



BIBLIOTECA PAMI



Guía para una
comunicación respetuosa y el
buentrato
hacia las personas mayores

Autoridades

Dr. Alberto Fernández

Presidente de la Nación

Dra. Cristina Fernández de Kirchner

Vicepresidenta de la Nación

Lic. Luana Volnovich

Directora Ejecutiva de PAMI

Lic. Martín Rodríguez

Subdirector Ejecutivo de PAMI

Dra. Mónica Roqué

Secretaria de Derechos Humanos,
Gerontología Comunitaria, Género y
Políticas de Cuidado de PAMI

Dr. Ricardo Iacub

Subgerente de Desarrollo y Cuidados
Psicosociales de PAMI

Mg. Susana Ordano

Subgerenta de Capacitación
Gerontológica de PAMI

Dirección de publicación

Dra. Mónica Roqué

Autores

Dra. Mónica Roqué

Mg. Vicente De Gemmis

Mariela Rodríguez

Victoria Salvat

Adriana Herrero

Sebastián Amaro

Dr. Ricardo Iacub

Lic. Luciana Machluk

Coordinación editorial

Subgerencia de Capacitación

Gerontológica y Gerencia de

Comunicación y Relaciones

Institucionales de PAMI

ISBN: 978-987-21224-8-5

Fecha de publicación: septiembre de 2021

ÍNDICE

Carta de la directora ejecutiva	5
--	----------

Prólogo	7
----------------	----------

Capítulo 1

Derechos humanos de las personas mayores	9
--	----------

Capítulo 2

Diversas formas de violencia hacia las personas mayores	37
---	-----------

Capítulo 3

Herramientas para una comunicación empática	65
---	-----------

Capítulo 4

Perspectiva de género y diversidad sexual	75
---	-----------

Capítulo 5

Ambientes cognitivamente amigables con las personas mayores	93
---	-----------



Carta de la directora ejecutiva Lic. Luana Volnovich

Desde que asumimos la gestión de gobierno, a fines de 2019, nos propusimos fomentar una **cultura de buentrato** hacia las personas afiliadas al Instituto. Para llevar adelante esta política, uno de los ejes estratégicos de PAMI, es necesario difundir el **paradigma de los derechos humanos en la vejez tal como lo plantea la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores**, que hoy es ley en nuestro país.

¿A que llamamos buentrato? A todas las formas de relacionarse que generan satisfacción y bienestar entre las personas que interactúan, que promueven un sentimiento de reconocimiento y valoración y, a la vez,

favorecen el crecimiento y el desarrollo personal. Son relaciones que se basan en el reconocimiento del otro y en una interacción igualitaria donde quienes intervienen son valorados y respetados. En palabras más claras: **nadie es más que nadie.**

La mayoría de las veces el maltrato se origina por la desinformación o por la falta de información y no por una actitud intencional. De hecho, una situación muy común es tratar a las personas mayores como si fueran niños/as o como personas enfermas que no pueden tomar sus propias decisiones. Nada más lejos de la realidad. Ni las personas mayores se vuelven niños/as, ni dejan de tomar sus decisiones por más enfermas que se encuentren. **El respeto a la autonomía es fundamental** para garantizar el buentrato y los derechos humanos de quienes están transitando la vejez.

Bajo este paradigma, el Instituto ha puesto en marcha un **curso de formación** sobre buentrato para el personal que trabaja con personas mayores, ya sea en PAMI o en otras áreas del Estado.

Además ha elaborado esta guía que pretende dar herramientas, abordando el significado de la vejez y el envejecimiento, las distintas formas de violencias, el enfoque de los derechos humanos, la importancia de la comunicación empática y el abordaje desde una perspectiva de géneros y diversidad.

Nuestro compromiso es trabajar día a día para mejorar la calidad de vida de nuestras personas afiliadas y promover el buentrato es la primera herramienta para lograrlo.



GUÍA PARA UNA COMUNICACIÓN RESPETUOSA Y EL BUEN TRATO HACIA LAS PERSONAS MAYORES

Prólogo

El envejecimiento de la población es uno de los mayores triunfos de la humanidad y también uno de los mayores desafíos. En consonancia con la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que sostiene que las sociedades podrán afrontar el envejecimiento si promueven políticas y programas que mejoren la salud, la participación y la seguridad de las personas mayores, resulta imprescindible la capacitación permanente de quienes trabajan con y para mayores.

Conocer y comprender la discriminación, el abuso, el maltrato y las diferentes formas de violencia hacia las personas mayores es fundamental para garantizar los derechos humanos.

El maltrato que parte de las instituciones es muy frecuente y, muchas veces, su génesis se relaciona con la falta de formación y el desconocimiento. Debemos empezar sabiendo que en nuestro país por la ley 27.360 se ratificó la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (CIDHPM), que presenta, en el artículo 9, el “derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia”.

La persona mayor tiene derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de

violencia, a recibir un trato digno y a ser respetada y valorada, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la cultura, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen social, nacional, étnico, indígena e identidad cultural, la posición socioeconómica, la discapacidad, la orientación sexual, el género, la identidad de género, su contribución económica o cualquier otra condición. La Convención, en el inciso “f” del artículo citado, manifiesta que “Resulta necesario capacitar y sensibilizar a funcionarios públicos, a los encargados de los servicios sociales y de salud, al personal encargado de la atención y el cuidado de la persona mayor en los servicios de cuidado a largo plazo o servicios domiciliarios sobre las diversas formas de violencia, a fin de que puedan brindar un trato digno y prevenir negligencia y acciones o prácticas de violencia y maltrato”. Es por ello que PAMI propone una formación dirigida a reconocer y prevenir diversas formas de violencias, y al mismo tiempo se propone fortalecer el vínculo de respeto y buen trato hacia las personas mayores en cada una de las acciones que se destinen a ellas ya sean en el ámbito del Poder Ejecutivo, Legislativo o Judicial, a nivel nacional, provincial o municipal.





CAPÍTULO 1

Derechos humanos de las personas mayores

Dra. Mónica Roqué

Situación de las personas mayores en la región de América Latina y en la Argentina. Definición de vejez, envejecimiento y envejecimiento diferencial. Mitos, roles y estereotipos en la vejez. Enfoque de derechos a la luz de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Paradigma tradicional vs. paradigma de los derechos humanos.

1. Introducción

El envejecimiento de la población es una historia de éxitos en el desarrollo humano dado que refleja el avance de la salud pública, la medicina y el desarrollo económico y social, y cómo estos avances contribuyeron al control de enfermedades, la prevención de lesiones y la reducción del riesgo de muerte prematura, lo que llevó a un aumento de la expectativa de vida al nacer (EVN). El aumento de la EVN junto con la disminución de la fecundidad produce un cambio en la distribución por edades de la población, en la que las personas mayores ganan cada vez más protagonismo. A principio del siglo XX la mayoría de las familias tenían un gran número de hijos y su tasa de fecundidad era alta. Hacia 1960 la tasa ascendía a 5 hijos/as por mujer pero también eran altas la mortalidad infantil, la mortalidad materna y la mortalidad general. A medida que se avanzó en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres la fecundidad bajó, y para 2019 la tasa de fecundidad llegó a 2,4 hijo/as por mujer. El promedio de esperanza de vida a nivel mundial para 2018 ascendió a 72,5 años para la población general, siendo para los varones de 70,3 años y para las mujeres de 74,8 años. La mayor esperanza de vida la encontramos en las mujeres de Japón, donde viven en promedio 87,3 años (84,2 años para la población general), mientras que la mayor esperanza de vida en los varones se observa en Islandia y

asciende a los 81,3 años (Banco Mundial, 2018). Pero la EVN se relaciona con el nivel económico de un país o región. En los países de ingresos altos la EVN promedio en 2019 era de 81 años; en los de ingresos medianos, 72 años; y en los de ingresos bajos, 64 años. España, Francia y el Reino Unido presentaron para 2019 una EVN de 83 años, mientras que Portugal, de 81 años (<https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.FE.IN>).

El aumento de la EVN se relaciona con la baja de la mortalidad, que a nivel mundial ha descendido en proporciones importantes si tomamos el período que va de la segunda mitad del siglo XX al momento actual. En 1960 la mortalidad ascendía a 17,7 cada 1000 personas, mientras que en 2019 se ubica en 5,5. A mayor desarrollo económico de un país, mayor será la esperanza de vida de sus habitantes y, por ende, mayor será la cantidad de personas mayores y más envejecida estará la sociedad. Por ello el concepto de sociedades envejecidas debe ser considerado un logro de la humanidad.

De acuerdo a los datos de Naciones Unidas en el informe Perspectivas de población mundial (2019), la cantidad de personas de 60 años o más a nivel mundial para 2020 ascendió a 1.049 millones (<https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>). El 60% de las personas mayores vive en el mundo en vías de desarrollo y en 2020 serán el 70% (OMS 2015).

Otro dato importante a tener en cuenta es que en 2018, por primera vez, las personas de 65 años o más superaron el número de los niños/as menores de cinco años en todo el mundo, lo que produce un cambio en la mirada de la política pública: sin dejar de atender las situaciones de los niños y niñas, se debe hacer énfasis en las políticas que favorecen la vida de las personas mayores.

Dentro del grupo de personas mayores el grupo de 80 años y más es el que más crece. A nivel mundial casi se triplicó entre 1990 y 2019, pasando de 54 millones a 143 millones. Se proyecta que se triplicará nuevamente entre 2019 y 2050 para llegar a 426 millones, lo que implica que los servicios de cuidados en este grupo etario tomen una particular relevancia (World Population Ageing 2019).

El envejecimiento de la población es una de las cuatro “megatendencias” que caracterizan a la población mundial de hoy –crecimiento demográfico, envejecimiento de la población, urbanización y migración internacional–, que debemos tener presentes en las próximas décadas para el desarrollo sostenible de la población (World Population Ageing 2019).

Si el envejecimiento es un logro de la humanidad, las personas mayores no deben ser consideradas como una carga sino como una gran oportunidad para aprovechar el capital social que significan personas con experiencia, insertas en la sociedad para hacer frente al desarrollo de sociedades maduras y justas.

2. Situación de las personas mayores en la región

El envejecimiento de la población en América Latina y el Caribe (ALC) es un tema de vital importancia. Entre 1950 y 2010 la proporción de población de 60 años o más aumentó del 5,6% a 10,2% en América del Sur (ONU, 2012). Según la CEPAL, en el año 2020 en América Latina y el Caribe las personas de 60 años y más ascendían a 85 millones (CEPAL 2020). En los últimos 60 años el promedio de vida de la población de América Latina y el Caribe aumentó 22,5 años. La esperanza de vida promedio para la región en el período 2015-2020 es de 75,2 años, siendo para el varón de 72,6 y para la mujer de 78,5 años (Observatorio Demográfico CEPAL, 2020). También en la región la esperanza de vida es diferente entre los distintos países. Bolivia presenta una EVN de 72 años; Brasil, de 76 años; Chile y Costa Rica, de 80 años; Colombia, de 77 años; Cuba, de 79 años; Ecuador, de 77 años; El Salvador, de 73 años; Haití, de 64 años; Honduras, de 75 años; México, de 75 años; Perú, de 77 años; República Dominicana, de 74 años y Venezuela, de 72 años (<https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN>).

Sin embargo, la pandemia de COVID-19 pone en riesgo los años ganados en EVN. El informe de CEPAL titulado Mortalidad por COVID-19: Evidencias y escenarios plantea que si la prevalencia del virus en la región (ALC) es del 5% los países pueden perder entre 0,3 a 0,7 años de esperanza de vida. Si la prevalencia fuera del 10%, el rango de años de esperanza de vida



perdidos sería de 0,7 a 1,4 y si esta fuese del 50% podrían perderse entre 2,8 y 6 años de vida (Observatorio Demográfico, 2020)¹. El mismo informe indica que los casos acumulados en la Argentina, Brasil, Colombia, Chile, Costa Rica se encuentran entre el 2 y el 3% en relación con su población total.

3. Las personas mayores en la Argentina

La República Argentina es hoy uno de los países más envejecidos de la región. Según las proyecciones del INDEC², la población de 60 años y más ascendió a 7.279.394 en 2021, lo que representa el 15,9% de la población total. Cuando nos referimos a que la Argentina es un país envejecido hacemos referencia al concepto de transición demográfica. Podemos clasificar a las sociedades de acuerdo a la proporción de personas mayores que existen en la población general de la siguiente manera:

1. Envejecimiento incipiente: población mayor no excede el 7% de la población total.
2. Envejecimiento moderado: del 7 al 9,5% de la población total presenta 60 años o más.
3. Envejecimiento moderadamente avanzado: hasta el 14% de su población.

1. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/tipo/observatorio-demografico-america-latina>
 2. <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-24-84>

4. Envejecimiento muy avanzado: por encima del 14% (Amaro S, Roqué M, 2015).

Envejecimiento poblacional: la población mayor crece a un ritmo más acelerado que la población total.

Tabla N°1: Crecimiento de la población total de la Argentina en relación con la población de 60 años o más.

Año	Población total	Población de 60 años o más
2010	40.788.453	5.771.696
2015	43.131.966	6.416.920
2020	45.376.763	7.130.382
2021	45.808.747	7.279.394
2025	47.473.760	7.882.069
2030	49.407.265	8.653.894
2035	51.177.087	9.644.104
2040	52.778.477	10.870.882

Fuente: Proyecciones demográficas INDEC.

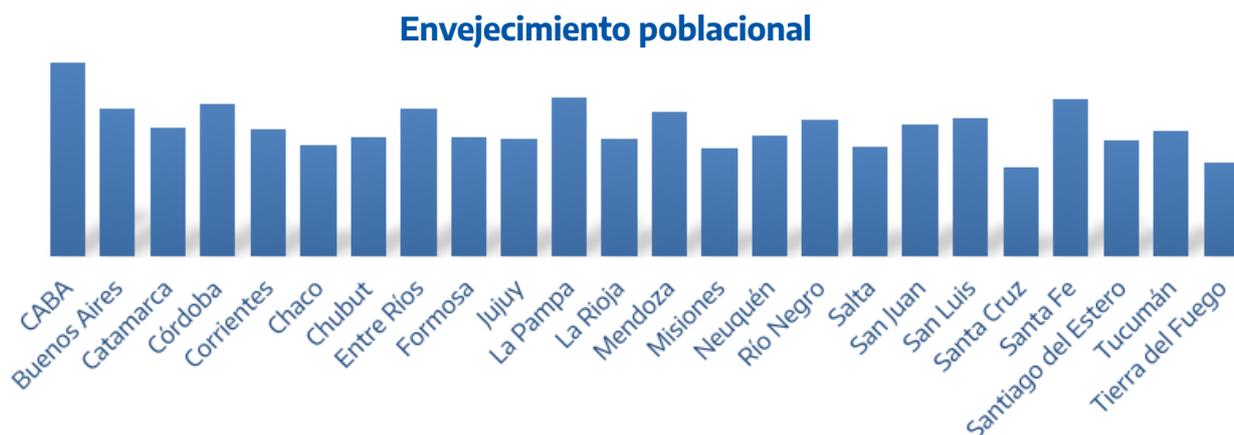
Todas las provincias se encuentran envejecidas, incluidas las de la Patagonia Sur. La jurisdicción más envejecida es la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que presenta un 21,5% de su población con 60 años o más. Le sigue La Pampa con un 17,7%, luego Santa Fe con un 17,5%, Córdoba con un 16,9% y Buenos Aires con un 16,4%.

Tabla N° 2: Proporción de personas de 60 años y más por provincias en la Argentina.

Provincia	Población total	Población de 60 años o más	
		Total	Envejecimiento
Total del país	45.808.747	7.279.394	15,9%
CABA	3.078.836	663.062	21,5%
Buenos Aires	17.709.598	2.901.985	16,4%
Catamarca	418.991	59.727	14,3%
Córdoba	3.798.261	641.717	16,9%
Corrientes	1.130.320	159.245	14,1%
Chaco	1.216.247	151.185	12,4%
Chubut	629.181	83.871	13,3%
Entre Ríos	1.398.510	227.932	16,3%
Formosa	610.019	80.851	13,3%
Jujuy	779.212	101.249	13,0%
La Pampa	361.394	63.843	17,7%
La Rioja	398.648	52.293	13,1%
Mendoza	2.010.363	323.764	16,1%
Misiones	1.274.992	151.721	11,9%
Neuquén	672.461	90.107	13,4%
Río Negro	757.052	114.065	15,1%
Salta	1.441.988	174.447	12,1%
San Juan	789.489	115.316	14,6%
San Luis	514.610	78.785	15,3%
Santa Cruz	374.756	37.156	9,9%
Santa Fe	3.563.390	621.820	17,5%
Santiago del Estero	988.245	127.141	12,9%
Tucumán	1.714.487	239.708	14,0%
Tierra del Fuego	177.697	18.404	10,4%

Fuente: Proyecciones demográficas INDEC.

Gráfico N°1: Porcentaje de la población de 60 años y más por provincia.



Fuente: elaboración propia en base a datos del INDEC.

Feminización de la vejez: existe una clara feminización en la vejez, dado que las mujeres representan un 57% (4.153.225) de la población de 60 años y más, y a medida que la edad avanza la proporción se va elevando (proyección 2021, INDEC). Esta feminización se observa en todas las jurisdicciones provinciales, siendo que la que mayor proporción de mujeres presenta es CABA con un 61%, siguiéndole Santa Fe (58%), Córdoba (57,5%) Buenos Aires (57,3%) y Entre Ríos (57,2%).

La República Argentina es hoy uno de los países más envejecidos de la región. Según las proyecciones del INDEC, la población de 60 años y más ascendió a 7.279.394 en 2021.

Provincia	% V	% M
Total, país	42,9%	57,1%
CABA	38,8%	61,2%
Buenos Aires	42,7%	57,3%
Catamarca	45,7%	54,3%
Córdoba	42,5%	57,5%
Corrientes	45,1%	54,9%
Chaco	44,9%	55,1%
Chubut	45,0%	55,0%
Entre Ríos	42,8%	57,2%
Formosa	46,5%	53,5%
Jujuy	44,4%	55,6%
La Pampa	45,4%	54,6%
La Rioja	45,9%	54,1%
Mendoza	43,2%	56,8%
Misiones	46,5%	53,5%
Neuquén	45,3%	54,7%
Río Negro	45,9%	54,1%
Salta	44,9%	55,1%
San Juan	43,4%	56,6%
San Luis	44,9%	55,1%
Santa Cruz	47,6%	52,4%
Santa Fe	42,0%	58,0%
Santiago del Estero	45,8%	54,2%
Tucumán	44,2%	55,8%
Tierra del Fuego	49,5%	50,5%

Fuente: Proyecciones demográficas INDEC.

Gráfico N°2: Porcentaje de la población de 60 años y más por género.

Proporción por género



Fuente: elaboración propia en base a datos de la EPH, 4º trimestre de 2020.

Esperanza de vida: como vimos, el envejecimiento poblacional es debido a la EVN. La esperanza de vida en la Argentina es de 78,15 años, siendo de 81,4 años para las mujeres y de 74,9 años para los varones. Se proyecta que para 2040 la EVN sea de 81,58 para ambos sexos, 84,7 para mujeres y 78,4 para varones (Estimaciones y proyecciones del INDEC, 2010).

Educación: el nivel de escolaridad de las personas mayores es bajo dado que el 55% de ellos no lograron tener secundaria completa, y solo el 18% presenta universitario completo (EPH, 4º trimestre de 2020, INDEC).

Gráfico N°3: Nivel educativo alcanzado de las personas de 60 años y más en la Argentina para ambos sexos.

Nivel educativo alcanzado



Fuente: elaboración propia en base a datos de la EPH, 4º trimestre de 2020.

Las personas mayores representan el grupo con mayor analfabetismo con un 1,3%, mientras que el grupo de 10 a 24 años presenta el 0,7% y el de 25 a 59 años el 0,6%. Del total de personas mayores analfabetas las mujeres corren con desventaja, siendo el grupo con mayor proporción, dado que representa el 55,3% (EPH, 4º trimestre de 2020).

Estado civil: casi la mitad de las personas mayores se encuentran casadas (46%), y 1 de cada cuatro son viudas (23%). Separadas o divorciadas encontramos el 11%, igual que Unión de Hecho (11%), y solteras el 9% (EPH, 4º trimestre de 2020). En referencia a la viudez las mujeres representan una proporción 3 veces mayor a la de los varones: un 33% de las mujeres son viudas mientras que solo el 9% de los varones (EPH, 4º trimestre de 2020).

Cobertura en salud: el 84% de las personas mayores son afiliadas a alguna obra social (incluyendo PAMI). El 3,2% disponen de una prepaga, mutual o servicio de emergencia; el 0,4% cuentan con planes y servicios públicos; el 4,6% tiene más de una cobertura y el 7,4% no pagan ningún seguro ni le descuentan (EPH, 4º trimestre de 2020). Como se puede observar, la cobertura en salud de las personas mayores es alta (92%) y más alta en las mujeres (95%) que en los varones (89%).

4. Instituciones que trabajan la temática de la vejez

En nuestro país existen varias instituciones que se encargan de la temática de la vejez y el envejecimiento. Ellas son:

1. Ministerio de Desarrollo Social, a través de su Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores.
2. Ministerio de Salud, con su Dirección de Personas Adultas y Mayores.
3. El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI).
4. La Administración Nacional de Seguridad Social (ANSES).
5. La Secretaría de Derechos Humanos.

Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP): el INSSJP, más conocido con la sigla PAMI, es una obra social que representa el seguro de salud más grande de Latinoamérica. Cuenta con 4.935.778 personas afiliadas, de las cuales 4.400.377 (90%) tiene 60

años o más, lo que significa un 60,4% de la población mayor del total del país (7.279.394). Del total de personas afiliadas a PAMI el 63% son mujeres y el 37% varones. En 2020 se pusieron en marcha varias medidas tendientes a mejorar la calidad de vida de las personas afiliadas, como la política de medicamentos gratuitos para las personas afiliadas a la cual acceden más de 3,5 millones de personas. También se instrumentaron la receta electrónica y la telemedicina para que las personas disminuyeran la exposición al contagio de COVID-19. Por otra parte, para dar respuesta inmediata a la atención de la pandemia se ampliaron las camas de terapia intensiva, se pusieron en marcha dos hospitales nuevos (Ituzaingó y Esteban Echeverría) y 4 centros COVID. En lo referente a las personas institucionalizadas se puso en marcha el programa Residencias Cuidadas, mediante el cual se brindó una atención especial y personalizada a las personas que viven en residencias de larga estadía (RLE). Por otra parte, para acompañar a las personas mayores en sus casas y combatir el aislamiento y la soledad, se desarrolló el programa Comunidad PAMI, que contó con 15 mil voluntarios, y una página web para acercar actividades de autocuidado de la salud de manera virtual.

5. Conceptos básicos de vejez y envejecimiento

Vejez

Comenzaremos conceptualizando a la vejez como la última etapa del curso de vida, es decir, la vejez como una cuestión de edad.

Edades

La edad puede definirse de varias maneras. Cuando nos referimos a los años transcurridos en la vida de una persona hablamos de la **edad cronológica**, que significa solamente el paso del tiempo. La edad cronológica sirve para establecer responsabilidades (votar, contraer matrimonio, trabajar etc.) y derechos (jubilación, prestaciones gerontológicas, asistencia geriátrica, etc.); en definitiva, quiénes entran o no en una política pública.

Cuando hablamos del envejecimiento de los órganos hablamos de la **edad fisiológica**, que se conoce también como la edad biológica. Es importante resaltar el valor que tiene la **edad fisiológica**, dado que es la que nos orienta sobre la necesidad de apoyo y cuidado de una persona mayor. La edad fisiológica indica el funcionamiento orgánico; de acuerdo a ella las personas mayores necesitan más o menos apoyo para realizar actividades de la vida diaria tales como comer, vestirse, utilizar los sanitarios, salir de su casa, manejar el dinero, entre otras. Por eso en el campo gerontológico es más importante esta edad que la edad cronológica.

Otro aspecto que define la edad de una persona es la **edad psicológica**, que está relacionada con los efectos psicológicos que el paso de los años representa para cada individuo.

Finalmente, la que define los roles de las personas mayores en el contexto de cada cultura o sociedad es, sin duda, la **edad social** (Huenchuan, 2006; Roqué y Fassio,

2012), porque se relaciona con el rol de “abuelazgo” que suele asignarse a las personas mayores de manera incorrecta. Pero como se trata de una construcción social, es algo que podemos cambiar y demostrar que las personas mayores tienen una multiplicidad de roles como cualquier otro grupo etario.

En el siglo XIII la entrada a la categoría de persona mayor era a los 30 años; en el siglo XVIII, a los 40. Entonces, la pregunta que debemos hacernos en la actualidad es: **¿a qué edad se es ahora una persona adulta mayor?**

La **Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (CIDHPM)** define a las personas mayores como aquellas de 60 años o más y la Organización de las Naciones Unidas (ONU) estableció que la edad de inicio para pertenecer al grupo de “personas mayores” es de 65 años en los países desarrollados y de 60 años en los países en vías de desarrollo. La diferencia en la entrada a este grupo a partir de los 60 o de los 65 años se debe a la esperanza de vida de los países o regiones.

