

# Population Ageing in Latin America

Editors-in-Chief:

George W. Leeson, Alejandro L. Klein

---

# Population Ageing in Latin America

**Population Ageing in Latin America** aims to provide a platform for multidisciplinary discussion, exchange, and the sharing of research and information related to Population Ageing in Latin America. It is the research communication platform of LARNA (Latin American Research Network on Ageing) at the Oxford Institute of Population Ageing, University of Oxford.

We invite contributions from academics, policy makers and practitioners in the region for open discussions, cross-disciplinary debates, including theoretical and empirical research and methodological innovation and development. Contributions around social policies and the roles of civil society are also welcome.

Population Ageing in Latin America will also act as newsletter for LARNA, and we invite book reviews, publications, and notices of events, seminars and conferences.

Submission guidelines are provided at the end of this issue.

**Population Ageing in Latin America will be published twice annually in March and November.**

Submissions in English, Spanish or Portuguese should be sent to:

[alejandroklein@hotmail.com](mailto:alejandroklein@hotmail.com) or [george.leeson@ageing.ox.ac.uk](mailto:george.leeson@ageing.ox.ac.uk)

## Editorial Board

Juliana Martins (Federal University of Triangulo Mineiro, Brazil)

Erika Carcaño (Guanajuato University, Mexico)

Liliana Findling (Institute of Researches Gino Germani, University of Buenos Aires).

Sara Caro Puga (Catholic Pontifical University, Santiago de Chile, Chile).

Javiera Rosell. (Catholic Pontifical University, Santiago de Chile, Chile).

Luciana Alves (Estate University of Campinas).

Mirela Camargo (University of Minas Gerais)

Laura Sánchez (University La Habana, Cuba).

Teresa Orosa (University La Habana, Cuba).

José Francisco Parodi García (San Martín de Porres-Center of Researches in Ageing, Lima Peru)

Emily Schuler (Emily Schuler (Catholic University of Pernambuco, Brazil)

Katya Rodríguez (University of Guanajuato)

Victoria I. Tirro (Andrés Bello Catholic University, Venezuela)

Angela María Jaramillo (Pontificia Universidad Javeriana, Colombia)

Johannes Doll (Federal University of Rio Grande do Sul, Brazil)

Carla da Silva Santana ((São Paulo University, Brazil)

## The Challenges and Opportunities of Ageing and Urbanising Populations

*Dr. Alejandro L. Klein*

*Dr. George W. Leeson*

The demography of the 20<sup>th</sup> and 21<sup>st</sup> centuries was and is primarily one of ageing, both at an individual and at population level – and population ageing, which was once regarded as an issue for the developed economies of Europe and North America is truly a global phenomenon now reaching Latin America, the only notable region of exception being sub-Saharan Africa, which remains relatively young in demographic terms.

As individuals, we are living longer and longer. Life expectancies at birth have increased at the global level from 47 years in the mid-20<sup>th</sup> century to around 71 years today, and are expected to rise to 78 years by the mid-21<sup>st</sup> century and to 83 years by the end of the century. As populations, we are also ageing, so that larger proportions of our populations are *old*. The proportion of the world's population aged 65 years and over has increased from 5 per cent in the mid-20<sup>th</sup> century to just over 8 per cent in 2015, and by 2050, it is expected to reach almost 16 per cent, equating to more than 1.5 billion people. The end of the century will see 23 per cent and 2.5 billion of the world's population aged 65 years and over.

As families, we are having fewer and fewer children. Fertility across all regions of the world declined from 1950 levels ranging from 6.6 in Africa to 2.7 in Europe to 2015 levels ranging from 4.7 in Africa to 1.6 in Europe. By 2050, only Africa is expected to have fertility levels still above replacement level (at 2.9 for the continent as a whole). Such dramatic declines in fertility present huge challenges to individuals, to families, and to society as a whole, not least because many of these societies are largely family-based in respect of support.

So, the world is ageing – both at an individual and at population level – and this demographic development produces both challenges and opportunities for governments, communities, families and individuals across the globe. While increases in longevity and life expectancy relate to our individual ageing, the declines in mortality and fertility relate to age structural change (population ageing), a situation in which the number of older people and their share of the population increases.

For the first half of the 20<sup>th</sup> century, the populations of the different regions of the world were not that old, with the proportion of population aged 65 years and over ranging from 3.2 per cent in Africa to 8.2 per cent in North America. Not until 1970 did we see any region attain more than 10 per cent of its population aged 65 years and over (Europe at 10.5 per cent). In fact, North America (12.3 per cent) and Europe (14.7 per cent) were the only regions at the end of the 20<sup>th</sup> century to have more than 10 per cent of their populations aged 65

years and over. However, the coming decades are expected to witness dramatic increases in the number and proportion of older people in all regions of the world outside Africa. By 2050, almost 28 per cent of Europe's population is expected to be aged 65 years and over, followed by North America (almost 23 per cent), Latin America and the Caribbean (almost 20 per cent) and Asia (18 per cent). Africa will still have only 6 per cent of its population aged over 65 years.

Fertility – levels of childbearing – is one of the drivers of age structural population change and unsurprisingly therefore understanding the dynamics of fertility has generated a large amount of research. It has been argued that the patterns of economic development across the 20<sup>th</sup> century led to a century of more or less uninterrupted fertility decline, the argument being that this economic development had increased both the socially constructed costs of children and the opportunity costs of responsible parenthood. These very low fertility levels came with advanced societies experiencing a *postponement* transition. The classic economic theories of fertility acknowledge the role of the costs of children and even further distinguish between direct costs such as food, clothing and education and indirect (opportunity) costs such as loss of income. As the cost per child increases then the number of children decreases so that as disposable income increases with economic growth this increases the opportunity costs of having children, and there does seem to have been a significant body of evidence underpinning this negative correlation between economic growth and fertility, but this is now being challenged and revised to suggest a convex impact of economic growth on levels of fertility. There is also evidence of a negative relationship between levels of fertility and the labour force participation rates of women and the experience of the last 50-60 years would seem to lend strong support to this theory. Other factors could of course also impact on the development of fertility, for example housing as well as social and cultural factors. The relationships between public policy and levels of childbearing are similarly complex and difficult to determine.

In the 1970s to 1990s, the baby-bust levels of fertility (1.3 to 1.8) across Northern and Western Europe and North America were unprecedented (and not expected to remain at these levels) but elsewhere in the world, levels of fertility remained high and the world's population was expected therefore to reach 12 billion by the middle of the 21<sup>st</sup> century. In fact, what happened in the following decades was that fertility levels did remain low (or increased only moderately) in Northern and Western Europe and North America; even declined to much lower levels in Southern Europe; and declined dramatically in Asia, coming down by the end of the 20<sup>th</sup> century to just above replacement level in the region. By 2050, however, it is expected that Latin America and the Caribbean will have the lowest regional fertility, having declined from 5.9 in 1950 to just 1.76 in 2050.

Mortality is the second driver of age structural population change. Life expectancies have been increasing steadily since the turn of the 20<sup>th</sup> century, but what has been particularly

striking is the improvement in survival at older ages and there is an increasing body of evidence that lives will continue to be extended for some time to come.

The first half of the 20<sup>th</sup> century saw life expectancies at birth for both males and females in the more developed world increase by around 20 years. In absolute terms, it will take 100 years from 1950 to 2050 to increase these life expectancies at birth by another 20 years. This is driven by a shift in mortality declines from the young to older age groups, reflecting the demographic reversal of the earlier conviction that mortality at older ages is intractable. Even so, around the world, new generations can expect to live longer than previous generations, and the rate of increase is surprisingly strong and constant. Life expectancies at birth for both sexes combined have increased at the global level from around 47 years in the mid-20<sup>th</sup> century to around 70 years today, and are expected to rise to around 77 years by the mid-21<sup>st</sup> century. Most countries of the world experienced significant mortality declines after 1950, which led to marked increases in life expectancies at birth for both males and females.

Most of these increases are related to a shift from mortality from infectious diseases to mortality from non-communicable diseases, and by 2050, life expectancies at birth for males range from 69 years in Africa to 84 years in Northern America, and from 73 years in Africa to 86 years in Northern America for females. In the course of 100 years (1950 – 2050), male life expectancy at birth will have increased by 33 years in Africa and 18 years in Northern America. The corresponding increases for females are 35 years and 14 years.

But we are also entering an era of extremely long lives around the globe. This is destined to be the century of centenarians. Across much of the globe, centenarian populations have increased from “handfuls” to thousands as mid- and late and extreme late life mortality have all decreased. The numbers of centenarians for example in England and Wales, Sweden, Japan and France in the 1930s and until the late 1940s were between 40 and 220, but from the early 1950s the numbers in England and Wales and in France began more or less doubling every decade. Also Brazil has seen its centenarian population increase from around 3,000 in 1990 to around 34,000 in 2010, surpassing by then that of India which had had around four times as many centenarians as Brazil in 1990. The centenarian population in China has also begun to increase, but is still only around one third of those of Brazil and India.

If ageing is a major demographic issue of the 21<sup>st</sup> century, urbanisation is the second major issue. The world is becoming increasingly urbanised with more and more people living in urban settings. In 1950, 70 per cent of people globally lived in rural settlements and just 30 per cent in urban settlements. By 2014, 54 per cent of the world’s population lived in urban settings and the urban population of the world is expected to continue to grow, so that by 2050, 66 per cent of the world’s around 10 billion inhabitants will be urban dwellers. Urbanisation is not uniform across the world. In 2014, the most urbanized regions were North America (82 per cent living in urban areas), Latin America and the Caribbean (80 per cent), and Europe (73 per cent), while Africa and Asia still just remained mostly rural, with 40 and 48 per cent of their respective populations living in urban areas. All regions of the

world will continue to urbanize with the most rural regions of Africa and Asia urbanizing faster than elsewhere – their urban populations reaching 56 and 64 per cent of their total populations, respectively, by 2050. Interestingly though, although the share of the global population living in rural areas has declined, the absolute size of the global rural community has grown. Currently, the global rural community amounts to around 3.5 billion people.

The global urban community has increased in size almost five-fold from 746 million in 1950 to around 4 billion. Population growth and urbanization are predicted to continue into the 21<sup>st</sup> century, bringing an additional 2.5 billion people to the world's urban community by 2050, with nearly 90 per cent of this concentrated in Asia and Africa.

Why are these structural changes in our populations so important? It is important to adopt a multi-pillared approach to tackle the issues raised by such dramatic structural change, ranging from the provision of pensions and health and social care for older adults to the provision of education, employment, transport and housing for younger people. These demographic changes impact and will continue to impact across societies around the world. Growing old in societies dominated demographically by young people is fundamentally different from growing old in societies dominated demographically by older people. Added to which we have massive urbanisation and the impact this will have on our individual lives and the planet. There are implications for individuals with respect to planning for old age; for families comprising more and more generations; for communities with increasing numbers of extreme aged people needing care and support; for workplaces short of younger skills. And governments will need to rethink how public services are planned and delivered across all government departments. These global structural changes will everywhere require a co-ordinated response across government in order to reflect the inter-connectedness of policies affected by the ageing and urbanising of populations.

How could/should people begin to prepare themselves for such long lives? At the individual level the trend presents a challenge to life course planning. Family dynamics will be challenged by the survival of these extremely long-lived generations delaying intergenerational succession and inheritance and depending on smaller families for support in frail and dependent old age. Given increasing life expectancy and longevity, individuals potentially have the opportunity to contribute to their families, communities, and workplaces for much longer.

And let us finally not forget that as more and more of us live or aspire to live in urban communities, it is vital that these communities are managed and developed responsibly. Our urban communities are arguably important drivers of development as significant proportions of any nation's economic activity, government, business and trade, and transportation emanate from these communities. Those living in these communities potentially have access to better education, better health, and social services, and they have better and more opportunities for cultural and political participation. But for all these positive aspects of urbanisation, rapid and unplanned urban growth can be a threat to sustainable development.

This happens when the necessary infrastructure is not developed or when the benefits of urban living are not distributed equitably across the tens of millions of citizens in these communities. Urban areas then become more unequal communities with millions of the urban poor living in unacceptable conditions.

Population change will indeed change our world as we move deeper into the 21<sup>st</sup> century. Much of the narrative around ageing and urbanization is one of success. However, if individuals and societies fail to adapt to the transformations ahead, success may end up turning bitter-sweet.

But, at the same time, it cannot be denied that the COVID-19 pandemic has once again generated adverse conditions for older people, with a resurgence of ageism and stereotyped images of frailty and dependency associated with older adults. This is a point that deserves the attention of both academics and policy makers.

It is important in this developing demographic that we begin to generate interdisciplinary knowledge and joined-up policies to address these multiple challenges. An ageing society is not a problem as such: it is simply a new type of society that will require creative approaches.

*In this sense, we are introducing this first number of Population Ageing in Latin America, welcoming everybody and warming thanks to all the articles and material sent it for this number by professors, collaborators and partner of the LARNA.-*

## SECTION: PAPERS

**Diagnóstico de depresión en personas mayores: una mirada desde los estereotipos  
hacia la vejez y el envejecimiento**

**Diagnosis of depression in older persons: a look from the stereotypes towards old  
age and aging**

**Susana González<sup>a\*</sup>**

sgonzalb@uc.cl

**Javiera Rosell<sup>a</sup>**

jerosell@uc.cl

**Sofía Sepúlveda-Caro<sup>a</sup>**

svsepulveda@uc.cl

<sup>a</sup>Pontificia Universidad Católica de Chile, Avda. Vicuña Mackenna 4860, Santiago 7820436, Chile. Fono: (562)2354 4000.

\*Autor correspondiente: E-mail: [sgonzalb@uc.cl](mailto:sgonzalb@uc.cl)

### RESUMEN

La depresión es una de las patologías más comunes del siglo XXI. En el caso de las personas mayores, la presentación sintomática de un trastorno depresivo no siempre está acompañada de un ánimo depresivo, lo que dificulta su diagnóstico. El objetivo de este estudio es indagar en la presencia de estereotipos negativos hacia la vejez, y su relación con el diagnóstico de depresión en personas mayores por parte de profesionales de la salud de la Región Metropolitana de Chile. Para esto, una muestra de 88 profesionales de la salud respondió el Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE), y dos viñetas clínicas para establecer si existe un correcto diagnóstico de la depresión en personas mayores. Los resultados mostraron que hay presencia de estereotipos negativos hacia la vejez en profesionales de la salud, los que se concentran en un nivel medio. Por otro lado, existe un diagnóstico adecuado de depresión en mayores cuando el cuadro depresivo tiene una

**Population Ageing in Latin America  
Oxford Institute of Population Ageing  
Issue Number 1, March 2022  
ISSN 2754-0049**



presentación típica, lo que no sucede cuando la sintomatología es atípica, donde hay una tendencia al diagnóstico de demencia y trastornos orgánicos por sobre el de depresión. A pesar de esto, no se encuentra asociación significativa entre los estereotipos negativos hacia la vejez y el correcto diagnóstico de depresión en mayores, sin embargo, ambas dimensiones son relevantes para favorecer el bienestar psicológico de las personas mayores. Este contexto pone de manifiesto la relevancia de generar dispositivos de formación gerontológica para profesionales de la salud, que se enfoquen en la erradicación de estereotipos hacia la vejez y otorguen herramientas para un adecuado diagnóstico de depresión en personas mayores.

