respecto al personal de salud y estudiantes de carreras de salud también se han encontrado algunas investigaciones que señalan y aparece con fuerza el concepto de dependencia (Sarabia & Castanedo; 2015; Bottinelli, et.al. 2008).

En nuestro país, Caillou et. al. (2014), realizan una investigación sobre RS en trabajadores del primer nivel de atención, en sus hallazgos mencionan que prevalece la visión biológica y patogénica de la vejez, que las personas mayores asisten a consulta cuando tienen síntomas agudos y los programas de prevención y detección o visitas domiciliarias están relacionadas principalmente con las temáticas de diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares,

asimismo, encuentran que los trabajadores reciben de los ministerios principalmente capacitaciones sobre estas temáticas en relación a los adultos mayores. Por otro lado, las connotaciones de aislamiento, tristeza y personas conflictivas que recaen sobre los adultos mayores son utilizadas como justificativo por parte de los trabajadores del primer nivel al explicar por qué no se realizan otras actividades, fuera de lo biomédico, con este grupo poblacional.

Similares representaciones encuentran Márquez Terraza y su equipo (2023) quienes sostienen que las RS negativas de los prestadores y profesionales que trabajan en servicios gerontológicos terminan limitando la oferta y el acceso a otros derechos más allá de la atención médica, como por ej. salidas, actividades recreativas, educativas y sociales.

La imagen negativa de la vejez y de las personas mayores parece estar reforzada en los profesionales y cuidadores de personas institucionalizadas. El cuidado de personas institucionalizadas concluye Billoud (2022) en su investigación analizando los discursos de cuidadores formales e informales es “como un trabajo emocional, donde las cuidadoras, en la pretensión de mantener su tarea y hacerla de la mejor manera posible, deberán poder procesar y manejar los sentimientos de asco hacia el cuerpo viejo, de miedo al ver su futura vejez y angustia por situaciones complejas que son difíciles de sobrellevar” (p. 162).

Frente a la creciente necesidad de formación de médicos especialistas en geriatría y gerontología, se ha despertado el interés por indagar acerca de las percepciones de los estudiantes de medicina dado que estarían interviniendo en la elección de la especialidad, durante su proceso de formación. Higashi, et. al, (2012), en un estudio realizado en Estados Unidos, revisan investigaciones previas donde dan cuenta de la persistencia de actitudes negativas en la atención de las personas mayores a pesar de la visibilización y trabajo activo para hacerle frente desde la formación médica, y deciden indagar sobre los determinantes que entrarían en juego. Desde un abordaje etnográfico exploran las prácticas de formación de médicos, el

acompañamiento en la atención durante este proceso halló en los estudiantes sentimientos ambivalentes de frustración y calidez sobre las personas mayores.

Los sentimientos de frustraciones vienen de la mano con sentimientos de fallas en la comunicación y de las decisiones que las personas mayores toman sobre la continuidad de tratamientos invasivos, cuando los practicantes los consideran ya “en el final de sus vidas”, actitud que sostiene contrastaba con situaciones igual de terminales que vivencian personas de menor edad. El análisis permite visibilizar que la mera expresión de objetivos de formación con visión de derecho no es suficiente dado que intervienen en el proceso materiales didácticos que están cargados de visiones biomédicas y tradicionales que asumen a las personas mayores como dementes, incontinentes y deprimidos, además de procesos de trabajo partimentados, cargados de exigencias sobre tiempos de atención que imposibilitan la visión más allá de lo biológico.

- **Representaciones sobre envejecimiento activo y saludable**

Las investigaciones halladas sobre envejecimiento activo y saludable no se concentran en los estudios de las representaciones de la población sobre los términos, la búsqueda bibliográfica arroja estudios que se orientan hacia los efectos o impactos de distintos tipos de actividades (física, mental, etc.) como maximizadores de oportunidades de salud, participación y seguridad en la vejez (Lin, et.al 2020). Otras investigaciones hacen foco en el impacto de intervenciones enmarcadas en la perspectiva de envejecimiento activo sobre las actividades o capacidades funcionales de las personas mayores.

La investigación en la que se enmarca esta tesis pudo realizar un acercamiento a las representaciones sociales sobre estos términos en la población general con igual metodología, mediante un análisis prototípico, entre los hallazgos puede mencionarse que tanto el envejecimiento activo como saludable se presentan en oposición a las representaciones extendidas sobre el envejecimiento (Comes, et. al, 2021).

En las evocaciones en torno a envejecimiento saludable, los significados aluden a la alimentación saludable, a la actividad física, al deporte y la salud.

aparece el tema de los controles médicos, ligados a la edad, evocaciones que hacen a una vida agradable, palabras relativas a un buen vivir. Sobre el envejecimiento activo, aparece la conexión semántica con el trabajo, la actividad, la salud y el deporte. Las palabras con mayor evocación dentro del núcleo central son trabajo, actividades, salud, actividad física y deporte.

4. METODOLOGÍA

La estrategia metodológica seleccionada ha sido la cualitativa dado que se pretende comprender las representaciones compartidas sobre las cuestiones abordadas.

Existen múltiples maneras de llegar a estudiar las representaciones sociales. Algunos métodos se basan en entrevistas semiestructuradas (Páez, Hernández & Mesa, 2005; Carneiro et al., 2013; Buitrago Peña, Cabrera-Cifuentes, & Guevara-Jiménez, 2009) y aplican un análisis de contenido, temático o análisis de discurso para extraer resultados. Existe otra serie de métodos que se basan en análisis lexicales (Guerin-Pace, 1998; Andrade, 2016). Estos tipos de análisis asumen que las palabras usadas en contextos similares están asociadas al mismo mundo lexical y son parte de mundos mentales específicos o sistemas de representación (Roubère & Ratinaud, 2014). Entre ellos se encuentra el análisis prototípico (Wolter, Wachelke, & Naiff, 2016) que se utilizará en esta investigación, que utiliza una técnica asociativa libre de palabras (Shimizu, Silva, Moura, Bermúdez, & Odeh, 2015) para captarlas. El análisis de la información será bajo las normas de la metodología cuantitativa. La técnica asociativa libre de palabras propone al participante unas palabras inductoras y a partir de estas se deberían asociar entre cinco y siete palabras. Esta metodología capta por medio de palabras evocadas, las familias lexicales que estarían dando sentido y significado a las palabras inductoras, acercándonos a la conformación de una hipótesis sobre la representación social

Esta técnica de análisis se basa en la teoría estructural de las Representaciones Sociales cuyo referente, entre otros, es Jean Claude Abric. Él define que toda representación tiene un núcleo central, aquellos conceptos que definen la esencia de esa representación, se encuentra en un nivel preconscious, entonces las personas actúan casi automáticamente cuando esbozan la asociación. Son las ideas que permiten la ligazón con la memoria colectiva y la historia de ese grupo, por ende, son homogéneas en su interior y estables. La función de este *núcleo central* es generar los significados de esa

representación y determinar la organización de esos significados (Abric, 1993). Existe también lo que el autor llama *sistema periférico* que son aquellas ideas que si bien forman parte de las representaciones, traen la heterogeneidad de pensamiento dentro de ese grupo.

Se utilizará como apoyo el software libre Iramuteq, que fue realizado específicamente para análisis lexicales y dentro de estos, para el análisis prototípico, que se basa en el cálculo de frecuencias y orden de evocación de las respuestas. Flament & Rouquette (2003), por su parte, señalan que este análisis se basa en el principio por el cual cuanto antes una persona recuerda una palabra, mayor es la representatividad de ésta, en un grupo formado por personas con un perfil semejante.

En el análisis prototípico de las representaciones sociales se analiza: el núcleo central; el núcleo periférico; una segunda periferia que serían las palabras que casi no formarían parte de esa representación; y lo que llaman una “*zona de elementos de contraste*” donde se ubicaran las palabras que hoy no constituyen representación pero que están preparándose para serlo (Wolter et al., 2016). Entonces, las respuestas que surgen de la aplicación de la técnica se clasifican según: la frecuencia en el corpus y el orden de evocación. La frecuencia es un indicador cuantitativo de centralidad y remite al número de veces que una palabra aparece evocada y el orden de evocación, refiere a una operación individual en la que el sujeto declara ciertas palabras en concordancia con su disponibilidad cognitiva (Lamagni, 2021, p.66).

Los resultados se presentarán en modo de tabla de doble entrada donde la información será organizada de la siguiente manera:

Tabla 1: Estructura de análisis de las representaciones sociales utilizada por la metodología de análisis prototípico.

	Más prontamente evocadas (primeros 3 o 4 lugares de evocación según sean 5 o 7 las evocaciones)	Más tardíamente evocadas (últimos lugares de evocación)
--	---	--

Más frecuentes que la mediana	Núcleo Central	Primera periferia
Menos frecuente que la mediana	Zona de Contraste	Segunda Periferia

Fuente: Proyecto de Investigación - “Evaluación de un objetivo específico del Programa Nacional de Envejecimiento Activo y Salud: análisis de las representaciones sociales sobre envejecimiento activo y saludable en grupos poblacionales urbanos”, Becas de Investigación Isalud 2019 “Mario Gonzalez Astorquiza”.

No obstante esta situación de uso de estadística descriptiva, al tratarse de un estudio que apunta a la comprensión y cualificación de un fenómeno en contexto, se lo interpreta dentro de una estrategia metodológica cualitativa.

Los datos serán interpretados a la luz de elementos sociales y culturales que determinan esos significados compartidos. La estructura representacional que surja del análisis será confrontada con los conceptos y teorías desarrolladas en el marco teórico como “envejecimiento activo” y “envejecimiento saludable”.

Las unidades de análisis serán los estudiantes de todos los años de las carreras de Lic. en Kinesiología que hayan cursado activamente al menos una materia durante el año 2021 en la Universidad Isalud. La muestra se realizará en base a un muestreo intencional y con un número mínimo de cien sujetos que es lo que la literatura recomienda para dar estabilidad y eliminar la influencia de elementos de casos extremos.

Como fuente primaria de información se elaboró un instrumento en correspondencia con el instrumento utilizado para el proyecto “Evaluación de un objetivo específico del Programa Nacional de Envejecimiento Activo y Salud: análisis de las representaciones sociales sobre envejecimiento activo y saludable en grupos poblacionales urbanos”, llevado a cabo con el financiamiento de las Becas de Investigación Isalud 2019 “Mario Gonzalez Astorquiza”

Las palabras a evocar son:

Persona mayor.

Envejecimiento.

Envejecimiento activo.

Envejecimiento saludable.

Participación social en la vejez

Seguridad en la vejez

Atención en salud de personas mayores

El instrumento tendrá al inicio una serie de variables sociodemográficas y académicas para caracterizar la muestra (Ver en Anexo - Instrumento).

Varias son las investigaciones sobre el tema que la utilizan proporcionando resultados confiables para los estudios (Wachelke & Contarello, 2012) (Dany, Urdapilleta, & Lo Monaco, 2015) (Parrott & Smith, 1991). En temáticas relacionadas a salud se encuentran estudios que utilizan el análisis prototípico como el de, quien dirige esta tesis, Comes, et. al (2020) sobre representaciones sociales de mujeres usuarias del programa Mais Médicos (Brasil) respecto del empoderamiento y cuidados de la salud; de Oliveira Santos; Fernandes de Araujo & De Cerqueira (2019) en torno a representaciones sociales de adolescentes sobre las infecciones sexualmente transmisibles; otro estudio sobre representaciones sociales sobre salud mental profesionales de la salud (Betancur, et. al; 2011). Silva Souza; de Cerqueira & Fernandes de Araujo (2017) han utilizado esta técnica para estudiar las representaciones sociales sobre envejecimiento entre mujeres adultas mayores.

Asimismo, el presente proyecto es una línea de investigación en el marco del proyecto de investigación “Evaluación de un objetivo específico del Programa Nacional de Envejecimiento Activo y Salud: análisis de las representaciones sociales sobre envejecimiento activo y saludable en grupos

poblacionales urbanos”, llevado a cabo con el financiamiento de las Becas de Investigación Isalud 2019 “Mario Gonzalez Astorquiza”.

5. RESULTADOS

Caracterización de la muestra

La técnica fue aplicada a una muestra de 104 estudiantes de la carrera de Lic. en Kinesiología y Fisiatría de una universidad privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 58 estudiantes eran mujeres (55% de la muestra) y 46 hombres. El promedio de edad de la muestra fue de 30 años. La edad mínima fue de 18 años y la máxima fue de 56 años. El 27% de la muestra estaba cursando 1er año al momento de la realización de la encuesta, un 25% 3er. año.

Tabla N° 2: Año de curso de los estudiantes de Lic. en Kinesiología y Fisiatría.

Año de curso	%
1er. año	27,88 (29)
2do. año	16,35 (17)
3er. año	25,96 (27)
4to año	11,54 (12)
5to. año	18,27 (19)
Suma total	100,00 (104)

Fuente: elaboración propia.

Un 37% de la muestra de estudiantes ha expresado que realizó anteriormente una carrera relacionada con la salud y un 42,31% trabaja o ha trabajado en el sistema de salud ya sea como personal administrativo, profesional o de apoyo. De estos estudiantes trabajadores del sistema de salud un 77% sostiene haber realizado atención de personas mayores (como profesional, administrativo o en tareas de apoyo).

El análisis de cada una de las evocaciones se realizó primero sobre el total de la muestra, luego de manera desagregada por género, por estudios de carrera de salud previa a la Lic. en Kinesiología y por inserción de trabajo en el sistema de salud.

**Análisis de las evocaciones sobre el total de la muestra de estudiantes de
Lic. en Kinesiología y Fisiatría.**

A. Persona mayor

Para la palabra inductora Persona Mayor se encontró como primera asociación en el núcleo central el término *experiencia*, una expresión con connotación positiva, dado que remite a una trayectoria vital y a los aprendizajes que brinda el curso de la vida, y los *cuidados* que refieren a una necesidad asociada a esta etapa de la vida. Aparecen también cualidades que habría que tener en el trato hacia las personas mayores como *paciencia*, *respeto* y *atención*.

En el núcleo central surgen cuestiones como *abuelos*, *vejez* y *envejecimiento*. Y una connotación negativa fuerte asociada a la *soledad*.

En la primera periferia las evocaciones remiten a connotaciones positivas, la *sabiduría*, que refuerza la representación de la experiencia, y las asociaciones con la *familia*, *nietos*, *el cariño*.

También emergen connotaciones negativas como *enfermedad*, *fragilidad* y *dependencia*.

En los elementos de contraste, se ubican un gran abanico de palabras con diversos significados. El denominador común de estas evocaciones es la ambigüedad entre los significados positivos y negativos de la persona mayor.

Figura N° 2: Palabra inductora "Persona Mayor". Total de la muestra.

<= 2.76 Rangs > 2.76

Zone du noyau		Première périphérie	
<p>Experiencia-33-2.3 Cuidados-27-2.7 Paciencia-17-2.5 Abuelos-14-2 Soledad-11-2.1 Respeto-11-2.2 Vejez-10-2.1 Atención-6-2.3 Viejo-5-1 Envejecimiento-5-2.2</p>		<p>Sabiduría-16-2.9 Enfermedad-14-3.1 Empatía-10-3 Familia-9-3.6 Fragilidad-6-2.8 Nietos-6-3.7 Cariño-6-3.5 Dependencia-5-4.6 Salud-5-4.2</p>	
Elements contrastés		Seconde périphérie	
<p>Responsabilidad-4-2.2 Vulnerabilidad-4-2.2 Tiempo-3-2 Tiempo_libre-3-2.7 Acompañamiento-3-1.7 Caidas-3-1 Delicado-3-2 Arrugas-3-2 Temura-3-2 Años-2-2 Poco_activo-2-2 Canas-2-1 Trayectoria-2-2.5 Historias-2-2.5 Abuelo-2-1.5 Dedicación-2-2 Necesidad-2-2.5 Anciano-2-1 Jubilado-2-1.5 Historia-2-2 Cultura-2-2.5</p>		<p>Dolores-4-3.8 Amor-4-3.5 Amabilidad-4-5 Vida-4-2.8 Prevención-3-4 Joroba-3-3 cariño-3-5 Dolor-3-3.3 Cansancio-3-3 Jubilada-3-3 Tranquilidad-2-3 atención-2-3 Legado-2-3.5 Lento-2-4 Valores-2-3 Tolerancia-2-3 Viajes-2-4.5 Contención-2-3.5 Deterioro-2-3 asistencia-2-4 Razonable-2-5 Jubilación-2-5 Colaboración-2-4 Atento-2-3 Movilidad_reducida-2-3 Inquieto-2-4 Lentitud-2-4.5 Medicamentos-2-5</p>	

< 4.99 Frecuencias >= 4.99

Fuente: Elaboración propia en base a metodología de análisis prototípico.