Envejecimiento

El envejecimiento es un proceso largo, irreversible, que comienza cuando nacemos y finaliza con la muerte. La CIDHPM define al envejecimiento como: “un proceso gradual que se desarrolla durante el curso de vida y que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psico-sociales y funcionales de variadas consecuencias, las cuales se

asocian con interacciones dinámicas y permanentes entre el sujeto y su medio”. Teniendo en cuenta este concepto, podemos decir que una niña de 11 años es más vieja que una de 9 años, o que un joven de 20 años es más viejo que uno de 19 años.

Así, se debe señalar que el conocimiento sobre la vejez y el envejecimiento ha estado presente en diversas culturas milenarias, que han construido significados en torno a la vejez y se han preocupado por entender el envejecimiento. Mientras que en algunos casos hubo ponderaciones positivas como, por ejemplo, en la cultura hebrea, en otros la mirada que ha primado ha sido negativa, como en el caso de la civilización griega con su culto y devoción por la juventud, según se puede leer en El Banquete de Platón (Dulcey Ruiz y Valdivieso, 2002).

A lo largo de la historia, conforme describen Iacub y Sabatini (2012), las distintas culturas se han referido a la vejez mediante diversos términos. Entre ellos se encuentran el de anciano/a, señor/a, senil, viejo/a y, más cerca en el tiempo, persona de edad, adulto/a mayor y persona mayor. La CIDHPM refiere a personas adultas mayores con el fin de remarcar que son sujetos de derechos y no objetos de las políticas asistenciales. En la dimensión “persona” radica la titularidad de derechos.

El reconocer a las personas de 60 años y más como sujetos de derechos tiene por objeto promover, proteger y asegurar el goce pleno de todos los derechos humanos por parte de este grupo social, y desarrollar el respeto de su dignidad, en igualdad de condiciones

con las demás personas. En adelante, se utilizarán las expresiones “persona mayor” o “personas adultas mayores”, ya que incluyen una perspectiva de género universal aplicable a todas las personas sin perjuicio de las identidades de género.

Envejecimiento diferencial

El envejecimiento, en términos individuales, se produce de diferentes formas de acuerdo a cada persona. Por lo tanto, la vejez es, probablemente, la etapa en la que las personas se diferencian más entre ellas, debido a la combinación de factores de orden biológico, social, cultural y económico, entre otros, que se entrecruzan a lo largo de la vida. Por ello, el grupo de personas mayores es el grupo etario más heterogéneo: nada difiere más de una persona mayor que otra persona mayor. Un ejemplo de esto es la diferencia que se produce en personas de distintas clases sociales (Dulcey Ruiz, Valdivieso 2002).

Mitos, roles y estereotipos en la vejez

Parece inevitable que la vejez tenga connotaciones negativas que, si bien han existido siempre, van cambiando a lo largo del tiempo, la cultura y la historia. Los mitos y estereotipos son significados que se sostienen socialmente, aun cuando no haya criterios que lo validen científicamente (FLACSO, 2015). El psiquiatra Robert Butler (1969) acuñó el término “edadismo” (traducido por Leopoldo Salvarezza como “vejismo”), para hacer referencia a la discriminación que se ejerce hacia las

personas mayores en la sociedad actual. Estas situaciones de discriminación conllevan mitos, roles y estereotipos que las sociedades o culturas le otorgan a la vejez.

¿Cuál es el rol de las personas mayores en las sociedades modernas?

En las sociedades modernas, en las que la productividad de los individuos es la que determina su lugar de prestigio en la escala social, las personas mayores no tienen un rol significativo como los jóvenes, a quienes se identifica con todos los valores positivos respecto de la fuerza, el dinamismo y la creatividad.

Desde esta perspectiva las personas mayores no tienen poder social y solo se les reconoce el rol familiar de abuelos o abuelas.

El abuelazgo es un rol que puede darse en distintas etapas del curso de vida, para lo cual es imprescindible tener hijos o hijas y que estos, a su vez, también tengan descendencia. Hay personas que han sido abuelas a los 28 años, como es el caso de Claudia Sotelo, una ciudadana platense que tuvo su hija a los 14 años, quien a su vez tuvo una hija a los 14 años. Otros en la vejez han sido padres, como Norman Briski, que fue papá de gemelas a los 77 años. Si bien es cierto que son casos excepcionales, lo importante es comprender que la única característica de los abuelos o abuelas es que tengan nietos o nietas, por lo que no debemos asignar este atributo a una persona solo por el hecho de ser una persona mayor.

La vejez no es sinónimo de abuelazgo, aunque sea la etapa de la vida donde este rol es más frecuente. Las faltas de roles en la vejez corresponden a los imaginarios sociales y no a la capacidad real que tienen las personas mayores, tanto a nivel individual como social. Por lo contrario, la vejez es una etapa para la adquisición de nuevos roles que no pudieron tenerse en edades más jóvenes (OMS, 2015). Las personas mayores tienen multiplicidad de funciones: pueden ser trabajadores/as, militantes sociales, militantes políticos, madres, padres, abuelas, abuelos, estudiantes, jubilados/as y todo al mismo tiempo.

¿Cómo llamamos a las personas mayores?

Existen denominaciones que, si bien son correctas, están cargadas de sentido negativo. Las palabras “viejo” y “vieja” provienen de “vejez” y, como comentamos anteriormente, la vejez es una etapa del curso de vida; por lo tanto, cuando hablamos de una persona vieja nos referimos a una persona que ha vivido muchos años y con este sentido el término es correcto. La Real Academia Española presenta varias definiciones: cuando se refiere a una persona su significado es “adj. Dicho de un ser vivo: De edad avanzada”, pero al referirse a los objetos viejos lo define como “adj. Deslucido, estropeado por el uso”. Es por esta última definición que se asocia a las personas mayores con estas características que resultan negativas. Las personas no se estropean por el uso ni se vuelven defectuosos con el paso del tiempo.

“Anciano/a” es otra palabra que, si bien es correcta, también está cargada de sentido negativo en nuestra sociedad. Proviene del antiguo proverbio romance “anzi o antes”, data de la primera mitad del siglo XIII. El curso de vida plantea terminologías para definir a las edades, como infancias, adolescencia, jóvenes, adultos y ancianos. Nuevamente anciano/a determina la última etapa del curso de vida, pero la encontramos asociada a estereotipos negativos donde se confunde con una persona añosa, dependiente, que no puede valer por sí sola.

Ni ancianidad ni viejo o vieja son palabras cuyos orígenes tengan una carga negativa, pero las sociedades modernas y capitalistas que le otorgan más valor a las personas jóvenes y productivas han hecho que las mismas sean utilizadas como sinónimos de lo que ya no es necesario, de lo que no sirve más, de lo que no tiene utilidad.

Por ello la CIDDHHPM propone utilizar “personas mayores” o “personas adultas mayores”.



¿Cuáles son esos mitos y estereotipos?



La vejez es igual a enfermedad y dependencia

Desde el siglo XIX, la psicología y la medicina han concebido el hecho de envejecer como el declive de la salud física y psicológica. Hasta 1960 la mayoría de los reportes de profesionales de la medicina, psicología, psiquiatría, trabajo social, etc. que hablaban de personas mayores remitían a personas enfermas e institucionalizadas en Residencias de Larga Estadía u hospitales, pero este grupo correspondía solo al 5% de la población mayor en países desarrollados (Iacub, 2012).

El hecho de que con el proceso de envejecimiento aumente la prevalencia de enfermedades no significa que la mayoría de las personas mayores estén débiles, enfermas o necesiten asistencia permanente para sobrevivir. Por ello no debemos asociar vejez con enfermedad. Una gran parte de la población mayor, aun cuando presentan enfermedades, sigue participando de la vida familiar o social de manera autónoma e independiente. La Encuesta de Calidad de Vida de los Adultos Mayores (ENCAVIAM, 2012) muestra que solo 9,5% de los mayores de 60 años necesitan ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria.



Todas las personas mayores presentan deterioro cognitivo

Según la Encuesta Nacional de Calidad de Vida de las Personas Mayores realizada en 2012, el 75% de las personas de 60 años y más entrevistadas manifestaron tener buena y muy buena memoria, y solo el 25% refirió que era regular o mala. Es cierto que a mayor edad la posibilidad de sufrir una demencia es mayor, pero no es cierto que todas las personas mayores padezcan demencias.

A partir de los 50 años se producen los denominados olvidos benignos que consisten, básicamente, en olvidar nombres propios, sean de familiares, vecinos o amigos (Iacub, 2012). Es necesario tener en cuenta que hay factores que inciden en la pérdida de memoria, como el tabaco, el alcohol, el estrés, la depresión y la ansiedad, entre otros. Debemos considerar que las personas mayores tienen una reserva cognitiva o plasticidad neuronal que hace que el cerebro posea un potencial muy importante que le permite seguir aprendiendo.



Los ancianos son rígidos

En primer lugar, hablar de ancianos nos remite a un imaginario social en el que las personas mayores son frágiles, dependientes y no pueden valerse por sí mismas. En la misma palabra “anciano” encontramos una imagen peyorativa de la vejez. Por ello preferimos utilizar la denominación propuesta por la ONU y por la CIDHPM que es personas adultas mayores o personas mayores.

En cuanto a la creencia que afirma que “todos son rígidos”, como toda generalización, es incorrecta; podría tratarse de un grupo de personas, pero en relación a sus características particulares. Los rasgos de personalidad se estabilizan con la edad, de tal modo que una persona mayor será más rígida o flexible según lo haya sido en su juventud y de acuerdo a las circunstancias de su vida. Un ejemplo de adaptación y flexibilidad lo encontramos en el creciente número de personas mayores que usan tecnologías. Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) en 2018, ese número asciende al 65% de la población mayor.



Las personas mayores son asexuadas

En la sociedad existe la creencia de que al llegar a una determinada edad las relaciones sexuales disminuyen hasta volverse nulas. Sin embargo, los estudios realizados en este campo demuestran cómo la sexualidad y el erotismo siguen estando presentes en gran parte de las personas mayores. La gerontología moderna sostiene que no solo es posible tener sexo hasta el final de la vida sino que también constituye una actividad benéfica para un envejecimiento satisfactorio, convirtiéndose en uno de los pilares del envejecimiento activo.

En la ENCAVIAM se realizaron preguntas sobre la sexualidad de las personas mayores y los resultados mostraron que el 85% de los varones y el 73% de las mujeres de 60 años y más manifestaron que era muy importante mantener una vida sexual activa en la vejez. Pensar que las personas mayores son asexuadas es un mito y un prejuicio, tanto como lo es la creencia de que todos los hombres mayores que se interesan por el sexo o la seducción son “viejos verdes” o que las mujeres mayores que tienen una vida sexual activa e independiente son “viejas locas”.



Ser mayor significa ser menos feliz

Si bien se piensa que la juventud y la adultez son las etapas más felices en la vida de las personas, hay numerosos estudios que manifiestan que la vejez es, para muchos, la etapa de mayor satisfacción vital. Es así que la Encuesta Nacional de Calidad de Vida de los Adultos Mayores (ENCAVIAM), realizada por el INDEC con el asesoramiento de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores en el año 2012, mostró que más del 90% de las personas de 60 años y más encuestadas manifestaron estar satisfechos con sus vidas. Muchas mujeres mayores refieren que la vejez es su mejor momento, porque ya están liberadas de las responsabilidades familiares, de su pareja, sus hijos, las cuestiones domésticas, el trabajo formal, etc., y pueden dedicarse, por fin, a ser lo que realmente ellas quieren.

“Para mí la vejez es una de las épocas más felices de mi vida, porque puedo hacer por fin lo que quiero, en el sentido de que puedo elegir lo que hago, porque antes tenía obligaciones como cuidar a los hijos, con sus inconvenientes, trabajar durante la juventud. Se me pasaron los años volando, hasta que llegó un momento que dije basta y me dedico a mí misma, y hago lo que quiero. Y gracias a Dios ahora hago lo que quiero” (mujer de 80 años).



La mayoría de las personas viven en geriátricos

El término “geriátrico” hace referencia a geriatría, la rama de la medicina que aborda los problemas de salud y enfermedad de las personas mayores. Como vimos anteriormente, no debemos asociar vejez con enfermedad, por lo tanto, desde el campo de la gerontología se propone utilizar el concepto “Residencia de Larga Estadía” (RLE). Es la casa de las personas mayores, donde viven en comunidad presenten o no enfermedades. Las RLE deben ser consideradas dentro de los servicios sociales, no como servicios médicos, y es por eso que el nombre geriátrico es incorrecto.

La gerontología es un concepto más amplio que incluye a la geriatría y que tiene como objeto de estudio a la vejez y al proceso de envejecimiento desde el punto de vista biológico (geriatría), psicológico y social.

La proporción de personas que viven en RLE en nuestro país es un número muy bajo, solo el 1,3% de la totalidad de personas de 60 años y más (CENSO 2010, INDEC). De esta manera, el 98,7% de las personas mayores reside en su domicilio, y la mayoría se encuentra activa y participando de la vida social.

6. Instrumentos internacionales sobre envejecimiento

El primer tratado internacional en materia de envejecimiento fue el **Plan Internacional sobre Envejecimiento** aprobado en 1982 en Viena, en donde tuvo lugar la Asamblea Mundial organizada por Naciones Unidas.

Este plan, pese a no ser vinculante por ser de implementación voluntaria de los Estados,

marcó la política gerontológica de varios países del mundo, dado que resultó una hoja de ruta para su diseño e implementación.

Después de 20 años, Naciones Unidas, en la Asamblea General de 2002, realizó una revisión del Plan de Viena y propuso un segundo instrumento: el **Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento de Madrid**. En este se demanda la realización de cambios en las actitudes políticas y en las prácticas de todos los niveles y



en todos los sectores de los países del sistema de ONU.

El nuevo plan propone la revisión de su cumplimiento cada cinco años en las distintas regiones del mundo – metodología que no se había propuesto con el Plan de Viena–. Si bien la aplicación del plan sigue siendo voluntaria y no vinculante, los países presentan mayor adhesión y se comprometen a monitorear y evaluar el cumplimiento del mismo. Es así que en el año 2003, en Santiago de Chile y para la región latinoamericana y caribeña, se realizó la primera Conferencia Regional Intergubernamental sobre el Envejecimiento que reunió a los países de la región y a diferentes organizaciones internacionales (CEPAL, OPS, OIT, BID). En ese encuentro se redactó la **Estrategia Regional sobre el Envejecimiento en América Latina y el Caribe**.

En 2007 los países y las agencias internacionales volvieron a reunirse, esta vez en la ciudad de Brasilia, para analizar el cumplimiento de las medidas y las dificultades en su implementación. Se llegó a la conclusión de la necesidad de contar con un instrumento jurídicamente vinculante³, lo que significa un compromiso obligatorio para el país que lo ratifica. Se propuso en ese momento la elaboración de una convención sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores tanto universal, en la ONU, como americana, en la OEA,

3. Los tratados, pactos y convenciones que los países ratifican crean compromisos obligatorios para los Estados.

así como la designación por parte del Consejo de Derechos Humanos de la ONU de un experto independiente para su seguimiento. Esto quedó plasmado en la Declaración de Brasilia.

Grupo de Trabajo ONU

Como resultado del trabajo de la delegación argentina presidida por la DINAPAM-MDS y la Cancillería argentina ante la ONU, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la resolución 65/182 del 21 de diciembre de 2010, con la creación del **Grupo de Trabajo de Composición Abierta sobre el Envejecimiento**.

Este grupo, presidido hasta la fecha por la República Argentina, fue establecido con el propósito de aumentar la protección de los derechos humanos de las personas mayores y realizar un análisis del marco internacional vigente que permita determinar sus posibles deficiencias y la mejor forma de subsanarlas –incluso estudiando la viabilidad de crear nuevos instrumentos y medidas, cuando corresponda–. Hasta el año 2021 la Organización de las Naciones Unidas no ha podido consensuar la aprobación de un documento que sirva para discutir una convención sobre personas mayores.

Experta Independiente

El 27 de septiembre de 2013 el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, en su vigesimocuarta sesión

ordinaria (celebrada del 9 al 27 de septiembre), adoptó por consenso la resolución (A/HRC/24/L.37/Rev.1) que crea la figura del Experto Independiente para el disfrute de todos los derechos humanos por parte de las personas mayores. El mismo tiene como función indagar acerca de cuál es la situación de las personas mayores y presentar un informe anualmente en las sesiones del Consejo. En este momento la titularidad la ejerce Claudia Mahler, austríaca, que se ha desempeñado en el Instituto Alemán de Derechos Humanos.

7. Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores

El 15 de junio de 2015 (Día Mundial de la Toma de Conciencia contra el Abuso y Maltrato en la Vejez), la Asamblea General de la OEA adoptó la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (CIDHPM), primer instrumento internacional de carácter vinculante orientado a la protección específica de los derechos de las personas mayores.

El gobierno argentino lideró el proceso durante todos los años que duró la negociación (2010-2015), junto con Uruguay, Chile, Brasil y Costa Rica. El Ministerio de Desarrollo Social ejerció la presidencia de la delegación argentina, a través de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, dependiente

de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Se formó un grupo de trabajo junto con Cancillería, ANSES, PAMI, Derechos Humanos y el Consejo Federal de Mayores (las direcciones provinciales vinculadas a la temática, las organizaciones de mayores, las sociedades científicas, entre otros).

La Convención plantea un nuevo enfoque, el de los derechos humanos.

**El objetivo de la Convención es:
“Promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir con su plena inclusión, integración y participación en la sociedad”.**

¿Qué significa el enfoque de derechos?

Es la modificación de la lógica en la elaboración de los programas, las leyes y las políticas, pasando desde una perspectiva asistencialista –en la que el punto de partida son las necesidades de la población mayor, las carencias y las dádivas del Estado - a otra perspectiva en la que las personas son sujetos de derechos que obligan al Estado y a la sociedad a garantizar sus derechos sociales, civiles, políticos económicos y culturales.

¿Cuáles son las ventajas de tener a Convención?

- Establece estándares de protección más específicos y adecuados que los existentes antes de ella.
- Define “persona mayor” a aquella de 60 años o más.
- Establece la prohibición de la discriminación por edad en la vejez.
- Establece la prohibición de la discriminación por género, diversidad sexual o identidad de género.

Además, la Convención:

- Promueve, protege y asegura el pleno goce y ejercicio de los derechos y fomenta un envejecimiento activo en todos los ámbitos.

- Se pronuncia contra los estereotipos y prejuicios que ocasionan prácticas de exclusión y discriminación.

- Establece el acceso a los servicios de cuidados paliativos.

- Establece obligaciones para los Estados Parte de generar mecanismos para la atención preferencial, acceso universal, equitativo y oportuno.

- Consagra el derecho a brindar consentimiento libre e informado en materia de salud.

Basándose en el enfoque de derechos, Sandra Huenchuan propone el análisis de paradigma tradicional versus el paradigma de los derechos humanos de las personas mayores (Huenchuan, 2011).

Paradigma tradicional	Paradigma derechos humanos
Las personas mayores son concebidas como beneficiarias de la asistencia social .	Las personas mayores son concebidas como sujetos de derecho .
Se reproducen prácticas heterónomas .	Se impulsan procesos de autonomía .
Los roles sociales que las personas mayores pueden desempeñar son restringidos .	Las personas mayores tienen oportunidades para desarrollarse como individuos y contribuir a su sociedad .
Se aplica una perspectiva homogeneizante sin considerar las bases de diferenciación social.	Se promueve un tratamiento especial para las personas mayores en razón de la edad.
La igualdad formal no considera que la edad pueda dificultar el disfrute de los derechos.	Se busca eliminar las barreras jurídicas, institucionales y físicas que limitan la igualdad en la vejez.
Se produce una segregación generacional en la vida privada y pública.	Se fomenta la solidaridad generacional como un proyecto de largo plazo.

Vamos a analizar los estereotipos implícitos en la perspectiva tradicional:

1. “Beneficiario”. La utilización de esta palabra se vincula a las sociedades de beneficencia, en las que se les otorgaba dádivas a las personas, a modo de compensación humanitaria o religiosa por las condiciones desfavorables de vida. Desde el **paradigma de los derechos humanos** las personas son concebidas como **titulares de derecho**, es decir, sujetos de pleno derecho, con las garantías del Estado de su goce y ejercicio.

2. El segundo análisis es la concepción de que las personas mayores realizan **prácticas heterónomas**. La heteronomía es la aceptación, por parte de una persona, de normas impuestas por la sociedad y que se acatan con cierto grado de indiferencia o contra la propia voluntad. Para ejemplificar esta idea, las siguientes preguntas suelen

ser hechas a personas mayores que intentan evadir la heteronomía:

- ¿A tu edad te vas a enamorar?
- ¿A tu edad vas a trabajar?
- ¿A tu edad vas a tener pareja?
- ¿A tu edad vas a estudiar?
- ¿A tu edad vas a competir en un deporte?

Lo contrario de la heteronomía es la autonomía, que se define como la capacidad del individuo para hacer elecciones, tomar decisiones y asumir sus consecuencias. En el artículo 7 de la Convención se plantea el “Derecho a la independencia y a la autonomía”.

No se pierde la capacidad de decidir por cumplir determinada edad; si esto ocurre, se está violando un derecho fundamental de las personas mayores.



3. El tercer análisis es la concepción de que las personas mayores tienen roles restringidos; como ya vimos, se les asigna el rol de abuelos y abuelas o el de jubilados y jubiladas únicamente.

4. El cuarto análisis que hacemos sobre el paradigma tradicional es que considera iguales a todas las personas mayores, las homogeniza, sin tener en cuenta el **envejecimiento diferencial**. No hay una persona mayor igual a otra, dado que existen diferencias en las historias de vida, las condiciones económicas, la cultura, la educación, el acceso a la salud, entre otras.

5. El quinto análisis es que el paradigma tradicional no tiene en cuenta los contextos que generan desigualdades; el concepto de igualdad planteado en varios instrumentos vinculantes no se condice con la realidad. Existe una brecha entre la **igualdad formal** y la **igualdad real**. El paradigma de los derechos humanos trabaja sobre la forma de eliminar estas barreras, para que todas las personas sin importar la edad, su condición económica, social, cultural, orientación sexual, género, identidad sexual, etc., accedan a los mismos derechos.

La Convención, en su artículo 5, “Igualdad y no discriminación por razones de edad”, prohíbe expresamente esta discriminación. El abordaje desde un paradigma de los derechos humanos resulta de fundamental importancia en un momento histórico en el cual el ejercicio de los derechos de las personas mayores se ha puesto en cuestión, a nivel

mundial, por la pandemia de COVID-19. El paradigma tradicional conlleva estereotipos negativos que generan discriminación por edad. Según el Informe Mundial sobre Edadismo (OMS, 2020), una de cada dos personas en el mundo discrimina a las personas mayores. En relación con el sistema de salud, ya quedó comprobado en la pandemia de COVID-19 el modo de proceder de muchos países desarrollados que les negaron atención a las personas mayores. La discriminación en el sistema de salud se asocia a una menor esperanza de vida, a una salud física y mental más deficiente, a una recuperación más lenta de la discapacidad y a un deterioro cognitivo.

A las personas mayores se las excluye de las investigaciones y las estadísticas (Informe Mundial sobre el Edadismo), así como se las discrimina mediante actitudes y prácticas viejistas que producen aislamiento, soledad y mayores niveles de violencia. La OMS plantea que cerca de un 16% de las personas de 60 años o más han sido víctimas de maltrato, lo que implica 160 millones de personas de esa edad por año. Reemplazar el paradigma tradicional equivale a combatir el maltrato hacia las personas mayores.

¿Cuál es el estado de la Convención en los países de la región?

Hasta la fecha ocho países han ratificado la Convención: Argentina, Chile, Uruguay, Costa Rica, Bolivia, Ecuador, Perú y el Salvador. Es decir que en estos ocho

países la Convención tiene un rango supralegal, por lo que puede ser invocada para la resolución de situaciones legales por parte del sistema judicial de estos países. Ya hay fallos a favor de personas mayores que se han resuelto con la aplicación de artículos de la Convención.

Es necesaria la ratificación de diez países para que comience a funcionar el comité de seguimiento.

Mecanismo de seguimiento

La convención prevé dos órganos de seguimiento sobre su cumplimiento: uno es la Conferencia de Estados Parte y el otro, el Comité de Expertos.

La Conferencia de Estados Parte

es el órgano principal del mecanismo de seguimiento y está integrada por los Estados Parte que ratifiquen la convención. Tiene entre sus funciones:

- a.** Dar seguimiento al avance de los Estados Parte en el cumplimiento de los compromisos emanados de la presente Convención.
- b.** Elaborar su reglamento y aprobarlo por mayoría absoluta.
- c.** Dar seguimiento a las actividades desarrolladas por el Comité de Expertos y formular recomendaciones con el objetivo de mejorar el funcionamiento, las reglas y procedimientos de dicho Comité.
- d.** Recibir, analizar y evaluar las recomendaciones del Comité de Expertos

y formular las observaciones pertinentes.

e. Promover el intercambio de experiencias, buenas prácticas y la cooperación técnica entre los Estados Parte con miras a garantizar la efectiva implementación de la presente Convención.

f. Resolver cualquier asunto relacionado con el funcionamiento del Mecanismo de Seguimiento.