**Palabras clave:** Estereotipos negativos, depresión, personas mayores, profesionales de la salud

### **ABSTRACT**

Depression is one of the most common pathologies of the 21st century. In the case of older persons, the symptomatic presentation of a depressive disorder is not always accompanied by a depressive mood, which makes its diagnosis difficult. The aim of this study is to explore the presence of negative stereotypes towards old age, and its relationship with the diagnosis of depression in older persons by health professionals of the Metropolitan Region of Chile. In order to do this, a sample of 88 health professionals answered the Negative Stereotypes Questionnaire on Aging (Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la vejez - CENVE), and two clinical vignettes to establish whether there is a correct diagnosis of depression in older people. The results showed that there are negative stereotypes towards old age in health professionals, which are concentrated on a medium level. On the other hand, there is an adequate diagnosis of depression in older persons when the depressive case has a typical presentation, which does not happen when the symptomatology is atypical, where there is a tendency to diagnose dementia and organic disorders over depression. Despite this, there is no significant association between negative stereotypes towards old age and the correct diagnosis of depression in older persons. However, both dimensions are relevant for the psychological well-being of older people. This context highlights the relevance of generating gerontological training devices for health professionals, which focus on the eradication of stereotypes towards old age and provide tools for an adequate diagnosis of depression in older persons.

**Key words:** Negative stereotypes, depression, older adults, health professionals

## INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional ha afectado a América Latina, siendo una de las regiones que ha vivido de manera más acelerada este cambio demográfico. En el caso de Chile, las personas mayores de 60 años corresponden al 19,3% de la población total del país (Ministerio de Desarrollo Social, 2017), siendo esta realidad un desafío para la generación de políticas públicas, principalmente en el ámbito de salud y economía (Custodio et al., 2017; Jaul & Barron, 2017; Zabreski, 2014). Como consecuencia, surge la necesidad de generar dispositivos que den respuesta a la creciente demanda de servicios de salud por parte de este grupo etario.

En este contexto, la salud mental de las personas mayores es un tema de relevancia mundial. La Organización Mundial de la Salud establece que la depresión es uno de los trastornos con mayor prevalencia en la actualidad (Organización Mundial de la Salud, 2018). En Chile, la prevalencia de trastorno depresivo en personas mayores de 65 años es de 11,2%, siendo mayor en mujeres (16,9%) que en hombres (4,1%) (Ministerio de Salud, 2013), diferencia que coincide con lo reportado a nivel internacional (Girgus et al., 2017).

La depresión en personas mayores puede manifestarse de manera diferente, con un predominio de sintomatología atípica y solapada, presentándose a través de síntomas somáticos, sin existir un claro ánimo deprimido (Bodner et al., 2018; Downing et al., 2013; Hegeman et al., 2015; Wang & Blazer, 2015). Esto favorece el sub-diagnóstico de depresión en dicho rango etario (Hegeman et al., 2015).

Por otro lado, los estereotipos, creencias y valores son representaciones sociales que constituyen sistemas cognitivos (Araya, 2002). Se configuran como una modalidad particular de conocimiento que interviene directamente en el pensamiento, comunicación y comportamiento entre los individuos (Mora, 2002). Así, el viejismo es reconocido como el conjunto de actitudes negativas, estereotipos y prejuicios respecto a la vejez y el envejecimiento, que se encuentran presentes en la cultura y van en detrimento de las personas mayores por el hecho de ser mayor (Butler, 1969). Algunos de los adjetivos relacionados con la percepción de la población acerca de las personas mayores serían el tener deterioro cognitivo, ser infantil, pobre, asexual, inactivo, conservador, pasivo, patológico, regresivo, entre otros (Gewirtz-Meydan et al., 2018; Lee & Hoh, 2021).

Este escenario, en conjunto con un predominio de estereotipos negativos de la vejez por parte de los profesionales de la salud, aumenta la frecuencia de diagnósticos de organicidad y demencia por sobre patologías como la depresión (Bodner et al., 2018). Por ende, si existe un predominio de estereotipos de carácter negativo, el profesional se comunicará y comportará de manera distinta que con un paciente de otro rango etario (Gomez-Moreno et al., 2019; Salvarezza, 2002), siendo esto un temor presente en las personas mayores al momento de consultar en servicios de salud (Macrae, 2018).

En estudios que indagan sobre concepciones estereotipadas hacia la vejez en profesionales de la salud, se ha constatado la presencia de actitudes viejistas por parte de profesionales y estudiantes del área (Dobrowolska et al., 2019; Gomez-Moreno et al., 2019; Shpakou et al., 2021), lo que conduce a conductas discriminatorias con las personas mayores (Ribera Casado et al., 2016). En concreto, los estereotipos negativos hacia la vejez ocasionan que no se diagnostique depresión en pacientes mayores por considerarse que los síntomas son propios del envejecimiento, o bien se realiza diagnóstico equivocado al confundirse con un cuadro de demencia (Bodner et al., 2018). Así, los profesionales priorizan el diagnóstico de organicidad y demencia en personas mayores por sobre el de depresión.

De este modo, el objetivo del presente estudio es explorar la presencia de estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con el diagnóstico adecuado de depresión en personas mayores, por parte de profesionales de la salud (médicos y psicólogos) de la Región Metropolitana de Chile. En específico, se busca (1) estimar la frecuencia de un diagnóstico adecuado de depresión en personas mayores, (2) explorar diferencias en el diagnóstico de depresión en función de la edad del paciente por parte de los profesionales de la salud, (3) identificar los estereotipos negativos hacia la vejez, y su predominio para las áreas de salud, motivación-social y carácter-personalidad y, (4) finalmente, establecer si existe asociación entre la presencia de estereotipos negativos hacia la vejez y el adecuado diagnóstico de depresión en personas mayores.

## METODOLOGÍA

### Muestra

La muestra se conformó por profesionales de la salud (médicos generales, médicos familiares, neurólogos, psiquiatras y psicólogos) dedicados a la atención clínica de adultos. Se excluyeron profesionales con alguna capacitación en gerontología para no sesgar los resultados debido a la formación especializada.

La muestra final quedó conformada por 88 profesionales, siendo el 51% mujeres y el 49% hombres. La edad promedio de la muestra es de 36 años (DE= 11). El 53% son psicólogos, seguido de médicos generales (20%) y psiquiatras (15%), con una menor proporción de médicos familiares (6%) y neurólogos (6%).

El tiempo promedio que llevaban ejerciendo su profesión es de 9,2 años (DE= 9,9). Además, la mayoría de los profesionales ejercían en el sector público (42%), un 36% en el sector privado y un 22% atendía paralelamente en instituciones públicas y privadas.

### Instrumentos

#### *Esteretipos negativos hacia la vejez*

El Cuestionario de Esteretipos Negativos hacia la Vejez (CENVE) (Blanca-Mena et al., 2005) busca determinar la presencia de esteretipos negativos hacia la vejez a través de 15 preguntas. El instrumento considera 3 factores: salud, motivación-social y carácter-personalidad.

Se establecieron puntos de corte para clasificar el nivel alto, medio y bajo de esteretipos a nivel general. Puntajes mayores o iguales a 38 se configuran como nivel de esteretipo alto, puntajes entre 23 y 37 como nivel de esteretipo medio y puntajes menores o iguales a 22 como nivel de esteretipos bajo (Portela, 2016). Para la evaluación del nivel de esteretipos negativos hacia la vejez en cada factor se consideraron puntajes de corte, donde 13 o más puntos implicó un nivel de esteretipos alto, entre 8 y 12 un nivel de esteretipos medio y 7 o menos puntos un nivel de esteretipos bajo (Portela, 2016).

#### *Diagnóstico de depresión*

El diagnóstico de depresión se evaluó a través de dos viñetas clínicas confeccionadas en base a casos de depresión del libro de casos del DSM IV-TR y CIE-10 (Spitzer, 2003; Ustun et al., 1999), a las que se les mantuvo el contenido psicopatológico, pero se modificó la forma para que coincidieran con la realidad chilena (p.ej. nombres, ciudades, lugares de trabajo) . Estas viñetas fueron sometidas a una validación de expertos en psicopatología y a una prueba piloto de 20 personas.

Cada viñeta tiene una versión que define al paciente como menor de 60 años (1m y 2m) y una versión que define al paciente como mayor de 60 años (1M y 2M). De la muestra total, 48 personas respondieron las viñetas 1m y 2M, mientras que 40 personas respondieron las viñetas 1M y 2m. La pregunta para responder fue: “De acuerdo a los datos entregados en la viñeta anterior: ¿Cuál sería su principal hipótesis diagnóstica de este paciente?”. Se presentarán 5 alternativas diagnósticas comunes: (a) episodio psicótico, (b) demencia, (c) síndrome orgánico cerebral, (d) síndrome depresivo o trastorno depresivo y (e) trastorno adaptativo, donde la respuesta correcta es “(d) síndrome depresivo o trastorno depresivo”.

Las características de presentación clínica del trastorno depresivo en la viñeta A y B son diferentes, existiendo un predominio de sintomatología atípica en la viñeta B y un caso de sintomatología más típica en la viñeta A.

### **Análisis de datos**

El análisis de resultados se realizó un análisis descriptivo de las viñetas clínicas a través de frecuencia y porcentaje del diagnóstico correcto o incorrecto de depresión, considerando la edad del paciente presentado.

Además, se utilizó la prueba de Chi Cuadrado para explorar diferencias significativas en las respuestas a las viñetas de una persona mayor de 60 años y la de una menor de 60 años para la viñeta A (forma de presentación típica) y B (forma de presentación atípica). Las diferencias por edad se analizaron en cada viñeta por separado, ya que la presentación clínica de la sintomatología depresiva en cada caso es diferente.

Asimismo, se utilizó la prueba de correlación biserial puntual para determinar la asociación entre los estereotipos negativos y el correcto diagnóstico de depresión en personas

mayores a partir de la respuesta de los profesionales de la salud para las viñetas con personas mayores de 60 años.

Los análisis se realizaron con el software estadístico R Studio versión 1.0.143

## **RESULTADOS**

### **Estereotipos negativos hacia la vejez en profesionales de la salud**

En la tabla 1 se presentan los descriptivos del nivel de estereotipos negativos por parte de profesionales de la salud. Se observó que los profesionales, en su mayoría, presentan estereotipos negativos hacia la vejez en un nivel medio, alcanzando un 52% (ver figura 1).

En la dimensión salud, que refiere a estereotipos negativos asociados a aspectos de salud en la vejez (p.ej. la vejez como sinónimo de dependencia y deterioro cognitivo), se observó que el nivel de estereotipos se encuentra en un rango medio, alcanzando un 49%. Cabe destacar, que esta dimensión es donde se concentra la mayor cantidad de estereotipos de nivel bajo, en comparación con las dimensiones de motivación social y carácter-personalidad.

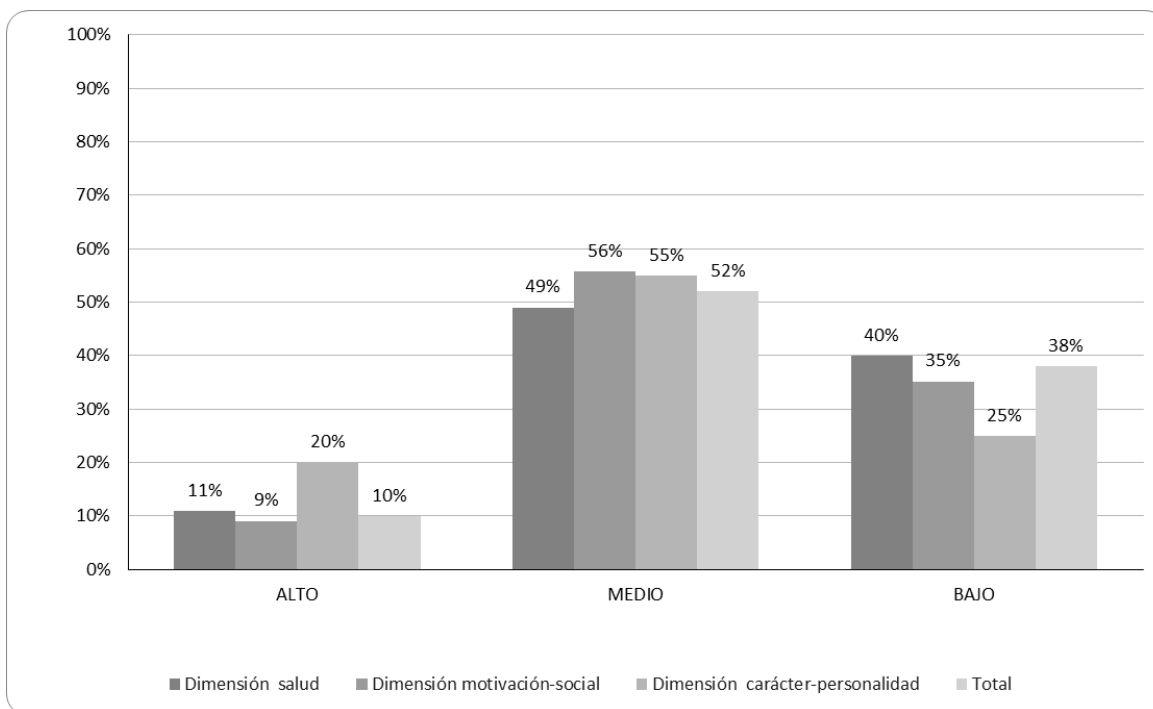
Por su parte, la dimensión de motivación-social refiere a estereotipos negativos asociados a la motivación por las relaciones interpersonales en la vejez (p.ej. interés sexual, el interés por realizar distintas actividades y el número de amigos). En este ámbito el nivel de estereotipos negativos se concentra en un nivel medio (55,7%), siendo la dimensión que presenta menor porcentaje de profesionales con nivel de estereotipo alto, en contraste con estereotipos relacionados a salud y carácter-personalidad.

Por otro lado, la dimensión de carácter-personalidad refiere a estereotipos negativos asociados a aspectos de personalidad y carácter de las personas mayores (p.ej. rigidez, inflexibilidad, infantilización y exacerbación de rasgos de personalidad poco deseados). En este ámbito, los estereotipos se concentran en un rango medio, sin embargo, es donde se presenta mayor porcentaje de personas con estereotipos negativos de nivel alto (20%).