B. Mujer Vieja

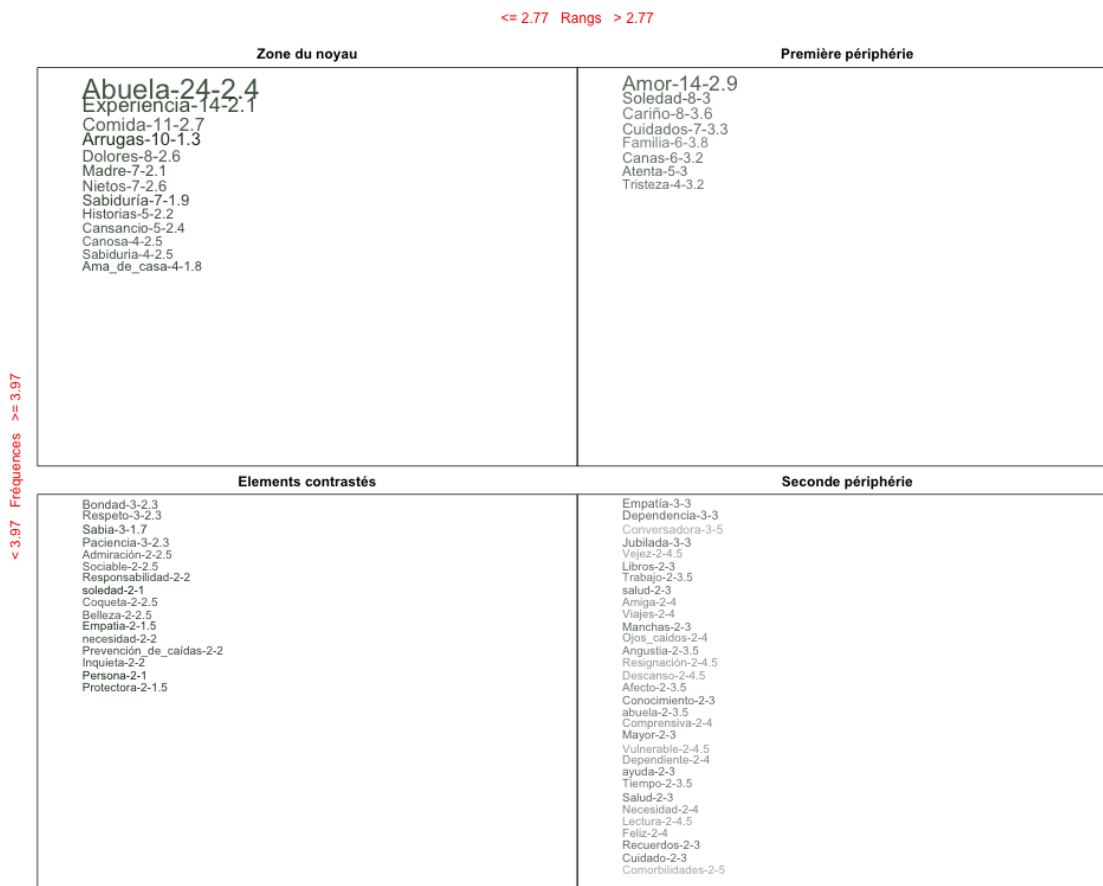
Aquí, el objetivo fue incorporar un sentido de género, para analizar este determinante en las representaciones. Respecto de la inducción referida a “mujer vieja” aparecen los estereotipos de género expresados en las palabras evocadas por los encuestados. En el núcleo central surgen *abuela, comida, madre, nietos, ama de casa*. También las connotaciones positivas asociadas a las personas mayores de *experiencia, sabiduría e historias*.

En cuanto a rasgos físicos aparecen las palabras *arrugas y canosa*. Y referencias a los *dolores y al cansancio*.

En la primera periferia se encuentran otros atributos positivos relacionados con *amor, cariño, atenta, la familia*. Aunque le atribuyen sentimientos negativos como *soledad y tristeza*. La palabra *cuidados* aparece aquí también.

En los elementos de contraste si bien aparece la ambivalencia, surgen muchos términos positivos relacionados con la personalidad de la mujer vieja.

Figura N° 3: Palabra inductora - “Mujer Vieja”. Total de la muestra.



Fuente: Elaboración propia en base a metodología de análisis prototípico.

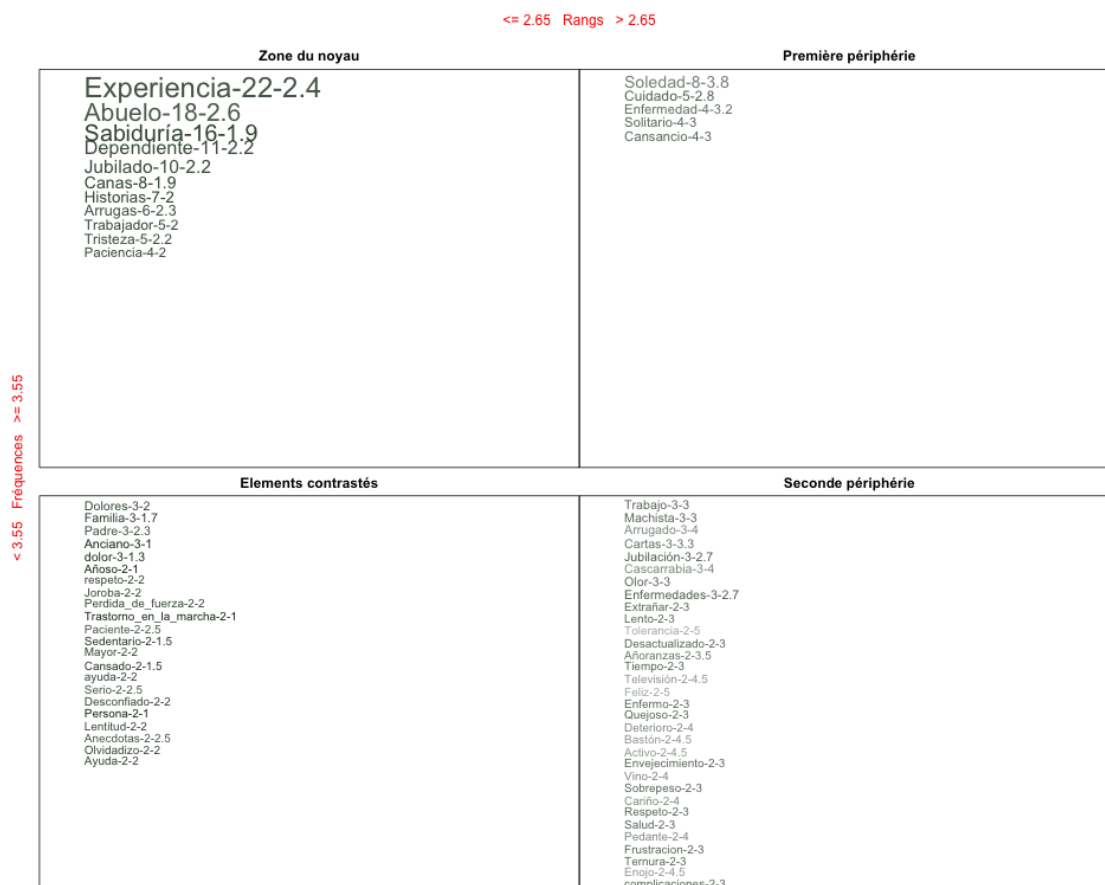
C. Hombre viejo

Para esta palabra inductora en el núcleo central aparece como primer término el de *experiencia*, luego *abuelo* y *sabiduría*. Aparece la palabra *jubilado* en este núcleo, siendo que en las evocaciones sobre “mujer vieja” aparece recién en la segunda periferia, también dentro de este núcleo central traen los estudiantes la caracterización de hombre viejo *trabajador*. Como caracterización negativa surgen la *dependencia* y la *tristeza*.

La primera periferia está plagada de evocaciones negativas como *soledad, cuidado, enfermedad, solitario, cansancio*.

Los rasgos de carácter que surgen en los elementos de contrastes tienden a ser mayoritariamente negativos a diferencia de lo que surge en la inducción sobre “mujer vieja”.

Figura N° 4: Palabra inductora - “Hombre Viejo”. Total de la muestra.



Fuente: Elaboración propia en base a metodología de análisis prototípico.

D. Envejecimiento

Se solicitó a los entrevistados que evoquen “**envejecimiento**”, palabra que desde la literatura remite a un proceso, que se inicia indefectiblemente con el nacimiento, la palabra condensa en el núcleo central de la representación mayormente imágenes negativas.

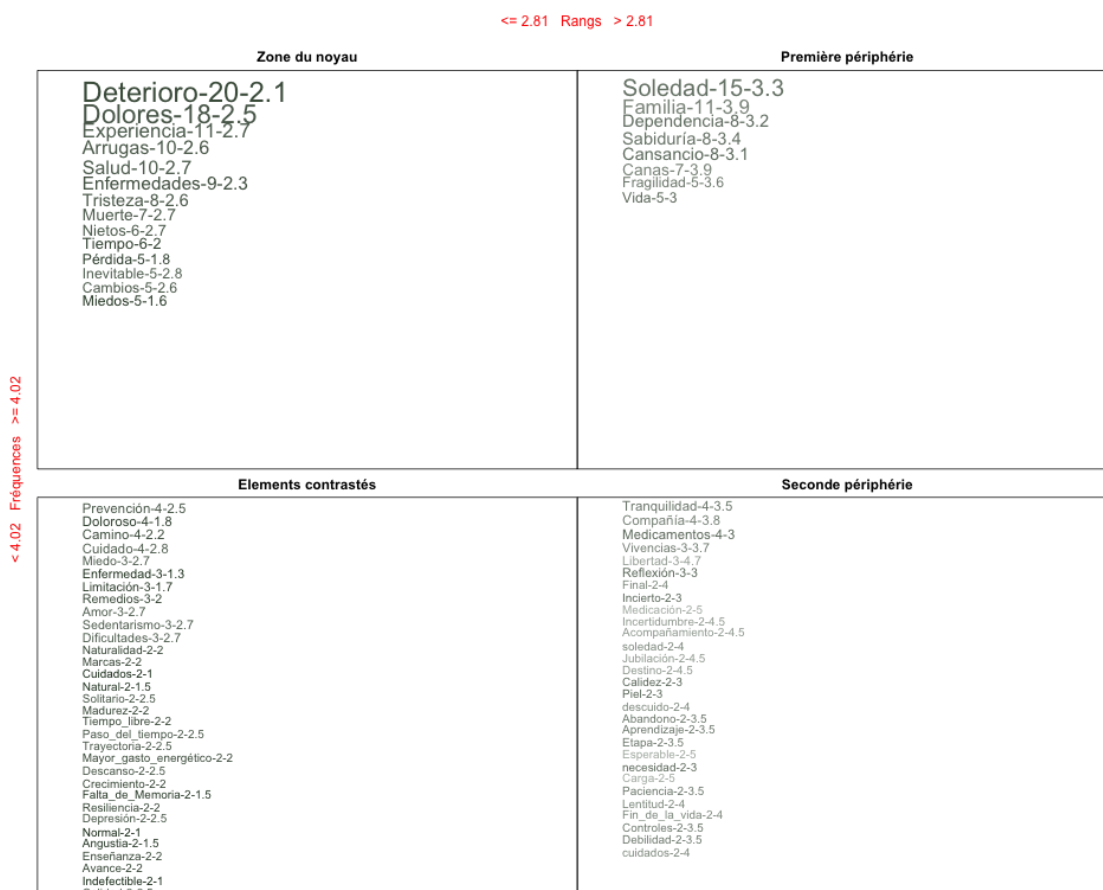
En los significados aparece fuerte una concepción de *deterioro, dolores, enfermedades, pérdidas, cambios*. También el envejecimiento se asocia con los sentimientos de *angustia y miedos*.

Aparece nuevamente la *experiencia* como positiva y la *salud*. Las palabras *inevitable* y *tiempo* también constituyen parte del núcleo central.

En la primera periferia surgen connotaciones negativas como *soledad, dependencia, fragilidad, cansancio*. Y la *familia* como espacio ámbito de la vida.

Al igual que con el primer término, en los elementos de contrastes aparecen muchos términos diferentes y ambivalentes. Recién en estos elementos aparece lo *natural* o la *naturalidad* del proceso.

Figura N° 5: Palabra inductora - "Envejecimiento". Total de la muestra.



Fuente: Elaboración propia en base a metodología de análisis prototípico.

E. Envejecimiento saludable

En las evocaciones de los estudiantes el envejecimiento saludable aparece indisolublemente asociado al *cuidado, la alimentación sana y el deporte*. También aparecen los *controles*, referidos más que nada a los controles médicos. Como condicionantes del envejecimiento en cuanto a lo emocional aparece la *felicidad* y la *constancia* como rasgo de carácter. En cuatro a determinantes que superen la esfera de lo individual podríamos decir que el término *calidad de vida* que surge en el núcleo central podría referir a ello.

Las evocaciones de *activo* y *actividad física* aparecen como primeros términos en la primera periferia, luego otros rasgos individuales como *el cuidado personal, la vitalidad, la voluntad*. Y como dimensiones relacionales aparece la *familia* y la *sociabilidad*.

Cuando la palabra inductora envejecimiento es acompañada por saludable, tienden a prevalecer las connotaciones sobre lo saludable, cambian abruptamente los sentidos asociados al envejecimiento y emergen evocaciones que no aparecen cuando el término está solo. El proceso de envejecimiento no es considerado en sí con las características que se le atribuyen al envejecimiento saludable, esto quiere decir que no es la representación extendida.

En la segunda periferia en los elementos de contrastes aparecen términos que precisan actividades deportivas, hábitos alimenticios y rasgos emocionales que llevarían a un envejecimiento saludable. Entre los elementos de contraste aparece la dimensión económica.

Figura N° 6: Palabra inductora - "Envejecimiento Saludable". Total de la muestra.

<= 2.71 Rangos > 2.71

	Zone du noyau	Première périphérie
< 3.64 Frecuencias >= 3.64	Cuidados-17-2.4 Alimentación sana-15-1.8 Deporte-14-2.7 Salud-13-2 Alimentación-8-1.6 Actividad-7-2.7 Controles-5-1.8 Felicidad-4-2.5 Constancia-4-2 Calidad_de_vida-4-1.5	Activo-11-3.1 Actividad_fisica-9-2.8 Familia-5-4 Vitalidad-5-3.2 Saludable-5-3.2 Cuidado_personal-4-2.8 Socializar-4-4.5 Viajes-4-2.8 Voluntad-4-2.8
	Elements contrastés	Seconde périphérie
	Disfrute-3-2.7 Admirable-3-2 Comer_sano-3-2.3 Descanso-3-2.3 Compañia-3-2.7 capacidad_economica_para_poder_decir-3-2.3 Buena_alimentación-2-1.5 Decisión-2-2 Necesitado-2-2 Nutrición-2-2 Necesario-2-1.5 caminar-2-1 Respeto-2-2 Nietos-2-2.5 Armonia-2-2 Entrenimiento-2-2 Economía-2-2.5 Mejor_calidad_de_vida-2-2 Escazo-2-1 Ideal-2-2 Pensamiento_positivo-2-1.5 Plenitud-2-1 comer_bien-2-2 Buenos_habitos-2-2	Movimiento-3-4 Recreación-3-4 Tranquilidad-3-3 Ejemplo-3-3 Disfrutar-3-3 Actividad_fisica-3-4 Autocuidado-3-5 Esfuerzo-3-4 Independencia-3-3.7 Amor-3-3 Mascota-2-4 Trabajo-2-4 Alimentación_saludable-2-4 Conciencia-2-3 Prevención-2-3 Dedicación-2-4 Promoción-2-4 Bienestar-2-3 Ejercicios-2-3.5 Políticas-2-4.5 Esperanza-2-4.5 Juegos-2-3 Energía-2-3.5 Ejercicio-2-3 Viajar-2-4 Vida-2-5 Amistad-2-5 Autoestima-2-4 Mente-2-3 Compartir-2-4.5

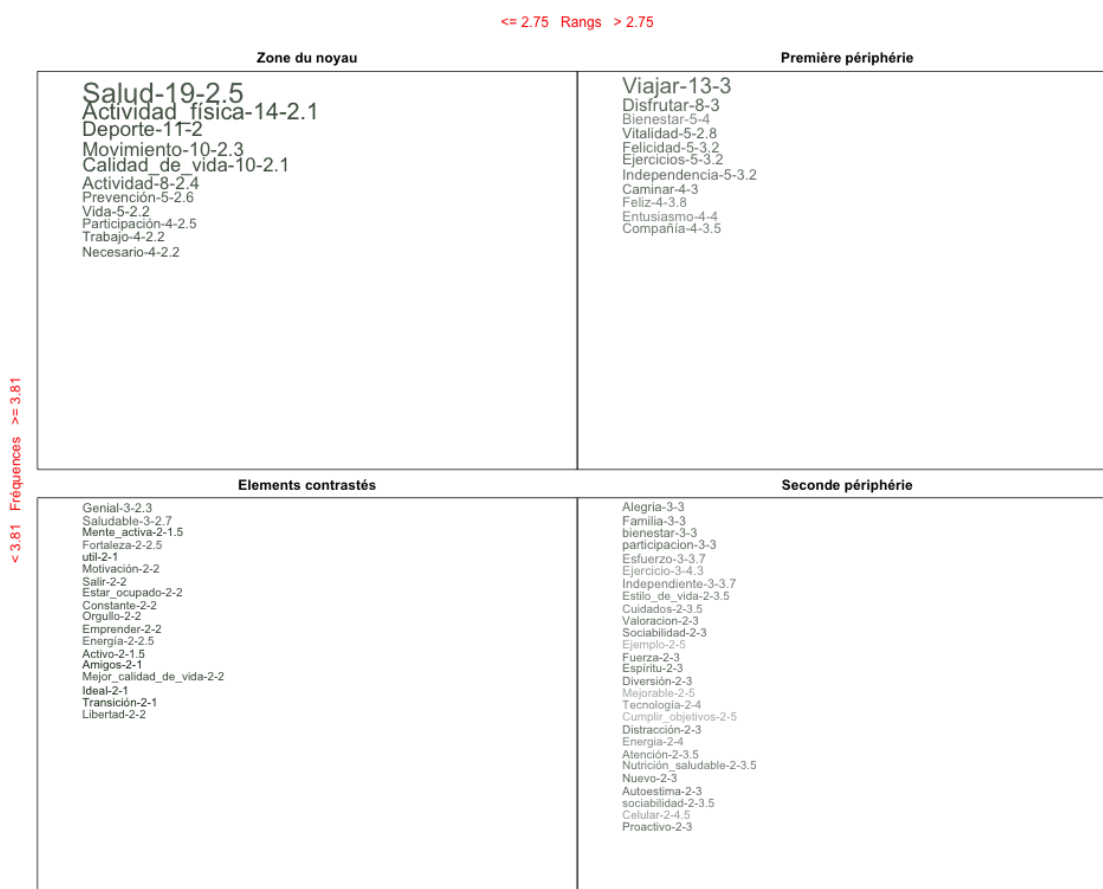
Fuente: Elaboración propia en base a metodología de análisis prototípico.

F. Envejecimiento activo

Lo activo del envejecimiento aparece enlazado fundamentalmente a significados en torno a la *salud*, la *actividad física*, el *deporte* y el *movimiento*. También aparece evocada sólo la palabra *actividad*, que podría estar referida a actividades en otras esferas no sólo la física, en este sentido, aparecen como significados la *participación* y el *trabajo*. La *calidad de vida* surge nuevamente como un condicionante más ambiental. En la primera periferia se sigue construyendo un significado que asocia el envejecimiento activo con una disposición individual: *disfrutar*, *vitalidad*, *felicidad*, *entusiasmo*, *bienestar*. Aparece como actividad *viajar*.