El Comité de Expertos estará integrado por expertos designados por cada uno de los Estados Parte en la Convención. Tiene las siguientes funciones:

- a.** Colaborar en el seguimiento al avance de los Estados Parte en la implementación de la presente Convención, siendo responsable del análisis técnico de los informes periódicos presentados por los Estados Parte. A tales efectos, los Estados Parte se comprometen a presentar un informe al Comité de Expertos con relación al cumplimiento de las obligaciones contenidas en la presente Convención, dentro del año siguiente de haberse realizado la primera reunión. De allí en adelante, los Estados Parte presentarán informes cada cuatro años.
- b.** Presentar recomendaciones para el cumplimiento progresivo de la Convención sobre la base de los informes presentados por los Estados Parte de conformidad con el tema objeto de análisis.
- c.** Elaborar y aprobar su propio reglamento en el marco de las funciones establecidas en el presente artículo.

Conclusión

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores es el instrumento jurídicamente vinculante a nivel regional que combate la discriminación, la violencia y los maltratos; y genera derechos nuevos como los cuidados a largo plazo, el derecho a la vida y la dignidad en la vejez y la promoción de la autonomía. La Convención es la herramienta para construir este nuevo paradigma.

Erradicar el viejismo y promover la igualdad es una tarea que nos involucra a todos y a todas individualmente y como parte del Estado, las instituciones, la comunidad y la familia.

Las personas mayores tienen derecho a una vida sin ningún tipo de violencia, a recibir un trato digno y a ser respetadas y valoradas, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la cultura, la religión, la opinión política, la identidad cultural, la posición socioeconómica, la discapacidad, la orientación sexual, el género, la identidad de género y su contribución económica (CIDHPM).

Bibliografía

- AMARO, S. ROQUÉ M (2015). Políticas Públicas sobre Envejecimiento en los Países del Cono Sur. Sistema Regional de Información y Aprendizaje para el Diseño de Políticas Públicas en torno al Envejecimiento. FLACSO: Chile.
- CARBAJO VÉLEZ, M. C. (2009) “Mitos y estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante”. En ENSAYOS, Revista de la Facultad de Educación de Albacete, Nº 24 (Enlace web: <http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos>).
- CEPAL (2011). Los derechos de las personas mayores. Módulo. Chile.
- FASSIO, A., ROQUÉ, M. (2015). Políticas Públicas sobre Envejecimiento en los Países del Cono Sur. Sistema Regional de Información y Aprendizaje para el Diseño de Políticas Públicas en torno al Envejecimiento. FLACSO: Chile.
- FASSIO, A., ROQUÉ, M. (2012). Gerontología comunitaria e institucional. Módulo 2. Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y Ministerio Desarrollo Social de la Nación.
- FERICGLA, J. (2009). Envejecer: una antropología de la ancianidad. España: HERDER.
- FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R. (2004). “Gerontología Social. Una introducción”. En R. Fernández-Ballesteros (Directora). Gerontología Social. (pp. 31-53). Madrid: Pirámide.
- IACUB, R. (2011). El poder en la vejez. Buenos Aires: PAMI.
- IMSERSO (2009). Boletín de Envejecimiento Nº 40. Edadismo en Estados Unidos. España.
- INDEC (2012). Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores. Serie Estudios INDEC Nº 46. Buenos Aires, Argentina.
- OEA (2015) Convención Interamericana Sobre la Protección de los Derechos humanos de las Personas Mayores. AG/doc.5493/15. Washington, D.C.
- OMS (2015). Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. Disponible en <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
- Revista Latinoamericana de Población (2011). El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo, vol. 5, núm. 8. Asociación Latinoamericana de Población Buenos Aires. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323827304003>
- Revista Ser Mayor: Envejecimiento: mitos y realidades. Ficha 9. Nacional del Adulto Mayor, SENAMA, Santiago de Chile.
- CEPAL (2020). Observatorio Demográfico. Disponible en <https://www.cepal.org/es/publicaciones/tipo/observatorio-demografico-america-latina>.

- Convención Interamericana Sobre La Protección De Los Derechos Humanos De Las Personas Mayore. Disponible en http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf
- Esperanza de vida al Nacer. Banco Mundial. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.FE.IN>
- INDEC Nº 46. Buenos Aires, Argentina. Disponible en <https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/encaviam.pdf>
- INDEC (2020). Encuesta Permanente de Hogares, cuarto trimestre del 2020.
- OMS (2020). Informe mundial sobre el edadismo. Disponible en <https://www.who.int/es/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism>
- ONU (2019). Perspectiva de la población mundial. Disponible en <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>
- HUENCHUAN (2011). Los derechos de las personas mayores. Módulo I, Santiago de Chile: CEPAL. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/21497>
- HUENCHUAN S (2012). Igualdad y universalidad de los derechos humanos en contexto de envejecimiento en Los derechos de las personas mayores en el siglo XXI: situación, experiencias y desafíos. México, DF: CEPAL. Disponible en https://www.algec.org/biblioteca/Derechos_Foro_Mexico.pdf
- ROQUÉ M (2012). De la necesidad y fundamento de un tratado internacional sobre personas mayores en Los derechos de las personas mayores en el siglo XXI: situación, experiencias y desafíos. México, DF: CEPAL. Disponible en https://www.algec.org/biblioteca/Derechos_Foro_Mexico.pdf
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2020). World Population Ageing 2019 (ST/ESA/SER.A/444). Disponible en <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Report.pdf>



CAPÍTULO 2

Diversas formas de violencia hacia las personas mayores

Dr. Ricardo Iacub y Lic. Luciana Machluk

Violencia psicológica, física, económica y cultural.
Barreras comunicacionales. Vejismo: maltrato implícito y explícito.
Violencia estructural. Violencia directa.
Empoderamiento de las personas mayores.

1. Introducción

La noción de poder permite interrogarse acerca del modo en que se construye, en una comunidad, lo valioso y lo que carece de valor. Es decir, permite reconocer quiénes son los que ejercen dicho poder y, finalmente, de qué forma se distribuye según la noción de edad.

Por esta razón, abordar el tema desde la violencia hasta el empoderamiento en la vejez cobró una gran relevancia en las últimas décadas, ya que posibilita debatir el rol y el valor social de las personas mayores en nuestra sociedad.

2. El poder como eje de la identidad

El poder y la identidad se encuentran estrechamente enlazados, sus múltiples relaciones serán el eje transversal a partir del cual se desarrollará este módulo. Por esta razón, resulta importante definir ambos términos para luego comprender sus intersecciones.

El poder es un concepto que tiene diversos significados. A continuación, se destacan sus principales acepciones:

- estar capacitado, reunir las condiciones para hacer lo que se expresa;
- facultad para hacer algo;
- dominio, control o influencia que se posee sobre alguna cosa;
- posesión actual o tenencia de una cosa;

- fuerza, capacidad o eficacia;
- capacidad de provocar ciertos efectos;
- autorización para hacer algo, brindada por una autoridad competente;
- gobierno y dirección de sí y de los otros.

Entonces, ¿por qué relacionar el poder con la identidad? La identidad es concebida como una elaboración permanente que realiza el sujeto acerca de sí mismo, a través de interpretaciones que le permiten comprenderse, compararse y/o criticarse. Estas interpretaciones suceden en el marco de las interacciones que se generan con las personas con las que comparte y en el espacio en el que vive. El individuo no puede ser pensado por fuera de esos otros que le otorgan significados, atributos y valores.

La pregunta, entonces, es: ¿en qué medida el hecho de tener una cierta edad incide en el modo en que la persona se ve y la ven? Toda cultura crea expectativas, nociones, creencias y prejuicios acerca de cada etapa vital, estableciendo una serie de descripciones sobre la persona en relación con su edad. Los diversos contextos en los que se desenvuelve, ya sea la cultura, la sociedad, la vecindad o los entornos más inmediatos (familia o grupos), tienen diversos niveles de determinación. Por este motivo es de gran importancia atender a los significados atribuidos al envejecimiento, ya que afectan y determinan la identidad de las personas.

Los modos de representar el envejecimiento y la vejez pueden ser recursos que brinden un sostén, cuando habilitan a las personas a pensarse con capacidad y valor para llevar adelante la propia vida, así como pueden constituirse en obstáculos, si niegan dicha posibilidad. Es allí donde confluyen el poder y la identidad en la vejez, puesto que los discursos sociales son interiorizados por el sujeto con mayor o menor poder de crítica y pueden ocasionar como efecto tanto el desempoderamiento como el empoderamiento.

3. Las políticas de las edades

Las nociones de envejecimiento y vejez se encuentran ordenadas por políticas de edades, las cuales asignan ciertos significados y ejercen controles sobre el desenvolvimiento de los individuos. Es decir, que funcionan como mecanismos que legitiman y regulan los criterios de edad.

Toda sociedad, para constituirse como tal, debe controlar al otro a partir de presupuestos que justifican ese espacio social y que se expresan a través de distintos discursos. Estos funcionan como ordenadores que promueven criterios de edad, género o cualquier otra división al interior de una sociedad, estableciendo roles y funciones, obligaciones y permisos.

Foucault describió un modelo de poder horizontal al que denominó “disciplinar”. Este se asienta en la vigilancia y el control

del comportamiento de los individuos, basado en la demanda de cumplimiento de cierta norma social. Su poder no se asienta en la fuerza de la ley sino en el control moral. Por este motivo, quien controla la vigilancia de esta norma no suele ser el Estado a través de sus instituciones sino la propia gente.

La disciplina suele resultar invisible, y se asienta en el denominado “sentido común”. ¿Qué es el “sentido común”? Es pensar que existe un modo de sentir y entender común a todos. Sin embargo, si se observa la historia del ser humano desde una perspectiva más amplia se podrá advertir cómo el sentido común, en el transcurso del tiempo, se ha ido modificando en distintos “sentidos” y cómo esta idea de que haya uno puede tratarse de una trampa que no permita reconocer y aceptar los cambios.

4. La violencia contra la vejez

La violencia es una acción deliberada tendiente a generar un daño. Por esta razón se asocia con la agresión física, psicológica, social, a través de amenazas, discriminación, exclusión, ofensas, privaciones, golpes, entre otras. Algunas formas de violencia son sancionadas legalmente y otras, moralmente.

La violencia puede ser definida como un código a partir del cual cada cultura y momento histórico le dan un significado a las ideas, conductas o emociones consideradas correctas o incorrectas,



beneficiosas o dañinas. Por esta razón, la violencia aparece actualmente como un mecanismo que posibilita regular el modo en que se conduce una sociedad.

El investigador Johan Galtung (1995) propone un triángulo de la violencia que permite comprender este fenómeno de un modo global, y no solo a partir de sus efectos. El siguiente gráfico es un modelo de este triángulo donde el ángulo superior, visible, representa la violencia que podemos percibir, mientras que los ángulos de la base, invisibilizados, representan la violencia que no podemos ver:



Figura1. Triángulo de la violencia
Fuente: Galtung (1995)

El prejuicio viejista en sus formas explícita o implícita, altera los sentimientos, creencias o comportamientos como respuesta a los vínculos con la persona mayor y en relación con el concepto de vejez.

5. La violencia cultural

La violencia cultural está constituida por aquellos aspectos de la cultura que legitiman las diversas formas de violencia. Suele ser la violencia menos visible, ya que está naturalizada por una serie de criterios y comportamientos socialmente esperables.

El prejuicio “viejista” en sus formas explícita o implícita, altera los sentimientos, creencias o comportamientos como respuesta a los vínculos establecidos con la persona mayor y también en relación con el concepto de vejez.

Este prejuicio conduce a ignorar los atributos personales o a etiquetarlos de acuerdo con ciertos presupuestos comunes, que suelen ser falsos y sin ningún rigor científico, al mismo tiempo que da lugar a que se trate a los mayores como niños o personas que carecen de autonomía.

Las palabras vejez y ancianidad suelen ser denigradas socialmente y los propios mayores no logran identificarse con esos términos, que en un principio solo se refieren a una determinada edad vital, debido a que la mayor parte de la sociedad las asocia con ideas y significados negativos.

El viejismo

El psiquiatra Robert Butler (1969) concibe el término “viejismo”¹ con el objetivo de evidenciar que las creencias negativas sobre el envejecimiento son una suma de prejuicios y estereotipos derivados de dificultades psicológicas y sociales en la aceptación del paso del tiempo.

El viejismo se define como una alteración en los sentimientos, creencias o comportamientos en respuesta a la edad cronológica percibida de un individuo o un grupo de personas, en quienes los atributos personales son ignorados y los individuos son etiquetados de acuerdo con estereotipos negativos basados en la afiliación grupal.

Estos prejuicios y estereotipos negativos acerca de la vejez, aunque gocen de amplio consenso, suelen basarse en supuestos que carecen de fundamentación científica. Como todo prejuicio, genera determinadas actitudes (McGowan, 1996):

- **Una dislocación social**, en tanto promueve una pérdida o redefinición de roles sociales que resultan de un estatus social disminuido y de una decreciente participación social. Esto resulta visible en el conjunto de decisiones que suelen ser tomadas por sobre la persona mayor o el limitado espacio de opciones que esta persona percibe tener.
- **El uso de estereotipos**, es decir, de creencias, generalmente negativas, basadas en características excepcionales

o inexistentes atribuidas, de manera categórica, a todos los miembros de un grupo en particular.

- **La estereotipia**, definida como el proceso psicológico y social a través del cual se ignoran los atributos y características personales, y se etiqueta a los individuos de acuerdo con estereotipos basados en la afiliación grupal.

El doctor McGowan nos presenta el siguiente ejemplo: “El hecho de que un pequeño porcentaje de viejos sea frágil y dependiente es tomado como un atributo general del volverse viejo. A pesar de que los hechos muestran que la mayoría de los viejos no son frágiles, la ‘fragilidad’ se convierte en una característica que define el hecho de volverse viejo”.

A través de la definición de viejismo, Butler introduce un giro político en la temática, ya que no solía concebirse a las personas mayores entre los grupos clásicamente discriminados.

Las investigadoras Levy y Banaji (2004) profundizan este concepto, diferenciando el viejismo implícito del explícito. La referencia a lo implícito del término, aun sin ser nueva en las investigaciones sobre prejuicios, pone en evidencia una particularidad de este: no existen grupos

1. El término en inglés es ageism, relativo al valor que en esa lengua tiene age como edad, aunque también como vejez, o lo que en nuestra lengua sería “añoso”. Algunos lo tradujeron como edaísmo o edadismo, sin embargo, pierden el sentido original del término. El psicoanalista Leopoldo Salvarezza (1988) propone una excelente traducción llevándola a “viejismo”, que describe con precisión el prejuicio y el rol que ocupa el término “vejez” en nuestra sociedad.

que repudien a los más viejos al estilo de los que rechazan a otras personas por cuestiones religiosas, raciales y étnicas. Por el contrario, las manifestaciones explícitas y las sanciones sociales en contra de ciertas actitudes y creencias negativas contra los mayores suelen estar ausentes o, si se presentan, es bajo el tamiz de la lástima y del alejamiento.

En este contexto, la ausencia de un odio fuerte y explícito hacia las personas mayores, por un lado, y una amplia aceptación de sentimientos y creencias negativas, por otro, producen que el rol de las actitudes y conocimientos implícitos acerca de la edad se torne especialmente importante (Levy y Banaji, 2004).

Estos mismos sentimientos y creencias suelen aparecer en las propias personas mayores. ¿Quién no escuchó decir a personas mayores: “Yo con viejos no me

junto”? Esta situación vuelve más difícil la aceptación personal y la articulación como grupo que represente sus propias demandas y defienda sus intereses y valoración social.

Un prejuicio implícito puede poner en juego criterios no conscientes ante un estímulo asociado a una persona mayor y, consecuentemente, conducir a una forma de actuar errónea.

Por ejemplo, es habitual que al ver a una persona mayor en una actitud erótica inmediatamente se lo relacione con un viejo verde, aun cuando se considere que la sexualidad es un derecho y posibilidad de cada uno.

El prejuicio implícito puede mostrar creencias muy arraigadas y poco conocidas, incluso contradictorias con otras más conscientes o explícitas.



¿Vos creés que **a mi edad no se puede seguir creando?**



La violencia y el desempoderamiento

Aparecen como una respuesta ante una serie de prejuicios y estereotipos que lleva a que la persona mayor tenga una expectativa de dependencia, con pérdida de autoestima y de propósito vital.

Los mayores niveles de desempoderamiento ocurren ante las diversas formas de violencia que ocurren dentro de las relaciones asimétricas de poder.

Por ello, la gerontología debería representar una respuesta política ante una coyuntura cultural en la que emergen situaciones de injusticia que se traducen en discriminación y violencia cultural frente a las personas mayores (Iacub, 2003).

Existen diversas maneras de representar a la vejez y a las personas mayores que producen lecturas reduccionistas, falsas o equívocas. Dichas perspectivas suelen limitar los espacios sociales e individuales generando procesos de desempoderamiento.

¿La vejez es una enfermedad?

Estes y Biney (1990), en su artículo la “Biomedicalización del envejecimiento”, presentan de qué modo las lecturas sobre la vejez reducen la profundidad de las perspectivas a un acotado modelo biomédico.

Uno de los ejes centrales de la gerontología actual reside en calificar como prejuicioso el hecho de asociar la vejez con la enfermedad. Esta crítica presentó un cuadro de la vejez distinto, que muestra nuevas maneras de conceptualizar la temática.

Sin duda, con el avance de la edad pueden aparecer más problemas de salud, lo que no implica reducir la vida de una persona mayor a un problema de salud.

Desde el siglo XIX, la medicina y la psicología han concebido el hecho de envejecer como una triste letanía de enfermedades físicas y psicológicas. Hasta la década de 1960 la mayoría de los reportes médicos, psicológicos, psiquiátricos y de los asistentes sociales se habían basado en la experiencia con personas enfermas e institucionalizadas, lo cual correspondía a una franja menor al 5% de la población de los países desarrollados, siendo en nuestro país menor al 2%. La idea de declinación fue el concepto clave para su comprensión.

A partir de la década de 1960 comienza a cambiar el parámetro de comprensión, investigación y de trabajo, lo que permitió el inicio de una nueva perspectiva: prestar atención al potencial de salud que existe entre los mayores. Desde entonces, el concepto de potencial y de actividad han constituido el núcleo de las nuevas consideraciones acerca de las personas mayores.

Esto significa que, aun cuando existan más enfermedades, jamás se podría

reducir la vejez a un conjunto de patologías. Evidentemente, tendrán más presencia que en otros momentos, pero la vivencia de una vida plena va a estar vinculada a otras formas de interpretar y transitar la vejez por parte de la sociedad.

Este cambio de interpretación cultural sobre la vejez y sus necesidades llevó a la aparición de una gran oferta de talleres, programas universitarios, viajes, etc., y no solamente de temáticas relacionadas a la atención de enfermedades.

Alrededor del tema de la salud aparece un nuevo criterio para tener en cuenta: la salud funcional. La Organización Mundial de la Salud (OMS) elaboró esta noción para destacar que una persona puede estar funcionalmente sana, aun cuando padezca enfermedades crónicas que no inhiban el desarrollo

de las actividades de la vida diaria. De la misma manera, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) no define el estado de salud de las personas mayores en términos de déficit, sino de mantenimiento de la capacidad funcional. Desde una perspectiva funcional, una persona mayor sana es capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal (OMS, 1985).

En los estudios realizados se encontró que la base del mejor estado de salud de los mayores se debía a mayor educación recibida, seguridad económica, mejores hábitos sanitarios -como el abandono del tabaco, mejor nutrición, salud prenatal, progreso de los medicamentos y actividad continua-.



El rol de enfermo o la limitación en la autonomía

Resulta necesario pensar qué significa, socialmente, el hecho de atribuir el rol de enfermos a las personas mayores.

Uno de los estudios más interesantes al respecto es el que realiza el doctor Thomas Szasz, (1981) quien cuestiona la indignidad que esta sociedad le atribuye al rol de enfermo. Si este autor define a la dignidad como una cualidad difícil de explicar, pero obvia, que enriquece los contactos humanos y proporciona mayores niveles de autoestima, la indignidad se caracterizará por empobrecer la propia estima. Por ello, Szasz encuentra en el trato hacia el enfermo todo un modo de relación y un vocabulario propio del paternalismo que, indudablemente, deja al paciente en una posición infantil.

En el caso de los mayores, cualquier enfermedad pareciera ser interpretada como el comienzo de algo más grave y definitivo, e incluso como un dato obvio y esperable.

Existe un chiste acerca de una mujer mayor que acude al médico, porque le duele una rodilla. El médico la observa y le dice: “Sabe, señora, es la edad”, a lo que ella responde: “¿Y por qué no me duele la otra?”. Este chiste da cuenta del prejuicio de asociar la edad con la enfermedad e incide, de manera teórica, en la generación de praxis médicas y psicológicas erróneas. “El tema de la

edad” puede aparecer como una pantalla que oculta problemas cotidianos y solucionables, en especial cuando el mismo sujeto u otros ponen en duda sus capacidades cognitivas o intelectuales.

Paulatinamente la autonomía y la privacidad de las personas mayores empiezan a ser cercenadas, las preguntas directas que se les hacían como individuos son reemplazadas por interpretaciones, al mismo tiempo que sus deseos dejan de ser considerados. Esto termina por incidir en la enajenación de sus propias decisiones y determina que disminuya la capacidad de elección sobre sus propios actos. De esta manera, se entraría en un círculo vicioso de enfermedad y cuidado del cuerpo. Todo esto puede generar, además, que las propias personas mayores asuman un papel de víctimas que no les ayuda demasiado en sus búsquedas personales, sacando provecho, a veces, desde un lugar ciertamente desfavorable.

Se nota, con suma frecuencia, cómo muchas personas mayores terminan viviendo para cuidar un cuerpo, preocupadas por la pierna o por los análisis clínicos más que por los proyectos de vida.

Se sabe que para un joven lo “esperable” no es lo mismo que para una persona mayor. Sin embargo, esto no implica hablar de enfermedad. Entonces, plantear esta etapa de la vida como una enfermedad conlleva un riesgo social y personal, frente al cual se debe ser

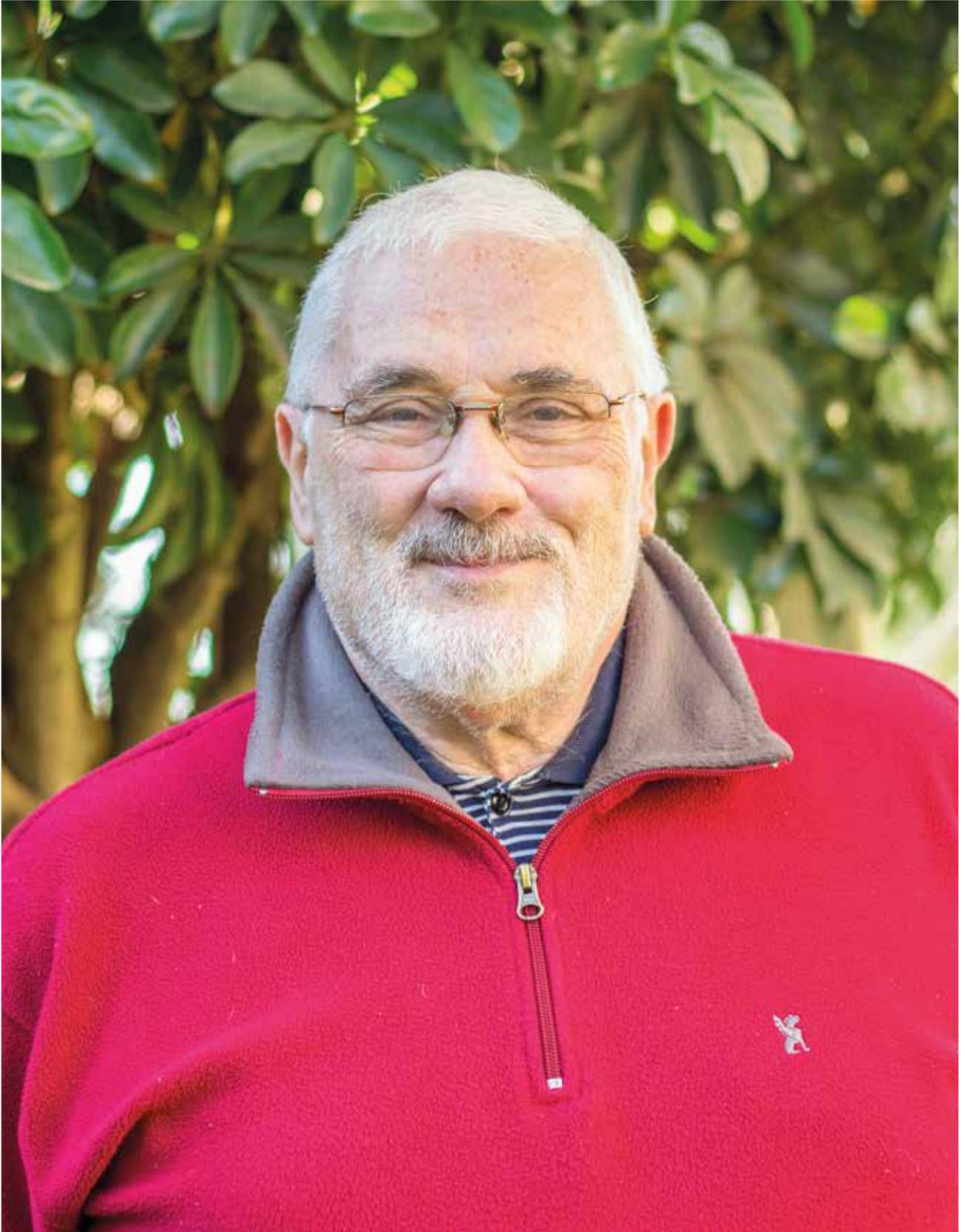
extremadamente cautelosos. No se debe descuidar a aquellos/as que requieran de ayuda y sostén, pero sí tener siempre en cuenta el respeto por su autonomía. Es decir, que la persona sea quien dirija sus actos de acuerdo con sus valores. Por eso, muchas veces, cuando la familia, “con las mejores intenciones”, se autoriza a no dejarle manejar más un automóvil a una persona mayor, debería pensar seriamente por qué lo hace, si esto resulta de una necesidad porque ese sujeto ya no puede decidir (porque padece una patología física o mental que produjo serias consecuencias en su capacidad de conducir) o si, simplemente, resulta de un abuso de poder sostenido en temores de aquellos/a que lo prohíben.