**Tabla 1.** Descriptivos del Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE)

	Media	DE	Puntaje mínimo	Puntaje Máximo
CENVE total	28	7.7	16	48
CENVE salud	8.8	2.9	5	16
CENVE motivación-social	8.8	2.6	5	15
CENVE carácter-personalidad	9.9	3.1	5	18

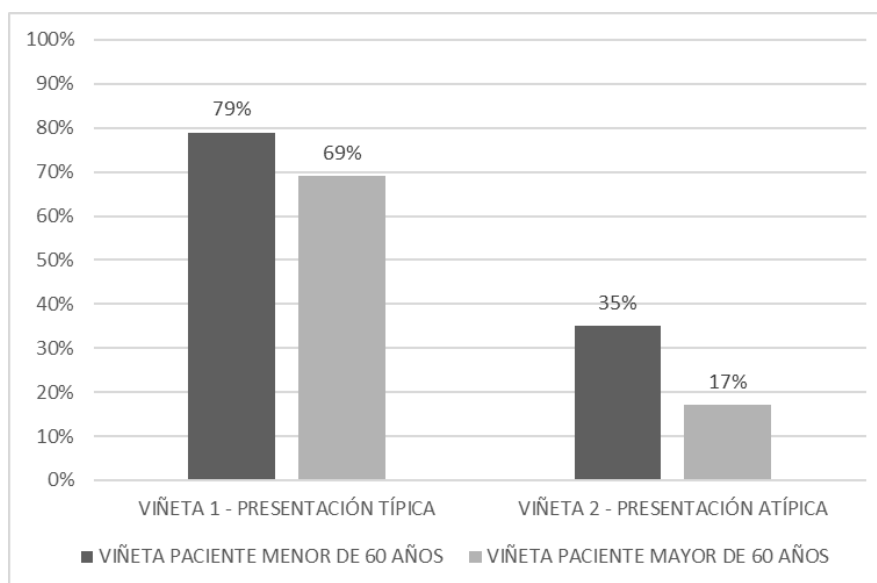




*Figura 1.* Distribución y porcentaje de estereotipos negativos hacia la vejez por nivel de estereotipos

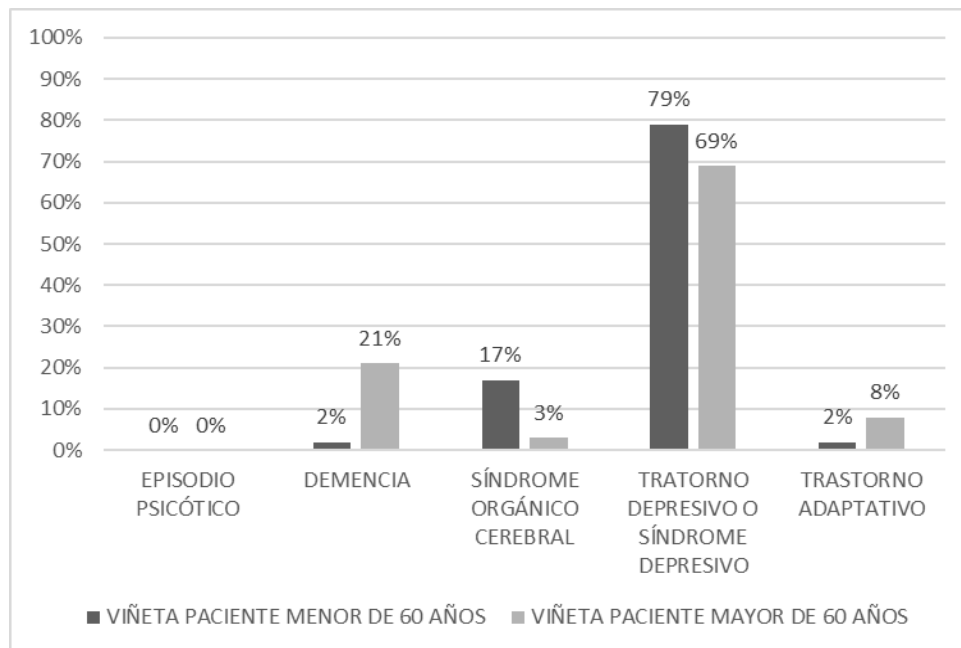
### **Diagnóstico de depresión y diferencias diagnósticas en función de la edad del paciente**

La primera viñeta presentada a los profesionales constó en un caso de trastorno depresivo con sintomatología típica. En este contexto, la mayoría realizó un diagnóstico correcto de trastorno depresivo, siendo mayor el porcentaje de respuestas correctas cuando la viñeta presenta un paciente con una edad menor a 60 años, en comparación con la misma viñeta con un paciente de edad mayor a 60 años (ver figura 2). Cabe destacar, que la diferencia entre diagnóstico correcto e incorrecto no es estadísticamente significativa según la edad del paciente.



Porcentaje de diagnóstico correcto según edad del paciente en viñetas 1 y 2

En el análisis por cada alternativa diagnóstica, existe un predominio del diagnóstico de trastorno depresivo o síndrome depresivo por sobre los distractores. Sin embargo, en el caso de la viñeta con paciente mayor a 60 años, aumenta la frecuencia de diagnóstico de demencia, alcanzando un 21%. Por su parte, en la viñeta con paciente menor de 60 años, predomina el distractor de Síndrome Orgánico Cerebral (ver figura 3).

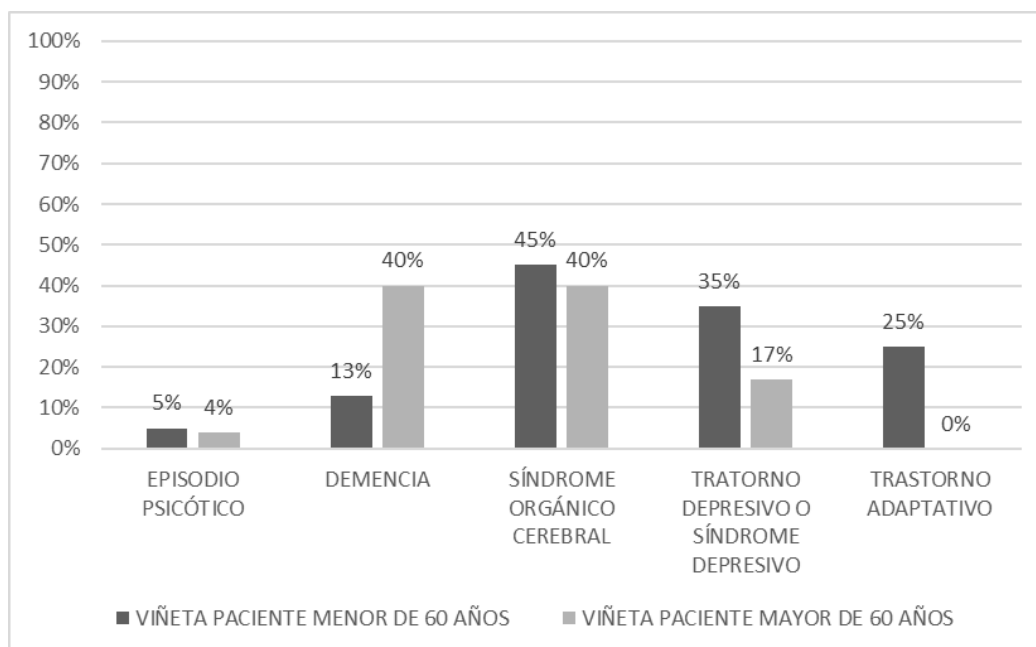


*Figura 3.* Porcentaje de respuestas por alternativa diagnóstica según edad del paciente en viñeta 1

Por otro lado, en la segunda viñeta que presenta el caso de un paciente con trastorno depresivo con sintomatología atípica, se aprecia dificultad en el diagnóstico de trastorno depresivo. El porcentaje de diagnóstico incorrecto es mayoritario, alcanzando un 65% en el

caso de la viñeta con un paciente menor a 60 años y un 83% en la misma viñeta, pero con un paciente mayor a 60 años. Esta diferencia es estadísticamente significativa según la edad del paciente de la viñeta. Por lo tanto, el porcentaje de diagnóstico correcto sí está asociado a la edad, existiendo un porcentaje significativamente menor de diagnóstico correcto en la viñeta con un paciente mayor de 60 años (ver figura 2).

En la misma línea, en el análisis específico de las alternativas diagnósticas, se observó una tendencia al diagnóstico de demencia y síndrome orgánico cerebral por sobre el diagnóstico de trastorno o síndrome depresivo cuando el paciente tiene más de 60 años. En el caso del paciente menor de 60 años, predomina el diagnóstico de síndrome orgánico cerebral, seguido del diagnóstico del trastorno o síndrome depresivo (ver figura 4).



*Figura 4.* Porcentaje de respuestas por alternativa diagnóstica según edad del paciente en viñeta 2

### **Asociación entre nivel de estereotipos negativos hacia la vejez y diagnóstico de depresión en personas mayores**

En la viñeta de trastorno depresivo con presentación típica (viñeta A), existe una tendencia a una correlación baja y negativa entre estereotipos negativos hacia la vejez a nivel general y correcto diagnóstico de depresión en mayores de 60 años. Sin embargo, esta asociación no es estadísticamente significativa ( $r=-0,27$ ,  $p=0,09$ ).

En la misma línea, no existe correlación estadísticamente significativa entre el correcto diagnóstico de depresión en mayores y las dimensiones de estereotipo negativo hacia la vejez relacionadas con salud ( $r=-0,22$ ,  $p=0,2$ ), y carácter-personalidad ( $r=-0,18$ ,  $p=0,3$ ). En el área motivación-social existe una correlación negativa y media que es marginalmente significativa ( $r=-0,32$ ,  $p=0,05$ ).

En la viñeta de trastorno depresivo con presentación atípica, no existe asociación entre el nivel de estereotipos negativos hacia la vejez general y el correcto diagnóstico de depresión en personas mayores ( $r=0,004$ ,  $p=1$ ). Del mismo modo, no existe asociación entre el correcto diagnóstico de depresión en mayores y el nivel de estereotipos negativos hacia la vejez en las dimensiones de salud ( $r=-0,09$ ,  $p=0,5$ ), motivación-social ( $r=0,05$ ,  $p=0,7$ ) y carácter-personalidad ( $r=-0,14$ ,  $p=0,3$ ).

## DISCUSIÓN

Los estereotipos negativos hacia la vejez siguen presentes en el imaginario social actual, lo que influye en la concepción que tienen los profesionales de la salud sobre este grupo etario. Aún existe la creencia de que el envejecimiento conlleva inevitablemente deterioro, dependencia y enfermedad (González, 2014; Portela, 2016), lo que favorece un enfoque biomédico en la atención de salud mental de las personas mayores.

Los resultados indican que existe una tendencia general a un nivel medio de estereotipos negativos hacia la vejez por parte de profesionales de la salud. Esto es concordante con lo reportado por Franco et al. (2010), quienes encontraron presencia de estereotipos negativos hacia la vejez por parte de profesionales de la salud en un hospital mexicano, alcanzando una prevalencia de 65% a nivel global.

Una de las áreas donde se aprecia mayor nivel de estereotipos negativos es en lo referente al carácter y personalidad de las personas mayores, lo que implica la idea de que en la vejez se exacerban características de personalidad negativas, existe inflexibilidad, imposibilidad de cambio y se vuelve a ser como niño. Esto se condice con autores que plantean la infantilización como uno de los principales prejuicios en torno a la vejez y en particular en profesionales de la salud, lo que es propuesto como una de las áreas de

intervención prioritaria (Chrisler et al., 2016; Lee & Hoh, 2021; Miner Salari & Rich, 2001; Portela, 2016; Salvarezza, 2002).

Las prácticas paternalistas e infantilizadoras se asocian a una mayor incidencia de estereotipos sobre la vejez en las propias personas mayores, generando una auto percepción de menor competencia (Chrisler et al., 2016; North & Fiske, 2012). En este sentido, la conducta del profesional con los pacientes mayores puede influir en su autoestima y percepción del propio envejecimiento, pues existe un vínculo entre el viejismo y la baja autoestima en personas mayores (Marquet et al., 2019).

En relación con el trato en la atención de personas mayores por parte de profesionales de la salud, el mantenerse libre de prejuicios durante la atención médica y psicológica, permitirá la disminución de conductas discriminatorias y malos tratos hacia los pacientes mayores (Orozco-Campos et al., 2016).

El predominio de estereotipos sobre carácter y personalidad de las personas mayores se contraponen a un adecuado tratamiento, ya que la inflexibilidad e imposibilidad de cambio del paciente mayor, se condice con una sensación de “fracaso anticipado” y desesperanza por parte del profesional respecto al pronóstico del paciente mayor (Dobrowolska et al., 2019; Higashi et al., 2012). Así, se prioriza la utilización de recursos biomédicos, con un aumento de la prescripción de fármacos en desmedro de intervenciones no farmacológicas que pueden ser efectivas y también altamente preferidas por las personas mayores (Arthur et al., 2020; Biering, 2019; Luck-Sikorski et al., 2017). De este modo, el profesional de la salud puede considerar que la derivación de la persona mayor a terapia es una pérdida de recursos, ya que no dará resultados (Dobrowolska et al., 2019). Además, el terapeuta tendrá otra disposición para la atención del paciente mayor en caso de que llegue a consultar en busca de atención psicológica (Helmes & Gee, 2003; Kessler & Bowen, 2015).

En cuanto al diagnóstico de depresión del paciente mayor, existe una dificultad diagnóstica asociada a una presentación sintomática atípica, en que no hay un estado de ánimo deprimido predominante. En estos casos, disminuye considerablemente la asertividad del diagnóstico. Asimismo, existe un predominio de diagnósticos de demencia y patología orgánica por sobre el de trastorno depresivo. En este sentido, las consecuencias del

diagnóstico de demencia a nivel individual, familiar y social son distintas a un diagnóstico de depresión, por las características particulares de cada patología.

En ese sentido, una de las consecuencias más preocupantes de que no se realice un diagnóstico oportuno de esta patología en personas mayores, es que la depresión se configura como un factor de riesgo de suicidio. Esto se vuelve aún más complejo en este grupo etario, en que se produce un aumento de la tasa de suicidio en relación con otras edades (Das, 2017; Kumar et al., 2015).

En el caso de que el trastorno depresivo se presente con sintomatología típica, es decir, con un claro predominio de tristeza y ánimo depresivo, se tiende a realizar un diagnóstico correcto, el que es independiente de la edad del paciente. Sin embargo, Helmes y Gee (2003) plantean que, independientemente del diagnóstico acertado de la patología, existe una tendencia por parte de terapeutas a mostrar actitudes menos favorables para la atención de personas mayores en comparación con pacientes más jóvenes, atribuyendo una menor capacidad para generar alianza terapéutica con la edad y por tanto menor probabilidad de resultados favorables luego de la terapia. Por su parte, Kessler & Schneider (2019) dan cuenta que la edad del paciente puede influir en el enfoque sobre el tratamiento de terapeutas en práctica, tendiendo a recomendar terapias más cortas en el caso de personas de más de 60 años. Asimismo, se medica más a este grupo etario que aquellos más jóvenes, en desmedro de otro tipo de intervención (Fialová et al., 2018).