En la segunda periferia continúan significantes que le dan al concepto de vejez un perfil alegre de vivir la vida.

Figura N° 7: Palabra inductora - “Envejecimiento Activo”. Total de la muestra.



Fuente: Elaboración propia en base a metodología de análisis prototípico.

G. Participación social en la vejez

La participación social es un componente del concepto de envejecimiento activo.

El núcleo central de la inducción aparece muñado de muchos términos (18 palabras) la mayor cantidad de los términos elegidos en la técnica.

En las evocaciones de los estudiantes consultados sobre la participación social surge como primer término *acompañar*, también en el núcleo aparecen *grupos, reuniones, encuentros*. Pareciera que la participación está asociada a espacios de encuentro con un otro, para tener *compañía*, son espacios que propician la *inclusión*, que además necesitan ser estimulados, dado que son *necesarios* y que *faltan* desde la representación de los estudiantes.

En el núcleo emerge el término *activo*, lo cual hace pensar que hay una referencia y asociación entre este concepto y el envejecimiento activo.

Los *viajes* o *viajar* y el *trabajo* son lugares de participación social que aparecen en el núcleo central del análisis prototípico.

En la primera periferia los sentidos de participación social aparecen relacionados con espacios primarios de socialización, *amistades*, *familia*, *clubes*. Con sentimientos como *solidaridad*, *empatía*.

La participación fuera del ámbito doméstico aparece mencionada en el núcleo central en torno a los términos *política* o *políticas*, que no fueron unificados u homogeneizados porque pueden hacer referencia a la participación política partidaria y a la participación en la constitución de políticas públicas desde otro rol o espacio. En la primera periferia surgen las palabras *votos* y *estado*.

Figura N° 8: Palabra inductora - "Participación social en la vejez". Total de la muestra.

<= 2.74 Rangos > 2.74

Zone du noyau		Première périphérie	
<p>Acompañar-6-2.2 Grupos-5-1.8 Reuniones-5-1.6 Activo-5-2.4 Encuentros-5-2.4 Inclusión-4-1 Compañía-4-1.5 Saludable-4-2.2 Viajar-4-2.2 Actividades-3-2.3 Ayuda-3-2.7 Necesaria-3-1.3 Participación-3-2.7 Trabajo-3-2.3 Falta-3-1.3 Política-3-2.7 Viajes-3-2.3 Políticas-3-2.3</p>		<p>Amistades-15-2.8 Familia-11-3.7 Clubes-5-3.4 Salud-4-3.8 Voto-4-3.2 Necesario-4-3.2 Ayudar-3-3.3 Empatía-3-3.3 Paseos-3-3.7 Estado-3-3.3 Sociable-3-3.7 Solidaridad-3-3</p>	
Elements contrastés		Seconde périphérie	
<p>Recreación-2-1 Informativo-2-2.5 Prevención-2-2.5 Compartir-2-2 No_incorporado-2-2 Difuso-2-2 Imprescindible-2-1.5 Impacto_emocional-2-1 Vida_social-2-2.5 Comunidad-2-2.5 Bienestar-2-2.5 Ejercicios-2-1.5 Comunicación-2-1.5 Contexto-2-1 Centro_de_jubilados-2-1 Sociedad-2-1 vinculos_sociales-2-1 Opciones-2-1.5 Poca-2-1 Aporte-2-2</p>		<p>Cooperativismo-2-5 Actividad-2-4 Trabajo_en_equipo-2-4 Gente-2-4 Apoyo_social-2-4 Alegre-2-5 Pertenece-2-3.5 Población-2-3 Niños-2-4 Reduccion-2-5 Poco_estimulado-2-3 Ocupación-2-4 Compañía-2-3.5 Perseverancia-2-4.5 Empatía-2-3 Apoyo_familiar-2-5 actividad_fisica-2-3 Centros_de_jubilación-2-3 Experiencia-2-5 Sociabilidad-2-4 Incomprobable-2-3 Amigos-2-4 Compañerismo-2-3 Independencia-2-4</p>	

< 2.95 Frecuencias >= 2.95

Fuente: Elaboración propia en base a metodología de análisis prototípico.

H. Seguridad en la vejez

Esta inducción compone otro pilar del concepto de envejecimiento activo. Entre los estudiantes los pilares de la seguridad para las personas mayores estarían relacionados con la *jubilación*, la atención de la salud, que aparece con diferentes términos como *sistema de salud*, *obra social*, *prevención de caídas*, *atención médica*, los *cuidados*, que no lo asociamos solamente al espacio de atención de la salud o al sistema de salud.

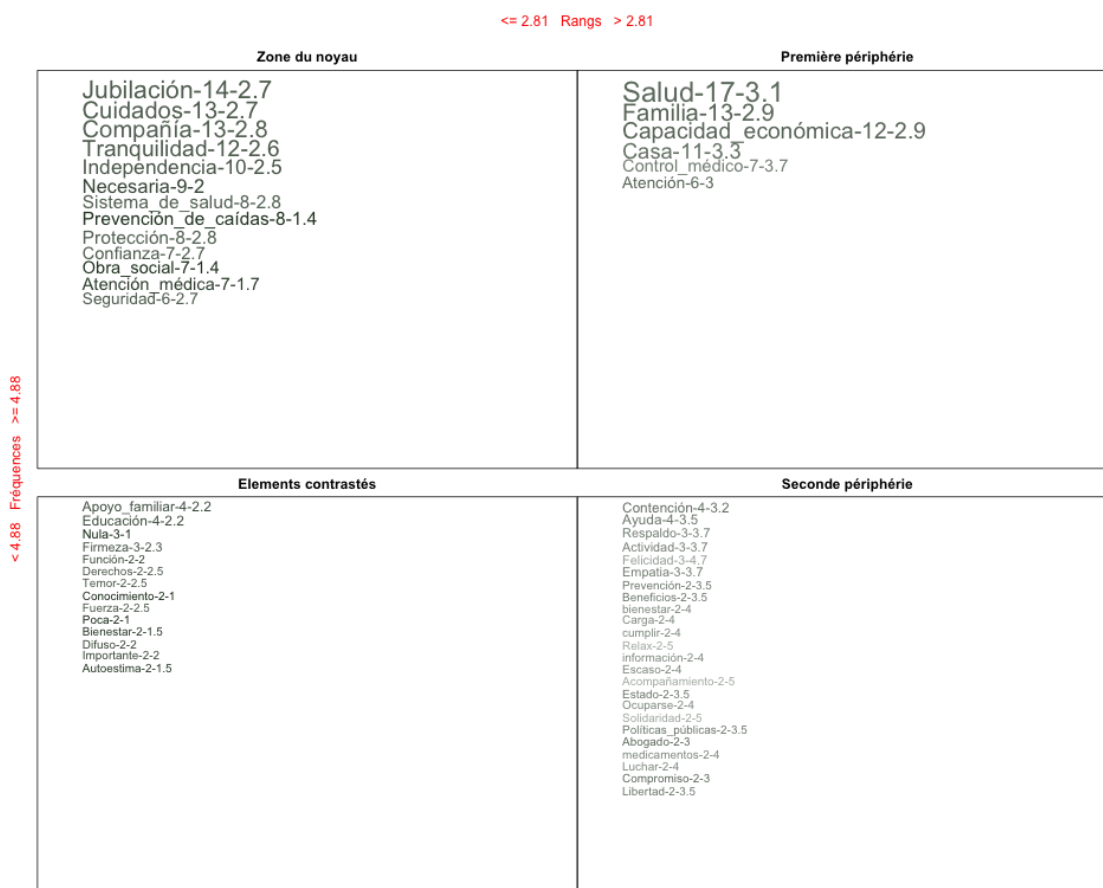
También surgen evocaciones como *compañía* y con ciertas situaciones emocionales como la *tranquilidad* y la *confianza*. Dentro de los primeros términos también aparece la *independencia*, cuestión fundamental dado que asociado al envejecimiento y a las personas mayores está fuertemente arraigada la imagen de la dependencia.

La *protección y seguridad* son términos que pueden referir a la seguridad ante delitos.

En cuanto a la seguridad asociada a lo económico podríamos considerar que en el núcleo central la *jubilación* haría referencia a esta dimensión, pero recién en la primera periferia surge el término *capacidad económica*. También en este espacio representacional emergen los términos de *familia, compañía y casa*. Nuevamente surgen con otras expresiones dimensiones asociadas al sistema y cuidado de la salud.

En la segunda periferia y en los elementos de contraste surgen sentidos y significados que refieren a la contención (*respaldo, ayuda, contención, apoyo*). También en estos espacios es que surgen expresiones relacionadas a una perspectiva de derecho.

Figura N° 9: Palabra inductora - “Seguridad en la vejez”. Total de la muestra.



Fuente: Elaboración propia en base a metodología de análisis prototípico.

I. Atención en salud de las personas mayores.

La atención de personas mayores para los estudiantes de la Lic. en Kinesiología y Fisiatría consultados está asociada a evocaciones enfocadas en cuestiones del carácter y de la posición subjetiva que el profesional de la salud debería tener respecto de la persona mayor. En el núcleo central surge como primer término la *paciencia*, luego, *empatía*, *cuidados*, *responsabilidad*, *tolerancia*, *compromiso*, *contención*, *amor*. Como evocación con connotación negativa aparece *agotador*.

En la primera periferia siguen los términos referidos a valores que deben guiar la atención desde la perspectiva de los estudiantes. También surgen expresiones como *rehabilitación*, *comunicación*, *educación*, *informar* que hacen a actividades propias de la atención. Entre las evocaciones de la segunda periferia se despliegan muchas otras características subjetivas que hacen a la atención y en los elementos de contraste surgen palabras y significados sobre las condiciones contextuales o valoraciones sobre la situación de la atención de las personas mayores (*complicada*, *mala*, *lenta*, *deficiente*, *precaria*, *ineficiente*).

Figura N° 10: Palabra inductora - "Atención en salud de las personas mayores".

Total de la muestra.

<= 2.74 Rangos > 2.74

Zone du noyau		Première périphérie	
Paciencia-40-1.9 Empatía-27-2.7 Cuidados-24-2.4 Responsabilidad-7-1.7 Tolerancia-6-2 Agotador-6-2.2 Compromiso-6-1.8 Contención-5-2.2 Amor-5-2		Respeto-15-3.1 Comprensión-9-3.6 Prevención-8-3.2 Tiempo-7-3.4 Regalos-6-3.3 Dedicación-5-2.8 Educación-5-3 Rehabilitación-5-3.4 Comunicación-5-4 Informar-5-4	
Elements contrastés		Seconde périphérie	
complicada-4-2 Mala-4-1 Precaución-3-1.3 Atención-3-2.3 Lenta-3-1.7 Esfuerzo-3-2.3 Complejo-3-2.3 Charla-3-2.7 salud-2-2 Pausado-2-1.5 Buentrato-2-1.5 Deficiente-2-2 Práctico-2-1 Aprendizaje-2-2 Arcaico-2-2 Precariedad-2-1 Asistencia-2-2.5 Malorganizada-2-2 Sistema_de_salud-2-2 Ineficiente-2-2 Prevención_de_caidas-2-1 Falta-2-2.5 Controles_en_salud-2-2		Amabilidad-4-3 Vocación-4-3.5 Ejercitación-4-3 Cariño-4-2.8 Acompañamiento-3-3 Pami-3-3.7 Quejas-3-3.3 Colaboración-3-4.3 Acompañar-3-3 Calidad_de_vida-3-4.3 Exigencias-2-3 Escucha-2-3.5 Actividad_recreativa-2-5 Facilitador-2-3 Saber_escuchar-2-4.5 Poca_Paciencia-2-4 Sordos-2-3.5 Buscar_el_bienestar-2-5 Deterioro-2-3 Prevención_caidas-2-4 Primordial-2-3 Falta_de_empatía-2-4 Diversión-2-4.5 Difuso-2-3 Alimentación-2-4 Fragilidad-2-4 Brindar-2-3 Dedicación-2-4 Escasa-2-4.5 Escaso-2-4 Escuchar-2-3.5 Nutrición_Saludable-2-3	

< 4.25 Frecuencias >= 4.25

Fuente: Elaboración propia en base a metodología de análisis prototípico.

Análisis de las representaciones desagregadas en función de género, carrera de salud previa y trabajo en sistema de salud.

Luego del análisis de cada término inductor sobre el total de la muestra de estudiantes de la carrera de Lic. en Kinesiología se trabajó realizando un análisis desagregado para poder encontrar diferencias en las representaciones en función del género de los estudiantes, en función de poseer una carrera de salud previa y si está o estuvo inserto trabajando en el sistema de salud.

A. Persona Mayor

Sobre el término inductor persona mayor no se han encontrado diferencias significativas desagregando el análisis entre las variables propuestas. Los núcleos centrales expresan principalmente (en distintos órdenes) *experiencia, sabiduría, cuidados, abuelos.*

B. Mujer y hombre viejo.

Las diferencias sobre la representación de la “mujer vieja” desagregada por género trae cambios en la composición del núcleo central, los estudiantes hombres representan a las mujeres viejas con un estereotipo de género muy marcado y con connotaciones positivas, solo aparecen las palabras, *abuela, experiencia, comida, madre.*

Sin embargo, cuando se les pregunta a las estudiantes mujeres por la evocación de “mujer vieja” en el núcleo central no aparecen palabras asociadas a la familia o a los roles de género, las mujeres evocan cuestiones negativas primero como *dolores, arrugas, soledad.* Acompañadas luego por las connotaciones positivas más arraigada sobre las personas mayores como son la *experiencia y la sabiduría.* Recién en la primera periferia se alude a las cuestiones de género y familia.

No se han encontrado diferencias significativas en torno a las evocaciones de estudiantes que han realizado carreras de salud anteriores a la Lic. en Kinesiología respecto a los que no. Tampoco se han encontrado diferencias entre quienes tienen experiencia de trabajo en el sistema de salud respecto de los que no.

La inducción “hombre viejo” analizada en función de los grupos, no genera grandes diferencias en los sentidos semánticos asociados. Se puede mencionar como hallazgos que, en las evocaciones de las mujeres el primer término del núcleo central fue *jubilado*, en todos los otros grupos (tienen o no estudios previos de salud, trabajan o no en sistema de salud) apareció el término en el núcleo central o en la primera periferia. Solamente en las evocaciones de los hombres estudiantes no surge la expresión en estos espacios representacionales, recién emerge en la segunda periferia. En las representaciones en torno a las mujeres viejas no aparece el término jubilación en la zona núcleo para ningún grupo.

C. Envejecimiento

Si uno analiza las representaciones en torno al **envejecimiento** desagregando por género, las mujeres traen al núcleo central sentimientos como la tristeza, mientras que en los hombres no aparecen sentimientos

asociados. Recién surge para este grupo la *soledad* como expresión en la primera periferia. La variedad de palabras evocadas por los hombres siempre es más reducida que la de las mujeres.

Sobre el **envejecimiento** no se han encontrado diferencias en las evocaciones entre quienes han estudiado una carrera de salud y quienes no lo han hecho.

Por último se analizó también de manera desagregada entre quienes trabajan en el sistema de salud y quienes no tienen esa experiencia, no se encuentran diferencias.

D. Envejecimiento saludable

Las evocaciones que surgen del término inductor no difieren en función del género de los estudiantes, surge en el núcleo central de cada grupo el binomio actividad física más alimentación. Estas expresiones también están entre todos los otros grupos desagregados, sin embargo, entre quienes no tienen estudios previos de otra carrera de salud y quienes no trabajan en el sistema de salud, aparecen palabras que superan este binomio y refieren a la *felicidad* y *calidad de vida*. También en ellos, en la primera periferia se amplía la referencia a la *familia*, *viajes* y *socialización*.

E. Envejecimiento activo

Frente a este término sucede algo similar a lo mencionado en el análisis sobre envejecimiento saludable, en el núcleo central de todos los grupos los primeros sentidos refieren a *actividad física*, *deporte* y *movimiento*. No se encuentran diferencias sustanciales entre género y si aparecen más ampliadas las referencias y significados asociados a la inducción en los grupos que no poseen carrera de salud previa y no trabajan en el sistema de salud. En estos grupos de la muestra surgen en la primera periferia sobre todo, términos diferenciadores que hacen referencia a situaciones de *calidad de vida*, *viajes*, *disfrutar*, *felicidad*, *vitalidad*. Al igual que en las evocaciones a nivel agregado el término activo no tiene las connotaciones que el marco de referencia teórico y político quiere acercar con el concepto.

F. Participación social en la vejez

Cuando se analizó este significativo sobre el total de la muestra se encontró un núcleo central con gran volumen de palabras, sin embargo, al considerar el análisis en función del género esto cambia, se reducen la cantidad de expresiones. Entre las mujeres encontramos como primera expresión *amistades, reuniones, viajes, acompañar*. Sostienen que *falta* participación social. En su primera periferia surgen *familia, clubes, paseos*. Aquí también mencionan *el estado*. Podemos ver que entre las expresiones aparece con quienes y en donde se daría la participación social en la vejez. Además de esto, entre los hombres surge como principal término una consecuencia de la participación, la *inclusión*. También asocian esta expresión a lo *saludable* y *activo*.

Los núcleos centrales de las representaciones de los que sí estudian y de quienes trabajan en el sistema de salud se componen de dos términos solamente. Entre quienes tienen estudios previos *amistades, política* y entre quienes trabajan en el sistema de salud *acompañar y política*. Los estudiantes que no tienen estudios de salud previos a la Lic. en Kinesiología y los estudiantes que no trabajan en el sistema de salud, evocan más espacios de socialización y funciones que tendría la participación en las personas mayores, aparece como *necesario* y la *falta* de participación como diagnóstico de situación.

G. Seguridad en la vejez

El otro término inductor que usamos para dimensionar el envejecimiento activo fue seguridad en la vejez. Entre las mujeres en el núcleo central aparecen referencias a las redes de contención de los individuos y a la atención del sistema de salud. Entre los hombres estudiantes el núcleo del análisis prototípico hace referencia a la *independencia, tranquilidad* y la *capacidad económica*. Los términos sobre redes de contención y atención de la salud surgen en la primera periferia.