El hecho de conducir, de qué comer, de los lugares por donde debe pasear, la posibilidad de volver a formar una nueva pareja o cualquier otra actividad cotidiana se convierten, a menudo, en

decisiones que a las personas mayores se les arrancan de su dominio. Pareciera que son otros los que deben hacerse cargo de ellos, el tema principal pasa a ser la salud y las restricciones que se les imponen para, en apariencia, “preservarla”. Quizás el caso más violento sea el de las institucionalizaciones en Residencias de Larga Estadía sin la voluntad de las personas mayores.

Los prejuicios, en particular en el caso de la vejez, han sido incorporados por el conjunto de la población, incluso por las propias personas afectadas. Especialmente por aquellas que, de jóvenes, pudieron haber discriminado a las personas mayores o mantener prejuicios en relación con la vejez. El hecho de haberse vuelto mayores no indica que, necesariamente, sus concepciones viejistas se modifiquen. Este tipo particular de discriminación espera a todas las personas en su propia trampa.





Los prejuicios psicológicos

Las descripciones del sujeto envejecido son múltiples y variables, aun cuando existen algunas que se encuentran más extendidas socialmente.

Algunos de los presupuestos que aún cargamos acerca del sujeto psicológico en la vejez son:

- “Los adultos mayores se encuentran solos y deprimidos” (Whitbourne 2002). Este estereotipo supone un sujeto que cuenta con escasos recursos psicológicos, rígido, sin capacidad de contar con herramientas de afrontamiento frente a los declives que plantea el proceso de envejecimiento (Whitbourne y Sneed, 2004). Sin embargo, hoy se cuenta con gran cantidad de evidencia que muestra la existencia de conductas flexibles en la vida adulta y adecuados recursos de afrontamiento. Las personas mayores no son necesariamente menos flexibles con relación a sus actitudes o a sus estilos de personalidad, comparadas con las personas jóvenes (Diehl, Coyle, Labouvie-Vief, 1996).
- “Los adultos mayores son personas cognitiva y psicológicamente disminuidas” (Whitbourne y Sneed, 2004). Una suma de concepciones prejuiciosas y estereotipadas acerca de las personas mayores suele hacerlas equivaler a sujetos aññados con exageradas limitaciones cognitivas, que llevan a confundir el declive esperable en la memoria con el deterioro cognitivo, favoreciendo, muchas veces, una generalización de las

demencias ante cualquier limitación o problema intelectual.

Resulta importante diferenciar el declive normal relacionado con la edad del deterioro cognitivo. En el primero aparece una mayor dificultad para el recuerdo de los nombres propios o cierta lentificación en los procesos de la memoria. Implica cambios que no impiden ni incapacitan al sujeto para llevar una vida autónoma y productiva, no inciden sobre la inteligencia cristalizada y pueden ser mejorables a través del uso de estrategias para la consolidación del recuerdo, tales como los talleres de estimulación de la memoria, ejercitar la actividad intelectual y física, así como mantener una vida social y afectiva activa. Por otro lado, encontramos el proceso patológico de deterioro en el que se producen modificaciones en la calidad y en la cantidad de olvidos, desorientación con respecto al tiempo y el espacio, fallos en el juicio y toda una serie de funciones intelectuales que pueden dañarse.

La descalificación prejuiciosa y generalizada promueve tres problemas centrales:

1. Limitaciones en la autonomía, ya que los demás empiezan a tomar decisiones por la persona mayor y ésta comienza a creerse incompetente.
2. Interferencia en las interacciones sociales, por la presencia de la duda en la capacidad real de juicio, lo que determina que no se entablen relaciones en profundidad y que se descrea de la voluntad de la persona mayor.

3. Ofrecimiento de actividades inapropiadas, infantilizantes o poco estimulantes, lo cual consolida las creencias limitantes.

Curiosamente, existe una opinión contraria sobre la vejez que afirma que las personas mayores son todas sabias, lo cual, más allá de ser un prejuicio positivo, es igualmente reduccionista de la vejez.

¿Sexualidad y vejez?

También existieron otros prejuicios como la falta de sexualidad de las personas mayores, con el fantasma del viejo verde amenazando por detrás, para disuadir a cualquier osado u osada que se quiera animar.

Desde principios del siglo XX se han empezado a desafiar los prejuicios que piensan en la imposibilidad de la sexualidad en esta etapa de la vida. Hoy se sabe que esto es posible y que, incluso en la mayor parte de los casos, es importante y necesario.

El moralismo victoriano y el haber supuesto que la sexualidad tenía solo fines reproductivos llevaron a pensar que las personas mayores debían retirarse de este campo. Esto provocó que muchas mujeres -pertenecientes a generaciones en las que el rol femenino estaba asociado a ser un objeto del hombre, sin poder gozar ellas mismas-, abandonar su sexualidad y, en alguna medida, devolver la falta de lugar que habían padecido toda su vida: “Con un viejo a esta edad ya no”.

Sin embargo, actualmente se sabe que el deseo sexual aparece con el nacimiento y desaparece solo con la muerte y que está presente en todas las personas. También se sabe que la sexualidad en el ser humano es mucho más que una práctica genital asociada al coito y que se relaciona con “hacer el amor”, sentirse deseado/a y poder desear, es decir, disfrutar la intimidad y el contacto más íntimo con otra persona.

Las dificultades que pueden aparecer en esta etapa se relacionan más con el contacto genital, que es una parte del deseo sexual y que, gracias a los nuevos conocimientos tienen solución. La sexualidad tiene muchos otros espacios accesibles a todas las personas, se expresa fundamentalmente en el goce con otro/a.

Resulta curioso que, por un lado, surgen chistes, comentarios e incluso pretendidos saberes de que en esta edad “ya no pasa nada” y, como contrapunto, aparece el mito del viejo verde y, peor aún, del perverso. Ya en la antigüedad grecoromana, se halla esta idea de que los mayores, mediante su dinero, pretendían “vergonzosamente los favores de las o los jóvenes”. Este mito llega a la actualidad denigrando a los mayores que muestran sus deseos con personas incluso de la misma edad.

Este mito del anciano perverso -ya sea por voyeurista o por exhibicionista- ha sido estudiado por Masters y Johnson quienes demostraron que la incidencia

de casos de perversiones en personas mayores no era mayor que en personas jóvenes, lo cual implica que el mismo número de personas jóvenes perversas seguirán siéndolo de mayores.

La distribución de los roles sexuales también es una construcción sumamente móvil en la historia y no existe ninguna razón para sostenerla. En la actualidad los deseos se muestran de manera más explícita, incluso en mujeres mayores con hombres más jóvenes, lo cual implica el desplazamiento de los roles de sujetos y objetos sexuales en la sociedad.

6. La violencia estructural

Otra de las formas invisibilizadas de la violencia es aquella denominada estructural, que consiste en agredir a las personas mayores a través de los sistemas institucionalizados, de cuyas prestaciones dependen parcial o totalmente, para sustentar su existencia biológica, psíquica y social. Ello incluye su participación en la economía, la política, la justicia, la salud, la accesibilidad, la educación, entre otros aspectos.

Es importante señalar que, aún hoy, en gran parte de América Latina son pocos los países que cuentan con sistemas previsionales suficientemente extendidos, con sistemas de salud vastos y eficientes, espacios públicos accesibles y ofertas socioeducativas específicas.

La inseguridad que produce el espacio público puede ser pensada de

múltiples maneras. Desde las barreras a la accesibilidad que generan para las personas mayores un espacio más hostil y desafiante, el mal estado de las veredas o los arreglos mal señalizados, el descuido del transporte público de pasajeros y los problemas de tránsito, hasta el exceso de medicación, aspectos que no suelen tener en cuenta los cambios a nivel de la movilidad de las personas mayores, y que provocan, muchas veces, accidentes, que no deberían ser llamados de esta manera sino hechos de violencia, en los que las personas mayores se vuelven sus víctimas.

7. La violencia directa

Finalmente, hallamos la forma más evidente de violencia, aunque no siempre la más frecuente, que se ejerce de una manera directa por medio de agresiones físicas (golpes, empujones, etc.); psicológicas (tales como los insultos, críticas, extorsiones, ridiculizaciones, burlas, etc.); las económicas (apropiación de la casa de los padres, el cobro y uso de la jubilación sin consentimiento); financieras (ventas por televisión, créditos de mutuales, etc.); sexual (violaciones), o la pérdida de la libertad en residencias para personas mayores, en la medida en que se puede desestimar la opinión de la persona mayor en beneficio del familiar o directivo.

Las primeras publicaciones acerca de maltrato, abuso y victimización de personas mayores en el ámbito médico aparecieron en el año 1975,

cuando se describió en el Reino Unido el síndrome del “zamarreo del anciano” demostrándose, además, que era un problema sustancial e invisibilizado.

Los datos sobre violencia en América Latina se han ido incrementando en las últimas décadas, aunque también resulta lógico que cuando una temática comienza a ser visible surjan investigaciones más precisas que dan origen a las denuncias referidas a los casos de violencia.

Los datos del maltrato a nivel mundial indican que la mayor frecuencia ocurre en el seno familiar, en las instituciones destinadas a su cuidado y en los centros de asistencia socio sanitaria.

En el ámbito familiar el tipo de violencia que, mayoritariamente, se ejerce contra las personas mayores es el maltrato psicológico, hasta en un 95%, siendo los insultos la agresión más frecuente (85%), seguida por la humillación y la desvalorización (66,3%), las amenazas de muerte (40%) y el rechazo, sin quedar exentos de la violencia física. Las bofetadas, los empujones, los puntapiés y los puñetazos son las formas de agresión más frecuentes.

Víctimas y victimarios

Las principales víctimas de la violencia directa son las mujeres mayores de 75 años, especialmente cuando se encuentran dependientes y vulnerables, con escasas redes sociales y pocas opciones frente a la situación que les toca vivir.

Sus principales victimarios son sus propios hijos/as adultos/as, los cónyuges, la pareja u otros familiares. Es necesario destacar que las edades de los hijos/as agresores fluctúan entre 26 y 45 años y en el 68% de los casos son varones.

Suele haber situaciones de dependencia, muchas veces económica, o de alto esfuerzo, en personas que pueden tener temperamentos explosivos y poca capacidad para controlar sus impulsos.

Se realizó un estudio en Argentina sobre “La percepción de abuso y maltrato” (2009) siendo la muestra accesible no probabilística y conformada por 1064 personas mayores de sesenta años.

Cuando se les preguntó a las personas mayores: ¿Qué significa para usted abuso y maltrato? respondieron lo siguiente:

- Negación de alimentos.
- Ausencia de cuidados higiénicos.
- Falta de seguridad social y tratamientos.
- Abandono de la persona.
- Negación de afecto, no ser valorado, desprecio, indiferencia.
- Aislamiento, incomunicación.
- Administración abusiva de fármacos.
- Maltrato verbal: intimidación, amenazas, humillación, insultos, sometimiento, falta de respeto, infantilización, retos, críticas, impaciencia.

- Limitaciones con respecto a la toma de decisiones y la privacidad.
- Maltrato económico: impedir el uso o control del dinero y apropiación de los bienes.
- Cualquier relación sexual no consentida.
- Discriminación.
- Malos tratos en los organismos.
- Largas colas en trámites.
- Excesivo uso de dispositivos tecnológicos.
- Falta de ayuda familiar.
- Maltrato físico: golpes, empujones, sacudones.
- Obligación de trabajar.
- Indefensión.
- Obligación de cuidar nietos.
- Transporte público no adecuado.
- Falta de atención o cuidados.

Estas respuestas fueron agrupadas en las clasificaciones generales de abuso y maltrato, encontrando la siguiente frecuencia:

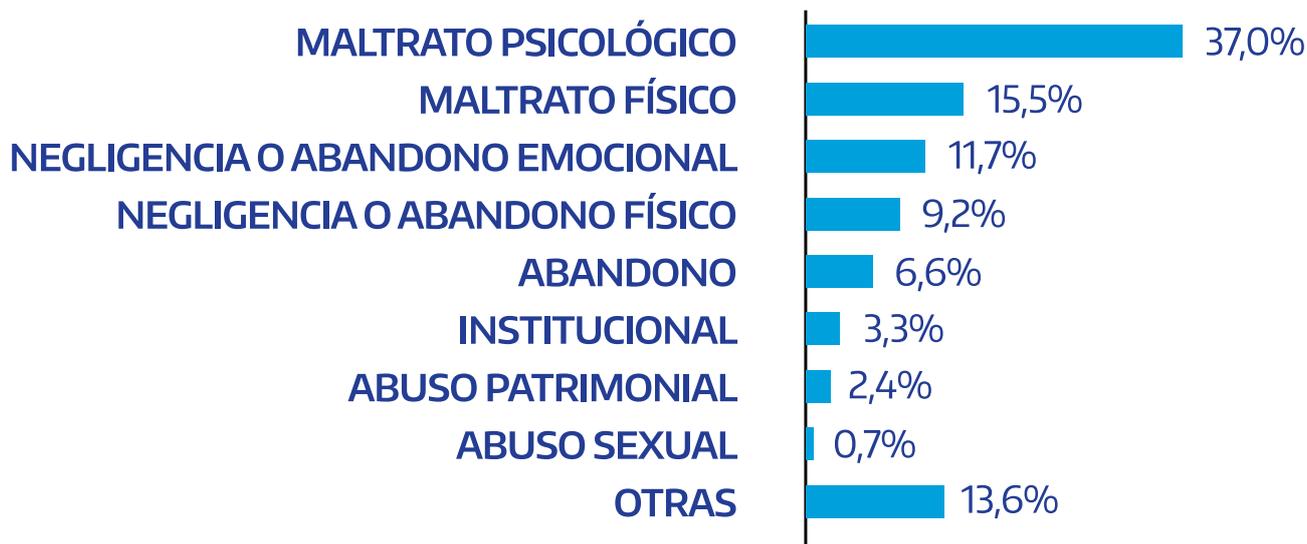


Figura 2. Percepción de abuso y maltrato

Fuente: Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores. Ministerio de Desarrollo Social (2009)

8. Representaciones negativas de la vejez y su relación con el desempoderamiento

Cuando las personas mayores se confrontan con ciertos cambios y limitaciones personales en un contexto cultural de prejuicios y estereotipos sociales negativos hacia la vejez, la consideración sobre sí mismos, lenta y progresivamente, irá disminuyendo. Comienzan a identificarse con la debilidad intelectual y física, con la improductividad, la discapacidad sexual, etc., limitando con ello su autonomía y autoconcepto.

El síndrome del quiebre social o aislamiento

Los investigadores Kuypers y Vern Bengtson describieron el proceso por el cual las personas mayores vitales y activas, ante ciertas experiencias negativas, comienzan a limitarse y aislarse socialmente. Esta teoría sugiere que el sentido de sí mismos, su habilidad para mediar entre la sociedad y su interés pueden resultar modificados por las calificaciones sociales negativas que reciben.

Este proceso de desempoderamiento sucede, particularmente, en nuestra cultura debido a la importancia de los valores asociados a la juventud y a la carencia de valores relativos a la vejez.

Este síndrome es como una espiral descendente que lleva a que el

sujeto termine aceptando la visión de incompetencia, enfermedad o asexualidad. Es decir, se observa cómo la identidad resulta dañada –en especial en los/as más vulnerables– por las representaciones sociales negativas sobre la vejez.

Los autores detallan un proceso de cuatro pasos a través de los cuales se incrementa la autopercepción negativa.

Primer paso: las personas mayores experimentan alguna condición de vulnerabilidad al vivenciar el retiro laboral, una enfermedad o la pérdida de un ser querido, en un ámbito de representaciones sociales prejuiciosas sobre esta etapa vital y donde el propio sujeto es parte de este sistema de creencias.

Segundo paso: la mirada prejuiciosa del entorno comienza a influenciar negativamente por las dudas que emergen sobre sus capacidades para resolver dicha situación y manejarse como lo venía haciendo. Esto contribuye a confirmar las propias creencias que tenía el sujeto.

Tercer paso: el proceso de fracaso social comienza cuando la persona mayor es inducida a adoptar el rol del enfermo, incapaz o limitado y termina identificándose con dicho rol.

Cuarto paso: la identificación con el rol socialmente esperado de la persona mayor produce una disminución de autoeficacia y autocontrol en el sujeto y, como si fuera un círculo vicioso,

entra en un proceso de deterioro de las evaluaciones que realiza sobre sí mismo, así como de los otros sobre él. Este círculo vicioso puede generar situaciones de pérdida de control y eficacia, así como aumento de indefensión, falta de coraje, baja autoestima y depresión.

Myers (1995) propone un proceso contrario que puede detener el anterior. Se denomina síndrome de reconstrucción social y es descripto como un modelo de intervenciones para evitar los efectos negativos del síndrome de quiebre social.

Este modelo incluye cambios sociales, ambientales y psicológicos en cualquier punto del proceso anterior. Entre los cambios de los prejuicios y estereotipos aparecen los nuevos roles sociales, las actividades significativas, las críticas al vejeísmo, las nuevas ideologías sobre el envejecimiento positivo, los cambios en los entornos para volverlos más accesibles, la eliminación de las barreras arquitectónicas, las intervenciones educacionales y las nuevas relaciones sociales de apoyo.

Es importante remarcar que ciertas condiciones facilitan el quiebre social, aunque siempre existen márgenes de probabilidad para volver a recuperar un sentido de la vida, personal y positivo.

9. Empoderamiento. Definiciones

“Lo importante no es lo que se ha hecho de nosotros sino lo que nosotros hacemos de nosotros mismos con

aquello que se ha hecho de nosotros.” Jean-Paul Sartre

La palabra “empoderamiento”² proviene del inglés *empowerment* y su significado es potenciación, apoderamiento y fortalecimiento. El verbo *to empower* significa dar o conceder poder; facultar, habilitar, capacitar, autorizar, dar poder de, potenciar, permitir, empoderar, otorgar el derecho (o la facultad) de, apoderar, comisionar.

El investigador Doneland (citado en Thursz, 2005) agrega al “dar poder” el “hacer posible”, y diferencia la primera significación como política de la segunda, al caracterizarla como más práctica.

Myers (1995) sostiene que el empoderamiento es el proceso por el cual se ayuda a la gente a ganar, a volver a conseguir y a mantener el poder o control sobre sus vidas.

Esta suma de significados se sintetiza en dos aspectos centrales: por un lado, mejorar la capacidad para y en la apropiación de poder y, por el otro, en la modificación positiva de su autoconcepto. Razón por la cual resulta preferible este anglicismo que la palabra “apoderamiento”, que solo refleja el tomar poder sobre algo, es decir, un aspecto del término.

En términos políticos, el empoderamiento es un nuevo modelo de confrontación

2. Definiciones extraídas de El Prisma, portal para investigadores y profesionales (www.elprisma.com).

social basado en el fortalecimiento de grupos que carecían de poder, al promover la revisión y transformación de los códigos culturales y de nuevas prácticas sociales propias de las sociedades multiculturales.

Empoderar, por ello, implica comprender cómo fue establecido un determinado discurso o idea de la realidad para volver a construirlo desde otra ideología y, fundamentalmente, intentando que aquello que era marginal se vuelva central.

Hartsock (1990) sostiene que, frente a ciertos discursos hegemónicos que fijan el poder de determinadas maneras, hay una contrapartida que es el modo generativo, definido como la capacidad que tienen algunas personas para estimular la actividad de otras y elevar su estado de ánimo, o como la manera de resistir y encontrar una salida distinta del malestar.

Kelly (1992) considera que “el término ‘empoderamiento’ se refiere a este ‘poder para’ y que se logra aumentando la capacidad de una persona de cuestionar y resistirse al ‘poder sobre’”. Es decir que “para poder” se debe ser capaz de cuestionar la creencia de que es el otro el que puede y no uno mismo.

El empoderamiento implica un proceso de reconstrucción de la identidad que supone la atribución de un poder, de una sensación de mayor capacidad y competencia para promover cambios en los aspectos personales y sociales de cada sujeto. Esta toma de conciencia de sus propios intereses, y de cómo éstos se relacionan con los intereses de otros,

produce una nueva representación de sí y genera la dimensión de un colectivo con determinadas demandas comunes.

Tipos de empoderamiento

En esta concepción ampliada del empoderamiento cabe observar tres dimensiones (Rowlands, 1997):

- **Personal:** supone el desarrollo de la confianza y la capacidad individual, así como la posibilidad de deshacer los efectos de la opresión interiorizada de los sujetos. Para ello resulta necesario tomar conciencia de las dinámicas del poder que operan en el contexto vital y promover habilidades y capacidades para lograr un mayor control sobre sí (McWhirter, 1991).
 - **Relaciones próximas:** se refieren al desarrollo de la capacidad de negociar e influir en la naturaleza de la relación entre los sujetos y en las decisiones que se toman dentro de ella.
 - **Colectivo:** implica el trabajo conjunto para lograr un impacto más amplio del que podrían haber alcanzado los sujetos individualmente. En este sentido, Dabas y Najmanovich (1995) utilizan la noción de “restitución comunitaria”, en tanto implica un acto político en que se produce sociedad y se construye una comunidad con la capacidad de brindar sostén, potenciación y resolución a los problemas.
- Por último, la base ideológica es uno de los ejes centrales de la posibilidad de empoderamiento, puesto que permite que

el sujeto se lea desde un sistema de ideas distinto y constituya una de las piezas que permitan su transformación identitaria. El objetivo último del empoderamiento es posibilitar que las personas mayores vivan de una manera que maximice sus habilidades para desarrollarse autónoma y positivamente y con estilos de vida satisfactorios (Myers, 1995).

Aun cuando hay personas mayores que requieren de un soporte social importante, la mayoría es capaz de mantener una plena autonomía. Muchas de ellas buscan ser partícipes en sus decisiones, sin percibirse a sí mismas como pacientes y no queriendo abandonar sus juicios por el juicio de los otros. Quieren seguir manteniendo el curso de su propio destino.

La participación social en la vejez

La palabra “participar” viene del vocablo latino *participare*, que significa “tomar parte”. Sin embargo, sus definiciones son múltiples y, en este caso, se destacarán aquellas que dan cuenta del sentido de participación como inclusión (tomar parte o ser parte), involucramiento (actuar y decidir) y capacidad (crear, modificar).

Estas nociones se desprenden del ejercicio de la autonomía, aunque se les agrega un valor de construcción de sí mismo a partir de la relación que establece el sujeto con los contextos significativos. Es por ello que la participación tiene cuatro dimensiones: la individual, las relaciones próximas, la colectiva y la institucional.

Participar es un derecho humano universal que garantiza, en el voto, en la queja, en la transformación de lo cotidiano o en la expresión de los afectos, la incidencia del sujeto sobre aquello que lo afecta y le importa.

Las estrategias dirigidas a la participación de las personas mayores se asocian con cada una de las dimensiones referidas y se encuentran estrechamente vinculadas con las dimensiones del empoderamiento:

- Desde una perspectiva personal implica promover la autonomía, entendida como la capacidad de decidir y actuar libremente, evitando la injerencia no deseada o la falta de estima de los otros; el ejercicio y desarrollo de la capacidad, pensada como el uso o la promoción de recursos para elaborar proyectos y desempeñarlos adecuadamente; el control sobre los cambios que se produzcan en el envejecimiento, entre los que se destacan el manejo de la salud y el cuidado de sí (por ejemplo, cuando una persona mayor decide estudiar, viajar, hacer deportes, formar una nueva pareja, etc.).
- Desde la perspectiva de las relaciones interpersonales, se considera que los ámbitos familiares o de relaciones próximas son espacios de inclusión de alta gravitación para las personas mayores, que requieren que se establezcan negociaciones claras sobre los lugares que ocupará cada uno. Las estrategias en esta dimensión implican aumentar la capacidad de decisión frente a los seres queridos y evitar el control del otro, ya sea a nivel

afectivo, económico o en las decisiones cotidianas; implica fortalecer las redes sociales de apoyo a través de otros que pueden ser relevantes (amistades, nuevas parejas o grupos), como, por ejemplo, la posibilidad de fijar nuevos límites con los/as hijos/as adultos/as que no lesionen la dignidad ni los intereses de las personas mayores.