Por otro lado, se evaluó que los estereotipos negativos hacia la vejez no tienen relación significativa con el correcto diagnóstico que se realice de depresión en personas mayores. Sin embargo, ambas variables traen consecuencias directas para los pacientes mayores atendidos. Tanto el nivel de estereotipos negativos hacia la vejez como la dificultad diagnóstica de casos de depresión con presentación atípica en los mayores de 60 años habla de la necesidad de fortalecer la formación de profesionales en el ámbito gerontológico.

Algunas limitaciones de este estudio, tienen que ver con el tamaño muestral y no contar con una muestra aleatorizada, por lo que hay que tener precaución con la extrapolación de estos resultados. asimismo, un mayor tamaño muestral podría permitir aumento de la potencia estadística, y, por lo tanto, encontrar relaciones significativas que no fueron captadas en este estudio.

Futuras investigaciones son necesarias para explorar si la presencia de estereotipos negativos influye en el tratamiento de la depresión en personas mayores y en qué aspectos el tratamiento se ve influido. Asimismo, se debe indagar si la presencia de viejismo afecta la atención, especialmente en el trato hacia las personas mayores en Chile y Latinoamérica.

## CONCLUSIÓN

Los resultados dan cuenta de la presencia de estereotipos negativos hacia la vejez por parte de profesionales de la salud. El nivel de estereotipo negativo evaluado se concentra principalmente a nivel medio. Además, destaca que el área referente a carácter y personalidad de las personas mayores es donde existe mayor prevalencia de estereotipos medio- alto, llegando a un 75%.

Los estereotipos negativos no se asocian con un aumento en diagnóstico incorrecto de un trastorno depresivo en personas mayores. Sin embargo, la literatura indica que estos estereotipos sí podrían influir el trato hacia la persona mayor, tratamiento y pronóstico de la patología, incluyendo consecuencias a nivel familiar, social, psicológico y económico, las que deben ser objeto de futuras investigaciones.

Los resultados de la presente investigación entregan insumos para el fortalecimiento de dispositivos de atención de personas mayores en salud mental y la generación de espacios de formación para los profesionales de la salud que atienden pacientes mayores, incluyendo los que están en etapa de formación y aquellos que se encuentran ejerciendo.

**Agradecimientos:** Las autoras agradecen al Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP) y a la Escuela de Ciencias del Envejecimiento de la Universidad Maimónides.

**Financiación:** Este trabajo fue financiado por ANID - Iniciativa Científica Milenio / Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad-MIDAP ICS13\_005"



Inglés: "This work was funded by the ANID Millennium Science Initiative /Millennium Institute for Research on Depression and Personality-MIDAP ICS13\_005

**Conflicto de intereses:** ninguno

## REFERENCIAS

Araya, S. (2002). *Cuaderno de Ciencias Sociales 127. Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión*. Recuperado de <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/ICAP/UNPAN027076.pdf>.

Arthur, A., Savva, G. M., Barnes, L. E., Borjian-Boroony, A., Denning, T., Jagger, C., Matthews, F. E., Robinson, L., Brayne, C., The Cognitive Function, Green, E., Gao, L., Barnes, R., Baldwin, C., Comas-Herrera, A., Forster, G., Harrison, S., Ince, P. G., McKeith, I. G., ... Woods, B. (2020). Changing prevalence and treatment of depression among older people over two decades. *British Journal of Psychiatry*, 216(1), 49–54. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.193>

Biering, P. (2019). Helpful approaches to older people experiencing mental health problems: a critical review of models of mental health care. In *European Journal of Ageing* (Vol. 16, Issue 2, pp. 215–225). Springer Verlag. <https://doi.org/10.1007/s10433-018-0490-3>

Blanca-Mena, M.J., Sánchez-Palacios, C., & Trianes, M.V. (2005). Cuestionario de evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 15(4), 212-220.

Bodner, E., Palgi, Y., & Wyman, M. F. (2018). *Ageism in Mental Health Assessment and Treatment of Older Adults* (pp. 241–262). [https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8\\_15](https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8_15)

Butler, R. N. (1969). Age-ism: Another Form of Bigotry. *The Gerontologist*, 9(4), 243–246. [https://doi.org/10.1093/geront/9.4\\_Part\\_1.243](https://doi.org/10.1093/geront/9.4_Part_1.243)

Chile. Ministerio de Desarrollo Social. (2017). *Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN). Adultos Mayores Síntesis de Resultados*. Recuperado de [http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-%09multidimensional/casen/docs/Resultados\\_Adulto\\_Mayores\\_casen\\_2017.pdf](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-%09multidimensional/casen/docs/Resultados_Adulto_Mayores_casen_2017.pdf)

Chile. Ministerio de Salud. (2013). *Guía clínica AUGÉ: Depresión en personas de 15 años y más*. Recuperado de <https://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>

Chrisler, J. C., Barney, A., & Palatino, B. (2016). Ageism can be Hazardous to Women's Health: Ageism, Sexism, and Stereotypes of Older Women in the Healthcare System. *Journal of Social Issues*, 72(1), 86–104. <https://doi.org/10.1111/josi.12157>

Custodio, N., Wheelock, A., Thumala, D., & Slachevsky, A. (2017). Dementia in Latin America: Epidemiological evidence and implications for public policy. In *Frontiers in Aging Neuroscience* (Vol. 9, Issue JUL). Frontiers Media S.A. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2017.00221>

Das, S. (2017). Suicide among the Elderly: A Psychological Perspective. In *International Journal of Social Work and Human Services Practice Horizon Research Publishing* (Vol. 5, Issue 1).

Dobrowolska, B., Jędrzejewicz, B., Pilewska-Kozak, A., Zarzycka, D., Ślusarska, B., Deluga, A., Kościółek, A., & Palese, A. (2019). Age discrimination in healthcare institutions perceived by seniors and students. *Nursing Ethics*, 26(2), 443–459. <https://doi.org/10.1177/0969733017718392>

Downing, L. J., Caprio, T. v., & Lyness, J. M. (2013). Geriatric psychiatry review: Differential diagnosis and treatment of the 3 D's - Delirium, dementia, and depression. *Current Psychiatry Reports*, 15(6). <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0365-4>

Fialová D., Kummer I., Držaić M., Leppee M. (2018). Ageism in Medication Use in Older Patients En L. Ayalon & C. Tesch-Römer (Eds.), *Contemporary Perspectives on Ageism. International Perspectives on Aging*. Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8\\_14](https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8_14)

Franco, M., Villarreal, E., Vargas, E. R., 1a, D., Martínez, L., 1a, G., Galicia, L., & 1b, R. (2010). Estereotipos negativos de la vejez en personal Prevalence of negative stereotypes

towards old age among personnel of a general hospital. In *Artículo de InvestIgAcIón rev Med chile* (Vol. 138). <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v138n8/art07.pdf>.

Gewirtz-Meydan A., Hafford-Letchfield T., Benyamini Y., Phelan A., Jackson J., Ayalon L. (2018). Ageism and Sexuality. En L. Ayalon & C. Tesch-Römer (Eds.), *Contemporary Perspectives on Ageism. International Perspectives on Aging*. Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8\\_10](https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8_10)

Girgus, J. S., Yang, K., & Ferri, C. v. (2017). The gender difference in depression: Are elderly women at greater risk for depression than elderly men? *Geriatrics Switzerland* (2)4. <https://doi.org/10.3390/geriatrics2040035>

Gomez-Moreno, C., Verduzco-Aguirre, H., Contreras-Garduño, S., Perez-de-Acha, A., Alcalde-Castro, J., Chavarri-Guerra, Y., García-Lara, J. M. A., Navarrete-Reyes, A. P., Avila-Funes, J. A., & Soto-Perez-de-Celis, E. (2019). Perceptions of aging and ageism among Mexican physicians-in-training. *Clinical and Translational Oncology*, 21(12), 1730–1735. <https://doi.org/10.1007/s12094-019-02107-w>

González, S. (2014). Mi vejez, tu vejez: Profesionales que trabajan con personas mayores. En G. Zarebski (Ed.), *Cuestionario Mi Envejecer: un instrumento psicogerontológico para evaluar la actitud frente al propio envejecimiento* (2ª ed., pp. 129-136). Paidós.

Hegeman, J. M., de Waal, M. W. M., Comijs, H. C., Kok, R. M., & van der Mast, R. C. (2015). Depression in later life: A more somatic presentation? *Journal of Affective Disorders*, 170, 196–202. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.08.032>

Helmes, E., & Gee, S. (2003). Attitudes of Australian therapists toward older clients: Educational and training imperatives. *Educational Gerontology* 29(8), 657–670. <https://doi.org/10.1080/03601270390225640>

Higashi, R.T., Tillack, A. A., Steinman, M., Harper, M., & Johnston, C.B. (2012). Elder care as «frustrating» and «boring»: Understanding the persistence of negative attitudes toward older patients among physicians-in-training. *J Aging Stud*, 26(4), 476-483. [doi:10.1016/j.jaging.2012.06.007](https://doi.org/10.1016/j.jaging.2012.06.007)

Jaul, E., & Barron, J. (2017). Age-Related Diseases and Clinical and Public Health Implications for the 85 Years Old and Over Population. *Frontiers in Public Health*, 5. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00335>

Kessler, E. M., & Bowen, C. E. (2015). Images of aging in the psychotherapeutic context: A conceptual review. In *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry* (Vol. 28, Issue 2, pp. 47–55). American Psychological Association Inc. <https://doi.org/10.1024/1662-9647/a000129>

Kessler, E. M., & Schneider, T. (2019). Do treatment attitudes and decisions of psychotherapists-in-training depend on a patient's age? *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 74(4), 620–624. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbx078>

Kumar, P. N. S., Anish, P. K., & George, B. (2015). Risk factors for suicide in elderly in comparison to younger age groups. *Indian Journal of Psychiatry*, 57(3), 249–254. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.166614>

Lee, S. Y., & Hoh, J. W. T. (2021). A critical examination of ageism in memes and the role of meme factories. *New Media and Society*. <https://doi.org/10.1177/14614448211047845>

Luck-Sikorski, C., Stein, J., Heilmann, K., Maier, W., Kaduszkiewicz, H., Scherer, M., Weyerer, S., Werle, J., Wiese, B., Moor, L., Bock, J. O., König, H. H., & Riedel-Heller, S. G. (2017). Treatment preferences for depression in the elderly. *International Psychogeriatrics*, 29(3), 389–398. <https://doi.org/10.1017/S1041610216001885>

Macrae, H. (2018). “My opinion is that doctors prefer younger people”: Older women, physicians and ageism. *Ageing and Society*, 38(2), 240–266. <https://doi.org/10.1017/S0144686X16001021>

Marquet, M., Chasteen, A. L., Plaks, J. E., & Balasubramaniam, L. (2019). Understanding the mechanisms underlying the effects of negative age stereotypes and perceived age discrimination on older adults' well-being. *Aging and Mental Health*, 23(12), 1666–1673. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1514487>

Miner Salari, S., & Rich, M. (2001). *SOCIAL AND ENVIRONMENTAL INFANTILIZATION OF AGED PERSONS: OBSERVATIONS IN TWO ADULT DAY CARE CENTERS*.

Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digit*, 2, 1-25. Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/viewFile/34106/33945>

North, M. S., & Fiske, S. T. (2012). An inconvenienced youth? Ageism and its potential intergenerational roots. *Psychological Bulletin*, 138(5), 982–997. <https://doi.org/10.1037/a0027843>

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Depresión*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Orozco-Campos, N., & López-Hernández, D. (2016). Viejismo y empoderamiento. Los prejuicios de la vejez y la visión del propio envejecimiento. *REDNUTRICIÓN*, 7(19), 245-250. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/301963351\\_Viejismo\\_y\\_empoderamiento\\_Los\\_prejuicios\\_de\\_la\\_vejez\\_y\\_la\\_vision\\_del\\_propio\\_envejecimiento\\_Ageism\\_and\\_empowerment\\_Prejudices\\_of\\_old\\_age\\_and\\_vision\\_of\\_aging\\_itself](https://www.researchgate.net/publication/301963351_Viejismo_y_empoderamiento_Los_prejuicios_de_la_vejez_y_la_vision_del_propio_envejecimiento_Ageism_and_empowerment_Prejudices_of_old_age_and_vision_of_aging_itself)

Portela, A. (2016). Estereotipos negativos sobre la vejez en estudiantes de Terapia Ocupacional. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 2(1). <https://www.terapia-ocupacional.org.ar/revista/RATO/2016jul-art1.pdf>

Ribera Casado, J. M., Bustillos, A., Guerra Vaquero, A. I., Huici Casal, C., & Fernández-Ballesteros, R. (2016). ¿Se discrimina a los mayores en función de su edad? Visión del profesional. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 51(5), 270–275. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2016.03.005>

Salvarezza, L. (2002). *Psicogeriatría. Teoría y clínica*. (2ª ed.). Paidós.

Shpakou, A., Klimatckaia, L., Kuzniatsou, A., Laskiene, S., & Zaitseva, O. (2021). Medical care and manifestations of ageism in healthcare institutions: opinion of elderly people. The

example of four countries. *Family Medicine & Primary Care Review*, 23(1), 69–74.  
<https://doi.org/10.5114/fmpcr.2021.103159>

Spitzer, R.L. (2003). *DSM-IV-TR: Libro de casos*. Masson.

Ustun, T.B., Bertelsen, A., Dilling, H., et al. (1999). *Libro de casos de la CIE-10: las diversas caras de los trastornos mentales: historias clínicas de casos de trastornos mentales y del comportamiento, en personal adultas, comentados según las descripciones de la CIE-10*. Editorial Médica Panamericana

Wang, S., & Blazer, D. G. (2015). Depression and cognition in the elderly. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11, 331–360. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032814-112828>

Zabreski, G. (2014). *Mi Envejecer: Un instrumento psicogerontológico para evaluar la actitud frente al propio envejecimiento*. Paidós.

**Religious Practices, Disability and Wellbeing Among Older Adults in Brazil,**

2006-2010

Luciana Correia Alves<sup>1</sup>,Claudia Cristina de Aguiar Pereira<sup>2</sup>,Jair Licio Ferreira Santos<sup>3</sup>,Yeda Aparecida de Oliveira Duarte<sup>4</sup>

Corresponding Author:

Luciana Correia Alves

Email: lcalves@unicamp.br

UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas

Núcleo de Estudos de População "Elza Berquó"

Av. Albert Einstein, 1300  
Cidade Universitária Zeferino Vaz  
CEP 13083-852 - Campinas/SP-Brasil

1 Department of Demography, Population Studies Center Elza Berquó (NEPO),  
University of Campinas (UNICAMP), Brazil.

2 National School of Public Health (ENSP), Oswaldo Cruz Foundation (Fiocruz), Brazil.

3 Faculty of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Brazil.

4 Medical-Surgical Nursing Department, School of Nursing, University of São Paulo,  
Brazil.

### **Abstract**

Religious practices may be an important factor for the health and well-being in later life globally. There is a study gap on religious activities and health among the elderly in Brazil. This study aimed to assess the contribution of religious practices in disability among community-living older Brazilian people between 2006 to 2010. Data came from SABE Study (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento/Health, Wellbeing and Ageing). Multiple binary logistic regression models were used to identify the association between religious activity and difficulty in at least one ADL in 2010, adjusted by age, sex, marital status, employment status, and self-rated health in 2006. The results revealed that those who rarely or never had religious activity showed a 28% higher risk to progress to difficulty with at least one ADL. No affiliation was a protective factor (RR=0.43). The findings of the present study make a pivotal contribution to the literature in Brazil and developing countries.