H. Atención en salud de las personas mayores

La atención de las personas mayores cuando se analiza de manera desagregada en función de las variables elegidas no expresa diferencias

significativas entre los grupos y todos traen al núcleo central como primer término *paciencia*.

6. DISCUSIÓN

Lo desarrollado a lo largo del presente trabajo permite pensar que las representaciones sobre las personas mayores, el envejecimiento y la atención en salud han sido construcciones sociales que evolucionaron a lo largo de la historia y que, como productoras de sentido, han instalado expectativas sobre las formas de envejecer, de ser “viejo” o “vieja”, de los lugares o roles que han de ocupar en el espacio social, mandatos que deben cumplir, etc.

También se destacó la relevancia y magnitud de los desafíos que se le presentan al sector de la salud con la revolución de la longevidad, tanto en términos económicos y financieros (Redondo, et. al, 2019) como sobre el modelo de atención. La reorientación del modelo de atención implica el diseño de sistemas integrales de atención a largo plazo, con una fuerte y permanente articulación con el entorno familiar y social de la persona. El marco político para un envejecimiento activo y saludable requiere desarrollar una continuidad de servicios sociales y de salud que sean asequibles, accesibles, de gran calidad y respetuosos con la edad, y que tengan en cuenta las necesidades y los derechos de las personas.

Asimismo, se justificó la pertinencia de seguir estudiando las representaciones sociales de las personas que trabajan o son futuros trabajadores del sistema de salud, dado que sigue reconociéndose la existencia de situaciones de edadismo, no solo en la atención individual, también en la formulación de políticas y programas de salud, tal como se discutió en el medio de la pandemia por Covid-19 cuando se prohibía a la población circular o desarrollar determinadas tareas solo por motivo de su edad.

En el presente trabajo los términos seleccionados como inductores a representar han sido procesados mediante un análisis lexical prototípico, utilizando la técnica asociativa libre de palabras. Mediante esta técnica se ha podido acceder a un corpus lexical que estarían dando sentido a las representaciones y que serán analizados en esta discusión en función de los

objetivos específicos que guiaron los procesamientos de los resultados. Como se ha mencionado, el análisis prototípico permite construir hipótesis sobre los sentidos o significados centrales que se le asignan a los fenómenos u objetos sobre los que se elabora una representación.

En primer lugar se analizarán las representaciones sociales sobre las “personas, hombres y mujeres mayores” de los estudiantes de la Lic. en Kinesiología y Fisiatría en relación con la revisión de la bibliografía sobre el tema.

Sobre “persona mayor” se ha encontrado que los sentidos están asociados positivamente a la *experiencia* y *sabiduría*, a los *cuidados* y a connotaciones negativas sobre la *enfermedad*, *fragilidad* y *dependencia*. La hipótesis de la centralidad de estos términos en las representaciones de los estudiantes está en consonancia con lo desarrollado durante el marco teórico donde se expresó, entre las principales dimensiones que caracterizan las conclusiones de las investigaciones relevadas, que en las representaciones predomina una asociación entre el período de vida “vejez” y el deterioro/dependencia de las personas (OMS, 2015).

La definición de “persona mayor” está atravesada por la concepción de *deterioro*, como proceso de incapacidad funcional o cognitivo, que debe ser acompañado por ciertos *cuidados*, esto es especialmente importante dado que las formas de cuidado están atravesadas por modelos históricos que no siempre están alineados a los paradigmas actuales que propician la centralidad de los derechos de las personas y sobre todo del derecho a la autonomía.

Analizados a la luz de la perspectiva de derechos y del envejecimiento activo y saludable, las representaciones de los estudiantes no se enfocan en su mayoría en un reconocimiento de la diversidad en la vejez, hay una ligazón profunda entre edad o período de vida y estado de salud deteriorado.

Sigue siendo, como lo sostiene la OMS (2015, 2021), un desafío generar, por un lado, el reconocimiento de la diversidad de formas de envejecimiento y, por otro, el predominio de un paradigma que rompa con la centralidad de las carencias. Si se sostiene entonces un sentido que ata la vejez con la dependencia entre los estudiantes de carreras de salud, se corre el riesgo de

que las intervenciones (sean políticas, programas, acciones o atenciones en consultorio, etc.) se concentren en el cuidado o atención de la enfermedad por sobre estrategias que logren fomentar o mantener los estados activos y saludables de las personas mayores. Este riesgo ha sido evidenciado en otro estudio (Caillou et. al, 2014) donde se señala que los trabajadores de centros de salud no realizaban otras propuestas, no médicas, por las representaciones negativas que tienen sobre las personas mayores.

Para conocer si las representaciones sociales sobre las personas mayores se diferenciaban según el género de la persona que está transitando ese período de vida, se han incluido en el instrumento los términos de “mujer y hombre viejo” como palabras inductoras. Al consultar por ambos términos en el núcleo central (con diferentes posiciones) como similitud se pueden encontrar las evocaciones que también hemos encontrado cuando se presentó el término “persona mayor”, como *experiencia, sabiduría e historias*, que aparecen según el género en diferentes posiciones y acompañado por otros sentidos sí muy diferentes.

En esta investigación, al igual que en otros trabajos, se ha encontrado que las evocaciones de los estudiantes universitarios consultados están atravesadas por las marcas del género, de los roles y responsabilidades tradicionales que la sociedad le otorga a los hombres y mujeres (Sánchez Nítola, 2022; Lynch & Gastrón, 2021).

Las evocaciones que refieren a “Mujer vieja” centralmente están asociadas a los roles genéricos que la sociedad asigna a la mujer, roles familiares y del ámbito doméstico (*Abuela, comida, madre, nietos, ama de casa*). También tal como lo ha señalado Gastrón (2003) en su texto donde analiza la mirada de género en las representaciones sociales sobre viejo y vieja, se han encontrado asociaciones sobre las características individuales, del carácter, de personalidad más positivas cuando se evoca por mujer más que por hombre viejo. En esta investigación también, los roles más emocionales y positivos surgen ante la inducción femenina de la vejez, *amor, cariño, atenta*, como ya se comentó aún en la zona de contraste, donde se encuentran palabras que no son parte central del núcleo de la representación pero que

luchan en el intercambio social por su ingreso a esa zona donde se condensa el significado atribuido a la representación, surgen multiplicidades de términos que refieren a una orientación hacia los cuidados, la contención y la sociabilidad.

Cuando las evocaciones de los estudiantes se expresaron sobre *hombre viejo* el núcleo central refleja como primer término la experiencia, como ya se mencionó también comparte aquí otros sentidos con la inducción *persona mayor*, sin embargo encontramos en esta zona significados que no surgen frente a la imagen de *mujer vieja*, como son los términos de jubilado y trabajador.

La valoración del hombre viejo también transcurre en la valorización de su cuerpo en relación con su capacidad productiva, mientras que frente a la imagen de mujer mayor surgen evocaciones desde su estética (Sánchez Nítola, 2022).

Hay una particularidad con la evocación sobre cuidado cuando se diferencian los géneros, frente la inducción hombre viejo emerge en la primera periferia el término *cuidado*, cuando se cambia a mujer vieja, aparece el término *cuidados*, esto puede estar relacionado con una referencia en el masculino a ser objeto de cuidado y frente al femenino un proveedor de cuidados. Sánchez Nítola (2022) hace una revisión de estudios sobre las imágenes o representaciones que se construyen sobre los hombres y mujeres viejas en los medios de comunicación, la literatura y los textos escolares, y encuentra que desde niños muchas generaciones estuvieron expuestas a imágenes estereotipadas de los adultos mayores, siendo mostrados en función del rol de abuelos, y la imagen femenina más relacionada a la preocupación por los trabajos del hogar y los cuidados de la familia.

Por último, es interesante mencionar cómo se atribuyen diferentes sentidos a los caracteres de las mujeres viejas frente a los hombres viejos, ante esta última inducción los términos que refieren a esta dimensión aparecen tanto en el núcleo como en las periferias con connotaciones negativas (tristeza, cansancio, soledad, solitario).

La perspectiva de género visibiliza que los roles pasivos siguen atribuyendo a las mujeres en las representaciones sociales, marcando una brecha con las transformaciones en el rol de las mujeres en las últimas décadas.

Otro objetivo del desarrollo de este trabajo tiene que ver con el análisis de las representaciones que tienen los estudiantes sobre las ideas de “envejecimiento, envejecimiento saludable y activo”.

El envejecimiento para los estudiantes de la Lic. en Kinesiología está ligado a una situación de *deterioro, dolores y enfermedad* lo cual coincide ampliamente con los hallazgos de investigaciones previas (Löckenhoff et.al, 2009; INADI, 2013; Marzoni & Billoud, 2019). La concepción biológica (que también surgió con “persona mayor”) termina simbolizando otras cuestiones más amplias que están relacionadas con la concepción que pesa sobre los cuerpos en una determinada sociedad.

La corporeidad humana es un fenómeno social que constituye al cuerpo como una materia objeto de simbologías e imaginarios (Le Breton, 2021). Entonces algunas pérdidas de capacidades funcionales se transforman en ideas sobre cuerpos deficientes, decadentes y la imagen de personas frágiles conecta a otras ideas como personas que son “incapaces de manejarse por sí mismas” (INADI, 2013). Sostiene Sánchez Nicolás (2022) que es en el cuerpo de las personas viejas y sus cambios que se representa mayormente la vejez.

También surgen otros sentidos que pueden estar relacionados con lo que la literatura encuentra como proceso de pérdidas de salud, de funcionalidades pero también relacionadas a roles y lugares sociales, especialmente al que refiere al mundo del trabajo. Los estudiantes en este sentido expresaron términos que emergen en el núcleo central como *pérdida, cambios*, acompañados de significados centrales que refieren a *tristeza, miedos, soledad, muerte*. Lo desarrollado por Le Bretón (2021) sobre el proceso de envejecimiento en la modernidad, nos sirve para comprender la conexión de los términos, sostiene el autor que el envejecimiento es vivenciado como un proceso de “despojos”, de lo que se era, que culmina en un espacio de relegamiento social, de reducción de su presencia en el espacio social, por

ello, sostiene que la vejez es intolerable para la sociedad, que la evade, dado que le recuerda su fragilidad y la muerte inevitable.

Aquí es interesante señalar que frente a los procesos de pérdidas, de despojos, de incapacidades que emergen como significantes del proceso de envejecimiento no surgen relaciones en las representaciones de los estudiantes sobre los determinantes sociales de estos procesos o estados. En las imágenes construidas se invisibilizan los contextos sociales, culturales y económicos que, como se desarrolló anteriormente, juegan condicionando las maneras de envejecer y morir de la población. Estas influencias estructurales están por fuera de las posibilidades de control o de transformación de las personas que lo padecen y juegan como obstáculos o incentivos que afectan las decisiones, las oportunidades y las prácticas.

Sin embargo, cuando a “envejecimiento”, se le coloca el adjetivo de activo o saludable, comienzan a aparecer significados que no aparecían en la vejez. La vejez por sí sola no sería activa ni saludable. Aquí los hallazgos relacionan el envejecimiento saludable básicamente con *cuidados, alimentación sana y deporte/actividad física*. Los sentidos asociados, también en la primera periferia, se centran en la individualidad, como si este proceso fuese el fruto de un esfuerzo o voluntad individual.

Desde la perspectiva teórica el envejecimiento saludable está centrado en la mantención de la capacidad funcional de las personas, y ésta es producto de su capacidad intrínseca pero también de las características de los entornos en los que transitan su vida y que interactúan con las capacidades de las personas, es por ello, que aún cuando se padece de enfermedades las personas pueden tener independencia funcional. Esta visión del entorno, de apoyos, de una contextualidad que fomenta u obstaculiza lo saludable no se divide entre las representaciones.

Sucede lo mismo con la hipótesis de centralidad que se puede generar sobre la inducción de “envejecimiento activo”, allí las evocaciones se concentran en la *salud, la actividad física, el deporte y el movimiento*. Aparece también, *actividad* como término principal que podría referir a otro tipo de experiencias o espacios (sociales, culturales, familiares, laborales, etc.).

El envejecimiento activo es definido como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (OMS, 2002, p.79). Y entre sus determinantes, la OMS define a los sistemas de salud y sociales, los conductuales (asociados al estilo de vida), los personales (biología, genética), el entorno físico, los vínculos sociales y la condición económica.

A partir del análisis de las evocaciones de los estudiantes se puede sostener que identifican como condicionantes los sistemas de salud, cuando consideran la *salud*, pero no aparece explícitamente evocado. En cuanto a los condicionantes conductuales el núcleo de la representación se enfoca aquí, en los condicionantes conductuales. Se reconocen también los condicionantes sociales a partir de la *participación*, *actividades*, términos que emergen en el núcleo central, *viajes*, *compañía*. No aparecen evocadas las cuestiones relacionadas a la biología o genética de las personas, tampoco refieren a los entornos físicos ni a los condicionantes económicos.

De manera similar a lo evidenciado en las representaciones sobre “envejecimiento” cuando se pide a los estudiantes que evoquen sobre los términos “envejecimiento saludable” y “envejecimiento activo” aquí los rasgos que se asocian recaen en la esfera del individuo, sus decisiones y comportamientos. La responsabilidad sobre el autocuidado pareciera concentrar la atención de la representación. Esto, sin embargo, no es coincidente con la perspectiva teórica y política sobre el envejecimiento saludable y activo que reconoce la diversidad de la formas de envejecer como resultado de la acumulación de acontecimientos que suceden a lo largo de la vida en interacción con un determinado ambiente y en relación a una posición social. Para la OMS (2015) hay evidencia suficiente para asegurar que los niveles de dependencia, de fragilidad y discapacidad están ligados a las inequidades sociales, es decir, que a mayor vulnerabilidad económica y social mayores son estos índices entre la población mayor.

La participación social y seguridad en la vejez son dimensiones centrales del envejecimiento activo (OMS, 2002) dado que son los factores que posibilitan, junto con la salud, seguir activos e involucrados en la vida social.

Para los estudiantes consultados la “participación social” está relacionada principalmente a una sociabilidad que permita estar acompañado (emergen términos como *acompañar, grupos, encuentros, reuniones, viajes*), relacionado con amistades o familia. Aparecen luego señaladas la esfera política y laboral. También en el núcleo central se reconoce a la participación como algo *necesario* y que *falta*, en los términos *políticas, estado* puede reconocerse también una responsabilización que excede al núcleo familiar y que sí está en consonancia con los marcos políticos que se promueven para fomentar el envejecimiento activo. En su “Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud” del 2015, la OMS asegura la necesidad de seguir reforzando las acciones, políticas y recursos desde los estados para lograr superar los obstáculos legales, sociales y del entorno que interfieren en la participación de las personas mayores en la sociedad pero también para la protección de las mismas garantizando sus derechos.

La “seguridad en la vejez”, el otro término central del envejecimiento activo, refiere a la protección de las personas en sus entornos de vida, protección que puede estar fundada en redes de apoyo, de contención doméstica, familiar, de amistades, pero también debe estar organizada por políticas públicas e institucionalizada en normativas que le otorguen formalidad. Para la OMS, la seguridad se sustenta también en instituciones sociales y sanitarias que proveen sistemas de cuidados de corto o largo plazo que respetan los derechos de las personas basando sus intervenciones en las necesidades, preferencias y capacidades de las personas mayores. Entre los estudiantes la “seguridad en la vejez” aparece vinculada a la situación de *jubilación*, y la atención de la salud, que aparece con diferentes términos como *sistema de salud, obra social, prevención de caídas, atención médica*. Hay un reconocimiento a dos de los resortes fundamentales de los sistemas de protección social modernos. Por otro lado surgen asociados a la seguridad sentimientos como *tranquilidad, confianza*, la seguridad también se asocia a *compañía* y a *cuidados*.

Otro de los objetivos del presente trabajo ha sido estudiar las representaciones de los estudiantes sobre la “atención en salud de personas

mayores”, dado que sus futuras práctica de atención, como toda práctica, se elaboran a partir de las representaciones que tienen los profesionales o trabajadores de la salud sobre el “otro”, sujeto de atención pero también sobre el modelo de atención y el concepto de salud-enfermedad que adscribe. Esto quiere decir que las acciones concretas que los sujetos realizan en situación estarán enlazadas con las dimensiones simbólicas propias de los campos de representación.

Entre los estudiantes de kinesiología la atención de las personas mayores está asociada en su núcleo central, a ciertas disposiciones emocionales que se debe tener para hacer frente a la situación. Surge como primer término la *paciencia*, luego, *empatía*, *cuidados*, *responsabilidad*, *tolerancia*, *compromiso*, *contención*, *amor*. Pareciera que el sujeto de atención es demandante y frente a ello hay que desarrollar cierta posición subjetiva, principalmente tener paciencia, esto entra en consonancia con otras investigaciones (Caillau, et. al, 2014) que han encontrado la imagen de la persona mayor frente a demandas de salud como personas conflictivas. Billoud (2022) en su investigación con trabajadores de instituciones de larga estadía de personas mayores sostiene que para ellos el trabajo de cuidar a las personas mayores es principalmente emocional.

Como último objetivo específico del trabajo se pretende analizar las diferencias en las representaciones en función de las características sociodemográficas de los estudiantes. Se decidió, dadas las características de la muestra, realizar la desagregación por género de los estudiantes, estudio de carrera de salud previa a la carrera de Lic. en Kinesiología y por último, entre quienes trabajan o han trabajado en el sistema de salud (como profesional, administrativo o técnico).

Las diferencias en las evocaciones a nivel general no han sido tan marcadas. Solamente se ha encontrado sobre la representación de la “mujer vieja” cambios en la composición de su núcleo central cuando se desagrega por género de los estudiantes, los estudiantes hombres representan a las mujeres viejas con un estereotipo de género muy marcado y con connotaciones positivas, solo aparecen las palabras, *abuela*, *experiencia*, *comida*, *madre*, y

las mujeres evocan cuestiones negativas primero como *dolores, arrugas, soledad*.