- Desde la perspectiva de las relaciones comunitarias, la participación implica el no abandono de espacios valorados socialmente, como pueden ser los barriales, políticos, religiosos; la inclusión en nuevos espacios para personas de la misma edad o no, que abran posibilidades sociorecreativas, educativas o deportivas; el intercambio al interior de la comunidad, ya sea a través del voluntariado, de los encuentros intergeneracionales o de proyectos de la comunidad toda (por ejemplo, las universidades para mayores).

La participación se articula, claramente, con la noción de empoderamiento, dado que representa el soporte real y efectivo a partir del que un sujeto construye o pierde poder.

Así como las miradas prejuiciosas y estereotipadas sobre el envejecimiento desempoderan a las personas mayores, las diversas formas de empoderamiento y participación reescriben los modos de ser y vivir esta etapa vital.

Se trata de fortalecer las redes sociales de apoyo a través de otras personas como amistades, nuevas parejas o grupos.

El valor de la información

Los investigadores Whitbourne y Sneed (2004) mostraron el impacto de la información positiva y negativa sobre el envejecer. Las personas que recibieron información positiva sobre los estereotipos incrementaron sus capacidades para caminar, así como en actividades deportivas como la natación (Hausdorff, Levy y Wei, 1999).

La doctora Levy (2001) demostró que las personas mayores expuestas ante estereotipos subliminales negativos sobre la vejez aumentaban la respuesta cardiovascular. Otro estudio observó los efectos que los estereotipos poseen en la memoria de los sujetos, utilizando una computadora que presentaba palabras asociadas a imágenes positivas o negativas de la vejez. Las positivas mostraron favorecer un incremento de la memoria en los sujetos, mientras que las negativas tuvieron el efecto contrario (Levy, 1996).

En la misma búsqueda, una nueva investigación examinó la relación entre las autopercepciones negativas del envejecimiento y la longevidad. Este estudio de tipo longitudinal fue medido, durante 23 años, con 660 personas (338 hombres y 322 mujeres). Se demostró que en las personas con mejores percepciones sobre la vejez había un incremento promedio de 7,5 años de vida (Levy et. al., 2002).

El valor social de la vejez

Otra serie de investigaciones puso el acento en los efectos que tiene el valor social atribuido a las personas mayores, los roles, los propósitos vitales y el sentido de crecimiento personal y de metas y objetivos personales.

El reconocimiento de valor y utilidad social incide en un mejor nivel de funcionamiento psicológico y de calidad de vida y, al mismo tiempo disminuye el riesgo de mortalidad (Ekerdt, Bosse & Levkoff, 1985), o puede constituirse en un indicador de un envejecimiento exitoso (Fischer, 1995).

Una serie de investigaciones articuló el hecho de sentirse necesitados/as y útiles con la calidad y cantidad de vida. En Francia, un estudio longitudinal realizado en un período de cuatro años demostró que las personas que no se sienten útiles tienen mayores probabilidades de quedar discapacitadas (Grand et. al., 1988). En Japón (Okamoto y Tanaka, 2004) se llevó a cabo una investigación que demostró que las personas mayores de 65 años o más que no se sienten útiles para la sociedad, a diferencia de aquellas que sí lo sienten por realizar tareas de voluntariado social u otras, tienen dos veces más posibilidades de morir en los siguientes seis años.

Un estudio similar se desarrolló en Helsinki Aging Study (Pitkala et. al., 2004), donde hallaron que las personas de 75 años o más que se sienten necesitadas por los otros, a diferencia de aquellas que no lo sienten, tienen menos

probabilidades de morir en los siguientes diez años.

Otra investigación (Gruenewald et. al., 2007) basada en las anteriores trabajó con 1189 personas de entre 70 y 79 años, con un adecuado nivel físico y mental de funcionamiento durante un período de siete años. Los resultados revelaron que aquellos que no se sentían útiles fueron quienes más experimentaron un incremento en los niveles de discapacidad y de mortalidad a lo largo del tiempo, a diferencia de los que nunca o raramente se sentían inútiles o improductivos.

El dato más concluyente es que las personas mayores que no se sienten útiles tienen cuatro veces más posibilidades de discapacitarse o de fallecer que los que raramente lo sienten.

Las redes sociales de apoyo

La familia, según la perspectiva victoriana, consideró a las personas mayores siempre dentro del marco de la familia, llevando adelante perpetuos roles de abuelos/as. Sin embargo, las transformaciones en la concepción de la familia, así como la pérdida de lugares y de roles que tuvieron los mayores dentro de ella, dieron paso a nuevas alternativas sociales que fomentaron un modelo de envejecimiento con un fuerte desarrollo individual dentro de grupos de la misma generación, es decir, un estilo de vida más cercano a lo que les sucede a las personas del resto de las edades.



Las amistades y los grupos sociales ocuparon un lugar de mayor importancia en la constitución de un nuevo estilo de vida, así como en la contención y el cuidado ante problemáticas que antes se consideraban funciones exclusivas de la familia.

Diversos estudios muestran que las amistades inciden favorablemente en esta etapa vital. Una investigación realizada por Soliverrez (2005) en Mar del Plata presenta entre sus resultados que, para las personas mayores, la familia reviste vital importancia en lo que respecta a su bienestar, pero las amistades son quienes realmente contribuyen, de manera significativa, a mejorar la sensación que esa persona tenga de su forma de vida.

Otra investigación realizada por Giles (2005), en Australia, agrega que las personas mayores con grupos de amigos/as tienden a tener una expectativa de vida más larga que aquellas que tienen pocas amistades. La investigadora considera probable que las amistades refuercen la autoestima y promuevan un bienestar psicológico en el sujeto, al contar con una persona que puede estimularlo a cuidarse y mejorar su salud.

Otras investigaciones demuestran que las amistades y las redes sociales promueven estrategias de resolución de conflictos ante diversas situaciones promovidas en el envejecimiento.

Muchas personas mayores encuentran en los grupos de amigos/as la posibilidad de proyectar su vida de una manera más personal y con menos limitaciones

que en sus grupos familiares, sin que esto implique que haya un conflicto con ellos, dado que la propia organización familiar los identifica con ciertos roles estereotipados, más tradicionales, como el del abuelito/a, que pueden terminar siendo coercitivos.

La integración y la participación comunitaria han sido consideradas entre los factores que tienen mayor impacto sobre los niveles de calidad de vida en la vejez. Al respecto, en un estudio realizado en Mar del Plata se constató que las personas mayores consideraban que disponer de buenas relaciones familiares y sociales era un aspecto de gran relevancia para la calidad de vida en la vejez (Arias y Scolni, 2005). Los hallazgos de otro estudio desarrollado en la misma ciudad mostraron que las personas mayores que poseían niveles de participación, integración y apoyo informal más elevados presentaban las mayores puntuaciones en satisfacción vital (Arias et al., 2005).

La formación de redes, la participación en variadas organizaciones y la integración comunitaria tienen estrecha relación con procesos de empoderamiento en las personas mayores. La participación organizada aumenta las posibilidades de resolver los problemas que los involucran, de tomar decisiones y de mejorar sus condiciones de vida.

Desde su surgimiento en las últimas décadas, las organizaciones de personas mayores se han multiplicado de manera

considerable. En la actualidad existen múltiples grupos y redes de personas mayores, tanto en el ámbito nacional como en el internacional. Muchas de ellas se han formado de manera autogestiva y con distintos fines. Mientras en algunos casos el motivo de su creación ha sido explícitamente reivindicatorio y se han caracterizado por la lucha por garantizar sus derechos, en otros el objetivo ha sido, sencillamente, generar espacios de reunión, de realización de actividades culturales, sociales, deportivas y recreativas. La participación en este tipo de organizaciones y redes de personas mayores brinda la posibilidad de ser protagonistas en el análisis de sus problemas, en la búsqueda de soluciones, en el incremento de la autoconfianza y de la competencia (Gracia Fuster, 1997), así como en el logro del desarrollo y fortalecimiento individual y social.

En definitiva, e independientemente del fin por el cual hayan surgido, la creación, el sostenimiento y la participación en estas redes son a la vez causa y consecuencia del empoderamiento de las propias personas mayores, amplían su capacidad de participación política y social y las proyectan como grupo de presión y de poder (Gascón, 2002).

Proyectos y proyecciones

Todo ser humano requiere de proyectos que den sentido a la existencia. Se verifica una serie de factores que conducen a que, con el envejecimiento, haya que rearmar

el proyecto vital. ¿Por qué? Buena parte de las responsabilidades que se percibían como obligatorias pueden dejar de tener validez, sea porque la persona se jubila o porque los mandatos familiares ya no pesan de la misma manera, haciendo que ahora deba elegir.

Las miradas negativas sobre la vejez generan que la persona mayor pueda no sentirse útil o necesaria, al promover que hay menos objetivos en esa etapa de la vida.

La cercanía del fin de la vida lleva a pensar más en el hoy que en un lejano futuro.

Las investigaciones nos muestran que las personas mayores tienen un sentido de desarrollo personal y propósito vital menor que las de otras edades, ya que muchas de las motivaciones socialmente impuestas, como el trabajo o el cuidado familiar, ya han sido resueltas. Por este motivo, resulta de fundamental importancia la construcción de proyectos y proyecciones positivas de sí mismos que brinden la vitalidad y el deseo de un mañana.

El sentido vital se define como el conocimiento de un orden que otorga coherencia y propósito a la propia existencia, persiguiendo objetivos y metas que brinden una sensación de valor o utilidad personal y promuevan una mayor satisfacción vital y autoestima, o lo que Krause sintetiza como el “fuerte sentido de un propósito en la vida”.

Trujillo García describe la relación del sentido con la práctica concreta de esta manera: “Al propósito límpido que justifica

toda la existencia, que les daría dirección a las acciones si estas llegasen a realizarse, ahora hay que traducirlo en obras, darles dimensiones temporal y espacial. En otras palabras, al sueño que ilumina la existencia hay que ponerle patas. [...] Hay mucho de relacionalidad entre su sentido y la vida de los hombres: el sentido se insinúa y el ser humano responde, la respuesta satisface en tanto se acerque al sentido, o frustra, en tanto se aleje. Hay un juego, una danza, un baile rítmico entre la persona humana y su sentido vital: este jamás se alcanza plenamente, pero siempre parece que se acerca lo suficiente como para lograr asirlo. Así, jugando, pasa la vida de quien se divierte porque tiene mil razones para estar contento, mientras sabe que tiene toda la vida por delante para jugar al juego que eligió” (2005).

El sentido y sus prácticas pueden permitir al sujeto desarrollar proyectos en la actualidad, a través de nuevos contextos que provean posibilidades de desarrollo, a partir de la transmisión a otros o incluso a partir de la trascendencia, al ser capaz de entrever su muerte.

El compromiso es uno de los elementos esenciales para llevar a cabo lo que se elige. Esto implica disciplina y pasión, ya que el proyecto de vida implica que guste, pero también que se pueda sostener en el tiempo.

Conclusión

Cada uno de estos ejes permite concebir las adecuaciones necesarias frente a cada

etapa vital, lo cual es, al mismo tiempo, un modo de pensar el apoyo que se pueda brindar a una persona en cada espacio de encuentro. Entender que ciertas limitaciones puedan aparecer permite comprender que el desarrollo psicológico surge en las múltiples acomodaciones, asimilaciones y proyectos que van surgiendo, y aun cuando ello implique achicamientos o ajustes en ciertos campos, supone el mayor crecimiento a nivel de la persona.

Por último, el proyecto o la proyección de sí durante el envejecimiento es una apuesta de sentido cuando ya nadie demanda nada a las personas mayores de manera obligatoria, como trabajar, atender a nuestros hijos, etc. Es allí donde cada persona que trabaja con mayores debe acompañar la apuesta por el más puro deseo, entendiendo la importancia de que, en algún momento de la vida, la persona haga lo que se le dé la gana, para lo que solo hacen falta el sostén de la actitud, el compromiso y la continuidad.

Poder proyectar un PAMI que pueda evitar las diversas formas de violencia e incentivar el empoderamiento es el principal desafío que se busca alcanzar. Cada uno y cada una, desde sus espacios de trabajo, por más pequeño que parezca nuestro gesto, podrá mejorar, ni más ni menos que la calidad de vida de la persona mayor en nuestro país.

Bibliografía

- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.) *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1986/1987). *Pensamiento y acción. Fundamentos sociales*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Butler R. (1974). Successful Aging and Role of Life Review, *Journal of the American Geriatric Society*, 22, 529-535.
- Crocker, J., Major, B., y Steele, C. (1998). Social stigma. En Fiske, S., Gilbert, D. y Lindzey, G. (Eds.) *Handbook of Social Psychology*, vol. 2 (pp. 504-53). Boston, MA: McGraw-Hill.
- Freund A. y Baltes P. (1999). Selection, Optimization, and Compensation as Strategies of Life Management: Correction to Freund and Baltes. *Psychology and Aging* 14 (4), 700-702.
- Iacub, R. (2011). *Identidad y Envejecimiento*. Paidós: Buenos Aires.
- Iacub, R. (2006). *Erótica y Vejez. Perspectivas de Occidente*. Paidós: Buenos Aires.
- Iacub, R. (2002). La post-gerontología: hacia un renovado estudio de la gerontología. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34.
- Levy, B. R., Slade, M. D., Kasl, S. V. (2002). Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on functional health. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 57B, P409-P417.
- Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., Kasl, S. V. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 261-270.
- Lieberman y Falk (1971). The remembered past as a source of data for research on the life cycle. *Hum. Dev.* 14, 132-141.
- Okamoto y Tanaka (2004). Subjective usefulness and 6 year mortality risks among elderly persons in Japan. *Journal of Gerontology Psychological Sciences*, 47, 246-249
- Olson, L. K. (1982). *The Political Economy of Aging: The State, Private Power, and Social Welfare*. New York: Columbia University Press.
- Organización Mundial de la Salud (1999). *El movimiento mundial en pro del envejecimiento activo*. Ginebra, Suiza: OMS. Programa Envejecimiento y Salud.
- Palmore, E. B., Cleveland, W. P., Nowlin, W. P., Ramm, D. & Siegler, I. C. (1985). Stress and adaptation in later life. *Journal of Gerontology*, 34, 841-851.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. New York: Free Press.
- Staudinger, U. (2001). Life reflection: A social-cognitive analysis of life review. *Review of General Psychology*, 5, 148-160.
- Trujillo García, S. (2005) "Agenciamiento individual y condiciones de vida" en *Revista Universitas Psychologica*, 4 (2): 221-229.



CAPÍTULO 3

Herramientas para una comunicación empática

Mg. Vicente De Gemmis, Mariela Rodríguez y Victoria Salvat.

¿Qué es la empatía? La importancia de la escucha. ¿Qué es la escucha activa? El límite entre la empatía y el involucramiento emocional. La mejor respuesta posible vs. la respuesta ideal. La importancia de dar contexto al mensaje. La respuesta ante la urgencia: redes comunitarias y equipo de apoyo. ¿Cómo evitar la sensación de frustración personal o de impotencia?

1. ¿Qué es la empatía?

En este módulo analizaremos el concepto de empatía en el campo gerontológico y su puesta en práctica en el trabajo con personas mayores.

La empatía se define como el sentimiento de identificación con algo o con alguien. También puede conceptualizarse como la capacidad de identificarse con alguien y compartir sus sentimientos. En la vida cotidiana asimilamos este concepto con una imagen potente que es la de “ponerse en el lugar del otro” o “en los zapatos del otro”. De este modo, la empatía es definida también como la habilidad de compartir, comprender y acompañar la situación emocional por la que atraviesa otra persona (Laffaye, 2019).

Como punto de partida tomaremos la cognición social, perspectiva teórica del campo de la psicología que estudia los procesos mentales complejos vinculados a la interacción social y a la conducta que nos moviliza como sujetos sociales. Según Laffaye, la cognición social engloba al conjunto de habilidades que nos permiten:

1. Percibir y distinguir claves sociales propias y de los demás.
2. Interpretar y comprender comportamientos, creencias y emociones propias y ajenas.
3. Dar respuestas a estas inferencias y así guiar la conducta social.

Esta teoría incluye la percepción de

las emociones de los demás, lo que se denomina empatía emocional (McDonald, 2013). Se señala que para poder empatizar con otras personas es imprescindible tener conciencia de las propias experiencias y puntos de vista, porque son estas visiones las que se comparan con las de los demás; estas pueden ser similares o diferentes a lo que la otra persona siente o piensa (Decety, Meyer; 2008).

Para poder analizar estos conceptos proponemos una frase de Alejandro Dolina que refiere a la noción de empatía:

“Eso que llaman empatía es el componente decisivo más poderoso de mi esperanza social. Lo que más me preocupa es el sufrimiento ajeno. Te impide ser feliz del todo, pero es preferible no poder ser enteramente feliz antes que poder serlo y ser un canalla”.

Ponerse en el lugar del otro podría pensarse como la posibilidad de atravesar una situación, una acción de otra persona, como si fuera propia.

En el desempeño de nuestras tareas, ponerse en “el lugar del otro” cobra un sentido específico: significa que acompañaremos a quienes necesitan de nuestra gestión de la manera más humana posible.

Hasta aquí hemos definido la noción de empatía. Pero ¿cómo podemos incluirla como una herramienta de trabajo? ¿Con qué otras herramientas podemos acompañarla para mejorar nuestra actividad laboral?

En el desempeño de nuestras tareas, ponerse en “el lugar del otro” cobra un sentido específico: significa que vamos a acompañar a quienes necesitan de nuestra gestión de la manera más humana posible. Pero esto no implica que podamos RESOLVERLE TODO a la persona que requiere nuestra asistencia. Veamos a continuación qué podemos hacer entonces.

2. Doble movimiento: afectarnos-disociarnos

Una estrategia posible para ejercer nuestro trabajo con empatía y ser eficaces en la intervención es realizar el doble movimiento: afectarnos-disociarnos.

Afectación: ¿qué significa afectarnos?

Lo que le acontece a la otra persona nos afecta. Para contener a otra persona es necesario dejarnos afectar por lo que nos relata, evitando dar una respuesta automática.

Para reflexionar sobre este término acudimos al pensamiento de Fernando Ulloa:

“Hablar de ternura en estos tiempos de ferocidades no es ninguna ingenuidad.

Es un concepto profundamente político. Es poner el acento en la necesidad de resistir la barbarización de los lazos sociales que atraviesan nuestros mundos”.

Este autor nos invita a pensar en la ternura como el componente que hace a la persona un ser social. Según Ulloa, en el desarrollo de la vida social, desde el nacimiento, existen tres suministros de la ternura: el abrigo, para los rigores de la intemperie; el alimento, para los del hambre; y el buentrato. Es, precisamente, en la experiencia que atravesamos como personas desde el nacimiento y a través de distintos dispositivos sociales (la familia, la escuela, los ámbitos laborales) donde se construirá el buentrato hacia los demás como base del sujeto comunicacional.

La escucha activa

Para afectarnos y llevar adelante una comunicación empática es importante mantener una escucha activa.

La escucha activa es una habilidad que consiste en atender a la totalidad del mensaje que se recibe, no solo escuchar el contenido de lo que se dice, sino también el “cómo se dice, para qué se dice”, atendiendo a los elementos no verbales y paraverbales, haciendo una lectura de lo que la persona manifiesta en su corporalidad y gestualidad.

La escucha activa no es una capacidad innata sino una habilidad que podemos

aprender, desarrollar y transformar todo el tiempo. Se trata de un proceso donde actúan nuestros sentidos, así como nuestra parte intelectual y afectiva. Entendemos que escuchar no es solo una cuestión biológica relacionada con nuestra capacidad auditiva sino que requiere de un posicionamiento de nuestra parte para entender al otro/otra, agudizar la observación y mantener una comunicación empática.

1. Hacer silencio: eso nos permite escuchar y que la otra persona pueda explayarse.

2. Procurar que la persona se sienta en confianza y con libertad de hablar. En este sentido, es importante no emitir ni demostrar juicios de valor.

3. Demostrar que se está dispuesto a escuchar: se trata de adoptar una posición abierta y activa, manifestando interés. Nuestra actitud corporal y gestual también debe mostrarse dispuesta: podemos inclinarnos hacia adelante o afirmar con la cabeza cuando la otra persona hable.

4. Ser paciente. Tomarnos el tiempo necesario.

5. Conducir la conversación sin interrumpir. Para ello suele ser útil resumir, preguntar y parafrasear.

La escucha activa nos permite comprender y atender, con cuidado, lo que dice la otra persona, incrementando nuestras posibilidades de generar empatía. Para llevar adelante una escucha activa es importante que comencemos a prestar atención a algunas cuestiones a la hora de mantener una conversación con alguien.

Además, debemos percatarnos del estado emocional de la persona, dejando nuestras propias emociones en suspenso.

Disociación: disociarnos para resolver

Retomamos el doble movimiento: afectación–disociación. Como señalamos anteriormente, en primer lugar necesitamos afectarnos, es decir, tener cierta resonancia emocional y, en segundo lugar, buscaremos disociarnos de la situación que la otra persona nos plantea.

La disociación nos permite operar, es decir, gestionar una acción resolutive. Desde este movimiento instrumental, que es pendular entre afectación–disociación, podemos ofrecer la mejor respuesta posible, aunque no sea la resolución absoluta o lo que las otras personas pueden considerar como una solución definitiva.

José Bleger denominó “disociación instrumental” a la herramienta que permite desarrollar este proceso. Esta herramienta, que proviene del campo de la psicología, consiste en un movimiento

que puede entenderse como una “división interna”: por una parte, el trabajador o trabajadora desarrollan una actitud de cercanía emocional; y, por otra, se mantienen lo suficientemente distantes cognitiva y emocionalmente como para permitirse pensar sobre lo que escuchan y realizar su intervención.

De este modo, en el ámbito laboral podemos comprender que empatizar no es halagar, no es ofrecer seguridad, ni compasión o lástima, sino, por el contrario, la empatía favorece la confianza y genera una interacción relacional honesta y genuina.

“Corazón caliente para entender y cabeza fría para operar”.

(Alfredo Moffat, 1982)

3. Modelos de atención: cuidado vs. atención

Algunos conceptos que abordaremos provienen del Movimiento Salud Colectiva/Medicina Social, que aportan una mirada sobre la diferencia entre el concepto de cuidado y el de atención.

El cuidado posee un sentido más amplio e integral que la atención. El cuidado propone relaciones horizontales, simétricas y participativas que podemos implementar en el ámbito gerontológico. (Stolkiner, Ardila 2012).

Los trabajadores y trabajadoras del campo gerontológico (profesionales y

no profesionales) formamos parte del proceso de cuidado que se ve reflejado en las prácticas sociosanitarias e impactan en la vida cotidiana.

Hay que pensar que en el encuentro entre una persona trabajadora y una usuaria, así como entre compañeros y compañeras, se construye y se produce el acto de cuidado. De este modo se vincula el cuidado con la gestión.

El uso del término “cuidado” se relaciona estrechamente con la dimensión vincular/afectiva. De este modo, en la gestión de los servicios y la organización del trabajo en el campo gerontológico se plantea que lo vincular es el eje desde el cual se deben organizar los sistemas y servicios de salud. Una de las razones que justifican esta condición es que el trabajo en el campo gerontológico tiene como especificidad el hecho de que su objeto es, fundamentalmente, un sujeto (Ardila, Michalewicz, 2014; Testa, 1993).

La dimensión subjetiva del trabajo

El trabajo puede definirse como un conjunto de actividades desplegadas por una organización, pero a su vez el trabajo constituye “...lo que hay inventar, agregar, ajustar y adaptar de las prescripciones dadas por la organización de trabajo” (Wlosko, 2015).

En toda actividad laboral existe una brecha entre el trabajo prescripto y el trabajo real. Se trata de una distancia

irreductible entre la tarea establecida por la organización y la actividad concreta que lleva a cabo el personal. Cuando se asume una tarea desde el punto de vista estrictamente normativo, decimos que se está trabajando “a reglamento”. Sin embargo, en cada acto el trabajador o la trabajadora incluyen su discurso, su creatividad, su experiencia, su modo singular de realizar esa actividad (Wlosko, 2015).

La ética del cuidado

Desde el campo de la psicología se aborda la dimensión ética del cuidado. Así, se plantea el cuidar como una posición en relación con otra persona. Esta posición se basa en reconocer a la otra persona como semejante. A su vez, da lugar a construir prácticas cuidadoras como aquellas que se caracterizan por el buentrato, el miramiento y la empatía (Michalewicz, Pierri, Ardila, 2014).

Esto nos remite al concepto de hospitalidad. Según Derrida, la hospitalidad nos permite pensar en la apertura a la otredad, en la afirmación de ese otro y su respeto, a pesar de que, inevitablemente, nos resulte incomprensible.