Keywords: Ageing, Religious practices, Disability, Activities of daily living, Wellbeing, Brazil

### **Acknowledgments**

This work was supported by São Paulo Research Foundation (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo—FAPESP): 1999/05125 (Wave 1); 2005/54947-2 (Wave 2); and 2009/53778-3 (Wave 3). Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- Capes Proex (Process n: 88882.329796/2015-01) also provided funding for L. C. Alves.



## Religious Practices, Disability and Wellbeing Among Older Adults in Brazil, 2006-2010

### Abstract

Religious practices may be an important factor for the health and well-being in later life globally. There is a study gap on religion and health among the elderly in Brazil. This study aimed to assess the contribution of religious practices in disability among community-living older Brazilian people between 2006 to 2010. Data came from SABE Study (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento/Health, Wellbeing and Ageing). Multiple binary logistic regression models were used to identify the association between religious activity and difficulty in at least one ADL in 2010, adjusted by age, sex, marital status, employment status, and self-rated health in 2006. The results revealed that those who rarely or never had religious activity showed a 28% higher risk to progress to difficulty with at least one ADL. No affiliation was a protective factor (RR=0.43). The findings of the present study make an important contribution to the literature in Brazil and developing countries.

**Keywords:** Ageing, Religion, Religious practices, Disability, Activities of daily living, Wellbeing, Brazil

### Introduction

Brazil has experienced a rapid process of population aging. In parallel, the country has increased the longevity of its population. Life expectancy at birth has increased by 30 years between the 1940s and the 2000s (Carvalho & Garcia, 2003). Brazilian Demographic Census in 2010 indicated that life expectancy reached 73.8 years (IBGE, 2013).

In the next two decades, the city of Sao Paulo will have a faster time of aging. With the fertility rate in decline and the life expectancy increasing, the number of elderly will double in the city. The aging index calculated as the number of persons 60 years old or over per hundred persons under age 15 will double between 2010 and 2030, changing from 6

older adults to every ten young people in 2010 to 12 older adults to every ten young people in 2030. By 2050 the proportion will be even higher: there will be 21 elders for every ten young people. The forecast points that in 2027, Sao Paulo will have more seniors than young people living in the city (SEADE, 2018).

The aging of the population and longevity bring many other health concerns related to the elderly. Although population aging is a relatively recent phenomenon, religiosity has long been considered an essential health-related factor (George et al., 2000; O'Brien et al., 2007) and an enhancer of quality of life and well-being in many parts of the world (Cohen & Johnson, 2016). Some studies show that religious attendance or intrinsic religiosity correlates positively with some index of well-being and religious people report being happier and more satisfied with their lives (Myers, 1992; Diener et al. 1999, Diener et al., 2011). Moreover, the association between religion and religious practices and well-being appears robust across multiple cultural contexts (Cohen & Johnson, 2016).

Having a religion may be an important factor for the future health of the global population since religiosity is one of the significant health components in societies undergoing demographic transition (Zimmer et al., 2016). There has been growth in the volume of scientific studies that explore the connection between religion, practices, spirituality, and health outcomes (Zimmer et al., 2016). Religious activity has been empirically linked to an array of attributes that impact health outcomes, such as personal values, locus of control, feelings of self, healthy behaviors, intergenerational associations, emotional self-regulation, tangible support, and coping mechanisms (Ellison & Levin, 1998; Hummer et al. 1999, 2004; Hill et al., 2007; Jim et al., 2015).

According to Hidajat et al. (2013), the mechanisms that link religions and health conform to psychosocial characteristics that operate to increase the size and functionality of

one's social network, which results in the provision and strengthening of received and perceived social support. For the author, some research results have also suggested other ways in which religions and religious practices can influence health outcomes for those practicing one. Some level of religious activity can, for instance, relieve existential anxieties, provide direction when dealing with demanding and stressful situations and decision making, and offer reflective opportunities that can positively influence emotional health.

In Brazil, Roman Catholicism is the main religion. Despite this, the percentage of Catholics fell from 95% in 1940 to 65% in 2010. The proportion of Protestants increased from 3% to 22% during the same period. Moreover, there was an increase in the number of persons with no religious affiliation, ranging from 1% to 8% (IBGE, 2010). In 2010, the proportion of Catholics was higher among persons aged 40 years and older and reached 75.2% in the group aged 80 and over. The same occurred among Spiritists, with most members aged between 50 and 59 (3.1%). Among Protestants, the highest percentages were seen among children (25.8% in the group aged 5 -9) and teenagers (25.4% in the group aged 10-14) (IBGE, 2010).

Past studies have suggested that older individuals are more religious than younger ones because of the proximity to death and the greater need for social contact after retirement, which causes this population to turn to churches. This trend is partially due to the churches' role in providing social support and networks for the elderly (Levin et al., 2010).

The U.S. National Health Interview Survey showed that those who do not attend religious services have almost twice the risk of dying than those who do (Hummer et al., 2004). Association between religiosity, spirituality, and health has been found with other health outcomes, including cardiovascular conditions common among older persons such as heart disease, high blood pressure and cholesterol, myocardial infarction, and stroke. Religion

has specifically been found to positively impact disability, functional limitation, and depressive outcomes of older persons (Lavretsky, 2010). Religious attendance has been shown to buffer the need for and length of hospitalization (Koenig et al., 1998). However, very little research has examined the impact of religion on health outcomes like healthy life expectancy, mortality, self-perceived health and disability. Although researchers have recognized the importance of religiosity and as a determinant of longevity, there is now a need to determine whether religiosity and spirituality associate with extra years of life lived in good or poor health and whether religiosity and spirituality contribute globally to the health of the individuals (Zimmer et al., 2016).

There is a study gap in this area of research in Brazil which justifies the need to study religious practices and health among the elderly in Brazil. One crucial question appears in this scenario: are there religious determinants of differential disability in Brazil? The potential for positive and negative effects of religion on health highlights the need for research of this nature since religious practices may be a key determinant in the health-disease process among the elderly. Understanding the association between religiosity and health is necessary in order to more fully understand the determinants of quality of life and well-being in old age and, in so doing, suggest ways for improving human health within the context of global aging.

This study aimed to assess the contribution of religious practices in disability among community-living older Brazilian people between 2006 to 2010. Our research hypothesis is that there is a positive relationship between practicing religion and health among the elderly.

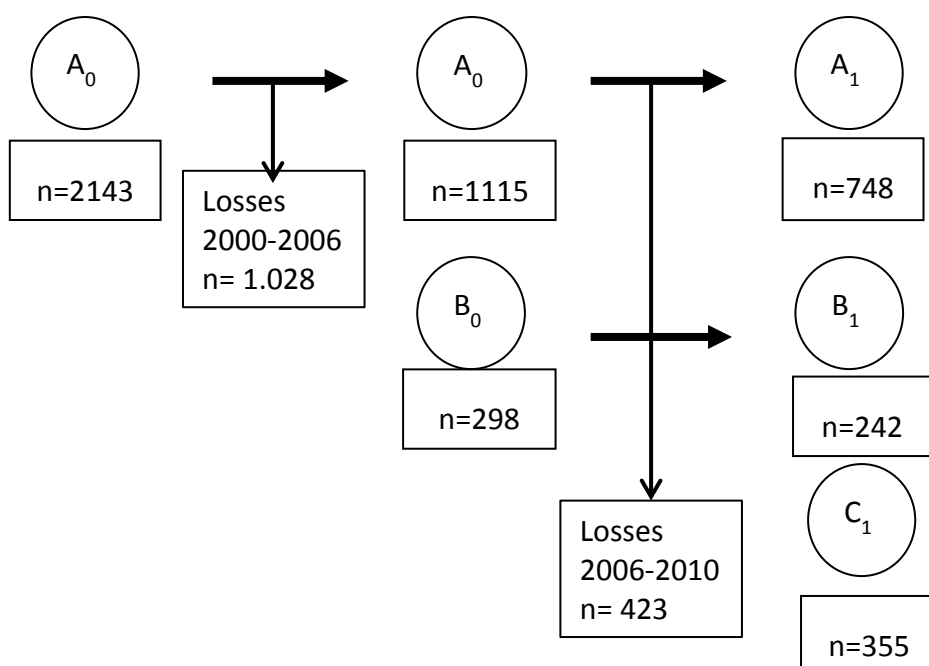
## **Material and Methods**

Data came from SABE Study (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento/Health, Wellbeing and Ageing). The SABE Study is a longitudinal study of three waves that began in

the year 2000 with a probabilistic sample of 2,143 males and females aged 60 years or older, representing the urban population living in São Paulo, Brazil (Lebrão & Duarte, 2003).

In 2006, the cohort from 2000 was located, and 1,115 individuals were interviewed a second time. Losses in the period corresponded to deaths (22.9%), refusals to participate (9.6%), changes of address to another city (2.5%), cases of institutionalization (0.4%), and individuals who were not located (12.6%). This cohort was denominated  $A_{06}$ . Further probabilistic, randomized sampling was performed to include a cohort of 298 additional individuals between 60 and 64 years of age (cohort  $B_{06}$ ). In 2010, the next wave of the SABE study was conducted. Cohorts  $A_{06}$  and  $B_{06}$  were located and interviewed again ( $n=990$ ). Losses in the period were due to deaths (11.9%), refusals to participate, changes of address to another city, cases of institutionalization, and individuals who were not located (18.0%). In 2011, probabilistic, randomized sampling was performed to include a cohort of 355 additional individuals between 60 and 64 years of age (cohort  $C_{10}$ ). Figure 1 illustrates the evolution of the cohorts over time.

Figure 1: Flowchart of cohorts of SABE study



For the present investigation, among the 1,413 participants interviewed in 2006, only 800 elderly from cohorts A<sub>06</sub> and B<sub>06</sub> were included in the final sample, representing 662,927 elderly in the city of Sao Paulo. Of the 1,413 participants interviewed, the individuals with difficulty in at least one activity of daily living (ADLs) in 2006 were excluded from the sample. A longitudinal study was carried out with baseline characteristics measured in 2006 and the outcome measured in 2010. Thus, the present observational cohort study involved elderly followed up from 2006 to 2010.

The dependent variable was disability. We measure disability according to ADLs (walking across a room, feeding oneself, lying down and getting up from a bed, toileting, dressing/undressing, and taking a bath/shower) (Katz et al., 1983). Participants who reported difficulty or an inability to perform at least one of the tasks on each dimension were recorded as "having difficulty."

The independent variables were religious practice, age (60–64, 65–69, 70–74, 75–79, 80–84, and 85 years or older), sex, marital status (single, married/stable relationship, separated/divorced, widowed), employment status (employed, unemployed), and self-rated health (good, fair, poor) at baseline. The religious practice was measured by religious activity. The question was about the frequency with which an individual prays or is involved with his/her religious activity. Possible responses were often/sometimes, rarely/never, or no affiliation.

Descriptive statistics were calculated for all the variables. Multiple binary logistic regression models were used to identify an association between religious activity and difficulty in at least one ADL in 2010, adjusted by age, sex, marital status, employment status, and self-rated health in 2006. All independent variables were included simultaneously in a single model. Risk ratios (R.R.) and 95% confidence intervals were estimated to evaluate factors associated with disability.

To ensure the representativeness of the total population, weights were used to expand the sample. To impede cluster effects from causing a significant impact on the precision of the estimates, which could lead to erroneous conclusions in the analysis of the hypothesis tests, aspects that defined the complex sampling procedure of the SABE study were incorporated into the estimation of these measures. All statistical analyses were performed with the R software, version 3.4.1.

The present study received approval from the Human Research Ethics Committee at the School of Public Health, University of São Paulo, and the National Committee for Research Ethics. Participation was voluntary, and all participants signed a statement of informed consent.

## **Results**

At baseline (2006), all interviewees were independent in ADL and had 60 to 95 years old (mean:  $68.7 \pm 6.2$  years; median: 68 years). Table 1 displays the characteristics of the sample. The population was predominantly female (60.3%); 59.5% were either married or in a stable relationship; 69.0% were not employed, and 92.2% had often/sometimes religious activity. Approximately 49.8% of the interviewees rated their health as good (Table 1).

Table 1 – Relative distribution (%) of demographic, economic, and health conditions characteristics of the elderly in the city of Sao Paulo, Brazil, 2006 (baseline)

<b>Variables</b>	<b>n (662,927)</b>	<b>Relative distribution (%)</b>
<b>Age (years)</b>		
60-64	205,283	31.0
65-69	203,069	30.6
70-74	140,833	21.2
75-79	71,688	10.8
80-84	29,275	4.4
85 or older	12,779	1.9
<b>Sex</b>		
Male	263,423	39.7
Female	399,504	60.3
<b>Marital status</b>		
Single	24,433	3.7
Married/Stable relationship	394,262	59.5
Separated/Divorced	56,369	8.5
Widowed	186,872	28.2
<b>Religious activity</b>	610,894	92.2
Often/sometimes	35,558	5.4
Rarely/never	16,475	2.5
No affiliation		
<b>Employment status</b>	205,466	31.0
Employed	457,461	69.0
Unemployed		
<b>Self-rated health</b>	330,330	49.8
Good	289,659	43.7
Fair	41,719	6.3
Poor		

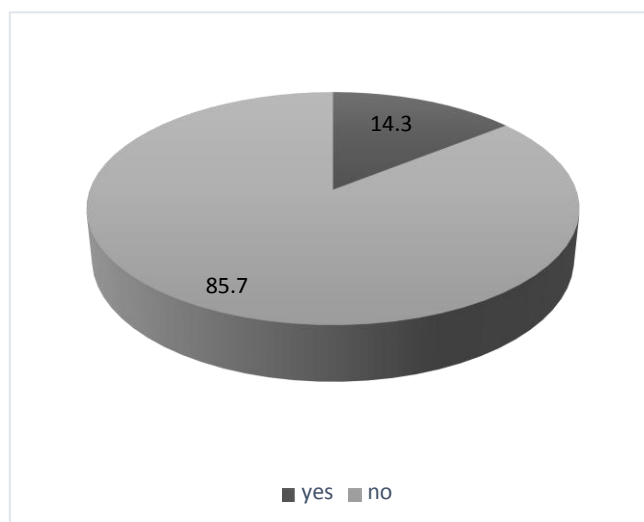
Source: SABE study, 2006.

Numbers and percentages that are missing refer to the category without information.