Frente a la inducción “hombre viejo” emerge como término central *jubilado o trabajador* para todos los grupos, cuestión que surge en la segunda periferia recién en todos los grupos que cuando evocan a “mujer vieja”. Queda nuevamente en evidencia que las representaciones encierran cuestiones sociales transversales a todos los grupos, que traspasan las características o trayectorias individuales y que, muchas veces, la formación disciplinar no logra romper.

En cuanto a “envejecimiento” las evocaciones de todos los grupos son similares entre sí, pero puede reconocerse una diferencia en función del género de quienes evocan, las mujeres estudiantes traen al núcleo central sentimientos como la tristeza, mientras que en los hombres no aparecen sentimientos asociados. En cuanto a los términos “envejecimiento saludable” y “envejecimiento activo” suceden fenómenos similares, no hay diferencias entre los géneros, pero aquellos estudiantes que no poseen estudios previos de carreras de salud y/o no trabajan en el sistema de salud expresan sentidos que superan el binomio alimentación-actividad física y traen al núcleo central de las representaciones emociones, sentimientos y diferentes actividades sociales. Tampoco reflejan estas elaboraciones las concepciones complejas que se impulsan sobre los procesos de envejecimiento activo y saludable.

Sobre la participación en la vejez entre las mujeres encontramos como primera expresión *amistades, reuniones, viajes, acompañar*, mientras que los hombres expresan como primer término una consecuencia de la participación, la *inclusión*.

La seguridad en la vejez para las mujeres hace referencia a las redes de contención de los individuos y a la atención del sistema de salud, para los hombres estudiantes entra en relación con la *independencia, tranquilidad y la capacidad económica*.

7. CONCLUSIONES

La presente tesis buscaba dar respuesta a los interrogantes sobre las representaciones sociales que tienen los estudiantes de la Lic. en kinesiología y fisioterapia sobre las personas mayores, el proceso de envejecimiento, los fenómenos de envejecimiento saludable y activo y sobre la atención en salud de las personas mayores.

Se ha encontrado que las representaciones sobre las personas mayores en los estudiantes tienen un componente positivo asociado a la experiencia y sabiduría y connotaciones referidas a los cuidados requeridos. Frente a las inducciones de hombre y mujer vieja las imágenes construidas reflejan roles de género que históricamente se han atribuido a las mujeres y hombres en la sociedad.

Frente al término envejecimiento, los estudiantes refieren en sus evocaciones componentes negativos asociados al deterioro, enfermedad, fragilidad y dependencia. El envejecimiento en sí mismo no está asociado ni a la salud ni a lo activo, cuando se incorporan estos términos como palabras inductoras aparecen entre los estudiantes como fenómenos asociados al binomio alimentación - actividad física. No se evidencian significados sobre determinantes sociales del proceso de envejecimiento, ni de las asociaciones a los procesos de envejecimiento activo y saludable. Los problemas de salud y deterioro del cuerpo en la vejez no se consideran como resultado de las limitaciones que las sociedades y los ambientes imponen.

La participación social de las personas mayores está elaborada como una participación relacionada principalmente a la sociabilidad, al estar acompañado, al encuentro o reunión con otros. Surgen algunos acercamientos a una visión más ampliada de la participación cuando emergen términos como trabajo y política. La seguridad de las personas mayores se asocia principalmente con dos políticas de protección social que se desarrollaron con el estado moderno, la jubilación y el sistema de salud. Luego aparecen términos relacionados con una protección más de los núcleos de socialización cercanos a las personas, las familias y las amistades.

En cuanto a la atención en salud de las personas mayores, los estudiantes construyen una imagen asentada en ciertas disposiciones emocionales que deberían tener quienes atienden, *paciencia, empatía, cuidados, tolerancia, respeto*, entre otros términos.

Los núcleos centrales de las representaciones frente a todos los términos inductores que se emplearon en la técnica no sufren grandes modificaciones cuando se lo desagrega entre estudiantes que tienen carrera previa de estudio sobre salud o no y quienes trabajan o no en el sistema de salud. Solamente aparecen diferencias en algunos términos cuando se realiza un análisis desagregado en función del género de los estudiantes.

rehabilitación, comunicación, educación, informar

Las conexiones que se han encontrado con trabajos previos sobre representaciones sociales en diferentes grupos poblacionales permite señalar la necesidad de seguir trabajando sobre el viejismo o edadismo que impregna el pensamiento social, que asocia sin más una determinada edad con un estado o proceso de deterioro sin considerar la diversidad o las distintas maneras de envejecer que existen en la sociedad. La falta de asociación o reconocimiento de los determinantes sociales del proceso de envejecimiento también es algo a tener en cuenta dado que, como hace tiempo ya se evidenció, las formas en que definimos los fenómenos delimitan y limitan las formas en que intervenimos sobre él.

BIBLIOGRAFÍA

- Abric J. (1989). Las representaciones sociales: aspectos teóricos. En Abric. J. *Prácticas sociales y representaciones*. Recuperado de: <https://campus.fundec.org.ar/admin/archivos/ABRIC%20-%20practicas-sociales-y-representaciones-5-16.pdf>
- Alvarado García, A. & Salazar Maya, A.M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*; 25(2):57-62. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
- Andrade, E. D. O. (2016). Lexical analysis of the code of medical ethics of the Federal Council of Medicine. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 62(2), 123–130. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.62.02.123>
- Andres, H; Gastrón, L; Oddone J. & Vujosevich, J. (2003). “Género, representaciones sociales de la vejez y derechos humanos”. Ponencia. Simposio Viejos y Viejas. Participación social, ciudadanía e inclusión social. Santiago de Chile, Chile.
- Arias, C.; Soliveréz, C.; Bozzi, N. (2020). El envejecimiento poblacional en América Latina. *Revista Euro Latinoamericana de Análisis Social y Político* , 1(2), 11-23. Recuperado de: <http://www.ojs.unsj.edu.ar/index.php/relasp/article/view/577>
- Arroyo Rueda, & Bretado García (2019). “El cuidado de personas mayores: motivaciones y estrategias de afrontamiento.” En: *Vejez y envejecimiento : una aproximación interdisciplinaria*. Maldonado Saucedo, Margarita - Compilador/a o Editor/a; Enríquez Rosas, Rocío - Compilador/a o Editor/a; Camacho Gutiérrez, Everardo José - Compilador/a o Editor/a; Editorial ITESO. México.
- Arnold-Cathalifaud, M;Thumala, D; Urquiza, A. & Ojeda, A. (2007). La vejez desde la mirada de los jóvenes chilenos: un estudio

exploratorio. *Revista última década*. N° 27, pp.75-91, CIDPA. Valparaíso, Chile.

Albengózar, M.C., Cerdá, C., y Pérez, J. (1999). Cambios actitudinales respecto al envejecimiento en jóvenes adolescentes: un programa de intervención. *Geriátrica*, 15(8), 44-49. Recuperado de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/imsero-estudiosidi-09.pdf>

Billoud, L. (2022). "El cuidado de otros. Representaciones sociales de mujeres que cuidan personas mayores en una institución geriátrica". *Intersticios Sociales El Colegio de Jalisco* 23 - 141-163. ISSN 2007-4964.

Bravo-Segal, S. (2018) Edadismo en medios masivos de comunicación: una forma de maltrato discursivo hacia las personas mayores. *Discurso & Sociedad*, 12(1):1-28. Recuperado de: [www.dissoc.org/ediciones/v12n01/DS12\(1\)Bravo.pdf](http://www.dissoc.org/ediciones/v12n01/DS12(1)Bravo.pdf)

Bravo Rondon & Lamus de Rodriguez (2020). Representaciones sociales sobre el Envejecimiento y la atención del Adulto Mayor. *Revista Dominios de la Ciencia*, Vol. 6(1), 215-235. Recuperado de: [Representaciones sociales sobre el Envejecimiento y la atención del Adulto Mayor. Perspectivas desde la UNEFM | Bravo-Rondón | Dominio de las Ciencias](#)

Brett L, Georgiou A, Jorgensen M, Siette J, Scott G, Gow E, Lockett G, Westbrook J. (2019). Ageing well: evaluation of social participation and quality of life tools to enhance community aged care (study protocol). *BMC Geriatr.* 12;19(1):78. doi: 10.1186/s12877-019-1094-2. PMID: 30871472; PMCID: PMC6419453.

Buitrago Peña, M., Cabrera-Cifuentes, K., & Guevara-Jiménez, M. (2009). Las representaciones sociales de género y castigo y su

incidencia en la corrección de los hijos. *Educación y Educadores*, 12(3), 53–71.

Butler, R. N. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9, pp. 243-246. Recuperado de: DOI: [10.1093/geront/9.4_part_1.243](https://doi.org/10.1093/geront/9.4_part_1.243)

Caillou, M.L. (2014) Representaciones sociales sobre adultos mayores de trabajadores del Primer Nivel de la Ciudad de Salta y su influencia en la Atención Primaria. Informe final presentado ante la Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de: [BECAS “RAMÓN CARRILLO- ARTURO OÑATIVIA” 2003 \(paho.org\)](https://www.becasramoncarrillo-arturo.org/)

Carneiro, M. S., Teixeira, E., Éder, S., Carvalho, L. R. De, Alessandra, B., & Nahum, C. (2014). representações sociais sobre pré-natal entre mulheres-mães: implicações para o agir cuidativo educativo em enfermagem. *Enfermagem Obstétrica*, 1(1), 12–18.

Castellano Fuentes, C. (2014). Análisis de la relación entre las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento y los índices de bienestar en una muestra de personas mayores. *Revista española de Geriátría y Gerontología*, 49(3), 108–114. Recuperado de: <https://medes.com/publication/90588>

Centro de Internacional de Longevidad (2015). Envejecimiento activo. Un marco político ante la revolución de la longevidad. Recuperado de: [Envejecimiento activo. Un marco político ante la revolución de la longevidad | Escuela Andaluza de Salud Pública \(easp.es\)](https://www.easp.es/)

Choi M. (2020). Association between social participation and cognitive function among community-dwelling older adults living alone: Analysis of a nationally representative survey. *International journal of nursing practice*. Aug;26(4). doi: 10.1111/ijn.12841

- Comes, Y. Pereira, L. Simas, P., Ribeiro, I., Vivas, G. & Rosales, C. (2020) Saúde e empoderamento das mulheres: estudo de caso do Programa Mais Médicos em municípios com presença de médicos cubanos. *Revista Panamericana Salud Pública*. 44:62. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.62>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL (2009). Estimaciones y proyecciones de población. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población. Recupero de: www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL (2022). La sociedad del cuidado: horizonte para una recuperación sostenible con igualdad de género (LC/CRM.15/3), Santiago.
- Chamorro García, H. (2020). “¿Protección social como derecho o sobreprotección que anula derechos? La oportunidad de un cambio de paradigma de la vejez a partir del contexto de pandemia por el COVID–19. *Rev. Escenarios*. N° 32(20). Universidad Nacional de La Plata. Disponible en: [¿Protección social como derecho o sobreprotección que anula derechos? | Escenarios \(unlp.edu.ar\)](http://www.unlp.edu.ar/revista/escenarios/32(20)/proteccion-social-como-derecho-o-sobreproteccion-que-anula-derechos/)
- Choi M. (2020) Association between social participation and cognitive function among community-dwelling older adults living alone: Analysis of a nationally representative survey. *Int J Nurs Pract*. 26(4):e12841. doi: 10.1111/ijn.12841.
- Davobe, I. (2020). “Derecho a la vejez en tiempos de pandemia”. *Revista Facultad de Derecho*. N° 49. Montevideo. Disponible en: [Derecho de la Vejez en tiempos de pandemia \(scielo.edu.uy\)](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=0034-9715(2020)49(01)<001:1-Derecho-a-la-vejez-en-tiempos-de-pandemia>1-0)
- De Andrés, S., y Maestro, R. (2014). Análisis crítico del discurso publicitario institucional/comercial sobre las personas mayores en

España. *Comunicar*, 21(42), 189-197. Recuperado de: doi:
<http://dx.doi.org/10.3916/C42-2014-19>

Díaz, L. (2013). La imagen de las personas mayores en los medios de comunicación. *Sociedad y utopía: Revista de Ciencias Sociales*, 41, 483-502. Recuperado de:
<http://www.sociedaduytopia.es/images/revistas/41/D17.pdf>

Donkin, Angela, Peter Goldblatt, Jessica Allen, Vivienne Nathanson y Michael Marmot. 2018. "Global action on the social determinants of health". *BMJ Global Health*. 3(1): 1-6.

Douglas H, Georgiou A, Westbrook J. Social participation as an indicator of successful aging: An overview of concepts and their associations with health. *Australian Health Review*. 2017;41(4):455-62

Duque F., L.M., Ornelas C., M. y Benavides P., E.V. (2020). Actividad física y su relación con el envejecimiento y la capacidad funcional: una revisión. *Psicología y Salud*, 30(1), 45-57.

Freitas, M. C; Ferreira, M. A. (2013) Vejez y persona anciana: representaciones sociales de escolares adolescentes. *Revista Latino americana de enfermería*, 21(3). Recuperado de:
[es_0104-1169-rlae-21-03-0750.pdf \(scielo.br\)](https://doi.org/10.1169-rlae-21-03-0750)

Fumis, D. (2022). Tiempo de-más. Un abordaje de la vejez como potencia creativa. *Olivar*, 22 (35), e115. En Memoria Académica. Disponible en:
https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.14945/pr.14945.pdf

Gallardo-Peralta, L., Conde-Llanes, Dina A., y Córdova-Jorquera, I. (2016). Asociación entre envejecimiento exitoso y participación social en personas mayores chilenas. *Gerokomos*. 2016, 27(3), 104-108. ISSN 1134-928X

Garay, S; Redondo N. & Montes de Oca, V. (2012) Cambios en los hogares con población envejecida en Argentina y México: algunas aproximaciones a las transformaciones familiares derivadas de la transición demográfica. En Garay & Redondo (Comp.) *El envejecimiento en América Latina: evidencia empírica y cuestiones metodológicas*. (Cap. I. pp. 21-42) Asociación Latinoamericana de Población.

García Hernández, H. & Alvear Galindo, G. (2020) Violencia en la formación médica. *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de México*, Recuperado de: <http://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2020.63.2.07>

Gastrón, L. (2003) "Una mirada de género en las representaciones sociales sobre la vejez". Rev. Aljaba. Vol. 8. pp. 177-192. Revista de Estudios de la Mujer, editada por las Universidades de La Pampa, Luján y Comahue. Disponible en: <https://repo.unlpam.edu.ar/handle/unlpam/5296>

Gazquez, J; Pérez-Fuentes, M; Fernández, M; González, L; Ruiz, I; Díaz, A; (2009) Estereotipos sobre la vejez y su relación con la formación en gerontología: un estudio intergeneracional. *European Journal of Education and Psychology*. Vol. 2 Núm. 3, pp. 263-273. Recuperado de: [Estereotipos sobre la vejez y su relación con la formación en gerontología: un estudio intergeneracional - Dialnet \(unirioja.es\)](http://www.unirioja.es/~dialnet/Estereotipos_sobre_la_vejez_y_su_relacion_con_la_formacion_en_gerontologia_un_estudio_intergeneracional-Dialnet_unirioja.es)

Giraldo Rodríguez, L. & Torres Castro, S. (2010) Envejecimiento, vulnerabilidad y maltrato. En Gutiérrez Robledo (comp.) *Envejecimiento Humano, Una visión transdisciplinaria* (pp.315-324). Instituto de Geriatria. Recuperado de: [Envejecimiento humano. Una visión transdisciplinaria \(medigraphic.com\)](http://www.medigraphic.com/envejecimiento-humano-una-vision-transdisciplinaria)

- Gómez Godoy, I., Romero Quirantes, M.I., Serrano Carrillo, M.I. (2017). Análisis sobre la opinión de los estudiantes de enfermería acerca del edadismo. En: Mar Molero, M. (comp.). *Acercamiento multidisciplinar a la salud. Volumen II*, pp. 309-316. Recuperado de: [LIBRO 2 ACERCAMIENTO FINAL.pdf \(formacionasunivep.com\)](http://formacionasunivep.com)
- Guerin-Pace, F. (1998). Textual Statistics. An Exploratory Tool for the Social Sciences. *Population: An English Selection*, 10(1), 73–95. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/2998680>
- Gurfein, A. (2020). La relación médico-paciente: biopolítica, medicalización e internet. *AVATARES de la comunicación y la cultura N° 20*. ISSN 1853-5925
- Harris, K., Krygsman, S., Waschenko, J., & Laliberte Rudman, D. (2018). Ageism and the older worker: A scoping review. *The Gerontologist*, 58(2). doi: 10.1093/geront/gnw194
- Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (2013). *Discriminación por edad, vejez, estereotipos y prejuicios*. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Presidencia de la Nación. Argentina.
- Jodelet D. (1982) La Representación Social: fenómenos, concepto y teoría. En: Moscovici S, editor. *Psicología Social II*. Paidós, Barcelona. Recuperado de: [La-representacion-social-fenomenos-concepto-y-teoria.pdf \(researchgate.net\)](http://researchgate.net)
- Jodelet. D. (2011) Aportes del enfoque de las representaciones sociales al campo de la educación. *Espacios en Blanco. Revista de Educación*, 21, 133-154. Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires, Argentina.
- Kelly ME, Duff H, Kelly S, McHugh Power JE, Brennan S, Lawlor BA, Loughrey DG. (2017). The impact of social activities, social

networks, social support and social relationships on the cognitive functioning of healthy older adults: a systematic review. *Syst Rev.* Dec 19;6(1):259. doi: 10.1186/s13643-017-0632-2

Lázaro J., Gracia D. (2006). La relación médico-enfermo a través de la historia. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29 (Supl. 3): 7-17. Recuperado de: [La relación médico-enfermo a través de la historia \(isciii.es\)](http://www.isciii.es)

Laurell, A.C. (1981). La salud enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*, 1981, 2(1): 7-25. Recuperado de: [Cuadernos-Medico-Sociales-19.pdf \(capacitasalud.com\)](http://www.capacitasalud.com)

Le Breton, D. (2021), *Antropología del cuerpo y modernidad*. Editorial Prometeo Libros. Buenos Aires, Argentina.