La hospitalidad no puede ser pensada desde un marco regulatorio, ya que el acontecer de los otros no es regulable ni anticipable. En efecto, la hospitalidad se plantea como la posibilidad “...de una apertura hospitalaria al otro en tanto compromiso con el otro, respeto de la

diferencia, aun cuando la apertura solo pueda ser deficiente y provisional, o justamente por ello.” (Derrida, 1999; Balcarce 2014).

4. Obstáculos en el trabajo cotidiano

“Todos nuestros operadores se encuentran ocupados”.

En la actualidad, la espera en el teléfono o ciertas respuestas automáticas se reproduce un discurso cerrado y mecanizado.

Este formato despersonalizado nos remite a la idea de un comportamiento maquinal y no humano. ¿Qué estrategias y herramientas podemos incorporar para revertirlo o evitarlo?

“Toda ley escrita no es más que una abreviatura, una simplificación -a menudo imperfecta- de lo que tu semejante puede esperar concretamente de ti, no del Estado o de sus jueces”. (Savater, F., 2011)

Debemos tener en cuenta que las prácticas que desempeñamos como trabajadores y trabajadoras del campo gerontológico exceden las prescripciones de la organización.

Según Franco y Merhy, las actividades de quienes integran las instituciones rigen su funcionamiento; en ellas trabajadores y trabajadoras intervienen desde su singularidad, que se refiere al modo particular en que cada persona desarrolla su tarea.

Como en toda disciplina, en el trabajo con personas mayores interviene siempre una dimensión subjetiva que se pone en juego en cada práctica. Esta dimensión subjetiva constituye el hacer transformador de la persona que trabaja, en el que técnica y subjetividad se combinan. La producción del cuidado en el campo gerontológico puede ser pensada como una caja de herramientas. En esta caja podemos identificar el proceso de habla y de escucha, el alojamiento de un vínculo, un posicionamiento ético, la articulación de saberes, etc.

“Yo no tomo las decisiones”

El término responsabilidad tiene su origen en la palabra “responsable” que, a su vez, procede del latín *respōnsum*, supino de *responderē*, que significa “responder” en el sentido de obligarse, de comprometerse a algo.

Por otro lado, es importante distinguir el sentido de responsabilidad del sentimiento de culpa. En algunas situaciones se puede vivenciar una sensación de impotencia por no poder decidir o no poder resolver



una necesidad. Esta situación genera malestar, frustración y angustia. Por esta razón es necesario tomar distancia ante aquello que no podemos resolver, separando el sentimiento de culpa del sentido de responsabilidad.

Ahora bien: es posible que, aun afrontando una situación que no podamos resolver, actuemos con responsabilidad, hospitalidad y empatía. Consideramos que la imposibilidad de dar solución a un determinado pedido puede llegar a transformarse, no obstante, en una respuesta si se produce, durante la interacción, una escucha contenedora.

No estamos solos: acompañar acompañados

Escuchar activamente es también dar una respuesta.

Asimismo, para dar una respuesta -en los términos que venimos exponiendo- es necesario reconocer que ninguna situación es individual. Por el contrario, toda situación es social, en todas nos encontramos inmersos en relaciones sociales y en estructuras organizacionales que contextualizan las interacciones: por ejemplo, ser un miembro del personal o una persona afiliada al Instituto.

Franco y Merhy revisan la visión extendida del mundo del trabajo que sostiene que las y los trabajadores no pueden modificar las estructuras previamente establecidas, ya que estarían totalmente capturados y determinados por ellas. Para los autores,

los procesos de trabajo no ocurren solo en una estructura organizada sino que los sujetos y sus flujos de comunicación se superponen a las estructuras y expanden aquello que es organizado de antemano.

Los autores señalan que estas conexiones comunicativas poseen una gran potencia productiva y crean caminos alternativos en los procesos de trabajo, cuando los sistemas productivos ya no corresponden a ciertas expectativas de quienes trabajan.

Construyendo puentes

Es fundamental el encuentro con el otro; puede ser el comienzo de un cambio, de un intento de respuesta.

En la vida laboral se nos presentan, muchas veces, situaciones que no son fáciles o, incluso, que no son posibles de resolver. En este capítulo abordamos algunos aspectos de la comunicación empática en los procesos laborales y propusimos algunas herramientas que pueden sernos de utilidad, por ejemplo: el doble movimiento afectarnos-disociarnos, la escucha activa, la diferenciación entre cuidado y atención, la hospitalidad, la relación entre responsabilidad y respuesta, etc.

Según Merhy y Franco, en todos los procesos de trabajo existen relaciones mediadoras entre las personas que trabajan y las usuarias. Ambos se encuentran activos en la producción del cuidado y sus relaciones que cobran una gran intensidad al ser atravesadas por aspectos singulares e intersubjetivos.

Entendemos que gestionar en los sistemas sociosanitarios es siempre con otros, en una interacción constante. De este modo, cuando algo desarma a una persona, o ante una situación de imposibilidad, aparece la presencia de alguien que acompaña, que rearma, más allá de la resolución concreta del problema. El reconocimiento genuino de las dificultades es angustiante. El acompañamiento es, muchas veces, una forma de disminuir ese nivel de angustia. Los obstáculos que en la vida cotidiana pueden ser desconcertantes y generadores de angustia por la dificultad que representan para una persona parecen ser más asequibles con la ayuda de otro, con el acompañamiento de otro.

La idea de autonomía no es la de hacer en soledad, no es de la ser libre en soledad, sino la del desarrollo de los vínculos. Son los vínculos los que nos hacen libres.

Bibliografía

- Balcarce, G. (2014) Hospitalidad y tolerancia como modos de pensar el encuentro con el otro. Una lectura derrideana. *Estud.filos* ISSN 0121-3628 nº50 diciembre de 2014. Universidad de Antioquia pp. 195-213.
- Batista Franco, Túlio y Merhy, Emerson Elias (2009). Mapas analíticos: una mirada sobre la organización y sus procesos de trabajo. *Salud Colectiva*, 5 (2), 181-194.
[Fecha de Consulta 4 de Enero de 2021]. ISSN: 1669-2381. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.o>
- Bleger, J. (2015) *Psicología de la conducta*. Ed. Paidós.
- Laffaye, T. (2019) *Rehabilitación de la cognición social, en Rehabilitación Cognitiva. De la teoría a la práctica profesional*. Teresa Torralva, María Roca y Catalina Raimondi. Ed El Ateneo.
- Michalewicz, A.; Pierri, C; Ardila-Gómez, S. (2014) *Del proceso de salud/enfermedad/Atención al Proceso Salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización*. Anuario de Investigaciones, vol. XXI, pp. 217-224. Universidad de Buenos Aires.
- Moffat, A. (1982) *Terapia de crisis, teoría temporal del psiquismo*. Editorial Búsqueda.
- Savater, F. (2011). *Ética para amateur*. Editorial Ariel, Barcelona, España.
- Stolkner, A. y Ardila Gómez, S. (2012). *Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: Consideraciones desde el pensamiento de la medicina social / salud colectiva latinoamericanas*. VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría, XXIII (101), 57-67.
- Torralva, T; Roca, M., Raimondi, C. (2019) *Rehabilitación cognitiva. De la teoría a la práctica profesional*. Ed. El Ateneo.
- Ulloa, F. Panel. (2005) *Brecha social, diversidad cultural y escuela. Sociedad y crueldad*. Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación Dirección Nacional de Gestión Curricular y Formación Docente Área de Desarrollo Profesional Docente Seminario internacional La escuela media hoy. Desafíos, debates, perspectivas. Córdoba, Argentina.
- Wlosko, M. (2015) *Clínica de los procesos subjetivos en relación al trabajo: el abordaje de la Psicodinámica del Trabajo*. VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat. Vol. XXVI: 417-426
- Balcarce, G. (2014) Hospitalidad y tolerancia como modos de pensar el encuentro con el otro. Una lectura derrideana. *Estud.filos* ISSN 0121-3628 nº50 diciembre de 2014. Universidad de Antioquia pp. 195-213.
- Batista Franco, Túlio y Merhy, Emerson Elias (2009). *Mapas analíticos: una mirada sobre la organización y sus procesos de trabajo*. *Salud Colectiva*, 5 (2), 181-194.
[Fecha de Consulta 4 de Enero de 2021]. ISSN: 1669-2381. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.o>
- Bleger, J. (2015) *Psicología de la conducta*. Ed. Paidós.
- Laffaye, T. (2019) *Rehabilitación de la cognición social, en Rehabilitación Cognitiva. De la teoría a la práctica profesional*. Teresa Torralva, María Roca y Catalina Raimondi. Ed El Ateneo.
- Michalewicz, A.; Pierri, C; Ardila-Gómez, S. (2014) *Del proceso de salud/enfermedad/Atención al Proceso Salud/enfermedad/cuidado: elementos para su*

conceptualización. Anuario de Investigaciones, vol. XXI, pp. 217-224. Universidad de Buenos Aires.

- Moffat, A. (1982) Terapia de crisis, teoría temporal del psiquismo. Editorial Búsqueda.

- Savater, F. (2011). Ética para amador. Editorial Ariel, Barcelona, España.

- Stolkiner, A. y Ardila Gómez, S. (2012). Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: Consideraciones desde el pensamiento de la medicina social / salud colectiva latinoamericanas. VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría, XXIII (101), 57-67.

- Torralva, T; Roca, M., Raimondi, C. (2019) Rehabilitación cognitiva. De la teoría a la práctica profesional. Ed. El Ateneo.

- Ulloa, F. Panel. (2005) Brecha social, diversidad cultural y escuela. Sociedad y crueldad. Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación Dirección Nacional de Gestión Curricular y Formación Docente Área de Desarrollo Profesional Docente Seminario internacional La escuela media hoy. Desafíos, debates, perspectivas. Córdoba, Argentina.

- Wlosko, M. (2015) Clínica de los procesos subjetivos en relación al trabajo: el abordaje de la Psicodinámica del Trabajo. VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat. Vol. XXVI: 417-426

Bibliografía Ampliatoria

- Franco T B, Merhy, E. (2011) El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. Salud Colectiva , 1ª ed. Buenos Aires, Salud Colectiva. <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/251>

- Ulloa, F. (1998) La “encerrona trágica” en las situaciones de tortura y exclusión social. Pensar el dispositivo de la crueldad,. <https://www.pagina12.com.ar/1998/98-12/98-12-24/psico01.htm>

- Wlosko, M, Ros C. (compiladoras, coordinadoras) El trabajo: entre el placer y el sufrimiento. Aportes desde la Psicodinámica del Trabajo (2019) Ediciones EDUNLA - Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires, Argentina. (Texto adjunto en PDF)





CAPÍTULO 4

Perspectiva de género y diversidad sexual

Adriana Herrero y Sebastián Amaro

¿Qué es la perspectiva de género y diversidad sexual?
Heteronormatividad. Cisexismo. Ley de Identidad de Género.
Lenguaje inclusivo. Violencia por razones de género.
Violencia por razones de género en la vejez. Herramientas básicas
para el abordaje de situaciones de violencia basadas en el género.
Micromachismos y masculinidades.

Introducción

Los derechos conquistados por los movimientos feministas y de diversidad sexual en los últimos 15 años implican, en términos institucionales, el desafío de incorporar dichas perspectivas, de manera transversal, en las políticas públicas.

La decisión de la directora ejecutiva del INSSJP-PAMI, Lic. Luana Volnovich, de crear la Secretaría de Derechos Humanos, Gerontología Comunitaria, Género y Políticas de Cuidados, que contiene a la Subgerencia de Políticas de Género, Diversidad Sexual y Disidencias, constituye una apuesta institucional sin precedentes en un organismo público responsable de brindar servicios sociosanitarios y de salud integral a sus más de 4.900.000 personas afiliadas.

En esta línea, el primer gran compromiso de la Dirección Ejecutiva en materia de género y diversidad sexual ha sido adherir, a través de la resolución 103/2020, a la Ley 27.499, conocida como Ley Micaela.

A partir de esta resolución se elaboró un curso virtual obligatorio de 6 unidades, en las que se abordan conceptos en materia de género y diversidad sexual, en un marco de demandas históricas y entrelazadas con la perspectiva gerontológica.

En esta ocasión nos proponemos presentar conceptos básicos que, desde la Subgerencia de Políticas de Género, Diversidad Sexual y Disidencias, consideramos fundamentales para

interactuar con las personas afiliadas, así como también para repensar nuestras prestaciones y realizar nuestro trabajo cotidiano.

Esperamos que en las siguientes páginas surjan inquietudes y se encuentren ideas y herramientas que contribuyan a incorporar progresivamente la perspectiva de género y diversidad sexual, a los fines de evitar situaciones de violencia basadas en el género en el ámbito institucional y fortalecer, a su vez, el enfoque de derechos humanos en cada prestación o trámite que las personas requieran del Instituto.

1. ¿Qué es la perspectiva de género y de diversidad sexual?

Una perspectiva es una forma de abordar, de acercarnos o mirar determinados temas desde un punto de vista específico. La nueva forma de mirar que presentamos permite poner el foco en aspectos poco explorados y centrar el interés en aquellos grupos socialmente vulnerados.

En este sentido, la perspectiva gerontológica, por ejemplo, permite abordar diferentes temas develando las relaciones de poder ancladas en la edad y poniendo a las personas mayores en situación de igualdad frente a otros grupos etarios. Del mismo modo, la perspectiva de género y de diversidad sexual permite visibilizar que las relaciones sociales se construyen a partir de un orden social en el que el género

y la orientación sexual condicionan el modo desigual en que se producen los vínculos entre las personas a partir de estos atributos.

La desigualdad establecida a partir del género, la orientación sexual y la edad ubican socialmente a las mujeres mayores y a las personas LGBTIQ+ en un lugar de vulnerabilidad. Así, vemos que las personas mayores son discriminadas en sociedades viejistas, de modo similar son discriminadas las feminidades y diversidades sexuales en sociedades patriarcales y las personas cuyos rasgos físicos no evidencian antecedentes europeos son vulneradas en sociedades racistas.

Por lo tanto, la incorporación de una perspectiva de género y de diversidad sexual es un proceso gradual de aprendizaje y deconstrucción que implica preguntarnos acerca de las desigualdades sociales entre las personas en torno al género, la orientación sexual y la identidad de género, con el fin de contribuir a la creación de entornos libres de violencia. Introducir la perspectiva de género y de diversidad sexual en el trato cotidiano con las personas afiliadas y también con quienes compartimos el ámbito de trabajo implica apostar por un mundo con mayor igualdad de oportunidades, más derechos y justicia social.

Una perspectiva de género y de diversidad sexual nos permite enfocar y visibilizar las desigualdades que afectan a las personas, a las instituciones y a todas las interacciones sociales a partir del género,

la orientación sexual y la identidad de género. Esta desigualdad está en el origen de todas las formas en que se manifiesta la violencia, tales como la discriminación, el abuso, el maltrato, las agresiones, la falta de acceso a empleos, la menor remuneración, la sobrecarga de trabajo no remunerado, etc.

2. ¿Por qué es importante esta perspectiva de género y de diversidad sexual?

Las personas mayores, como cualquier grupo etario, tienen en común una edad que define normativamente la entrada a la vejez. Sin embargo, las personas mayores como individuos singulares poseen trayectorias, experiencias y pertenencias que las diferencian entre sí en función del género, la orientación sexual, la clase social, la raza, su condición de migrantes, la pertenencia a pueblos originarios, las etnias, etc.

Estos recorridos -es decir, las diversas instancias de socialización- no se juegan de la misma forma para todas las personas sino que, como decíamos más arriba, se verán afectadas por el lugar que ocupen en la estructura social. En este sentido, no se llega a la vejez en las mismas condiciones siendo varón o mujer, travesti, trans, lesbiana o gay.

En sociedades que, además de viejistas, son patriarcales, homolesbotransfóbicas y racistas, las discriminaciones pueden ser múltiples, tal como recuerda la Convención

Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores de la Organización de Estados Americanos. El instrumento jurídico mencionado reconoce la coexistencia de estructuras de violencia que condicionan los procesos de envejecimiento y que afectan la llegada a la vejez.

Esto implica que, por ejemplo, una persona mayor travesti y perteneciente a pueblos originarios podría tener un menor acceso a derechos y, por consiguiente, una peor calidad de vida.

Desde una perspectiva de género se puede comprender la razón por la que las mujeres mayores presentan, por ejemplo, peores indicadores en relación con la seguridad económica que los varones o que dupliquen la prevalencia de la depresión.

Estos indicadores expresan la violencia estructural que ha condicionado el envejecimiento de las mujeres en sociedades patriarcales, que ha invisibilizado históricamente el trabajo no remunerado y que ha exigido el cumplimiento de mandatos a través de la creación de roles y estereotipos de mujeres al servicio de la vida familiar.

En la misma línea, la diferenciación en el proceso de envejecimiento ocurre con lesbianas y gays, quienes han envejecido en contextos represivos en los que, en ocasiones, han recurrido a la discreción como herramienta de supervivencia, a los efectos de evitar exposición a la injuria pública y al estigma que implicaba la visibilización de la identidad.

En el caso de travestis y personas trans, la criminalización, la patologización y la violencia institucional han sido aún peores, por lo que muchas de esas secuelas quedan marcadas en los cuerpos y en las psiquis.

La violencia hacia travestis y trans ha sido de tal magnitud que la expectativa de vida de las mujeres trans y travestis oscila entre los 35 y 40 años de vida, según estudios realizados por sus organizaciones; es decir que aquella situación de violencia vivida por una persona travesti o trans reduce su esperanza de vida a la mitad respecto de una persona cis -que promedia los 78 años, según las estimaciones del INDEC-.

Estas situaciones dan cuenta de una violencia estructural que se plasmó en la negación al acceso a derechos básicos, como a decidir sobre el propio cuerpo, pero también a la educación, la salud y el empleo.

De lo anterior se desprende que las mujeres y las personas LGBTIQ+ pueden llegar a la vejez con mayores dificultades. Por ello es muy importante que, como integrantes de un organismo público que brinda servicios sociosanitarios, se contemplen estas especificidades para garantizar el acceso a la salud del modo más integral, respetuoso y acorde al enfoque de derechos humanos que sea posible.

En este sentido, la convención establece entre sus principios rectores la igualdad y no discriminación y la equidad e igualdad de género y enfoque de curso de vida.

A continuación desarrollamos conceptos básicos necesarios para reflexionar y cumplir con los principios enunciados en materia de género y diversidad sexual.

3. Heteronormatividad

La vida social se encuentra organizada a partir de varios principios que “ordenan” y modelan la vida. Uno de estos principios se ancla en la sexualidad y más precisamente en torno a la heterosexualidad. Esta no solo es una orientación sexual sino que constituye la orientación sexual a partir de la cual se establecen todas las cosas. Así, afirma la teórica feminista francesa Monique Wittig, la heterosexualidad es un régimen político: “Los discursos que nos oprimen muy en particular a las lesbianas, mujeres y a los hombres homosexuales dan por sentado que lo que funda la sociedad, cualquier sociedad, es la heterosexualidad” (2006: 49).

Esta presunción de heterosexualidad es lo que se conoce como heteronormatividad. Implica el sostenimiento de la heterosexualidad como norma sexual válida. Si la heterosexualidad es el parámetro que establece la normalidad, entonces todas las expresiones y orientaciones sexuales que no se ajusten a esa norma quedan del lado de lo patológico y lo anormal.

La heterosexualidad -como régimen político que atraviesa la vida social y sus instituciones- es una forma de violencia

que en el pasado significó la criminalización de otras identidades y su consiguiente persecución y en el presente persiste como violencia simbólica arraigada en las prácticas y los discursos sociales.

Una forma de no reproducir este tipo de violencia es la de no presuponer la orientación sexual de ninguna persona. En ocasiones la heteronormatividad se presenta de formas sutiles, por ejemplo cuando se indaga acerca del estado civil y se asume que la persona tiene pareja y que, además, es del género opuesto (relación heterosexual).

Asimismo es importante no perder de vista que la orientación sexual, al igual que la sexualidad e incluso la identidad de género, no se define de una vez y para siempre. Por el contrario, y lejos de los prejuicios existentes que anudan la heteronorma y el viejismo, las personas exploran su sexualidad a lo largo de la vida e incluso pueden redefinir la orientación sexual o la identidad de género en la vejez.

4. Cisexismo

Los movimientos travestis y trans han encontrado en el prefijo 'cis' la forma de nombrar a las personas que se autoperciben con el género asignado al nacer. Se trata de un gesto de resistencia contra el poder de las personas 'cis' que, entre sus prerrogativas, se permiten nombrar y definir la otredad con la denominación 'no cis'.

Así como la heterosexualidad es un eje ordenador y, por ende, jerarquizador de la vida social, la identidad de género también ordena, jerarquiza, incluye/excluye y genera privilegios cissexuales. Julia Serano lo define como “el doble estándar que promueve la idea de que los géneros de las personas transexuales son distintos y menos legítimos que los géneros de las personas cissexuales” (2011: 3).

La Ley de Identidad de Género, el cupo laboral travesti-trans y la demanda por reconocimiento histórico de la violencia institucional por razones de género son medidas de reparación de la exclusión de aquellas personas que no se ajustaban a los parámetros de género asignados desde el nacimiento. En nombre de este criterio biologicista se han denegado derechos básicos a travestis, trans y a todas las personas que cuestionaran al género como algo natural e inmutable.

Como se ha mencionado, el cisexismo como lógica que atraviesa a todas las instituciones constituye una forma de violencia que se traduce en vulneraciones

de derechos, en violencias cotidianas en todos los espacios sociales, incluyendo las instituciones de salud.

Tal como se expresa en La Revolución de las Mariposas:

El acceso a la salud por parte de las personas trans fue largamente coartado por el maltrato y la discriminación originada en la falta de información de las instituciones y efectores de salud sobre las personas trans. Llamadas por el nombre asignado al nacer y no el sentido como propio, obligadas a ser internadas en pabellones que contrariaban la identidad/expresión de género autopercebida, entre otros, constituían todos actos vejatorios que las alejaban del efectivo ejercicio del derecho a la salud (2017).

En este punto es importante insistir en que la definición del género, tal como lo establece la Ley de Identidad de Género N° 26.743, la realiza cada persona y nada más que esa persona.

En efecto, la ley define a la identidad de género como:

La vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. Esto puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a

través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido. También incluye otras expresiones de género, como la vestimenta, el modo de hablar y los modales.

Asimismo, como se mencionó anteriormente, la ley introduce la cuestión del trato digno. Al respecto afirma que:

Deberá respetarse la identidad de género adoptada por las personas, en especial por niñas, niños y adolescentes, que utilicen un nombre de pila distinto al consignado en su documento nacional de identidad. A su solo requerimiento, el nombre de pila adoptado deberá ser utilizado para la citación, registro, legajo, llamado y cualquier otra gestión o servicio, tanto en los ámbitos públicos como privados.

Cuando la naturaleza de la gestión haga necesario registrar los datos obrantes en el documento nacional de identidad, se utilizará un sistema que combine las iniciales del nombre, el apellido completo, día y año de nacimiento y número de documento y se agregará el nombre de pila elegido por razones de identidad de género a solicitud del interesado/a.

En aquellas circunstancias en que la persona deba ser nombrada en público deberá utilizarse únicamente el nombre de pila de elección que respete la identidad de género adoptada.

La inclusión del trato digno en la ley y en otros instrumentos jurídicos es una respuesta a la violencia institucional perpetrada hacia travestis, trans y personas no binarias, precisamente en instituciones públicas y del campo de la salud. De acuerdo a la comunidad travesti y trans, la primera forma de violencia es tratar a las personas con un género que no se corresponde con el autopercebido.

En consonancia con lo anterior, Brian De Vries afirmó en el Seminario Internacional sobre Género y Diversidad en la Vejez, organizado en 2015 por la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores de la SENNAF, que, de acuerdo al estudio que había realizado en San Francisco, el 17% de las situaciones de discriminación por orientación sexual e identidad de género en la vejez ocurrían en el ámbito de la salud (consultorios, cuidadores, residencias, etc.).

5. Lenguaje inclusivo

El lenguaje es una de las principales formas de vinculación social, cargado de sentidos y significados. Se trata de una arena en la que se juegan relaciones de poder y luchas sociales, a través de representaciones, clasificaciones y significaciones que jerarquizan unas identidades por sobre otras, se legitiman y naturalizan distintos actos de violencia, como se ha visto en el caso de la violencia hacia personas travestis y trans en instituciones públicas.



Como se verá más adelante, se denomina violencia simbólica a la que se ejerce a través del discurso y que reproduce y naturaliza la violencia fáctica. Los discursos “no golpean”, pero, ciertamente, crean las condiciones para la violencia y constituyen una forma de limitar los espacios de libertad, de pensamiento y de acción.

De lo mencionado hasta aquí se desprende la relevancia que tiene en el INSSJP generar las condiciones para que ninguna persona se vea privada de gozar del derecho y el acceso a la salud. A este efecto, erradicar la presunción de heterosexualidad y preguntar a las personas el nombre evita situaciones de violencia en el acceso al sistema de salud.