At the follow-up, 85.7% of those who were independent in ADL at baseline had remained in the same state (Figure 1). Among those who had progressed to difficulty with at least one ADL, 39.7% were men.

Figure 1: Prevalence (%) of difficulty with at least one ADL among older adults in the city of Sao Paulo, Brazil, 2010





Source: SABE study, 2006-2010

Table 2 shows the risk ratio to religious activity with difficulty with at least one ADL among older adults in Sao Paulo, Brazil, 2010 adjusted for demographic, socioeconomic, and health condition factors. The results revealed that those with rarely or never having religious activity had a risk of progressing to difficulty with at least one ADL, 28% higher than those who often or sometimes had it. No affiliation was a protective factor (RR=0.43) ( $p<0.01$ ).

Among the control variables, advancing age (85 or more) had a 9.95 times greater risk of developing a disability than the reference category. Sex was not statistically significant ( $p>0.05$ ). The elderly widowed (RR=1.40) and with the lowest self-rated health (RR=2.88) had the highest risks of progressing to difficulty with at least one ADL than in married/stable relationship and good self-rated health, respectively. Employment status proved to be a protective factor. The elderly employed had a 29% lower risk compared to those unemployed (RR=0.71) ( $p<0,01$ ).

The results of the residual analysis showed that the model has a good adjustment.

Table 2 - Risk Ratio to factors associated with difficulty with at least one ADL over four years in multiple logistic regressions of elderly in the city of Sao Paulo, Brazil, 2006 and 2010

Variable	Risk Ratio	95%CI	
<b>Religious activity</b>			
Often/sometimes	1.00		
Rarely/never	1.28	1.24-1.33	
No affiliation	0.43	0.40-0.46	
<b>Age</b>			
60-64	1.00		
65-69	1.48	1.44-1.51	
70-74	2.54	2.49-2.60	
75-79	3.53	3.44-3.62	
80-84	3.79	3.67-3.91	
85 or older	9.95	9.56-10.36	
<b>Sex</b>			
Male	1.00		
Female	0.99	0.97-1.00	
<b>Marital status</b>			
Married/Stable relationship	1.00		
Separated/Divorced	0.71	0.69-0.73	
Widowed	1.40	1.38-1.43	
Single	0.87	0.83-0.91	
<b>Employment status</b>			
Unemployed	1.00		
Employed	0.71	0.70-0.72	
<b>Self-rated health</b>			
Good	1.00		
Fair	1.58	1.56-1.61	
Poor	2.88	2.81-2.96	SABE
Intercept= - 2.750			2006-
		p<0.01	

Source:  
study,  
2010.

ADL = activity of daily living

## Discussion

Religious belief and practice play a central part in the lives of many people. With the greater longevity and aging of the population, disability has become a significant public health problem among the elderly. The study of religion, practices, religiousness, and health is a field of research that is evolving (Aldwin et al., 2014). Religion and its practices are thought to influence mental and physical health through health behaviors, stress reduction, increased social support (Koenig, 2012). However, the direction of the relationship in the literature has been mixed (Ahrenfeldt et al., 2017; Ahrenfeldt et al., 2018). Little is known regarding the relationship between religious practices and health in Brazil, and this was the first study to examine the relationship between disability and religious practices among the Brazilian elderly.

The religious practices and health association persists across cultures and different religions (Hidajat et al., 2013). Our results indicated that having rarely or never religious activity is associated with developing difficulty in at least one ADL over four years (R.R. = 1.28) than the baseline of more religious involvement (often/sometimes). Having no affiliation was protective to ADL (R.R. = 0.43). No affiliation was more advantageous than rarely/never. These results suggest that the frequency of religious activity may matter to the development of disability over time, with the higher level of disability observed in the group rarely/sometimes. These findings are somewhat in line with other research that focused on older persons using longitudinal data from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), which showed that taking part in a religious organization was associated with positive disability outcomes, but no affiliation was associated with negative ADL outcomes (Ahrenfeldt et al., 2017; Ahrenfeldt et al., 2018). Other literature has shown similar results. For instance, the study conducted by Crozen and colleagues pointed out that increased participation in religious organizations was a predictor for the decline in depressive symptoms (Croezen et al., 2015), but the study did not focus on disability.

A study that used data from the Health and Retirement Study (HRS) found a dose-response for the relationship between attendance at religious services with mortality, showing that those that attended frequently had a 40% lower hazard of mortality compared with those that never attended (Idler et al., 2017).

Those who declared not having an affiliation had the best ADL prospects. These results go in a different direction from the bulk of the literature on religious practices and health (Chida et al., 2009). Nevertheless, two cohort studies did not find a protective association between religious affiliation and morbidity and mortality. The studies suggested a higher risk of cardiovascular disease among more religious people (Schnall et al., 2010; Salmoirago-Blotcher et al., 2013).

Mechanisms beyond social support may be critical explanatory factors that link religious practices and good health. Many religions promote healthy practices. Many also promote strong intergenerational networks and social support through the celebration of festivals and religious holidays (Hidajat et al., 2013). Koenig et al. (2012) considered that the main pathways between religiosity and health were likely to be improved coping with adversity, support from one's religious community, and behavioral avoiding excessive alcohol and drug use, living a healthier lifestyle.

Those that had no religious affiliation were healthier. However, the study focused on religious activity and attendance. It is likely that attendance at religious activity tends to be beneficial but has not demonstrated direct benefits of believing in God or any harmful effects of disbelief. According to Galen (2015), the majority of studies usually contrast frequent church attendees with non-attenders. However, the latter group is not necessarily atheists. Most non-attenders or no affiliation in these studies are believers in God who are uncommitted or unengaged with religious practices. According to Büssing et al. (2009), although individuals felt that God would help them, and they prayed for such help, reports of relying on God's help did not show a significant association with physical or mental health-related quality of life indicators.

Another possible explanation would be that it is not necessary to be a religious person or engage in religious activities to be part of a group with good health. Some of the nonaffiliated could pursue other activities that result in the same benefits as those that often engage in religious activity. Being part of social groups, for instance, may have similar impacts on social support (Hidajat et al., 2013).

Previous studies argued that religion and spirituality play such a substantial role for so many people, and religiousness and spirituality are associated with positive outcomes concerning health and

well-being. On the other hand, findings on religion and quality of life do not always show that religion is associated with better quality of life. Subjectively, many people may feel religion and its practice are essential to their quality of life, but it may not always affect more objective measures (Cohen and Johnson, 2016).

## **Conclusion**

The findings of this study confirm our initial hypothesis that there is a positive relationship between religious practices and health among the elderly. Having rarely or never religious activity is associated with increased difficulty in at least one ADL over four years.

Evidence on the relationship between disability and religion/spirituality/practices is scarce in developing countries. Furthermore, the current literature findings on religious activities and spirituality are inclusive and deserve further research. Our study used a probabilistic sample of community-dwelling of older adults in Brazil. Thus, the present study's findings are innovative and make an important contribution to the literature in Brazil and developing countries.

The present study underscores the importance of cohort studies, which constitute an essential tool for monitoring, evaluating, and discussing the health and well-being of the elderly. Religions and their practices are different from each other; there are meaningful subgroups within major religions; there are many ways of being religious; religion interacts with other cultural values; and that religion both makes and unmakes happiness. Due to the multidimensional nature of these relationships, future studies should incorporate mediating variables in the causal pathway between religious practices and health. However, measurements of quality of life, individual happiness, life satisfaction, and subjective well-being can be incorporate and may assist in gaining a better understanding of the phenomenon.

## References

- Ahrenfeldt, L. J., Moller, S., Andersen-Ranberg, K., Vitved, A. R., Lindahl-Jacobsen R., & Hvidt, N. C. (2017). Religiousness and health in Europe. *European Journal of Epidemiology*, *32*, 921–929. [doi:10.1007/s10654-017-0296-1](https://doi.org/10.1007/s10654-017-0296-1)
- Ahrenfeldt, L. J., Hvidt, N. C., Kjølner, S. T., Moller, S., & Lindahl-Jacobsen, R. Religiousness and Diseases in Europe: Findings from SHARE. (2018). *Journal of Religion and Health*, *58*, 1925–1937. [doi:10.1007/s10943-018-0664-5](https://doi.org/10.1007/s10943-018-0664-5)
- [Aldwin, C. M., Park, C. L., Jeong, Y. J., & Nath, R. \(2014\). Differing pathways between religiousness, spirituality, and health: A self-regulation perspective. \*Psychology of Religion and Spirituality\*, \*6\*\(1\), 9. doi: 10.1037/a0034416](https://doi.org/10.1037/a0034416)
- [Büssing, A., Fischer, J., Ostermann, T., & Matthiessen, P. F. Reliance on God's help as a measure of intrinsic religiosity in healthy elderly and patients with chronic diseases. Correlations with health-related quality of life? \(2009\). \*Applied Research in Quality of Life\*, \*4\*\(1\), 77–90. doi:10.1007/s11482-009-9068-8](https://doi.org/10.1007/s11482-009-9068-8)
- Carvalho J. A. M., & Garcia, R. A. (2003). O envelhecimento da população brasileira: Um enfoque demográfico [The aging process in the Brazilian population: a demographic approach]. *Cadernos de Saúde Pública [Reports in Public Health]*, *19*(3), 109–118. [doi:10.1590/S0102-311X2003000300005](https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300005)
- Chida, Y., Steptoe, A., & Powell, L. H. (2009). Religiosity/spirituality and mortality. A systematic quantitative review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *78*(2), 81–90. [doi:10.1159/000190791](https://doi.org/10.1159/000190791)
- Cohen, A. B., & Johnson, K. A. The Relation between Religion and Well-Being. (2017). *Applied Research Quality Life*, *12*, 533–547. [doi:10.1007/s11482-016-9475-6](https://doi.org/10.1007/s11482-016-9475-6)
- Croezen, S., Avendano, M., Burdorf, A., & van Lenthe, F. J. (2015). Social participation and depression in old age: a fixed-effects analysis in 10 European countries. *American Journal of Epidemiology*, *182*(2), 168–76. [doi:10.1093/aje/kwv015](https://doi.org/10.1093/aje/kwv015)
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, *125*, 276–302. [doi:10.1037/0033-2909.125.2.276](https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276)
- Diener, E., Tay, L., & Myers, D. G. (2011). The religion paradox: if Religion makes people happy, why are so many dropping out? *Journal of Personality and Social Psychology*, *101*, 1278–1290. [doi:10.1037/a0024402](https://doi.org/10.1037/a0024402)
- Ellison, C. G., & Levin, J. S. (1998). The religion-health connection: evidence, theory, and future directions. *Health Educ Behavior*, *25*(6), 700–720. [doi:10.1177/109019819802500603](https://doi.org/10.1177/109019819802500603)
- Galen, L. (2015). Atheism, Wellbeing, and the Wager: Why Not Believing in God (With Others) is Good for You. *Science, Religion & Culture*, *2*(3), 54-69. [doi:10.17582/journal.src/2015/2.3.54.69](https://doi.org/10.17582/journal.src/2015/2.3.54.69)
- George, L. K., Larson, D. B, Koenig, H. G., & McCullough, M. E. (2000). Spirituality and health: What we know, what we need to know. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *19*, 102–116. [doi:10.1521/jscp.2000.19.1.102](https://doi.org/10.1521/jscp.2000.19.1.102)
- Hidajat, M., Zachary, Z., Saito, Y., & Lin, H. S. (2013). Religious activity, life expectancy, and disability-free life expectancy in Taiwan. *European Journal of Ageing*, *10*, 229–236. [doi:10.1007/s10433-013-0273-9](https://doi.org/10.1007/s10433-013-0273-9)

Hill, T. D., Ellison, C. G., Burdette, A. M., & Musick, M. A. (2007). Religious involvement and healthy lifestyles: evidence from the survey of Texas adults. *Ann Behav Med*, 34(2), 217–222. [doi:10.1007/BF02872676](https://doi.org/10.1007/BF02872676)

Hummer, R. A., Rogers, R. G., Nam, C.B., & Ellison, C. G. (1999). Religious involvement and U.S. adult mortality. *Demography*, 36(2), 273–285. [doi:10.2307/2648114](https://doi.org/10.2307/2648114)

Hummer, R. A., Ellison, C. G., Rogers, R. G., Moulton, B. E., & Romero, R. R. (2004). Religious involvement and adult mortality in the United States: review and perspective. *South Med Journal*, 97(12), 1223–1230. [doi:10.1097/01.SMJ.0000146547.03382.94](https://doi.org/10.1097/01.SMJ.0000146547.03382.94)

Idler, E., Blevins, J., Kiser, M., & Hogue, C. (2017). Religion, a social determinant of mortality? A 10-year follow-up of the Health and Retirement Study. *PLoS One*, 12(12), e0189134. [doi:10.1371/journal.pone.0189134](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189134)

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). Tabela 137 - População residente, por religião. Retrieved from: <https://sidra.ibge.gov.br/Tabela/137>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2013). Projeções da População 2013. Retrieved from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?edicao=9116&t=resultados>

[Jim, H., Pustejovsky, J., Park, C., Danhauer, S., & Sherman, A. \(2015\). Religion, spirituality, and physical health in cancer patients: a meta-analysis. \*Cancer\*, 121\(21\), 3760-3768. doi:10.1002/cncr.29353](#)

Katz, L. F., Branch, L. G., Branson, M. H., Papsidero, J. A., Beck, J. C., & Greer, D. S. (1983). Active life expectancy. *New England Journal of Medicine*, 309(20), 1218–1224. [doi:10.1056/NEJM198311173092005](https://doi.org/10.1056/NEJM198311173092005)

Koenig, H. G., Hays, J. C., Larson, D. B., Cohen, H. J., & Blazer, D. G. (1998). The relationship between religious activities and blood pressure in older adults. *Int. J. Psych. Med.*, 28, 189–213. [doi:10.2190/75JM-J234-5JKN-4DQD](https://doi.org/10.2190/75JM-J234-5JKN-4DQD)

Koenig, H. G. (2009). Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: A Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 283-291. [doi:10.1177/070674370905400502](https://doi.org/10.1177/070674370905400502)

Lavretsky, H. (2010). Spirituality and aging. *Ageing Health*, 6, 749–769. [doi:10.2217/ahe.10.70](https://doi.org/10.2217/ahe.10.70)

Lebrão, M. L., & Duarte, Y. A. (2003). SABE-Saúde, bem-estar e envelhecimento – O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde

Levin, J., Chatters, L., & Taylor, R. (2011). Theory in Religion, aging, and health: an overview. *J Relig. Health*, 50(2), 389-406. [doi:10.1007/s10943-009-9319-x](https://doi.org/10.1007/s10943-009-9319-x)

Myers, D. (1992). Pursuit of happiness: Discovering the pathway to fulfillment, well-being, and enduring personal joy. New York: Avon

O'Brien, J., Palmer, M., & Barrett, D. B. (2007). The atlas of Religion. Berkeley: University of California Press

Salmoirago-Blotcher, E., Fitchett, G., Hovey, K. M., Schnall, E., Thomson, C., Andrews, C. A., Crawford, S., O'Sullivan, M. J., Post, S., Chlebowski, R. T., Ockene, J. (2013). Frequency of private spiritual activity

and cardiovascular risk in postmenopausal women: The Women's Health Initiative. *Annals of Epidemiology*, 23(5), 239–245. [doi:10.1016/j.annepidem.2013.03.002](https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2013.03.002)

Schnall, E., Wassertheil-Smoller, S., Swencionis, C., Zemon, V., Tinker, L., O'Sullivan, M. J., Van Horn, L., Goodwin, M. (2010). The relationship between Religion and cardiovascular outcomes and all-cause mortality in the Women's Health Initiative Observational Study. *Psychology & Health*, 25(2), 249–263. [doi:10.1080/08870440802311322](https://doi.org/10.1080/08870440802311322)

SEADE Foundation. (2018). Cidade de São Paulo registra rápido envelhecimento e reduz o ritmo de crescimento da população. Retrieved from: <http://www.seade.gov.br/cidade-de-sao-paulo-registra-rapido-envelhecimento-e-reduz-o-ritmo-de-crescimento-da-populacao/>.