Levy B, Ashman O, Dror I. To be or not to be: the effects of aging stereotypes on the will to live. *Omega (Westport)*. 1999-2000;40(3):409–20.

Limón, M. R. & Ortega, M. C. (2011) “Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores”. *Revista de Psicología y Educación*, Núm. 6, pág.225-238.

Löckenhoff, C., De Fruyt, F., Terracciano, A., McCrae, R., De Bolle, M., Costa, P., Aquilar-Vafaie, M., Alzalay, L., Allik, J., Avdeyeva, T., Barbaranelli, C., Benet-Martinez, V., Blatný, M., Bratko, D., Brunner-Sciara, M., Cain, T., Crawford, J., Lima, M., Ficková, E., Gheorghiu, M. (2009). Perceptions of Aging Across 26 Cultures and Their Culture-Level Associates. *Psychol Aging*. 24(4): 941–954.

Lynch y Gastrón, (2021). Teorías y métodos para la investigación de las Representaciones Sociales de la Vejez y del Envejecimiento. 12° CONGRESO ARGENTINO DE ANTROPOLOGÍA SOCIAL La Plata, junio y septiembre de 2021

- Martínez-Velilla, N., Ibarrola Guillén, C., Fernández Navascués, A., & Lafita Tejedor, J. (2018). El concepto de funcionalidad como ejemplo del cambio del modelo nosológico tradicional. *Atención primaria*, 50(1), 65–66.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.03.013>
- Marquet M, Missotten P, Adam S. (2016) Ageism and overestimation of cognitive difficulties in older people: a review. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1;14(2):177-86. doi: 10.1684/pnv.2016.0609.
- Marques, S., Mariano, J., Mendoca, J., De Tavernier, W., Hess, M., Naegele, L., Peixeiro, F., Martins, D. (2020). Determinants of Ageism against Older Adults: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 17, 2560; doi:10.3390/ijerph17072560.
- Marziona, C. E. & Billoud L.V. (2019). Las representaciones sociales de la vejez. Un modelo de ampliación ciudadana. *Papeles del Centro de Investigaciones*. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Universidad Nacional de Lanús. Recuperado de: [Las representaciones sociales de la vejez. Un modelo de ampliación de ciudadanía | Papeles \(unl.edu.ar\)](http://www.unl.edu.ar/papeles/representaciones-sociales-de-la-vejez-un-modelo-de-ampliacion-de-ciudadania)
- Mateu Gil, L. Panisello Chavarria, M. Lasaga Heriz, M. Bonfill Accensi, E. (2007). Desigualdades sociales en la salud de las personas mayores. *Gerokomos* 18(1). Tarragona - España.
- Márquez Terraza, A. V., Azzolino, J., Agüero, S. A., Martínez, P. S. y Marsollier, R. G. (2023). Representaciones sociales en prestadores y prestadoras de servicios gerontológicos. *Revista Reflexiones*. 102 (1). DOI 10.15517/rr.v102i1.46952

- Menéndez, (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia y Saude Colectiva*. 8(1): 185-207. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>.
- Menéndez, E. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*, 16, Universidad de Lanús. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>
- Merchán Maroto, E., Cifuentes Cáceres, R. (2011) Teorías psicosociales del envejecimiento. En C. Nuin Orrio (Ed.) *Enfermería de la persona mayor*. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces.
- Molina, J. A. (2000). Estereotipos hacia los ancianos. Estudio comparativo de la variable edad. *Revista de psicología general y aplicada*, 53(3), 489-501.
- Montes de Oca, V. & Garay Villegas, S. (2009). Familias, hogares y vejez. Cambios y determinantes en los arreglos familiares con personas adultas mayores en México, 1992 - 2006. *XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires*. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.
- Mota, S.N., Nogueira, J.M., Fernandes, B.K.C., Silva, H. G., Ferreira, M.A., Freitas, M^a. C. (2018). Enfoque estructural de las representaciones sociales de los adolescentes sobre el envejecimiento y las personas mayores. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 22(50). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2018.50.11>
- Moreno, A. (2010). Viejismo (ageism). Percepciones de la población acerca de la tercera edad: estereotipos, actitudes e implicaciones sociales. *Revista electrónica de Psicología Social «Poiésis»*. 19. Recuperado de

<http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/101/75>.

Moscovici, S. (1979). El Psicoanálisis, su imagen y su público. *Colección Temas Básicos*. Ed. Huemul. Buenos Aires.

Nelson, T. D. (2016). The age of ageism. *Journal of Social Issues*, 72(1), 191–198. doi: 10.1111/josi.12162

Ocampo-Rodriguez, M.V; Betancourt Urrutia, V., Montoya Rojas, J.; Bautista Botton, D. C. (2013) “Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud”. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 12 (24): 114-129. Bogotá.

Ochoa-Vázquez J., Cruz-Ortiz M., Pérez-Rodríguez M.C., Cuevas Guerrero C.E. (2018). El envejecimiento: Una mirada a la transición demográfica y sus implicaciones para el cuidado de la salud. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano de Seguro Social*, 26(4), 273-80. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=85065>

Organización Mundial de la Salud (1974) Planificación y organización de los servicios geriátricos. Informe de un Comité de Expertos. N° 548. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38783/WHO_TRS_548_spa.pdf;jsessionid=2CFB8CBA76702BCD99DCD36324738550?sequence=1

Organización Mundial de la Salud (1982). Plan de Acción internacional de Viena sobre el envejecimiento. Informe de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Viena. Recuperado de: [Plan_Viena_sobre_Envejecimiento \(gerontologia.org\)](http://www.gerontologia.org/Plan_Viena_sobre_Envejecimiento)

Organización Mundial de la Salud (2002). Declaración política y plan de acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento. Recuperado de: [mipaa-sp.pdf \(un.org\)](http://www.un.org/mipaa-sp.pdf)

Organización Mundial de la Salud (2008). Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Recuperado de: [OMS | Informe sobre la salud en el mundo 2008 \(who.int\)](https://www.who.int/publications/m/item/who-wm-08-01)

Organización Panamericana de la Salud (2012). América Latina y el Caribe por un envejecimiento saludable y activo. *Recuperado de:* <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps051214.htm>.

Organización Mundial de la Salud (2015) Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud (2016). Acción multisectorial para un envejecimiento sano basado en el ciclo de vida: proyecto de estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud. 69.^a Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra. Recuperado de:

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-sp.pdf.

Organización Panamericana de la Salud (2017) Salud en las Américas. Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34322#:~:text=Salud%20en%20las%20Am%C3%A9ricas%2B%202017%20sigue%20documentando%20el%20progreso%20alcanzado,la%20s%C3%ADfilis%20y%20la%20tuberculosis>.

Organización Mundial de la Salud (2020). Atención integrada para las personas mayores (ICOPE): Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud. Manual. Recuperado de: [Atención integrada para las personas mayores \(ICOPE\): Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud. Manual - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](https://www.paho.org/es/publicaciones/atencion-integrada-para-las-personas-mayores-icope)

Organización Mundial de la Salud. (2020). 2020-2030 Década de envejecimiento saludable. Recuperado de:

Páez, R. F. H., Hernández, A. C. P., & Mesa, Y. L. R. (2005). Representaciones sociales del trabajo infantil Social representations of the infantile work. *Red Revistas Científicas de América Latina , El Caribe, España y Portugal*, 9, 19–29. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/896/89690103.pdf>

Parrott, W. G., & Smith, S. F. (1991). Embarrassment: Actual vs. Typical Cases, Classical vs. Prototypical Representations. *Cognition and Emotion*, 5(5–6), 467–488. <https://doi.org/10.1080/02699939108411053>

Pérez J.J. & Gamboa Graus (2017). Aspectos teóricos sobre el diseño curricular y sus particularidades en las ciencias. *Redipe*, 6(3):83-112. Recuperado de: <https://revista.redipe.org/index.php/1/article/view/211>

Perez Ortíz, L. (2016). “25 años de la Sociología de la Vejez”. *Espacio Abierto*, vol. 25, núm. 3, 2016. Universidad del Zulia. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/122/12249678015.pdf>

Rada Schultze, F. (2021). “Miedo a envejecer. Representaciones e imaginarios sobre la vejez en Argentina” *Socio Debate Revista de Ciencias Sociales* ISSN 2451-7763 Año 7-Nº 10 2021 Url: <http://www.feej.org/index.php/revista-sociodebate>

Ribeiro, G. (2002). “El Espacio–público–virtual”. *Serie Antropológica. Universidad de Brasilia*. Recuperado de: [El Espacio Público Virtual \(unb.br\)](http://www.unb.br/El_Espacio_Publico_Virtual)

Robb, C., Chen, H., y Haley, W. E. (2002). Ageism in mental health and health care: Acritical review. *Journal of Clinical Geropsychology*, 8(1), pp.1-12. Recuperado de: [Ageism in Mental Health and Health Care: A Critical Review | SpringerLink](https://www.springerlink.com/ageism-in-mental-health-and-health-care-a-critical-review)

- Robin T. Higashi a, *, Allison A. Tillack a , Michael Steinman b , Michael Harper b , C. Bree Johnston Elder care as “frustrating” and “boring”: Understanding the persistence of negative attitudes toward older patients among physicians-in-training. *Journal of Aging Studies* 26 (2012) 476–48
- Roger, C. (1965) La relación terapéutica. Investigación y teoría recientes. En: *Desarrollo del potencial humano*, (pp.155-169). México: Trillas
- Roubère, L., & Ratinaud, P. (2014). Manual do aplicativo IRaMuTeQ. *Toulouse, França*, 1–37. Recuperado de: <http://www.iramuteq.org/documentation/html>
- Sánchez Nítola, M. (2022). “Representaciones sociales de vejez en jóvenes y viejos del campo y la ciudad, en Colombia”. Tesis doctoral. Universidad Nacional de Colombia.
- Sarabia, C. M., y Castanedo, C. (2015). Modificación de estereotipos negativos en la vejez en universitarios de enfermería, *Gerokomos*, 26(1), 10-12. Recuperado de: [Modificación de estereotipos negativos en la vejez en estudiantes de enfermería \(isciii.es\)](http://www.isciii.es/modificacion-de-estereotipos-negativos-en-la-vejez-en-estudiantes-de-enfermeria)
- Sepulveda-Loyola, W., Dos Santos Lopes, R., Tricanico Maciel, R. y Suziane Probst, V. (2020). Participación social, un factor a considerar en la evaluación clínica del adulto mayor: una revisión narrativa. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*. 37(2), 341-349. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.4518>
- Shimizu, H. E., Silva, J. R. e, Moura, L. M. de, Bermúdez, X. P. D., & Odeh, M. M. (2015). A estrutura das representações sociais sobre saúde e doença entre membros de movimentos sociais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(9), 2899–2910. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.20592014>

- Silva Souza, K., de Cerqueira Castro, J. L., Fernandes de Araújo, L., & de Oliveira Santos, J.V. (2018). Representações sociais do envelhecimento: um estudo com avós idosas que cuidam dos netos e avós que não. *Ciencias Psicológicas*, 12(2), 293-297. doi: <https://doi.org/10.22235/cp.v12i2.1693>
- Simmel, G. (2007). Intuición de la vida. Cuatro capítulos de metafísica. Buenos Aires: Terramar.
- Singüenza Quintanilla L. & Vargas Alvarado V. (2018). "Significados, conocimientos y prácticas relacionados con la dignificación de la persona adulta mayor, desde la promoción de la salud, en la Red de Cuido de Goicoechea". *Anales en Gerontología*, 10, 99-120.
- Tardino, T. (2017). "El estudio del viejismo en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires desde la perspectiva de los adultos mayores con diferentes coberturas de salud". *Independent Study Project (ISP) Collection*. 2628. Disponible en: [El estudio del viejismo en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires desde la perspectiva de los adultos mayores con diferentes coberturas de salud \ The Study of Ageism in the Autonomous City of Buenos Aires from the Perspective of Older Adults with Different \(sit.edu\)](#)
- Tisnés, A. & Salazar Acosta, L. (2016). "Envejecimiento poblacional en Argentina: ¿qué es ser un adulto mayor en Argentina? Una aproximación desde el enfoque de la vulnerabilidad social". *Rev. papeles de población*. Universidad Autónoma de México.
- Tobar, F. (2000). Herramientas para el análisis del sector salud. *En Medicina y Sociedad*, 23(2) pp. 234-246.
- Urbina Cárdenas, J. E. & Ovalles Rodríguez, G. A. (2018). Teoría de las representaciones sociales. Una aproximación al estado del arte en América Latina. *Psicogente* 21(40), 495-544. <https://doi.org/10.17081/psico.21.40.3088>

- Urquiza Gómez, A., Arnold-Cathalifaud, M., Thumala Dockendorff, D., & Ojeda Mayorga, A. (2008). ¿Hay diferencias en la manera en que observan hombres y mujeres a los adultos mayores, ancianas y ancianos? *Revista del Magíster en Análisis Sistemico Aplicado a la Sociedad*, (18),1-19. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=311224752001>
- Wachelke, J. & Contarello, A. (2012). Italian students' social representation on aging: an exploratory study of a representational system. *Psicologia: Reflexão e Crítica* (Vol. 24). <https://doi.org/10.1590/s0102-79722011000300016>
- Weber, M. (1991). *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. Editorial PREMIA.
- Waters, W., Freire, and Julio Ortega. 2019. Desigualdades sociales y en salud en adultos mayores ecuatorianos. *Mundos Plurales-Revista Latinoamericana de Políticas y Acción Pública* 6, 2 (2019), 9–23. ISSN 1390-9193
- Ylânne, V. (2015). Representations of ageing in the media. En J. Twigg y W. Martin (eds.), *Routledge Handbook of Cultural Gerontology* (pp. 369-376) Nueva York: Routledge. Recuperado de: [\(PDF\) Representations of ageing in the media \(researchgate.net\)](#)
- Zupiria, X. (2009). Relación enfermo-profesional de la salud: Relaciones interpersonales. *Servicio Editorial: Universidad del País Vasco*. Recuperado de <http://www.ehu.eus/xabier.zupiria/liburuak/relacion/1.pdf>

ANEXO

Instrumento de recolección de datos: Representaciones sociales - estudiantes de Lic. en Kinesiología y Fisiatría.

La presente es una encuesta anónima elaborada en el marco del trabajo de tesis "*Representaciones sociales sobre el envejecimiento activo y saludable y la atención de adultos mayores en estudiantes de Nutrición y Kinesiología*" de la Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social de la Universidad Isalud.

El tiempo de respuesta varía entre 10 y 15 minutos.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

1. GÉNERO

- Mujer
- Hombre
- Otro/prefiero no decirlo.

2. EDAD (en años cumplidos)

3. CARRERA

- Lic. en Nutrición.
- Lic. en Kinesiología y fisiatría.

4. AÑO DE CARRERA

5. ¿REALIZASTE ANTERIORMENTE ALGUNA CARRERA DE SALUD?
(licenciatura o tecnicatura)

- Si
- No

6. ¿TRABAJAS O TRABAJASTE EN EL SISTEMA DE SALUD?
(administrativo/técnico/auxiliar/profesional)

- Si
- No

7. ¿TRABAJAS O TRABAJASTE CON ADULTOS MAYORES? (ya sea atención
administrativa/técnica/profesional en el ámbito del sistema de salud)

- Si
- No

Universidad ISALUD

Venezuela 925/31 - C1095AAS - Bs. As. Argentina - Tel +54 11 5239-4000
web: www.isalud.edu.ar - mail: informes@isalud.edu.ar



EVOCACIONES LIBRES.

Te voy a nombrar palabras respecto de las cuales te pido que asocies y enuncies otras. No hay respuestas correctas, las palabras que asocies/evoques pueden repetirse a lo largo del cuestionario.

8. Exprese las cinco primeras palabras o expresiones que le vienen a la cabeza al pensar en una PERSONA ADULTA MAYOR.

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____
- e. _____

9. Exprese las cinco primeras palabras o expresiones que le vienen a la cabeza al pensar en ENVEJECIMIENTO.

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____
- e. _____

10. Exprese las cinco primeras palabras o expresiones que le vienen a la cabeza al pensar en HOMBRE VIEJO.

- A. _____
- B. _____
- C. _____
- D. _____
- E. _____

11. Exprese las cinco primeras palabras o expresiones que le vienen a la cabeza al pensar en MUJER VIEJA.

- A. _____
- B. _____

- C. _____
- D. _____
- E. _____

12. Exprese las cinco primeras palabras o expresiones que le vienen a la cabeza al pensar en ENVEJECIMIENTO SALUDABLE.

- A. _____
- B. _____
- C. _____
- D. _____
- E. _____

13. Exprese las cinco primeras palabras o expresiones que le vienen a la cabeza al pensar en ENVEJECIMIENTO ACTIVO.

- A. _____
- B. _____
- C. _____
- D. _____
- E. _____

14. Exprese las cinco primeras palabras o expresiones que le vienen a la cabeza al pensar en PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LA VEJEZ.

- A. _____
- B. _____
- C. _____
- D. _____
- E. _____

15. Exprese las cinco primeras palabras o expresiones que le vienen a la cabeza al pensar en SEGURIDAD EN LA VEJEZ.

- A. _____
- B. _____
- C. _____
- D. _____
- E. _____

16. Exprese las cinco primeras palabras o expresiones que le vienen a la cabeza al pensar en ATENCIÓN EN SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES.

- A. _____
- B. _____
- C. _____
- D. _____
- E. _____

Figura N°: Palabra inductora - "Mujer vieja" según estudiantes mujeres.