La reflexión sobre el uso del lenguaje y la incorporación de modos de interpelación y descripción inclusivas de todas las identidades es una forma de perseguir una sociedad más igualitaria, libre de violencia y de discriminación; y permite visibilizar lugares donde la violencia se encuentra escondida o naturalizada.

6. Violencia por razones de género

La violencia por razones de género se enmarca en un sistema social, cultural, político y económico estructurado a partir de las relaciones asimétricas de poder entre los géneros y en el que la masculinidad hegemónica constituye el centro y la medida de todas las cosas. A esto se llama patriarcado.

La sanción de las leyes de Matrimonio Igualitario y de Identidad de Género contribuyeron a que se amplíe la mirada de las políticas de género, históricamente centrada en las mujeres, para incluir otras identidades. En este sentido, es un error considerar la expresión “violencia de género” como sinónimo de “violencia contra las mujeres”, en tanto la violencia basada en el género es más amplia y se asocia con la concepción social impuesta por el heterocispatriarcado que jerarquiza a las masculinidades hegemónicas en detrimento de todas las identidades que quedan por fuera de dicha masculinidad. Así, la violencia de género también afecta a las personas LGBTIQ+, tal como se entiende en el Plan Nacional de Acción contra las Violencias por Motivos de Género (2020-2022) del que participa el INSSJP-PAMI.

La violencia de género constituye la máxima expresión en la violación de los derechos humanos a las mujeres y personas LGTBIQ+ e impide su realización y reconocimiento como personas. En este sentido se trata de un dispositivo eficaz y disciplinador que reproduce el modelo

de dominación social de la masculinidad por sobre otras formas de expresión de género, que es inherente al sistema social, cultural, económico, político y jurídico vigente, y que atraviesa todos los ámbitos de la vida, por lo que es estructural.

Asimismo, es importante diferenciar una situación de violencia en general de la situación de violencia basada en el género. Debemos tener en cuenta que una situación de conflicto que involucre a mujeres y personas LGBTIQ+ no siempre implica una situación de violencia de género.

Para que una situación de violencia se encuadre como violencia por razones de género debe existir una relación asimétrica de poder basada en el género que se ponga en juego.

La violencia basada en el género presenta, como se viene sugiriendo, distintos niveles. En términos estructurales, mujeres y personas LGBTIQ+ han ocupado históricamente posiciones desventajosas respecto de los varones cis. Modificar esto requiere gradualidad, puesto que implica cuestionamientos que apunten a transformaciones estructurales y culturales que requieren de estrategias colectivas para lograr instalarlas en el seno de las comunidades donde se producen.

En el año 2009 se sancionó la Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales (Nº 26.485). Esta ley impulsó un profundo

cambio cultural e implicó un giro en las políticas públicas en materia de género al cuestionar las desigualdades instituidas en torno a los géneros.

De acuerdo a la ley, se entiende por violencia de género toda conducta, acción u omisión que, de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal.

Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes. Se considera violencia indirecta, a los efectos de la presente ley, toda conducta, acción, omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja con respecto al varón.

Si se parte del carácter estructural, histórico y cultural de la cuestión entonces la solución no puede descansar simplemente en el castigo, es decir, la “salida punitivista”, sino que requiere un esfuerzo mayor que apunte a cambiar patrones y conductas largamente naturalizadas.

7. Violencia por razones de género en la vejez

Una situación de violencia basada en el género, lejos de remitir a la patología de un individuo, nos habla de una matriz de pensamiento heterocispatriarcal

enraizada en todas las instituciones que habilita, implícita o explícitamente, a la violencia por razones de género.

El abordaje de la violencia de género en la vejez implica diversas matrices de pensamiento. No solo se trata del heterocispatriarcado sino también del viejismo que, al exaltar la juventud como etapa privilegiada de la vida, imprime el factor etario al análisis de la violencia basada en el género.

Según la ley 26.485, las situaciones de violencia basadas en el género son variadas y presentan diferentes tipos y modalidades. Entre los tipos de violencia se encuentran: 1) Física, 2) Psicológica, 3) Sexual, 4) Económica y patrimonial, 5) Simbólica y 6) Política.

Entre las modalidades se encuentran: 1) Violencia doméstica, 2) Violencia institucional, 3) Violencia laboral, 4) Violencia contra la libertad reproductiva, 5) Violencia obstétrica, 6) Violencia mediática, 7) Violencia contra las mujeres en el espacio público y 8) Violencia pública-política.

La violencia en la vejez se conjuga, como se observa en los datos que presentamos, de una forma específica.

Una de las principales características de la violencia sobre las personas mayores es el lugar de los hijos e hijas como culpables de la agresión. Si bien las parejas y exparejas continúan ocupando un lugar central como perpetradores de la violencia, se advierte que a partir de los 50 años

aparecen los hijos como agresores en el 48,2% de los casos.

Otra característica de la violencia basada en el género en la vejez se expresa en la modalidad, ya que se concentra en mayor medida en el ámbito doméstico y en el ámbito institucional. El 79% de las consultas atendidas en la Línea 144 de la provincia de Buenos Aires constituyen casos de violencia por razones de género en el ámbito doméstico y el 3% de violencia institucional.

En los tipos de violencia también se presentan diferencias respecto de otros grupos etarios. Si bien los tipos de violencia con mayor presencia en las consultas son aquellos que responden a violencias psicológicas (96%), seguidas por las simbólicas (79%) y físicas (57%), lo llamativo en relación con otras edades es la incidencia de las situaciones de violencia económica y patrimonial, que representan el 47%.

Otra especificidad de la violencia por razones de género en la vejez es el tiempo de duración de la violencia. De acuerdo al Informe sobre personas adultas mayores en situación de violencia del Observatorio Nacional de Violencia contra las Mujeres (2016), el 55,3% de las mujeres afirmó estar en una relación violenta por más de diez años. Si bien sitúa la violencia en relaciones personales, da la pauta del mayor grado de naturalización que puede tener la violencia sobre las personas mayores.

No existen datos sobre violencias en relación con la población de la diversidad

sexual mayor de 60 años. No obstante, se sabe que al llegar a la vejez las violencias estructurales por orientación sexual e identidad de género se incrementan por la desautorización social que tienen las personas mayores en sociedades que, además, son viejistas.

Ante esta situación, comprendemos que existe una intolerancia social a todas aquellas identidades y/u orientaciones sexuales que no sean binarias y cisheterosexuales. Las travestis y personas trans se encuentran en una situación de violencia estructural que atraviesa todos los aspectos de la vida (como el empleo, la salud, la educación, la seguridad social, la situación migratoria) y a lo largo de la misma (desde la niñez hasta la adultez). En este sentido, como consecuencia de la falta de acceso a derechos básicos, la mayoría de las muertes de las travestis y personas trans son provocadas por la violencia estructural que sufren.

8. Herramientas básicas para el abordaje de situaciones de violencia basadas en el género

Entendiendo, entonces, que concebimos a la salud en términos amplios, es un compromiso del INSSJP reconocer a las personas afiliadas desde todas sus dimensiones.

Una primera cuestión a tener en cuenta son las competencias institucionales de la Subgerencia de Políticas de Género,

Diversidad Sexual y Disidencias entre las que se encuentra el abordaje de las situaciones de violencia basadas en el género en la vejez. En este sentido, se promueve la importancia de la transversalización de la perspectiva de género y diversidad en el Instituto, en función de garantizar una propuesta colectiva que logre erradicar este tipo de violencia y con llegada a la población afiliada.

Por ello, es menester que las personas que trabajan en PAMI adquieran herramientas para acompañar a personas mayores en situaciones de violencia de género. Desde la Subgerencia de Políticas de Género, Diversidad Sexual y Disidencias proponemos abordar los procesos de intervención ante este tipo de situaciones. Ponemos a disposición el mail institucional para cualquier tipo de consulta: generoydiversidad@pami.org.ar

A continuación, detallamos algunas herramientas de abordaje:

Garantizar la privacidad y la intimidad

Esto implica que si una persona afiliada comparte una situación de violencia, debe evitarse que quienes no estén involucrados en la situación escuchen el relato. Esto incluye garantizar la confidencialidad.

Escuchar activamente

Remite a respetar el ritmo del relato, mostrando disposición para escuchar sin cuestionar ni anteponer creencias personales. Implica también no

interrumpir a la persona cuando habla y solamente preguntar, en el debido momento, aquellas cosas que hayan quedado confusas. La pregunta oportuna permite ordenar el discurso/relato.

No culpar ni juzgar

Dar credibilidad al relato y, fundamentalmente, evitar revictimizar a la persona que está haciendo el esfuerzo de compartir una situación difícil. Para ello sugerimos centrarse en preguntas como: “¿Cómo puedo ayudarte?”, “¿Qué pasó?”, “¿Dónde?”. Evitar preguntas del tipo: “¿Por qué no te defendiste?”, “¿Lo provocaste?”. Evitar los prejuicios: “¿Cómo estabas vestida?”, “¿Por qué fuiste ahí?”, “¿Por qué quisiste hacer eso?”. Es fundamental no restar importancia a lo ocurrido ni minimizar los hechos, diciendo, por ejemplo: “Todos los hombres son iguales”, “Ya se le va a pasar”, “Reacciona así porque te quiere”.

Éstos son algunos de los mitos que sostienen la cronicidad de la relación violenta. No hay ninguna justificación para la violencia.

Empatizar

Implica generar proximidad a través de la empatía, tratar de entender sentimientos y razones. La intervención debe dirigirse a ayudar a la persona a tomar sus propias decisiones. Es recomendable preguntar “¿Qué querés hacer al respecto?”, “¿Con quién de tus conocidos considerás que podés contar?”, “¿Querés que te ayude a hacer lo que decidiste?”. Se puede recordar

a la persona que siempre puede llamar al 144. Remarcar que nada justifica el maltrato y que aun de una situación difícil se puede salir.

Alentar a pedir asistencia legal especializada en temáticas de género

Se debe tener en cuenta que la persona puede radicar una denuncia en base a los tipos y modalidades que se establecen en la ley 26.485. Esta denuncia se puede hacer en cualquier comisaría o en la fiscalía (cuando se trata de hostigamiento, lesiones y/o amenaza de muerte).

No se recomienda forzar a la persona a contar detalles de lo que sucedió ni insistir o presionar para denunciar al agresor porque, en algunas situaciones, esto podría exponer a la persona a un riesgo mayor.

Detectar si se trata de una urgencia

Si se trata de una situación en la cual en el mismo momento o de forma inminente la persona se encuentra en un alto grado de riesgo, es conveniente recomendar que llame al 911 y solicitar, al mismo tiempo, articulación con el equipo de la Subgerencia de Políticas de Género, Diversidad Sexual y Disidencias.

Para asesoramiento por parte de un equipo especializado disponible las 24 horas del día, los 365 días del año, es conveniente recomendar el llamado a la Línea 144.

Como hemos afirmado, las situaciones de violencia por razones de género se

encuentran muy arraigadas, por lo que, lejos de estimular la judicialización, creemos fundamental proponer salidas que, por un lado, tiendan a fortalecer las redes comunitarias de mujeres, diversidades y disidencias, y por otro, insten a los varones a trabajar, reflexivamente, sobre sus prácticas, conductas y creencias a los fines de transformar la realidad.

LÍNEA 144

EQUIPO ESPECIALIZADO
DISPONIBLE LAS 24
HORAS DEL DÍA LOS 365
DÍAS DEL AÑO

9. Micromachismos y masculinidades

Los micromachismos son las prácticas, acciones o expresiones cotidianas e imperceptibles que atraviesan, de manera capilar, a toda la sociedad. En palabras de Bonino: “Son micromachismos aquellas prácticas casi invisibles y ocultas para las mujeres que los padecen y que boicotean su creciente autonomía en el mundo actual” (2004).

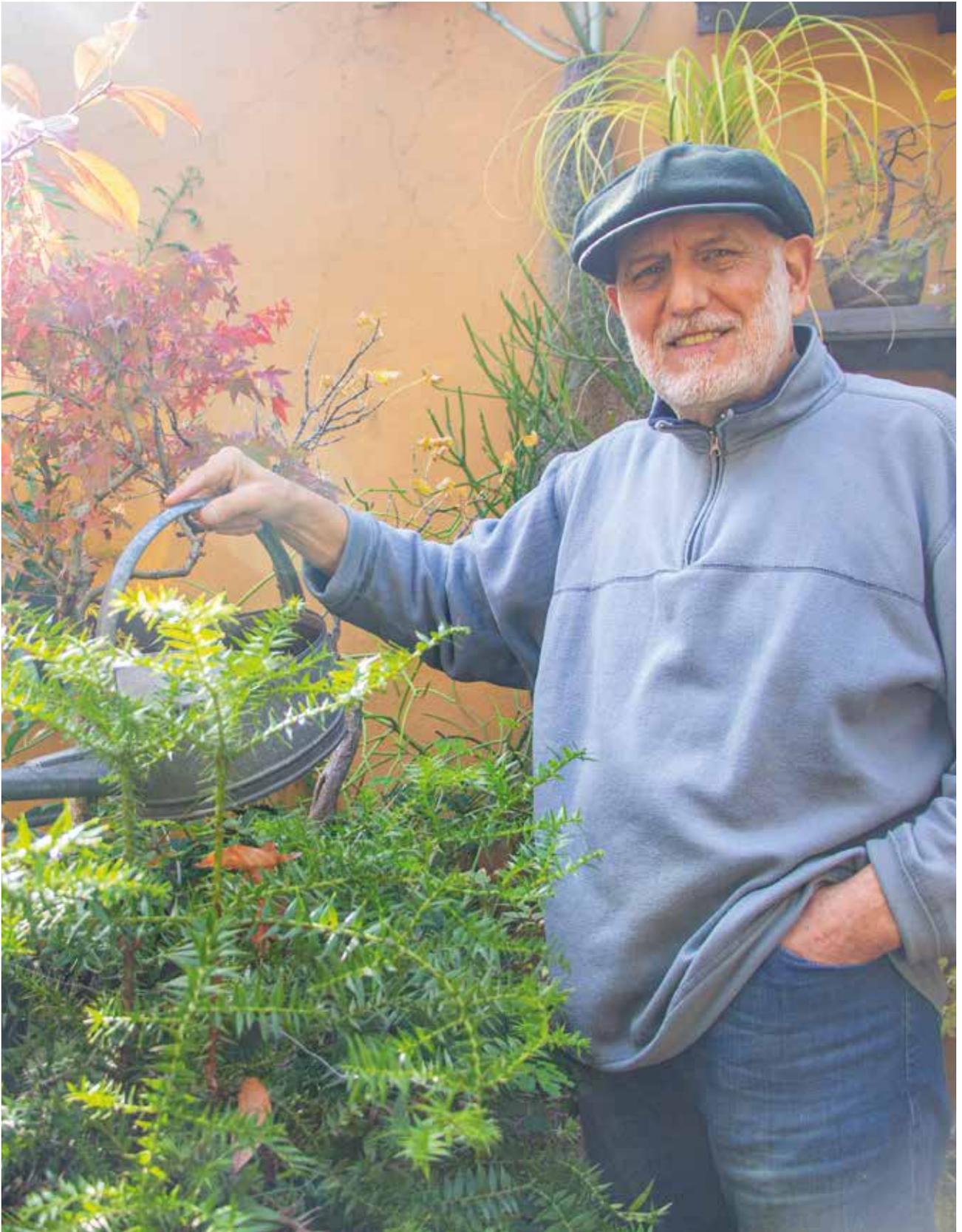
Las formas variadas de micromachismos aparecen como “armas, trucos, tretas y trampas frecuentes que los varones (y también muchas mujeres y personas LGBTIQ+) utilizan actualmente para

obstaculizar la rebeldía femenina al rol social asignado y encasillarlas en él” (Ídem, 2004).

Los micromachismos generan las condiciones para que aparezcan otras formas de violencia. En otras palabras, constituyen el corazón de una “razón”, una matriz, un presupuesto que transversaliza el patriarcado como forma de opresión y se expresa de diversas formas. En efecto, algunas de esas prácticas han sido nombradas como es el caso del *‘mansplaining’*. Este término nombra el hábito de los varones de explicar cosas a las mujeres de forma condescendiente, ubicando a mujeres y a identidades no masculinas como sujetos sin capacidad de entendimiento e invisibilizándolas como creadoras de conocimiento.

Los micromachismos no son inofensivos, ya que son empleados para mantener y reproducir una sociedad patriarcal que otorga privilegios a los varones en detrimento de otras identidades de género.

Los micromachismos no son un atributo masculino, sino que todas las identidades los reproducen al esperar determinados comportamientos y actitudes de los varones. En este sentido, no debe perderse de vista que el género, como dispositivo construido social e históricamente, prescribe formas de vivirlo en términos identitarios a través de los roles de género y los estereotipos asociados a la masculinidad, la feminidad y a las identidades LGBTIQ+. Los roles se aprenden a edades tempranas, pero se reproducen (y también se cuestionan) a



lo largo de la vida a través de las distintas instancias de socialización en las que vamos aprendiendo, de forma binaria, a ser varones o mujeres.

En los últimos años se han visibilizado las maneras en las que se prescribían formas de ser una buena esposa/madre mediante publicidades, novelas o canciones. En la actualidad, los movimientos feministas y de diversidad/disidencia sexual están poniendo de manifiesto de qué modo la maquinaria del género también prescribe formas de ser varón.

Las identidades de género (varón, mujer, travesti, trans y +) no son homogéneas sino que varían de acuerdo a la clase social, la raza, la etnia, la edad, etc. En otras palabras: no existe una forma universal de ser varón, mujer o travesti sino que hay diversas formas; de ahí que se refiera a masculinidades, feminidades, etc.

Sin embargo, el heterocispatriarcado instituye modelos de comportamiento que se valoran como legítimos, se pretenden universales, privilegian un único modo de ser varón y descartan otras maneras de experimentar la masculinidad. A esta forma jerarquizada se la denomina “masculinidad hegemónica” (Connell, 1997) y se instituye como un parámetro de referencia obligatorio dentro del cual se erige un “deber ser” de la masculinidad. Uno de sus puntos más importantes es la negación de lo femenino. Siguiendo a Olavarría (2001) y Faur (2005), podemos identificar algunas características:

- Desde temprana edad se les enseña a

los varones a apropiarse de los espacios públicos, privilegiando su uso del tiempo y del manejo del dinero. Así, se estimula la apropiación de los recursos de poder.

- Se da por sentado que los cuerpos de los varones deben ser activos, fuertes, duros, racionales, aptos para realizar trabajos pesados y para tomar decisiones. A su vez, todos los cuerpos “no masculinos” deben ser pasivos, delicados, débiles, emocionales, protegidos y preparados para la maternidad y/o la sumisión.

- La masculinidad hegemónica presupone la heterosexualidad. Toda orientación sexual no heterosexual implica, desde este modelo, el cuestionamiento a la masculinidad.

En la vejez, estas características pueden generar conflicto y crisis en los varones mayores que se ven despojados de lugares aprehendidos sobre la forma de ser varón.

Como afirma Rita Segato (2018) los varones también son víctimas del patriarcado en la medida en que deben seguir un mandato de masculinidad que los obliga a “exhibir potencia” a los otros hombres, para que los validen en esta posición masculina.

En un contexto de transformaciones culturales, como mencionamos al principio, es importante que los varones sean parte de estos cambios. Para ello es importante realizar un trabajo de reflexión crítica, tal como lo han hecho otras identidades, que permitan desarmar mandatos y lógicas altamente naturalizadas.

Las “nuevas masculinidades” cuestionan sus privilegios y los abusos de poder, desarman los pactos de silencio, exploran su potencialidad humana y sus emociones y tensionan los atributos mencionados, a los fines de contribuir a relaciones sociales libres de violencias.

Por lo tanto, desarmar estos entramados culturales debe ser compromiso de todas las personas para construir, de este modo, una obra social inclusiva desde un enfoque de derechos humanos.

Las identidades de género (varón, mujer, travesti, trans y +) no son homogéneas, sino que varían de acuerdo a la clase social, la raza, la etnia, la edad, etc. En otras palabras: no existe una forma universal de ser varón, mujer o travesti, por eso se habla de masculinidades, feminidades, etc.



Bibliografía

- Bonino, Luis (2002). Masculinidad hegemónica e identidad masculina. Recuperado de: <https://www.raco.cat/index.php/DossiersFeministes/article/view/102434/153629>
- Bonino (2004). Los Micromachismos. Revista La Cibeles No 2 del Ayuntamiento de Madrid. Madrid.
- Connell, Raewyn (1995). La organización social de la masculinidad. Isis Internacional: Santiago de Chile.
- De Vries, Brian (2015). Conferencia LGBT en la segunda mitad de la vida: Cuestiones Psicológicas, Sociales y Físicas en el Seminario Internacional sobre Género y Diversidad en la Vejez. Ministerio de Desarrollo Social: Buenos Aires.
- Faur (2005). Masculinidades y familias. Recuperado de: https://www.generalroca.gov.ar/leymicaela/wp-content/uploads/2020/08/Faur_Masculinidades_y_Familia.pdf
- INDEC (2012). Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de los Adultos Mayores. Indec: CABA.
- INDEC (2019) Informe Registro Único de Casos de Violencia contra las Mujeres (RUCVM). Resultados 2013-2018
- Informe de la Línea 144 de la Provincia de Buenos Aires, Año 2020
- OVD (2020). Informe Estadístico - Segundo trimestre 2020 de la Corte Suprema de Justicia de la Nación
- INAM (2016). Informe sobre personas adultas mayores en situación de violencia del Observatorio Nacional de Violencia contra las Mujeres (2016)
- Ley Nacional de Identidad de Género (N° N° 26743). Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197860/norma.htm>
- Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales (N° 26.485). Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>
- Ministerio Público de la Defensa (2017). La Revolución de las Mariposas. A 10 años de la gesta del nombre propio. Disponible en: https://www.algec.org/wp-content/uploads/2017/09/la_revolucion_de_las_mariposas.pdf
- Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad (2020). Plan Nacional de Acción contra las violencias por motivos de género (2020-2022)
- Olavarría (2001). Hombres, identidades y violencia de género en Revista de la Academia N° 6 (101-107).
- Roqué, Mónica (2015). Seminario Internacional sobre Género y Diversidad Sexual en la vejez. Ministerio de Desarrollo Social de la Nación: CABA.
- Revista Anfibia (2018). Entrevista a Rita Segato. La antropóloga que incomoda. Recuperado de: <http://revistaanfibia.com/cronica/la-antropologa-que-incomoda/>
- Serano, Julia (2007). El privilegio cissexual en Whipping Girl: A Transsexual Woman on Sexism and the Scapegoating of Femininity. Recuperado de: <https://chrysalis.org.es/la-chica-del-latigo-desmontando-el-privilegio-cissexual>
- Wittig, Monique (2006). El pensamiento heterosexual. Egales.



CAPÍTULO 5

Ambientes cognitivamente amigables con las personas mayores

Dr. Ricardo Iacub y Mariela Rodríguez

Las funciones cognitivas y la autonomía en la vida cotidiana. La cognición: funciones cognitivas, apoyos cognitivos. La memoria. Declive o deterioro cognitivo. Qué es la atención. Fallos en la atención. Lapsus atencionales. Los olvidos y sus características. ¿Cómo producir ambientes cognitivamente amigables con las personas mayores?

1. Las funciones cognitivas y la autonomía en la vida cotidiana

Cada una de las funciones cognitivas nos aportan autonomía e independencia. Por ejemplo, necesitamos memoria para recordar dónde guardamos un objeto o qué hicimos recientemente; nos valemos de la atención para aprender, seguir una conversación o reconocer dónde estamos; requerimos de la planificación para organizar un día o preparar una comida. Todo esto se pone en juego a la hora de elegir qué queremos hacer y cómo llevarlo a cabo eficientemente.

En la vejez se producen cambios en las funciones cognitivas, fundamentalmente en la velocidad de procesamiento de la información y en la memoria. Esto no implica una pérdida de capacidades, a excepción de que exista un proceso patológico denominado deterioro cognitivo. Es decir, lo que antes se resolvía con mayor rapidez, ahora lleva más tiempo y es más dificultoso de recordar. También es cierto que los cambios cognitivos están afectados por el entorno social y por la posibilidad de mantener hábitos de vida saludables.

Cuando una persona mayor toma conciencia de cambios cognitivos que está experimentando puede poner en duda sus capacidades; esto se ha convertido en una de las principales preocupaciones de las personas.

Sabemos que los prejuicios negativos hacia la vejez pueden generar

ambientes y situaciones hostiles. Por eso, veremos la manera en que las creencias y percepciones de las personas sobre su propio desempeño, sean positivas o negativas, pueden mejorar o no su vida cotidiana.

En este capítulo abordaremos la forma en que los entornos posibilitan que las personas se perciban más autónomas e independientes, haciendo posible que logren conseguir sus objetivos.

Es fundamental comprender los cambios que pueden suceder en las funciones cognitivas con el envejecimiento, pero también cómo podemos generar un PAMI que vuelva más accesible los diferentes procesos o trámites, para que las personas puedan ser y sentirse autónomas e independientes.