Zimmer, Z., Jagger, C., Chiu, C., Ofstedal, M. B., Rojo, F., Saito, Y. (2016). Spirituality, religiosity, aging and health in global perspective: A review. *SSM - Population Health*, 2, 373–381. [doi:10.1016/j.ssmph.2016.04.009](https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.04.009)



# Narrativas sobre la vejez, las familias y el Estado de profesionales<sup>1</sup> que trabajan por el bienestar de personas mayores en Buenos Aires

Liliana Findling - [findling.liliana@gmail.com](mailto:findling.liliana@gmail.com)

María Paula Lehner - [mariapaulalehner@gmail.com](mailto:mariapaulalehner@gmail.com)

Estefanía Cirino - [cirino.estefania@gmail.com](mailto:cirino.estefania@gmail.com)

Laura Champalbert - [lauratcha58@gmail.com](mailto:lauratcha58@gmail.com)

Instituto de Investigaciones Gino Germani –  
Facultad de Ciencias Sociales - Universidad de Buenos Aires

## Resumen

La población argentina envejece año tras año desde 1970. No es un acontecimiento aislado, y repercute sobre la vida cotidiana a nivel individual y familiar de cada sociedad.

El objetivo general de este artículo es explorar las opiniones de los profesionales de diversas disciplinas, que trabajan con personas mayores, acerca de la vejez, la familia y el rol del Estado.

El abordaje metodológico se basó en un diseño exploratorio mediante la aplicación de técnicas cualitativas con base en una muestra no probabilística e intencional. Se elaboró una guía de pautas semi-estructurada y las entrevistas se realizaron virtualmente durante la pandemia por COVID 19 a mediados de 2020. . Se entrevistó a 26 profesionales especializados/as en la atención integral de las personas mayores que se desempeñan sobre todo en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Los resultados de las entrevistas con los profesionales muestran que la vejez no es homogénea y la definen como una etapa del transcurso de la vida. Pero para ello se requiere superar estigmas a través de la capacitación de los recursos humanos en las diversas instituciones.

Se advierte la necesidad de incluir a la familia de la persona mayor y sus redes sociales en el trabajo profesional y se expresan múltiples barreras para una atención integral del bienestar durante la vejez.

En ese sentido, es necesario elaborar políticas públicas para la promoción de la calidad de vida y cuidados adecuados de la población adulta y para los profesionales que se ocupan de su apoyo y asistencia.

**Palabras clave:** ENVEJECIMIENTO, RECURSOS HUMANOS, FAMILIA, ESTADO

## Introducción

La dinámica demográfica y el aumento de la esperanza de vida, las diversas formas de organización de las familias con nuevas modalidades de uniones conyugales y las reiteradas crisis económicas han

---

<sup>1 1</sup> Las autoras recurren al uso del masculino como genérico para evitar la sobrecarga gráfica de poner el femenino y el masculino en cada nominación. Sepan interpretarlo como una simplificación de edición ya que estamos a favor de la igualdad de género.

---

transformado el funcionamiento de los hogares y las relaciones intergeneracionales. Estos cambios se han acompañado de una fecundidad relativamente baja y una edad más tardía a la maternidad, aspectos que, en su conjunto, han destacado el cuidado en la infancia y en las edades mayores como uno de los problemas al que se enfrentarán las políticas públicas en las próximas décadas; a ello se suma el fenómeno conocido como envejecimiento dentro del envejecimiento, es decir, el aumento del grupo de personas de 80 años y más que ha provocado la novedad de la tercera edad cuidando a la cuarta (Bazo y Ancizu, 2004; Roussel, 1995).

Asimismo, los cambios en los patrones de morbilidad y mortalidad indican que existirá una creciente demanda de cuidados de la población envejecida, de las personas discapacitadas y de los pacientes terminales (Sepúlveda y Gomez Dantés, 1995). El envejecimiento demográfico y la mayor longevidad de la población son fenómenos que influyen en las transferencias intergeneracionales, en el aumento de la demanda de servicios de salud y de cuidados de larga duración (Pantelides y Moreno, 2009).

La población argentina envejece año tras año desde 1970. No es un acontecimiento aislado, sucede en otros países y como en éstos, repercute sobre la vida cotidiana a nivel individual y familiar de cada sociedad.

De acuerdo con el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de 2010 (Indec, 2010), en el país residían 5,7 millones de personas mayores de 60 años (el 14,3% del total de la población). Las proyecciones del Fondo de Población de las Naciones Unidas indican que hacia 2050 el 25% de la población argentina tendrá 60 años o más<sup>22</sup>. Por otro lado, según el Censo 2010, en Argentina, 5.114.190 personas se encuentran en condición de discapacidad (12.9%) y su prevalencia es mayor entre las mujeres (14 %). De ellas, 2.081.878 (40%), tienen 60 años o más.

El país registra una elevada cobertura previsional que se acerca al 92% de la población. La edad promedio jubilatoria es de 64 años, no obstante, es posible observar heterogeneidades: no todos tienen el mismo acceso a la salud y difieren en la percepción de haberes jubilatorios sobre todo en los hogares de estratos socioeconómicos más bajos.

## **Objetivos y abordaje metodológico**

El objetivo general de este artículo, (que forma parte de dos proyectos <sup>3</sup> más amplios y aprobados por el Comité de Ética del Instituto Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos

---

<sup>2</sup> Si bien los demógrafos se refieren al envejecimiento cuando el porcentaje de personas de 65 años o más alcanza o supera al 7% del total de la población, el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento de 1982 y la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de 2002 adoptan el umbral de los 60 años. Esta diferenciación en la definición del envejecimiento se refleja en la información disponible y ocasiona ciertos problemas para la interpretación de los datos. Hay que tener en cuenta que la mayoría de las estrategias públicas asumen el inicio del envejecimiento a partir de los 60 años.

<sup>3</sup> Proyecto Foncyt PICT 2020/22 "Políticas de cuidado para personas mayores en Argentina. Desigualdades sociales y calidad de vida en Ciudad de Buenos Aires" y Proyecto Ubacyt 2018/22 "Políticas de cuidado de personas mayores en Argentina, Uruguay y España. Percepción de la calidad de vida e itinerarios terapéuticos y perspectivas de los profesionales".

---

Aires), es explorar las opiniones de los profesionales de diversas disciplinas, que trabajan con personas mayores, acerca de la vejez, la familia y el rol del Estado.

El abordaje metodológico se basó en un diseño exploratorio mediante la aplicación de técnicas cualitativas con base en una muestra no probabilística de tipo intencional. Se elaboró una guía de pautas semi-estructurada. Se entrevistó a 26 profesionales especializados/as en la atención integral de las personas mayores que se desempeñan en el ámbito, sobre todo en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y, en menor medida, en la provincia de Buenos Aires.

Se indagó sobre las actividades que encaran, el modo en el que asumieron la reorganización de tareas a partir del aislamiento y los significados sobre la vejez, el rol de las familias y del Estado.

Las entrevistas, debido al Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) se realizaron a través de plataformas virtuales desde abril hasta julio de 2020. Fueron grabadas y desgrabadas, y se solicitó un Consentimiento Informado que fue enviado vía mail. Las entrevistas fueron analizadas por un procesador de texto cualitativo y, teniendo en cuenta la confidencialidad y el anonimato, se modificaron sus nombres reales y sólo se alude a su profesión, omitiendo el ámbito en el que se desempeñan.

### **Principales ejes conceptuales**

Para llevar a cabo los objetivos tendremos en cuenta dimensiones teóricas relativas a los conceptos de vejez, desigualdades, familia y recursos humanos.

¿Cómo definir la vejez? Debe entenderse como un fenómeno social multidimensional, engloba variables de edad, género, clase y trayectoria individual. La prolongación de la vida, logro de las últimas décadas, incita a un replanteo profundo sobre lo que se considera vejez en la actualidad. El envejecimiento, en tanto proceso histórico-social o individual, es dinámico, extremadamente heterogéneo y particularmente contextualizado (Tamer, 2008).

Cada sujeto, según el paradigma del curso de vida, envejece de formas distintas en virtud de los años y los roles cumplidos. Entonces es imposible englobar al envejecimiento en una sola etapa de la vida y por lo tanto hay que imaginarla como un viaje con varias paradas.

La vejez no se define como única, sino que existen vejezes múltiples, atravesadas por diversas formas de envejecer tanto a nivel individual como social (Bazo, 1992). Teniendo en cuenta la heterogeneidad de la vejez es necesario considerar las inequidades que afectan a esta población.

Hirnas Adauy et. al (2013) mencionan que las barreras más frecuentes son el costo de medicamentos, consultas y exámenes médicos; el temor o vergüenza al atenderse en un servicio de salud; la desconfianza en los equipos de salud y en el tratamiento por escrito y las creencias y mitos. Como contraparte, los elementos facilitadores que han identificado fueron las redes de apoyo social; el valor asignado a la atención de salud en la reducción de riesgos y complicaciones, y la adaptación de los servicios de acuerdo a necesidades específicas de las personas usuarias.

A esta clasificación pueden agregarse aspectos socioculturales tales como la falta de autonomía para la toma de decisiones, la violencia intrafamiliar, los roles de género, las brechas generacionales y el nivel educativo (Nigenda et al., 2009).

Las desigualdades se originan en diferencias en las condiciones de vida que inciden en el acceso a los recursos (Borrell y Benach, 2003). Whitehead (1992) alude al uso de los servicios de salud, y propone que los estudios de desigualdades deben describir la incidencia de factores tales como el estatus socioeconómico, género, grupo étnico y lugar de residencia en el acceso a la salud.

Asimismo en la práctica de los cuidados se generan vínculos socio-afectivos que van modificando la tarea a medida que se desarrollan. Paugam (2012) establece una tipología compuesta por: vínculos de filiación (entre padres e hijos/as), vínculos de participación electiva (entre amigos/as, cónyuges, vecinos/as, con la comunidad), vínculo de participación orgánica (entre actores de la vida profesional) y vínculo de ciudadanía (entre personas que pertenecen a una misma comunidad política). Estos cuatro tipos de vínculos configuran la trama social en la que los actores van construyendo su pertenencia en el cuerpo social.

En Argentina los vínculos familiares cumplen un papel preponderante en el cuidado de las personas mayores. Como sucede en algunos países del sur de Europa y de Latinoamérica, prevalece un modelo de provisión del bienestar familista que delega en las mujeres de las familias el cuidado de las personas mayores. Se trata originalmente de un modelo de bienestar propio de los países mediterráneos, en el cual se deposita una confianza permanente en la familia, en su solidaridad intergeneracional y en su estructura de género para la provisión de trabajo y servicios asistenciales. Se asume que, ante la inercia de las instituciones públicas, son las familias los marcos relevantes de la ayuda social y se parte del supuesto de que 'nunca fallan' (Costa, 2012; Esping Andersen, 1993, Flaquer, 2000). Sin embargo, los cambios sociodemográficos acaecidos en las últimas décadas han provocado profundas transformaciones en la esperanza de vida pero también en la nupcialidad, el tamaño y estructura de los hogares y en los roles que las personas asumen al interior de las familias (Martín Palomo, 2009; Tobío et al., 2010). Como consecuencia, cada vez son menos los miembros de las familias con disposición para el cuidado y las mujeres se ven sobre responsabilizadas por tareas que no se distribuyen de manera equitativa entre los sexos (Quilodrán, 2008; Findling y López, 2015).

Además, inciden los procesos de individuación que se manifiestan, en primer lugar, en la mayor selectividad y énfasis en la formación de las familias, liberando a hombres y mujeres de asignaciones de roles tradicionales, lo que conduce, con frecuencia, a una configuración de las relaciones menos consistente que en el pasado (Martín Palomo, 2009; Tobío et al., 2010).

El concepto de solidaridad familiar se construye en base a sentimientos y obligaciones, a derechos y deberes, a coacciones formales e informales que se concretan en el intercambio recíproco de servicios, bienes y conflictos (Gomila, 2011) y está muy ligado a los recursos simbólicos presentes en los procesos

de ayuda mutua. Se trata de una reciprocidad a largo plazo que se va construyendo en el curso de los ciclos vitales (Martins, 2006; Lacerda, Pinheiro y Guizardi, 2006).

Para superar la orientación de la creciente individualización de la familia (Beck-Gernsheim, 2003), el concepto de familia-red (Martins, 2006) incorpora aspectos simbólicos de los arreglos familiares, la dimensión política y cultural de las alianzas y los conflictos, subrayando el rol de las redes sociales y las nociones de reciprocidad, solidaridad, confianza y dádiva. Las redes sociales incluyen las experiencias asociativas de familias, vecinos y amistades, y se distinguen por su carácter no visible y menos regulado, en comparación con las prácticas asociativas de la esfera institucional del mercado y el Estado.

Los arreglos familiares de las personas mayores remiten a las redes de apoyo y al soporte intrafamiliar, presentan un fuerte arraigo cultural y tienen implicaciones directas sobre el bienestar. Además, los arreglos residenciales no siempre son producto de una elección voluntaria, sino más bien el resultado de situaciones que las personas mayores deben aceptar (Puga et. al, 2007).

Adicionalmente, las familias forman parte de la organización social como unidades de producción, reproducción y consumo y sus modos de interacción ponen de manifiesto conflictos de poder, afectos y obligaciones, sentimientos de adhesión y de enfrentamiento que expresan diversas situaciones domésticas y extra domésticas de los miembros que la componen (Jelin, 2012).