<= 2.77 Rangos > 2.77

Zone du noyau		Première périphérie	
<p>Dolores-7-2.6 Arrugas-7-1.4 Soledad-6-2.7 Historias-5-2.2 Sabiduría-5-2 Canosa-4-2.5 Sabiduría-4-2.5</p>		<p>Amor-10-2.9 Abuela-10-2.8 Comida-6-3 Nietos-5-2.8 Experiencia-5-2.8 Familia-4-4 Tristeza-4-3.2 Cariño-4-4.2</p>	
Elements contrastés		Seconde périphérie	
<p>Madre-3-2 Ama_de_casa-3-1.7 Sabia-3-1.7 Admiración-2-2.5 soledad-2-1 necesidad-2-2 Cansancio-2-2 Prevención_de_caídas-2-2 Coqueta-2-2.5</p>		<p>Libros-2-3 Cuidados-2-3.5 Feliz-2-4 Viajes-2-4 Manchas-2-3 Empatía-2-3 Ojos_caiídos-2-4 Angustia-2-3.5 Canas-2-3 Dependencia-2-3 Recuerdos-2-3 ayuda-2-3 Conversadora-2-5 Jubilada-2-3.5 Lectura-2-4.5</p>	

< 3.51 Frecuencias >= 3.51

Fuente: Elaboración propia en base a metodología de análisis prototípico.

Figura N°: Palabra inductora - “Mujer vieja” según estudiantes hombres.

<= 2.65 Rangos > 2.65

Zone du noyau		Première périphérie	
<p>Abuela-14-2.1 Experiencia-9-1.8 Comida-5-2.4 Madre-4-2.2</p>		<p>Cuidados-5-3.2 Amor-4-3 Canas-4-3.2 Atenta-4-3 Cariño-4-3</p>	
Elements contrastés		Seconde périphérie	
<p>Arrugas-3-1 Sociable-2-2.5 Sabiduria-2-1.5 Bondad-2-1.5 Nietos-2-2 Inquieta-2-2 Persona-2-1</p>		<p>Cansancio-3-2.7 Vejez-2-4.5 Familia-2-3.5 Soledad-2-4 abuela-2-3.5 Mayor-2-3 Respeto-2-3 Dependiente-2-4 Tiempo-2-3.5 Necesidad-2-4 Paciencia-2-3 Comorbilidades-2-5</p>	

< 3.32 Frecuencias >= 3.32

Fuente: Elaboración propia en base a metodología de análisis prototípico.

Figura N°: Palabra inductora - “Hombre viejo” según estudiantes mujeres.

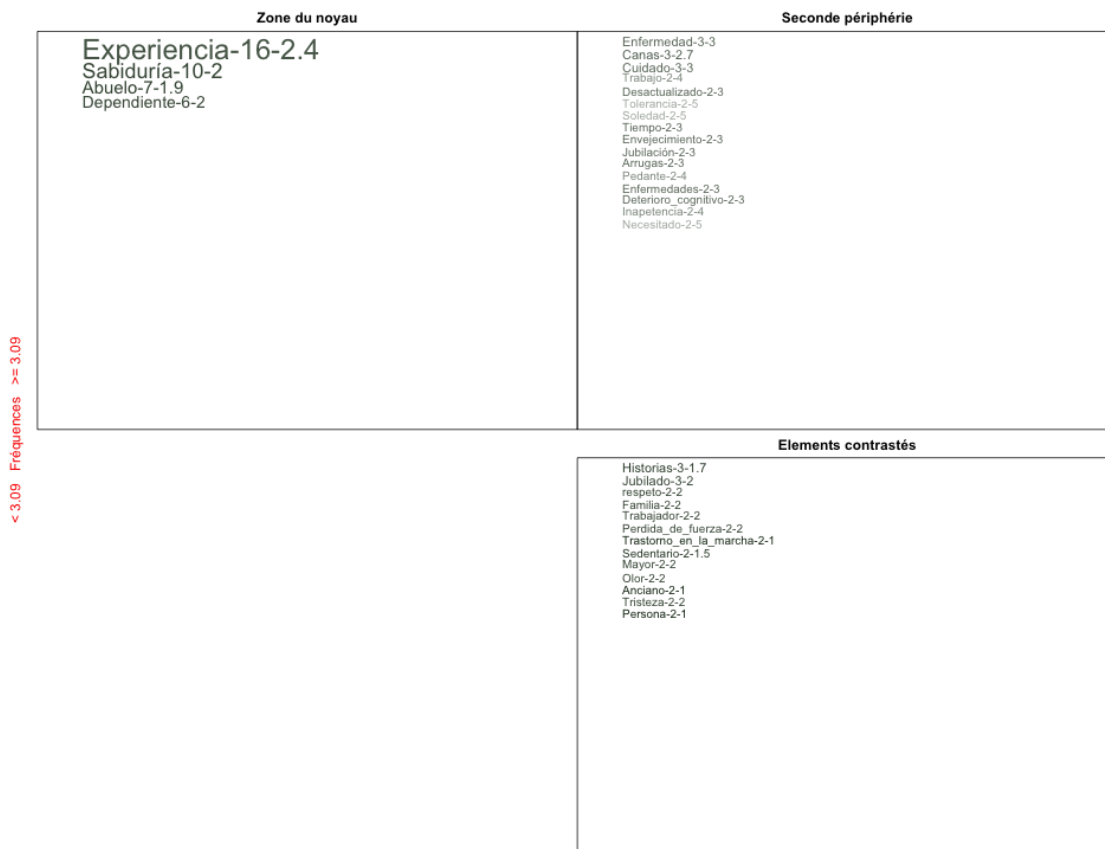
<= 2.77 Rangs > 2.77

	Zone du noyau	Première périphérie
< 3.1 - Fréquences >= 3.1	Jubilado-7-2.3 Sabiduría-6-1.8 Experiencia-6-2.5 Dependiente-5-2.4 Canas-5-1.4 Historias-4-2.2 Arrugas-4-2 Paciencia-4-2	Abuelo-11-3 Soledad-6-3.3
	Elements contrastés	Seconde périphérie
	Trabajador-3-2 Tristeza-3-2.3 Dolores-2-2 Serio-2-2.5 Joroba-2-2 Padre-2-1 Paciente-2-2.5 ayuda-2-2 Lentitud-2-2 Olvidadizo-2-2 Cuidado-2-2.5 dolor-2-1	Machista-3-3 Cascarrabia-3-4 Solitario-3-3 Arrugado-3-4 Cartas-3-3.3 Cansancio-3-3.3 Extrañar-2-3 Televisión-2-4.5 Lento-2-3 Falto-2-5 Quejoso-2-3 Sobrepeso-2-3 Enfermo-2-3 Bastón-2-4.5 Cascarrabias-2-3 Activo-2-4.5 cariño-2-5 Enjojo-2-4.5 complicaciones-2-3 Miedos-2-4.5

Fuente: Elaboración propia en base a metodología de análisis prototípico.

Figura N°: Palabra inductora - “Hombre viejo” según estudiantes hombres.

<= 2.48 Rangos > 2.48



Fuente: Elaboración propia en base a metodología de análisis prototípico.

Figura N°: Palabra inductora - “Envejecimiento” según estudiantes mujeres.

<= 2.79 Rangos > 2.79

Zone du noyau		Première périphérie	
<p>Deterioro-12-1.9 Arrugas-8-2.4 Tristeza-6-2.3 Enfermedades-6-2 Experiencia-4-2.5 Cambios-4-2.5</p>		<p>Dolores-10-3.1 Soledad-8-3 Familia-7-3.9 Canas-5-3.6 Nietos-5-2.8 Cansancio-5-3.4 Muerte-4-2.8 Sabiduría-4-3.5 Salud-4-2.8 Compañía-4-3.8 Vida-4-3.2</p>	
Elements contrastés		Seconde périphérie	
<p>Miedo-3-2.7 Miedos-3-1 Marcas-2-2 Pérdida-2-1.5 Enfermedad-2-1.5 Resiliencia-2-2 Inevitable-2-2.5 Limitación-2-1.5 Tiempo_libre-2-2 Paso_del_tiempo-2-2.5 Trayectoria-2-2.5 Mayor_gasto_energético-2-2 Tiempo-2-2.5 Crecimiento-2-2 Falta_de_Memoria-2-1.5</p>		<p>Prevención-3-3 Libertad-3-4.7 Tranquilidad-2-3.5 Incertidumbre-2-4.5 Fragilidad-2-3 soledad-2-4 necesidad-2-3 Calidez-2-3 Piel-2-3 Dependencia-2-3 Medicamentos-2-3 descuido-2-4 Lentitud-2-4 Camino-2-3 Reflexión-2-3</p>	

< 3.49 Frecuencias >= 3.49

Fuente: Elaboración propia en base a metodología de análisis prototípico.

Figura N°: Palabra inductora - “Envejecimiento” según estudiantes hombres.

<= 2.89 Rangos > 2.89

Zone du noyau		Première périphérie	
<p>Dolores-8-1.8 Deterioro-8-2.4 Salud-6-2.7 Tiempo-4-1.8</p>		<p>Soledad-7-3.7 Experiencia-7-2.9 Dependencia-6-3.3 Familia-4-4 Sabiduria-4-3.2</p>	
Elements contrastés		Seconde périphérie	
<p>Muerte-3-2.7 Pérdida-3-2 Doloroso-3-2 Cansancio-3-2.7 Cuidados-2-1 Solitario-2-2.5 Madurez-2-2 Natural-2-1.5 Amor-2-1.5 Normal-2-1 Remedio-2-2 Depresión-2-2.5 Avance-2-2 Sedentarismo-2-2.5 Camino-2-1.5 Calidad-2-2.5 Miedos-2-2.5</p>		<p>Inevitable-3-3 Fragilidad-3-4 Vivencias-3-3.7 Enfermedades-3-3 Cuidado-3-3 Final-2-4 Tranquilidad-2-3.5 Medicación-2-5 Destino-2-4.5 Tristeza-2-3.5 Cenas-2-4.5 Medicamentos-2-3 Arrugas-2-3.5 Esperable-2-5 Carga-2-5 Debilidad-2-3.5 cuidados-2-4 Dificultades-2-3.5</p>	

< 3.02 Frecuencias >= 3.02

Fuente: Elaboración propia en base a metodología de análisis prototípico.

Figura N°: Palabra inductora - “Envejecimiento saludable” según estudiantes que poseen carrera de salud previa.

<= 2.45 Rangos > 2.45

Zone du noyau		Première périphérie	
Alimentación sana-6-1.3 Alimentación-5-1.8 Cuidados-4-1.5 Salud-4-1.8 Deporte-4-2		Actividad física-6-2.8 Activo-4-2.8	
Elements contrastés		Seconde périphérie	
Buena alimentación-2-1.5 Descanso-2-2 Plenitud-2-1		Vitalidad-3-4.7 Cuidado personal-2-2.5 Recreación-2-4 Constancia-2-3 Saludable-2-3 Dedicación-2-4 Energía-2-3.5 Independencia-2-4 Controles-2-2.5	

< 3.05 Frecuencias >= 3.05

Fuente: Elaboración propia en base a metodología de análisis prototípico.

Figura N°: Palabra inductora - “Envejecimiento saludable” según estudiantes que NO poseen carrera de salud previa.

<= 2.64 Rangos > 2.64

Zone du noyau		Première périphérie	
<p>Deporte-10-2.1 Alimentación_sana-9-2.1 Salud-9-2.1 Actividad-6-2.3 Felicidad-4-2.5 Calidad_de_vida-4-1.5</p>		<p>Cuidados-13-2.7 Activo-7-3.3 Familia-5-4 Viajes-4-2.8</p>	
Elements contrastés		Seconde périphérie	
<p>capacidad_economica_para_poder_decir-3-2.3 Alimentación-3-1.3 Comer_sano-3-2.3 Controles-3-1.3 Decisión-2-2 Disfrute-2-2.5 Tranquilidad-2-2 caminar-2-1 Vitalidad-2-1 Constancia-2-1 Admirable-2-2 Economía-2-2.5 Entretimiento-2-2 Pensamiento_positivo-2-1.5 Escazo-2-1 comer_bien-2-2 Necesitado-2-2 Buenos_habitos-2-2 Amor-2-2.5</p>		<p>Socializar-3-4.7 Actividad_fisica-3-2.7 Saludable-3-3.3 Voluntad-3-3 Esfuerzo-3-4 Movimiento-2-3.5 Cuidado_personal-2-3 Ejemplo-2-3 Disfrutar-2-4 Alimentación_saludable-2-4 Actividad_fisica-2-3.5 Conciencia-2-3 Prevención-2-3 Esperanza-2-4.5 Autocuidado-2-5 Compañía-2-3 Viajar-2-4 Vida-2-5 Promoción-2-4</p>	

< 3.25 Frecuencias >= 3.25

Fuente: Elaboración propia en base a metodología de análisis prototípico.

Figura N°: Palabra inductora - “Envejecimiento saludable” según estudiantes que trabajan en el sistema de salud.

<= 2.56 Rangos > 2.56

Zone du noyau		Première périphérie	
Alimentación_sana-9-1.2 Deporte-7-2 Cuidados-5-1.8 Alimentación-4-2.2		Activo-6-2.8 Actividad física-5-3 Vitalidad-4-3.8	
Elements contrastés		Seconde périphérie	
Salud-3-2 Buena alimentación-2-1.5 Cuidado personal-2-2.5 Ejemplo-2-2 Plenitud-2-1 Mejor calidad de vida-2-2 Voluntad-2-2.5 Controles-2-1.5		Trabajo-2-4 Recreación-2-4 Actividad-2-3 Conciencia-2-3 Constancia-2-3 Saludable-2-3 Dedicación-2-4 Políticas-2-4.5 Energía-2-3.5 Amistad-2-5 Mente-2-3	

< 3.04 Frecuencias >= 3.04

Fuente: Elaboración propia en base a metodología de análisis prototípico.

Figura N°: Palabra inductora - “Envejecimiento saludable” según estudiantes que NO trabajan en el sistema de salud

<= 2.7 Rangos > 2.7

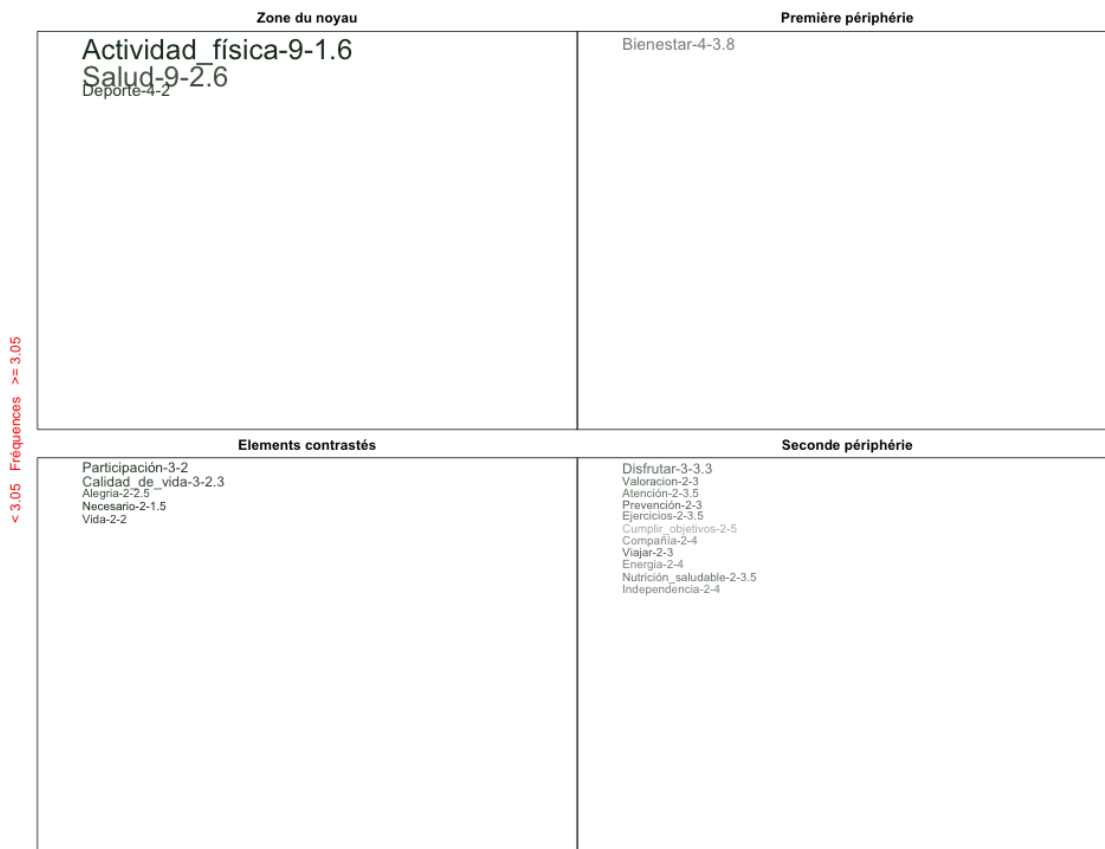
Zone du noyau		Première périphérie	
<p>Cuidados-12-2.7 Salud-10-2 Deporte-7-2.1 Alimentación_sana-6-2.7 Actividad-5-2.6 Actividad_fisica-4-2.5 Alimentación-4-1 Felicidad-4-2.5 Calidad_de_vida-4-1.5</p>		<p>Activo-5-3.4 Socializar-4-4.5 Familia-4-3.8 Viajes-4-2.8</p>	
Elements contrastés		Seconde périphérie	
<p>capacidad_economica_para_poder_decir-3-2.3 Comer_sano-3-2.3 Controles-3-2 Decisión-2-2 Disfrute-2-2.5 Tranquilidad-2-2 Necesitado-2-2 caminar-2-1 Admirable-2-2 Necesario-2-1.5 Amor-2-2.5 Constancia-2-1 Descanso-2-2 Entrenamiento-2-2 Pensamiento_positivo-2-1.5 Escazo-2-1 comer_bien-2-2 Buenos_hábitos-2-2</p>		<p>Saludable-3-3.3 Movimiento-2-3.5 Cuidado_personal-2-3 Disfrutar-2-4 Alimentación_saludable-2-4 Actividad_fisica-2-3.5 Ejercicios-2-3.5 Prevencion-2-3 Esperanza-2-4.5 Autocuidado-2-5 Juegos-2-3 Voluntad-2-3 Compañía-2-3 Viajar-2-4 Vida-2-5 Esfuerzo-2-4.5 Independencia-2-4 Autoestima-2-4 Promocion-2-4</p>	

< 3.02 Frecuencias >= 3.02

Fuente: Elaboración propia en base a metodología de análisis prototípico.

Figura N°: Palabra inductora - “Envejecimiento activo” según estudiantes que poseen carrera de salud previa.