En la vejez se producen cambios en las funciones cognitivas, fundamentalmente en la velocidad de procesamiento de la información y en la memoria. Esto no implica una pérdida de capacidades, a excepción de que exista un proceso patológico denominado deterioro cognitivo.

2. Las funciones cognitivas

Las funciones cognitivas son los procesos mentales que nos permiten recibir, procesar y elaborar la información. Al estar leyendo este texto, por ejemplo, estás utilizando las siguientes funciones cognitivas: atención, memoria, funciones visuoespaciales y funciones ejecutivas.

A continuación, destacaremos brevemente algunas de estas funciones.

Memoria: es la función cognitiva a través de la cual se registran, almacenan y recuperan en nuestro cerebro todos los datos, hechos y experiencias significativas.

Atención: es el proceso por el cual podemos dirigir nuestros recursos mentales sobre algunos aspectos del medio -los más relevantes- o bien sobre la ejecución de determinadas acciones. La atención es como un colador que retiene solo la información que es significativa para nosotros en un determinado momento.

Orientación: es la capacidad que nos permite ser conscientes de nosotros mismos y del contexto en el que nos encontramos, en un momento determinado.

Funciones visuoespaciales: son las responsables de que comprendamos el espacio que nos rodea y seamos capaces de movernos dentro del mismo. Esto implica conocer determinadas características de los objetos que están a nuestro alrededor respecto a nosotros mismos y ser capaces de manipular dichos objetos en el espacio mental.

Funciones ejecutivas: son aquellas que utilizamos para planificar, organizar, revisar y evaluar el comportamiento necesario para adaptarnos, eficazmente, al entorno y alcanzar metas.

Lenguaje, lectura o escritura: son distintas formas de comunicación entre las personas.

Cabe destacar que la velocidad para procesar la información que una persona recibe o la capacidad de recordar algunos nombres, situaciones y eventos disminuye con los años, durante la vida adulta. Sin embargo, estos cambios cognitivos no afectan el funcionamiento de la persona de manera significativa. Es decir, probablemente, la persona tardará más en llevar a cabo una tarea, pero logrará ejecutarla.

No obstante, algunas personas sufren de lo que se denomina “deterioro cognitivo”. El deterioro en las funciones cognitivas se diagnostica comparando el rendimiento

actual con el rendimiento anterior de una misma persona y también con el de las personas de su misma edad y nivel educativo. Es muy importante tener siempre en cuenta que el envejecimiento no va, necesariamente, acompañado de un deterioro cognitivo.

Los cambios en las funciones cognitivas, esperables en el envejecimiento, no comprometen la autonomía de la persona, no interfieren de manera significativa en la vida diaria.

También es importante destacar que las emociones impactan en el modo en que procesamos la información, ejecutamos las acciones de la vida diaria, reaccionamos ante las novedades y también frente a los nuevos aprendizajes en todas las etapas de nuestra vida.

A continuación, comparamos los cambios esperables de las funciones cognitivas propias del envejecimiento con las correspondientes a un proceso de deterioro cognitivo.

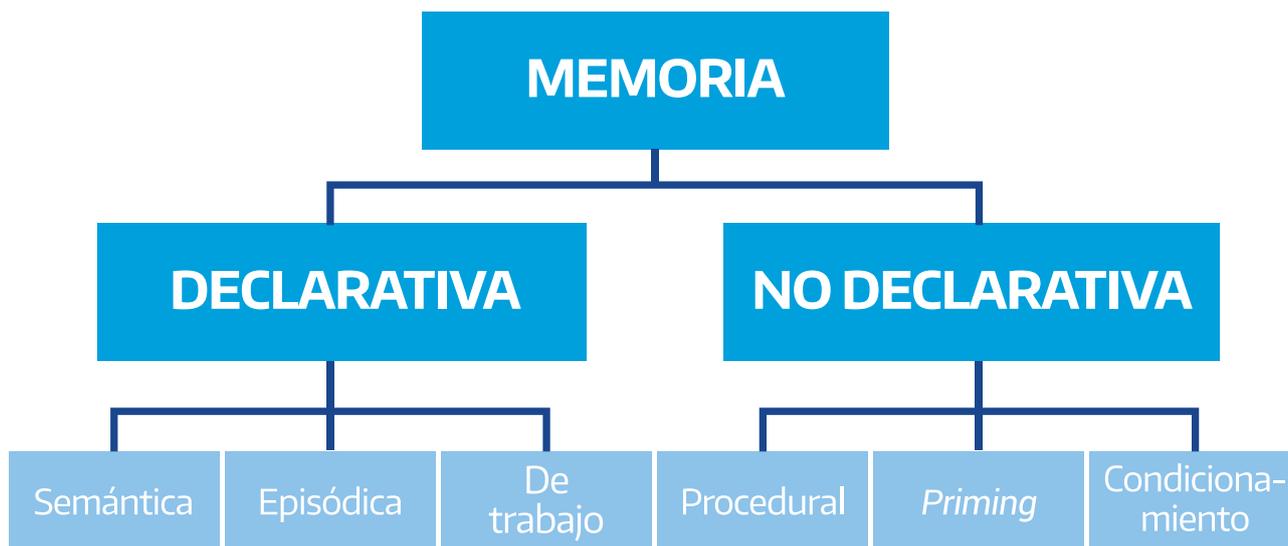
Envejecimiento	Deterioro cognitivo
No ser capaz de recordar detalles de un evento o una conversación que sucedió recientemente.	No ser capaz de recordar un evento o conversación reciente.
No ser capaz de recordar el nombre de una persona conocida, pero con quien no tenemos contacto diario.	No ser capaz de recordar el nombre de un amigo/a o familiar muy cercano.
Olvidar cosas y eventos ocasionalmente.	Olvidar cosas y eventos muy frecuentemente.
Tener dificultades para encontrar la palabra adecuada muy de vez en cuando.	Tener dificultades para encontrar las palabras o reemplazarlas por otras para terminar la oración muy frecuentemente.
Estar preocupado/a por los cambios cognitivos cuando las personas cercanas no lo están.	Las personas cercanas están preocupadas por los cambios cognitivos, pero uno/a mismo/a no lo está.

Como hemos dicho previamente, las funciones cognitivas se ven influenciadas por las emociones. Una situación que genere ansiedad o irritabilidad probablemente obstruirá el procesamiento adecuado de la memoria.

Este dato es de suma importancia en nuestra labor en PAMI, teniendo siempre presente la necesidad de generar entornos accesibles (estables, calmos, amables) para evitar dichas situaciones.

La memoria

Existen diferentes tipos de memoria:



La memoria es una de las piezas centrales de la identidad personal y resulta vital para preservar la autonomía. Por ello, es la capacidad que más se teme perder. Es un proceso mental mediante el cual registramos, codificamos y recuperamos eventos del pasado y formamos nuevos aprendizajes.

La memoria se divide en declarativa y no declarativa. Los dos tipos señalados involucran la memoria de largo plazo.

• **MEMORIA DECLARATIVA:** es aquella sobre la cual podemos dar cuenta voluntariamente, por ello se la llama explícita, y se encuentra comprendida por tres tipos:

- **Memoria semántica:** es aquella basada en hechos y significados, corresponde a la información acerca de las estructuras lógicas y almacenamiento de palabras

aprendidas. Por ejemplo: el conocimiento del mundo, el lenguaje, el diccionario (Ardila, 2012).

- **Memoria episódica:** se refiere a las experiencias personales. Es codificada según coordenadas de espacio y tiempo (dónde y cuándo). Es decir, es la memoria comprendida por eventos referidos a un tiempo y a un lugar (Ardila, 2012).

- **Memoria de trabajo:** es la capacidad de retener la información por períodos breves para poder utilizarla. Este tipo de memoria opera tanto con material verbal como visual, permite realizar tareas complejas simultáneamente y dividir la atención.

La memoria de trabajo combina la capacidad de almacenamiento y la capacidad de procesamiento (Ardila, 2012).



• **MEMORIA NO DECLARATIVA:** se define por ser implícita, ya que no existe una percepción consciente de su existencia y emerge en el contexto de la ejecución de una tarea como, por ejemplo, andar en bicicleta. Nos resulta más difícil explicar cómo lo hacemos que hacerlo. Se encuentra comprendida por tres tipos:

- **Memoria procedural:** adquisición de habilidades perceptivas y motoras, aprendizaje de reglas y secuencias que nos permiten saber cómo hacer las cosas.

- **Priming:** se refiere a la capacidad de evocación, debido a la exposición previa a la información sin un aprendizaje explícito.

- **Condicionamiento:** tiene carácter automático, reflejo. La recuperación de este tipo de memoria no depende de la conciencia y tampoco exige la participación de procesos cognitivos complejos.

La atención

Detallaremos los distintos tipos de atención y sus características:

• **Atención selectiva:** es la capacidad de buscar y encontrar determinados elementos o estímulos dentro de un conjunto mayor. En la vida cotidiana, una gran cantidad de estímulos llegan a nosotros, de estos seleccionamos los más importantes e inhibimos el resto.

• **Atención focalizada:** cuando todos los recursos atencionales se concentran en una sola fuente de estimulación,

decimos que la atención se ha focalizado; o hacemos foco.

• **Atención sostenida:** se trata de la concentración, es decir, mantener la atención en un foco, pero durante un período largo de tiempo.

• **Atención dividida:** consiste en conservar al mismo tiempo en el centro de atención varios objetos o situaciones diferentes. Se produce cuando intentamos realizar dos tareas o más de manera simultánea.

• **Olvidos y atención:** la atención juega un rol importante en el proceso de la memoria. Nadie puede recordar aquello a lo que no ha prestado atención. Por lo tanto, es muy importante disminuir las situaciones de ansiedad o estrés de las personas mayores, porque dificultan la capacidad de prestar atención y afectan directamente su memoria.

3. Ambientes cognitivamente amigables con las personas mayores

La accesibilidad cognitiva es la propiedad de los entornos, edificios, procesos, bienes, productos, servicios, objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos por la cual resultan fáciles de comprender. La accesibilidad cognitiva, sumada a la accesibilidad física y a la accesibilidad sensorial, forma parte indisoluble del concepto de accesibilidad universal. Este concepto hace referencia a la facilidad que el entorno brinda para potenciar la

realización de actividades que requieren de recursos cognitivos.

Es fundamental comprender que los recursos cognitivos individuales se enmarcan en procesos sociales colectivos. La memoria, la atención o la planificación, aun cuando dependen, en parte, de procesos biológicos y psicológicos, también se arraigan en una cultura, que pondera ciertos tipos de capacidades y que permite su desarrollo.

Levy halló en sus desarrollos que las personas, al suponer que su rendimiento no va a ser bueno, elaboran estrategias de evitación de un posible enfrentamiento, que podría ser vivido como traumático, o simplemente porque responden a profecías sociales que suponen que las personas mayores ya no pueden o no deben. Bandura (1997) señala que las experiencias de dominio o fracaso que resultan de estos mecanismos pueden tener consecuencias para la autoeficacia, ya que es necesaria la creencia en las propias capacidades para alcanzar con éxito un determinado logro.

El uso de la tecnología en la vida cotidiana

En la actualidad, la utilización de la tecnología en la vida cotidiana constituye uno de los principales desafíos para la inclusión social de las personas mayores.

En nuestro caso, para asegurar la accesibilidad cognitiva de las personas afiliadas a PAMI, deberíamos procurar

que los diversos procesos administrativos sean simples de comunicar y de resolver.

Modificar los procedimientos habituales con la incorporación de tecnologías, sin una adecuada formación previa y sin disponer de un diseño virtual amigable, puede convertirse en un límite al desempeño independiente de las personas mayores.

El resultado sería el opuesto al buscado: podría generar inseguridad o un bajo sentimiento de eficacia personal. Si alguien no confía en su propia capacidad, difícilmente comience una actividad que perciba dificultosa. Si aún así se anima a intentarlo, no tiene muchas probabilidades de continuar pese a los equívocos o la complejidad, puesto que, de antemano, ya creía que no iba a poder. Peor aún, pensará que sus capacidades mentales o cognitivas se encuentran disminuidas, lo que conducirá a sentir angustia e inhibición.

Por esta razón, según Feldberg y Steffani, la confianza en la propia eficacia y el autocontrol sobre el funcionamiento de la memoria resultan beneficiosos, ya que generan una mayor inversión de tiempo y esfuerzo en el aprendizaje de nueva información y en el uso de estrategias de codificación consciente (anotar, hacer ejercicios mnemotécnicos, repetir, etcétera). Por el contrario, quienes no utilizan estrategias de organización de la información por creer que frente a la memoria no se puede hacer nada y que es en vano guiarla o controlarla,

tienen menos oportunidades de mejorar el desempeño de su memoria y lograr nuevos aprendizajes.

De todos modos, para que las personas hagan uso de estas estrategias, las mismas deben estar disponibles. Además, quienes trabajamos con personas mayores deberíamos intentar hacer que los entornos sean más amigables.

Cómo lograr entornos amigables

Una de las estrategias para lograr un entorno cognitivamente amigable es la utilización de señalética adecuada y de apoyos cognitivos que contribuyan a resolver los desafíos cotidianos (celulares, computadoras, bancos, trámites mediante páginas web).

Sin embargo, resulta importante lograr cambios en la cultura institucional y en comportamientos que son habituales en diversos espacios sociales. En aquellos destinados a la atención de personas mayores es frecuente escuchar algunas frases en las que se pueden identificar ciertos prejuicios sobre las personas mayores:

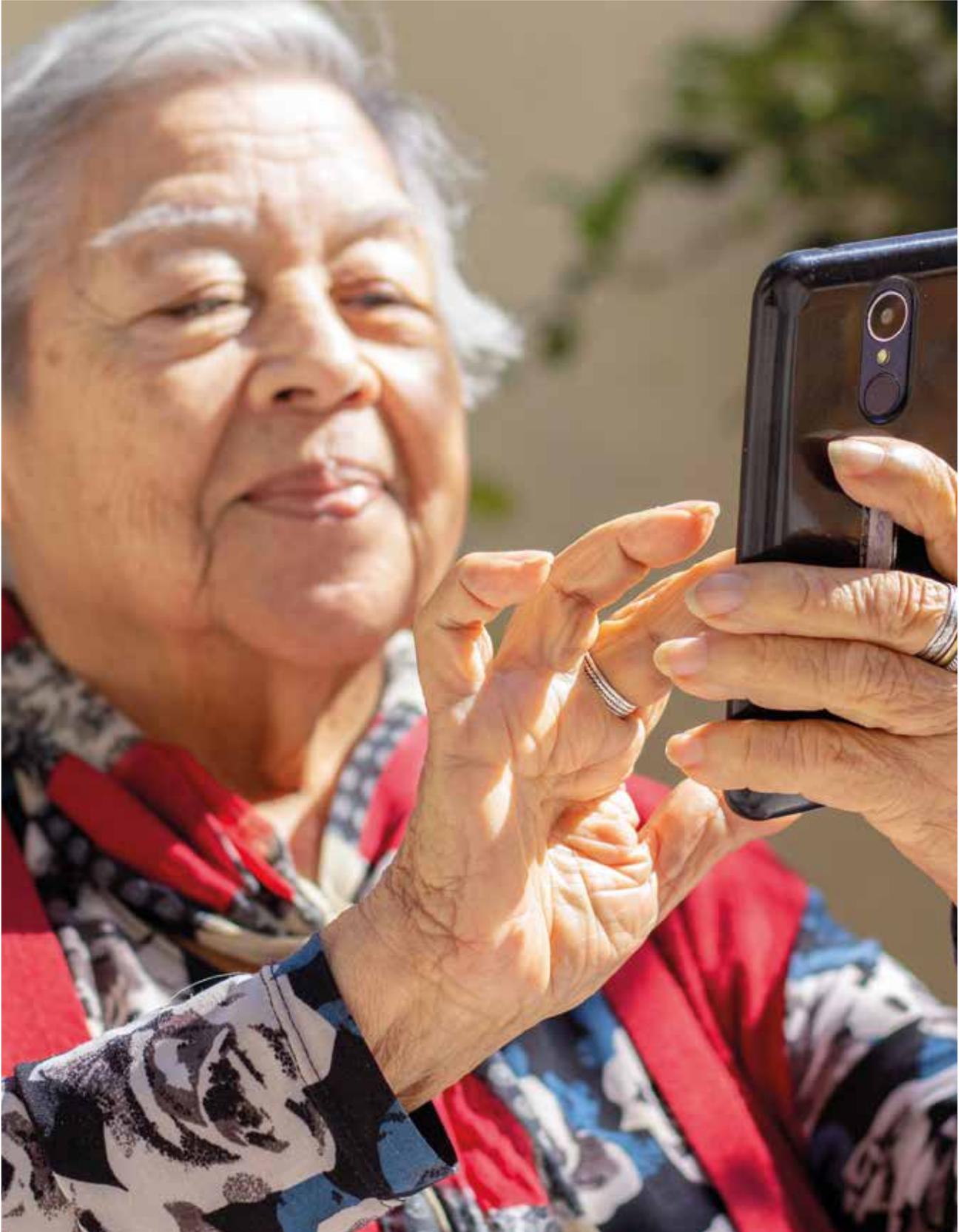
- “Se va por las ramas”.
- “La persona cuenta cosas que no vienen al caso”.
- “Se lo expliqué varias veces, pero no entiende”.
- “Me volvió a preguntar lo mismo, me parece que no me prestó atención”.

- “No me dejó terminar de explicarle y me hizo otra pregunta”.

También, es frecuente escuchar de parte de algunas personas mayores las siguientes frases:

- “Estaba tan nerviosa/o cuando me lo explicaba y sentía que no me hablaba a mí”.
- “Me habla de cosas que supone que yo entiendo”.
- “Me explicó una vez y ya levantaba la voz”.
- “Había tanto ruido que me costaba seguir lo que me decían”.
- “Yo trabajé en un banco y decía: pero cómo no entienden, ahora me toca a mí estar de este lado”.

Una estrategia para lograr un entorno cognitivamente amigable es la utilización de señalética adecuada y de apoyos cognitivos que contribuyan a resolver los desafíos cotidianos.



Consejos para mejorar la comunicación

1. Uso de señalética

- Utilizar señalización de un tamaño 30% mayor al estándar. Esto permitirá llamar la atención de las personas mayores, favoreciendo su capacidad de enfoque y facilitando un amplio campo de visión de los elementos importantes, independientemente de que la persona esté sentada o de pie.
 - Colocar la señalética a la altura de los ojos, para facilitar su identificación.
 - Evitar la instalación de señalética a nivel del piso o en los techos, eludiendo así la pérdida de orientación y mareos que pueden generarse con los movimientos de la cabeza.
-

2. Sistematización de recursos

- Identificar los distintos espacios que conviven dentro de un sistema complejo (área de atención, consultorio, sanitarios, etc.) con un color, según su función, de manera de ayudar a que las personas reconozcan esas mismas funciones en distintas dependencias o lugares y utilizando la misma señalética.
 - Evitar la sobreabundancia de información diferente en un mismo espacio.
-

3. Definición de fronteras

- Precisar los límites de un subespacio dentro de un entorno más amplio, definiendo sus fronteras a partir del color, la forma y el diseño.

Herramientas para fortalecer y mejorar la atención a las personas afiliadas con las que trabajamos

- **Dar tiempo (piano piano se va lontano).**
- **Ofrecer claridad de sonidos e imágenes: usar imágenes, palabras resaltadas con color, etc.**
- **Evitar interferencias: empezar y concluir la información; por ejemplo, no interrumpir la conversación para hablar con otra persona.**
- **Hacer foco.**
- **Planificar las acciones (paso a paso): en forma de listado, por ejemplo.**
- **Usar soportes escritos.**
- **A mayor complejidad, usar frases más cortas y sencillas.**
- **No suponer que la otra persona sabe.**
- **Repasar las gestiones.**
- **Escuchar a la persona emocional y cognitivamente.**

Es importante valorar sus puntos de vista, evitar discusiones y encontrar soluciones.

4. Gestionar nuevas estrategias para promover el empoderamiento y la autoeficacia

A partir de lo que hemos estudiado hasta aquí, nos proponemos construir estrategias que nos sirvan para promover el empoderamiento y la

autoeficacia de las personas mayores en nuestro trabajo cotidiano.

Como hemos señalado anteriormente, la confianza en la propia eficacia y el control sobre el funcionamiento de la memoria resultan beneficiosos, generan mejores resultados en el aprendizaje de nueva información y propician el uso de estrategias de codificación consciente.

Bandura (1997) propone tres dimensiones a partir de las cuales la persona evalúa su capacidad de manejo de la realidad:

- **El nivel:** es la estimación personal que efectúa un sujeto sobre cuál es el mejor rendimiento posible para él en un momento y circunstancia determinados.
- **La fuerza:** es la confianza que experimenta la persona en cuanto a poder alcanzar dicho rendimiento.
- **La generalidad:** es la variación de la autoeficacia, ya sea desde ser eficaz solo en algunas circunstancias hasta percibir que se cuenta con los recursos necesarios para solucionar cualquier situación.

Veamos a un ejemplo:

Juan tiene 85 años y conduce un automóvil. A pesar de que no tuvo inconvenientes en sacar el registro, sabe que cuando hay muchos vehículos se le dificulta mantenerse atento y si viaja muchas horas en la ruta, por momentos, le cuesta sostener la concentración. Para seguir conduciendo, entendió que cierto nivel de manejo lo fatiga, que

la fuerza que debe realizar puede superarlo y que la generalidad estimada le indica que no le conviene circular por lugares muy céntricos, en las horas pico, ni hacer viajes por la ruta que duren más de dos horas.

En todo momento de la vida existen posibilidades y limitaciones específicas. Lo importante es conocerlas y adecuarnos a ellas, buscando el máximo de logros y dominios.

Existen algunos cambios que posibilitan el empoderamiento a partir de la optimización del control, nuevas formas de resolución y la conformación de proyectos vitales.

Los modelos de optimización

Los psicólogos Heckhausen y Schulz postulan que una de las fuerzas que movilizan a las personas es el deseo de lograr el control sobre sí mismas en los intercambios con los diversos contextos por los que transitan.

Algunos de estos cambios pueden incrementarse con la edad a partir de las transformaciones biológicas, psicológicas y sociales pudiendo provocar temores o inhibiciones. Por este motivo, para mantener el bienestar y la satisfacción vital, la gente intenta modificar los objetivos de manera acorde a sus capacidades.

Cuando algunas actividades ya no se pueden realizar o resultan más complicadas, la persona intenta acomodarse a esta circunstancia, modificando sus aspiraciones y encontrando alternativas. Por ejemplo, un deportista que se dedicó al fútbol pero ya no puede practicarlo, podrá seguir siendo deportista jugando al tenis de mesa o al golf.

Para poder acomodarse a las nuevas circunstancias hace falta que en el cambio de actividad haya aspectos del quehacer cotidiano, de su identidad y trayectoria personal que mantengan una continuidad.

El modelo de selectividad, optimización y compensación, de los psicólogos Baltes y Staudinger, es un ejemplo de adaptación inteligente y creativa a los cambios de la edad.

La selectividad significa darse cuenta de las oportunidades y limitaciones en los distintos dominios de funcionamiento (biológico, psicológico y social) y actuar en consecuencia, construyendo metas realizables, cambiando objetivos o, acomodándose a nuevas posibilidades. La optimización significa que podemos mejorar los elementos seleccionados. Por último, la compensación se refiere a la posibilidad de equilibrar las pérdidas, diseñando alternativas centradas en superar dichas mermas sin necesidad de cambiar las metas.

Veamos un ejemplo:

En una entrevista televisiva le preguntaron al famoso pianista Rubinstein cómo hacía para vencer la edad y seguir siendo el concertista de piano número uno a los 90 años. Él respondió ilustrando este modelo: “En primer lugar, de todo el repertorio musical, he elegido las piezas que más me gustan y con las que me siento más cómodo (selección). En segundo lugar, practico todos los días, las mismas horas, pero ensayo menos piezas, dedico más tiempo a cada una (optimización). Por último, cuando tengo que interpretar movimientos que requieren de más velocidad en mis dedos de la que puedo conseguir, hago más lentos los movimientos previos a los más rápidos para dar la sensación de mayor velocidad en estos (compensación)”.

En todas las épocas de la vida la persona puede continuar afrontando cambios y manteniendo su integridad, a través de diversos medios. Para ello es importante volver amigable y amable todo lo que concierne a la atención y sus procedimientos.

Como trabajadores y trabajadoras del campo gerontológico gestionamos los medios para volver más accesible el Instituto para las personas mayores afiliadas.

Las herramientas que podamos implementar deben desafiar nuestro rol. El reto es permanente, en pos de eliminar cualquier forma de violencia y a favor del buentrato a las personas mayores.

Bibliografía

- Ardila A, Ostrosky F.(2012) Guía para el diagnóstico psicológico . Recuperado de http://ineuro.cucba.udg.mx/libros/bv_guia_para_el_diagnostico_neuropsicologico.pdf
- Bandura, A. (1996). Teoría del aprendizaje social. Madrid: Espasa-Calpe, S.A.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: N.H. Freeman.



Guía para una
comunicación respetuosa y el
buentrato
hacia las personas mayores

50 PAMI INSSJP
cincuenta años 1971-2021