<= 2.75 Rangos > 2.75



Fuente: Elaboración propia en base a metodología de análisis prototípico.

Figura N°: Palabra inductora - “Envejecimiento activo” según estudiantes que NO poseen carrera de salud previa.

<= 2.7 Rangos > 2.7

Zone du noyau		Première périphérie	
Salud-10-2.4 Movimiento-9-2 Actividad-7-2.1 Deporte-7-2 Calidad_de_vida-7-2		Viajar-11-3 Disfrutar-5-2.8 Actividad física-5-3 Caminar-4-3 Vitalidad-4-2.8 Felicidad-4-3.2	
Elements contrastés		Seconde périphérie	
Trabajo-3-2.3 Prevención-3-2.3 Vida-3-2.3 Independencia-3-2.7 Saludable-3-2.7 útil-2-1 bienestar-2-2 Constante-2-2 Empezar-2-2 Amigos-2-1 Ideal-2-1 Transición-2-1		Familia-3-3 Feliz-3-4.3 participación-3-3 Entusiasmo-3-4 Ejercicios-3-3 Estilo de vida-2-3.5 Sociabilidad-2-3 Ejemplo-2-5 Necesario-2-3 Genial-2-3 Esfuerzo-2-3.5 Diversión-2-3 Mejorable-2-5 Compañía-2-3 Independiente-2-4 Ejercicio-2-4 Celular-2-4.5	

< 3.52 Frecuencias >= 3.52

Fuente: Elaboración propia en base a metodología de análisis prototípico.

Figura N°: Palabra inductora - “Envejecimiento activo” según estudiantes que trabajan en el sistema de salud.

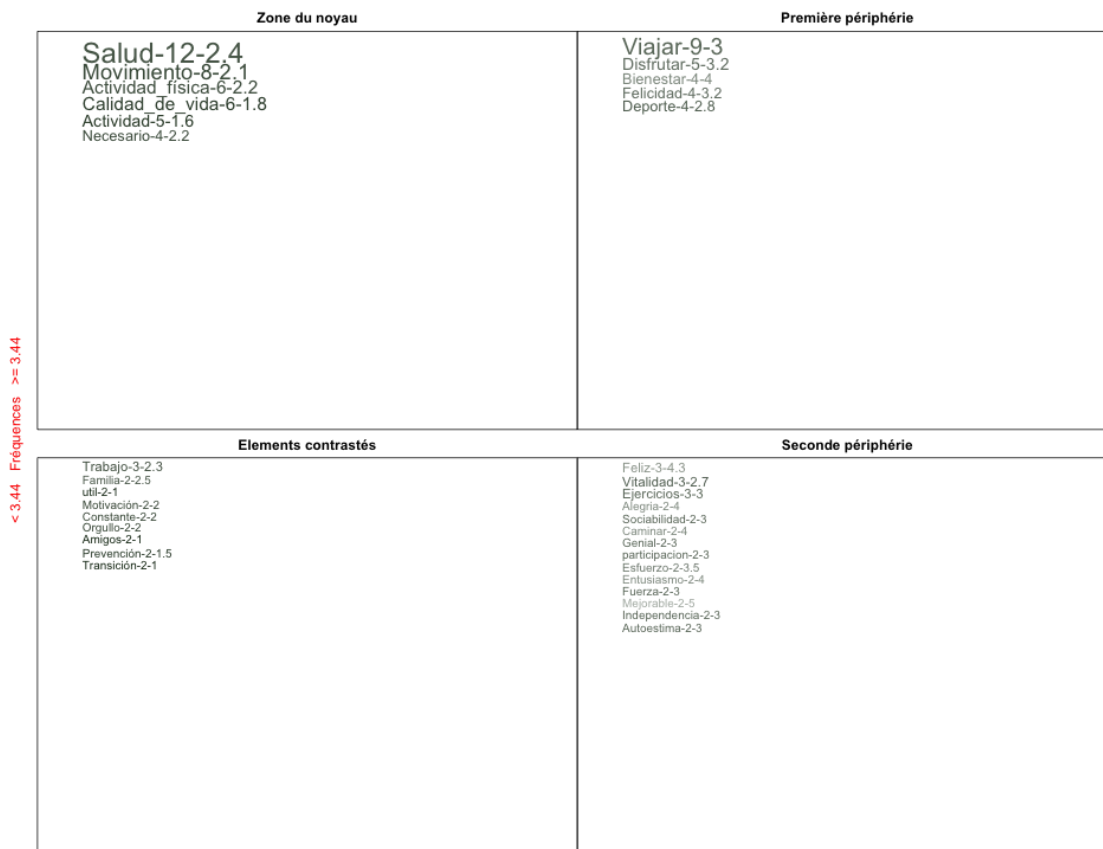
<= 2.9 Rangos > 2.9

	Zone du noyau	Première périphérie
< 3.03 Frecuencias >= 3.03	Actividad física-8-2 Salud-7-2.6 Deporte-7-1.6 Vida-4-2.5 Calidad_de_vida-4-2.5	Viajar-4-3
	Elements contrastés	Seconde périphérie
	Participación-3-2 Disfrutar-3-2.7 Saludable-3-2.7 Caminar-2-2 Mejor_calidad_de_vida-2-2	Prevención-3-3.3 Actividad-3-3.7 Compañía-3-3.3 Independiente-3-3.7 Independencia-3-3.3 Movimiento-2-3 Valoración-2-3 Vitalidad-2-3 bienestar-2-3 Entusiasmo-2-4 Ejercicio-2-4 Tecnología-2-4 Ejercicios-2-3.5 Cumplir_objetivos-2-5 Energía-2-4 Atención-2-3.5 sociabilidad-2-3.5 Celular-2-4.5

Fuente: Elaboración propia en base a metodología de análisis prototípico.

Figura N°: Palabra inductora - “Envejecimiento activo” según estudiantes que NO trabajan en el sistema de salud.

<= 2.65 Rangos > 2.65



Fuente: Elaboración propia en base a metodología de análisis prototípico.

Figura N°: Palabra inductora - "Participación social" según estudiantes mujeres.

<= 2.8 Rangos > 2.8

Zone du noyau		Première périphérie	
Amistades-12-2.7 Reuniones-4-1.8 Participación-3-2.7 Viajes-3-2.3 Acompañar-3-2 Falta-3-1.3		Familia-4-4 Clubes-4-4 Paseos-3-3.7 Salud-3-4 Estado-3-3.3	
Elements contrastés		Seconde périphérie	
Informativo-2-2.5 vinculos_sociales-2-1 Empatía-2-2.5 Encuentros-2-2.5 Compartir-2-2 Opciones-2-1.5 Vida_social-2-2.5 Comunidad-2-2.5 Grupos-2-2 Compañía-2-1 Contexto-2-1 Impacto_emocional-2-1 Sociedad-2-1		Actividades-2-3 Población-2-3 Sociabilidad-2-4 Gente-2-4 Perseverancia-2-4.5 Apoyo_social-2-4 Alegre-2-5 Activo-2-3 Voto-2-4 Sociable-2-4.5 Ayuda-2-3.5	

< 2.66 Frecuencias >= 2.66

Fuente: Elaboración propia en base a metodología de análisis prototípico.

Figura N°: Palabra inductora - "Participación social" según estudiantes hombres.

<= 2.65 Rangos > 2.65

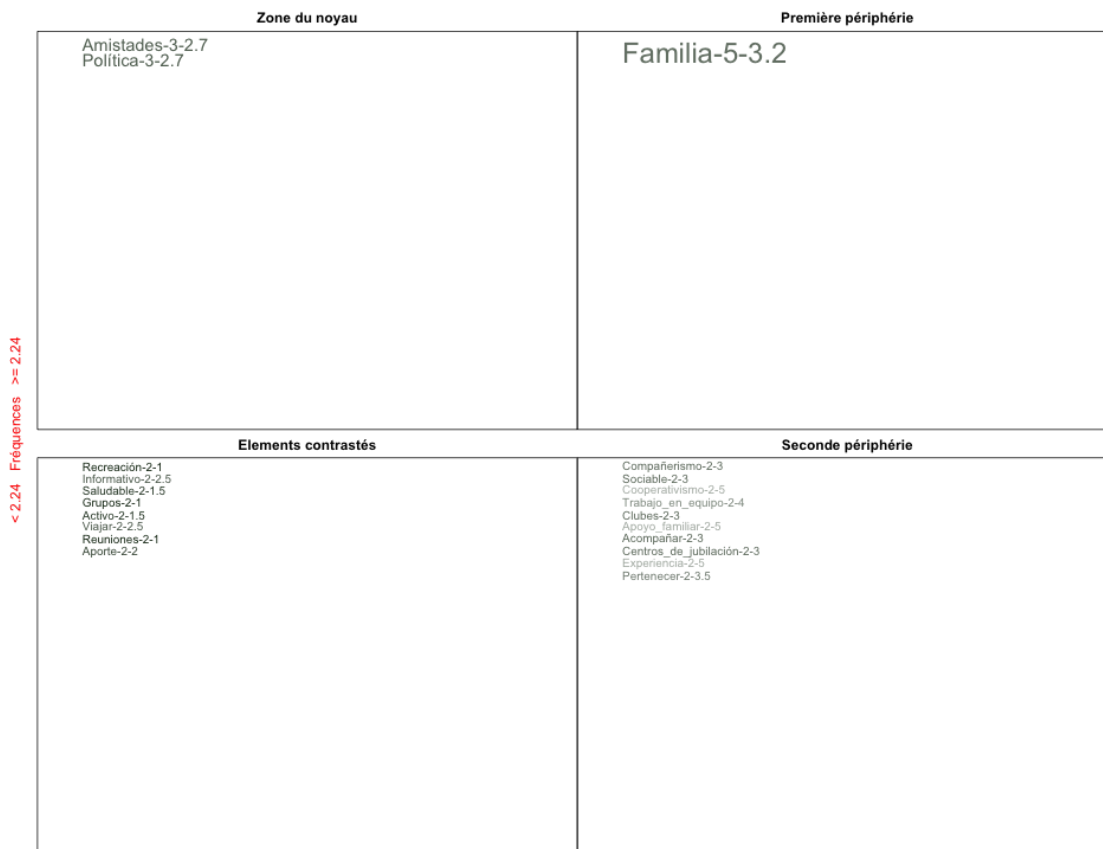
Zone du noyau		Première périphérie	
<p>Inclusión-3-1 Grupos-3-1.7 Acompañar-3-2.3 Saludable-3-2 Activo-3-2 Encuentros-3-2.3</p>		<p>Familia-7-3.6 Necesario-4-3.2 Viajar-3-2.7 Amistades-3-3.3</p>	
Elements contrastés		Seconde périphérie	
<p>Trabajo-2-1.5 Recreación-2-1 Necesaria-2-1.5 Políticas-2-2.5 Difuso-2-2 Imprescindible-2-1.5 Volo-2-2.5 Compañía-2-2 Comunicación-2-1.5 Aporte-2-2 Política-2-1.5</p>		<p>Trabajo en equipo-2-4 Compañerismo-2-3 Cooperativismo-2-5 Incomprobable-2-3 Ocupación-2-4 Ayudar-2-3 Redituable-2-5 Solidaridad-2-3.5 actividad_fisica-2-3 Independencia-2-4</p>	

< 2.48 Frecuencias >= 2.48

Fuente: Elaboración propia en base a metodología de análisis prototípico.

Figura N°: Palabra inductora - "Participación social" según estudiantes que poseen carrera de salud previa.

<= 2.83 Rangos > 2.83



Fuente: Elaboración propia en base a metodología de análisis prototípico.

Figura N°: Palabra inductora - “Participación social” según estudiantes que NO poseen carrera de salud previa.

<= 2.76 Rangos > 2.76

Zone du noyau		Première périphérie	
<p>Acompañar-4-1.8 Actividades-3-2.3 Participación-3-2.7 Inclusión-3-1 Grupos-3-2.3 Necesaria-3-1.3 Políticas-3-2.3 Compañía-3-1.7 Reuniones-3-2 Falta-3-1.3</p>		<p>Amistades-12-2.8 Familia-6-4.2 Encuentros-4-2.8 Salud-4-3.8 Clubes-3-3.7 Necesario-3-3.3 Paseos-3-3.7 Activo-3-3 Estado-3-3.3 Voto-3-3.7</p>	
Elements contrastés		Seconde périphérie	
<p>Difuso-2-2 Trabajo-2-1.5 Compartir-2-2 Opciones-2-1.5 Prevención-2-2.5 Impacto_emocional-2-1 Viajar-2-2 Solidaridad-2-2 Imprescindible-2-1.5 Comunicación-2-1.5 Contexto-2-1 Sociedad-2-1</p>		<p>Sociabilidad-2-4 Incomprobable-2-3 Empatía-2-3 Saludable-2-3 Niños-2-4 Gente-2-4 Ayudar-2-3 Perseverancia-2-4.5 Negros-2-5 Viajes-2-3 Redituable-2-5 Actividad-2-4 Amigos-2-4 Población-2-3 Ayuda-2-3.5</p>	

< 2.74 Frecuencias >= 2.74

Fuente: Elaboración propia en base a metodología de análisis prototípico.

Figura N°: Palabra inductora - “Participación social” según estudiantes que trabajan en el sistema de salud.

<= 2.73 Rangos > 2.73

Zone du noyau		Première périphérie	
Acompañar-3-2.3 Política-3-2.7		Amistades-5-3.8 Familia-4-3 Clubes-3-3.3	
Elements contrastés		Seconde périphérie	
Participación-2-2 Inclusión-2-1 Recreación-2-1 Bienestar-2-2.5 Vida social-2-2.5 Saludable-2-2 Grupos-2-1 Viajar-2-2.5 Reuniones-2-1 Aporte-2-2 Sociedad-2-1 Compañía-2-1 Falta-2-1.5		Compañerismo-2-3 Población-2-3 Sociable-2-3 Cooperativismo-2-5 Trabajo en equipo-2-4 Gente-2-4 Empatía-2-3 Salud-2-3 Apoyo familiar-2-5 Centros de jubilación-2-3 Experiencia-2-5	

< 2.28 Frecuencias >= 2.28

Fuente: Elaboración propia en base a metodología de análisis prototípico.

Figura N°: Palabra inductora - "Participación social" según estudiantes que NO trabajan en el sistema de salud

<= 2.68 Rangos > 2.68

Zone du noyau		Première périphérie	
Amistades-10-2.3 Activo-4-2.3 Grupos-3-2.3 Necesaria-3-1.3 Políticas-3-2.3 Acompañar-3-2 Reuniones-3-2		Familia-7-4.1 Encuentros-4-2.8 Necesario-3-3.3 Voto-3-3.7	
Elements contrastés		Seconde périphérie	
Actividades-2-1.5 Trabajo-2-1.5 Inclusión-2-1 Prevención-2-2.5 vínculos sociales-2-1 Compartir-2-2 Opciones-2-1.5 Saludable-2-2.5 Difuso-2-2 Impacto_emocional-2-1 Ejercicios-2-1.5 Imprescindible-2-1.5 Compañía-2-2 Viajar-2-2 Comunicación-2-1.5 Contexto-2-1 Ayuda-2-2.5		Sociabilidad-2-4 Clubes-2-3.5 Incomprobable-2-3 Empatía-2-3 Paseos-2-3 Nietos-2-4 Ayudar-2-3 Viajes-2-3 Redituable-2-5 Salud-2-4,5 Alegre-2-5 Actividad-2-4 Amigos-2-4 Solidaridad-2-3.5 Estado-2-3 Independencia-2-4	

< 2.55 Frecuencias >= 2.55

Fuente: Elaboración propia en base a metodología de análisis prototípico.

Figura N°: Palabra inductora - “Seguridad en la vejez” según estudiantes mujeres.

<= 2.82 Rangos > 2.82

	Zone du noyau	Première périphérie
<p>< 4.06 Frecuencias >= 4.06</p>	<p>Compañía-8-2.8 Familia-7-2.7 Salud-7-2.7 Cuidados-6-2.5 Sistema de salud-6-2.2 Obra social-5-1.4 Prevención de caídas-5-1.6 Atención médica-5-1.6</p>	<p>Jubilación-12-2.9 Casa-8-3 Tranquilidad-7-2.9 Capacidad_económica-7-3.1</p>
	Elements contrastés	Seconde périphérie
	<p>Necesaria-4-1.8 Apoyo familiar-3-2.7 Derechos-2-2.5 Temor-2-2.5 Educación-2-2 Conocimiento-2-1 Firmeza-2-2.5 Protección-2-1</p>	<p>Contención-4-3.2 Confianza-4-4 Seguridad-4-3.2 Control médico-4-3.8 Empatía-3-3.7 Independencia-3-4 Atención-2-3 Acompañamiento-2-5 Actividad-2-4 Beneficios-2-3.5 cumplir-2-4 Escaso-2-4 Estado-2-3.5 Solidaridad-2-5 Políticas_públicas-2-3.5</p>

Fuente: Elaboración propia en base a metodología de análisis prototípico.

Figura N°: Palabra inductora - “Seguridad en la vejez” según estudiantes hombres.

<= 2.77 Rangos > 2.77

Zone du noyau		Première périphérie	
<p>Independencia-7-1.9 Tranquilidad-5-2.2 Capacidad_económica-5-2.6 Necesaria-5-2.2</p>		<p>Salud-10-3.3 Cuidados-7-2.9 Familia-6-3.2 Protección-6-3.3 Compañía-5-3 Atención-4-3</p>	
Elements contrastés		Seconde périphérie	
<p>Confianza-3-1 Prevención_de_caidas-3-1 Obra_social-2-1.5 Nula-2-1 Difuso-2-2 Fuerza-2-2.5 Jubilación-2-1.5 Seguridad-2-1.5 Atención_médica-2-2 Importante-2-2 Educación-2-2.5</p>		<p>Control_médico-3-3.7 Casa-3-4 Ayuda-3-3.3 Respaldo-2-3 bienestar-2-4 Relax-2-5 Felicidad-2-5 Sistema_de_salud-2-4.5 Abogado-2-3 Luchar-2-4</p>	

< 3.45 Frecuencias >= 3.45

Fuente: Elaboración propia en base a metodología de análisis prototípico.