Teniendo en cuenta el objetivo principal es preciso hacer referencia a la situación de los recursos humanos en salud. El trabajo sobre los otros, además de la retribución salarial, tiene como objetivo una forma de realización personal; la autenticidad y el compromiso son valores centrales para la actividad (Dubet, 2019). Una dimensión afectiva y subjetiva caracteriza a las prácticas de cuidado, a la vez que contempla los deseos de las personas mayores de cómo llevar adelante el cuidado (Touris, 2009). Aquellos/as que trabajan con personas mayores deben inventar, descubrir o crear para “cubrir” la brecha entre el trabajo que deben hacer y el que efectivamente hacen, es decir, entre el “trabajo prescripto y trabajo real” (Wlosko y Ros, 2018). La perspectiva de los profesionales que se ocupan de manera integral de las personas mayores debe considerar además la lógica institucional del cuidado tanto en la formación como en la provisión de la relación de servicio que sirven para analizar las instancias de regulación que operan en el sistema y en las formas de intervención del Estado (Belmartino, 2009; Dubet, 2019).

### **Una breve descripción de la muestra**

Las 26 personas entrevistadas son profesionales que, desde diversas disciplinas, se ocupan de atender a personas mayores. Algunos se dedican a atender cuidados de larga duración (en servicios de salud públicos, privados o de obras sociales)<sup>4</sup> y otros llevan a cabo actividades que fomentan el envejecimiento

---

<sup>4</sup> El sector de atención de la salud argentino está fragmentado y se divide en tres subsectores: el público, el privado y el de obras sociales para los empleos formales y los jubilados y pensionados

activo y saludable a través del desarrollo de talleres donde se trabaja el movimiento corporal, el equilibrio, la nutrición, la memoria, entre otras actividades.

¿Cuáles son las características de la muestra? La mayoría detenta un nivel de instrucción universitario completo y, en general, han cursado especializaciones (ya sea en residencias hospitalarias o en diplomaturas y maestrías).

Si bien tienen en común el tema del envejecimiento, su formación de base es sumamente variada y abarca un espectro amplio de profesiones relacionadas con el bienestar físico y mental. Se entrevistó a geriatras, licenciadas en psicología, trabajo social, kinesiólogas, una licenciada en comunicación social, una fonoaudióloga, una abogada, una profesora de historia, una terapeuta ocupacional, un licenciado en enfermería, una licenciada en nutrición, un licenciado en filosofía, un licenciado en producción y dirección audiovisual y una licenciada en ciencias de la educación. La mayoría supera los 50 años de edad (19) y priman las mujeres (18).

Muchos se desempeñan en el ámbito público (14): en dependencias del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, Centros de Día, hospitales o secretarías del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Varios/as, a su vez, son docentes universitarios y, en algunos casos, ejercen también su profesión de manera independiente.

En el espacio privado dos geriatras dirigen sus propias instituciones (geriátrico y centro de rehabilitación), otro médico suma a la función pública un consultorio privado y, un cuarto médico investiga sobre la problemática de la vejez y se dedica a divulgar este tema; una de las kinesiólogas creó un equipo de atención domiciliar que coordina y administra privadamente. Una psicóloga trabaja como acompañante terapéutica en forma autónoma para una consultora que hace convenios con servicios de salud y, por último, tres profesionales se desempeñan —o se han desempeñado— en organizaciones de la sociedad civil. Los que se desempeñan en el ámbito público trabajan en relación de dependencia, sin embargo, algunos son monotributistas y perciben honorarios por su trabajo. Sólo una profesional ejerce *ad honorem* organizando talleres y actividades para las personas mayores en un hospital público.

En el ámbito privado hay diversas relaciones laborales. Salvo aquellos que poseen clínicas propias, muchos perciben honorarios por sus tareas docentes o relativas a la atención de la salud. Así, complementan su trabajo entre diferentes ámbitos a partir de diversas modalidades de trabajo que, en parte, son efecto de las reformas en el sistema de salud argentino y de la relación de servicios que se ha establecido (Belmartino, 2009; Durand, 2012).

La principal estrategia para sostener los talleres, espacios de encuentro y consultas médicas durante el ASPO ha sido la virtualidad, que trajo aparejada nuevos desafíos -el uso de diferentes plataformas y la capacitación necesaria para ello- y replicó e intensificó ciertas dificultades y obstáculos como la falta de recursos y las desigualdades en el acceso a la tecnología (Cirino, Findling y Palermo, 2021).

## Las narrativas de los entrevistados

### Sobre la vejez

Varios profesionales aluden a una pluralidad de vejezes, Algunos avizoran nuevos paradigmas sobre el proceso de envejecimiento, por ejemplo, Damián, geriatra, entiende que hay *“una nueva longevidad”* que *“hace fundamentalmente hincapié en el capital más valioso que es la salud y eso te permite independencia, autonomía, decidir, libertad, hoy la salud la podemos construir, y se hace a lo largo del curso de vida”*. Renata, trabajadora social también aventura lo que ella llama *“un nuevo modelo de envejecimiento”* a través de un programa de crecimiento personal: *“es vivir en una conexión profunda de libertad, más amorosa consigo mismo, sin estar pendiente de la opinión de otros”*. En coincidencia, Ana, otra psicóloga, habla de un concepto de vejez que se elabora a través de la interacción: *“escucharse y redescubrirse con otros, como interlocutores de lo que es el envejecimiento, en redes se construyen proyectos nuevos que hablan de una definición de su propia vejez”*.

Sin embargo no todo es color de rosas, ya que se alude a aspectos negativos del proceso de envejecimiento: Raquel (trabajadora social y psicóloga) admite que *“está muy marcado por una cuestión de discriminación social, desvalorización y autoincriminación”*, y Ricardo (licenciado en comunicación audiovisual) se refiere a la situación de soledad: *“... en todos los talleres de radio, el 80% de los que asisten viven solos, incluso hay mucha gente que si bien no vive sola, se siente sola”*.

Aparecen dos visiones que están relacionadas con sus elecciones profesionales. Por un lado, algunos médicos geriatras enfatizan que la vejez posee una dinámica propia cuyas características pueden ser observables aunque no siempre se convierten en patologías y, por otro, aquellos que provienen del campo social que aluden a la singularidad del momento existencial, a la forma de transitar diferentes etapas y a la existencia de ciertos estereotipos sociales.

Casi todos remarcan la existencia de desigualdades al transitar el envejecimiento que dependen de la calidad de vida, del acceso a los servicios de salud, del género, del nivel socio económico e incluso del período etario en que se encuentran las personas mayores.

Además señalan que la autopercepción del estadio de vida que atraviesa una persona mayor influye y condiciona el acceso y/o la demanda de servicios de cuidado así como la elección de las disciplinas profesionales que pueden beneficiarla. Así, tanto Eduardo como José, ambos geriatras, remarcan la dificultad que experimentan las personas más jóvenes y apuntan a miedos y negaciones: *“a los de 60 años a veces hasta les molesta compartir una sala de espera porque el paciente de 90 años viene con pañales o viene acompañado del cuidador, son otras patologías y ellos pueden verse reflejados en lo que va a ser el futuro...”*.

Además se alerta sobre la falta de información en cuanto a las particularidades de este grupo etario y sus necesidades específicas: *“La gente, todavía no toma conciencia de que el geriatra es mucho más que un médico de cabecera o un médico coordinador y no se da cuenta que a partir de los 60 años, por ejemplo el problema de la hipertensión se da por cambios fisiológicos en las arterias...”* (José, geriatra).

Algunos profesionales diferencian la consulta geriátrica de la gerontológica: *“en la relación médico-paciente la geriatría ve casos más graves y no ves lo que es el viejo sano, con ganas. En el ambiente médico a veces, todo lo que es taller, es menospreciado* (Mónica, gerontóloga). En general, varios entrevistados mencionan que la relación profesional-paciente está atravesada por la escucha y la empatía: *“es importante la relación con el paciente. Conocer su vida. Eso forma parte prácticamente de la consulta y de la valoración, porque te pones al tanto de muchas cosas que forman la personalidad actual del paciente* (Marisa, kinesióloga)

Las resistencias individuales al cuidado –ignorancia, postergaciones, excusas, negaciones, evasivas– son factores que disminuyen las posibilidades de una mejor calidad de vida en esta etapa y se conectan con la postura que asume cada persona mayor ante su propia situación vital.

Y además se sostiene que en el camino del envejecimiento se consolidan prejuicios que impiden un tránsito más sereno y placentero: *“envejecer vamos a envejecer todos si tenemos suerte, me parece que no conocemos nuestro cuerpo y no lo vivenciamos, no lo transitamos y no lo disfrutamos, pasa algo con esta etapa de la vida”* (Pía, kinesióloga) y Renata (trabajadora social) también alega que *“lo que más me preocupa y creo que es lo que más vamos a tener que trabajar es la mirada que las personas mayores tienen de sí mismas, y dónde se coloca la persona mayor”*.

¿Y qué les pasa a los profesionales con el envejecimiento? Una parte de los entrevistados se encuadran en el mismo grupo etario al que tratan y, a la hora de dar precisiones sobre la vejez, se involucran y la asumen desde sus posibilidades. Estiman que ser coetáneos de sus pacientes y reconocerse como tales, mejora la empatía y les brinda facilidades en el tratamiento, así testimonia Marisa, kinesióloga: *“actualmente me siento más cómoda con las personas mayores que con los niños, será porque yo también me estoy poniendo grande, después de 35 años de profesión me resulta más cercano el trato”*. Y Raquel hace valer su propia condición de persona mayor para incentivar a las personas mayores que participan en sus talleres ante la necesidad de utilizar nuevas plataformas de comunicación por la pandemia.

De forma similar, Silvana, psicóloga de 62 años, analiza la relación entre su propia edad y su trabajo y cuestiona la definición de los límites de edad del envejecimiento: *“yo soy como una motivadora más que una psicóloga, porque ya tengo la edad de ingreso a un Centro de Día que, creo, está totalmente desactualizada, es antiguo el tema de los 60 años, a esa edad la gente no viene, los que vienen tiene un promedio de edad de 80 años, a los de 60 todavía estamos activos”*.

Como sostiene Puga (2021), el rango de edades mayores se ha extendido en las últimas décadas. La vejez puede comenzar a los 60 años y extenderse hasta los 100, lo que supone una diversidad de vejezes en ese lapso de 40 años. No podemos tratarla como un grupo homogéneo ya que sería como no ver las diferencias entre personas de 10 años y personas de 40 años, que nada tienen que ver en cuanto a desarrollo y autonomía. Las personas que llegan a los 60 años se encuentran colonizando nuevas edades y afrontan la difícil tarea de romper con estereotipos y prejuicios sobre la vejez que se formaron en décadas pasadas (Pérez, 2000).



Ana, también psicóloga, señala la dificultad en la labor cotidiana de aquellos profesionales que aún no están preparados para encarar su propio envejecimiento y trabajan con un grupo etario al cual aún no comprenden o no tienen afinidad: *“los equipos de trabajo de manera solapada tienen un desprecio por lo que son las arrugas, las canas, el paso del tiempo, la lentitud, en aprender porque no han transitado su propio proceso”*. Para superar esta barrera y mejorar la calidad del servicio, formaron *“grupos no ya de capacitación sino de reflexión en la tarea”*. En el mismo sentido, Mónica, gerontóloga, advierte *“... teníamos maltrato en el Hospital por parte de los enfermeros hacia los pacientes mayores en las salas..., porque no se los capacita para esta tarea”*. Por ello implementaron un curso específico sobre la vejez para el personal en general que ha dado *“muy buenos resultados...”*

### **Sobre la familia: una relación de tres puntas**

La familia y el acompañamiento ocupan un lugar fundamental para poder garantizar la continuidad en la asistencia a los talleres y a la atención de la salud. Los profesionales médicos entrevistados alertan sobre diferentes tipologías familiares e indican que *“no se puede generalizar... y no tenemos una relación médico paciente, sino una relación médico – paciente – familia... hay que saber cómo está compuesto el grupo familiar, no es lo mismo una familia continente que una disfuncional, no es igual una familia sobreprotectora que una funcionalmente protectora”* (José, geriatra). También se advierten desventajas al trabajar en una relación de tres puntas en la que aparecen conflictos a veces no adecuadamente resueltos: *“existen prejuicios en la familia: excesiva intervención, infantilización, postergación de deseos y opiniones del paciente, incluso cuando él tiene autonomía”* (Pía, kinesióloga).

Esta disposición de los profesionales hacia la inclusión de la familia es compartida por la mayoría de los que atienden a las personas envejecidas; la presencia, participación y contacto con familiares condiciona en gran medida la evolución de la persona mayor y, en alguna etapa del proceso, es determinante para su mejor atención. Sin embargo, tal como indicaba José *“se tiene que tener mucha cintura de boxeador para poder asistir al paciente y, al mismo tiempo, satisfacer las necesidades y expectativas del grupo familiar”*.

Actualmente es imposible soslayar los cambios que ha experimentado la familia y los profesionales los evocan al analizar su trayectoria profesional. Edgardo, geriatra, así lo relata: *“en cuanto a la relación médico paciente, cuando estaba en la residencia el grupo familiar era muy continente. Hoy todo eso cambió, la sociedad ha cambiado, las familias son mucho más reducidas, es mayor la carga horaria laboral, hoy los hijos tienen sus actividades y les es difícil encargarse de sus mayores y está el caso de la familia uniparental, que es un cuadro más severo porque son dos ancianos, sin hijos, que a veces no pueden sostenerse mutuamente”*. Y Mario (geriatra) también se refiere a las diferencias entre épocas pasadas y actuales con relación al cuidado familiar y a la decisión de institucionalizar a las personas mayores: *“antes era raro que la persona mayor fuera a un geriátrico, más allá de que requiriese una internación de tipo psiquiátrico... ahora nos ha pasado infinidad de veces que directamente los hijos nos plantean que no se pueden llevar a sus familiares a sus hogares”*.

Si bien en los diferentes momentos de la socialización la intensidad de algunos tipos de vínculos van variando, en el segmento de la población mayor es de suma importancia considerar los lazos de filiación

y los de participación electiva que implican una salida del hogar y mejoran su calidad de vida (Paugam, 2012). Y este aspecto está presente en el discurso de los entrevistados: *“la cuestión afectiva, para mí, es un factor sumamente importante en la buena evolución del paciente, e incluso la relación del paciente con el personal, llega un momento en que somos familia”* (Darío, enfermero). Otros profesionales, avanzan un paso más en sus apreciaciones sobre cómo establecer una relación más saludable con la familia en esta época: *“cuando se cuida, eso crea conflictos y sentimientos encontrados y no pueden relacionarse con amor, es preferible que ese cuidado lo realice una persona contratada, que los hijos se acerquen con amor y afecto a sus mayores cuando puedan y sienten que quieren hacerlo y no a través del cuidado instrumental”*. (Renata, trabajadora social).

Indudablemente estos enfoques presumen recursos económicos del grupo familiar para recurrir a cuidados personalizados e institucionales externos y centran la relación persona mayor - familia en un acompañamiento afectivo y saludable durante el proceso de envejecimiento. Sin embargo, merece señalarse que muchas familias no pueden costear ayudas instrumentales, aunque están dispuestas a requerir cierta capacitación para el cuidado de sus mayores, tal como constata Lucía (abogada): *“muchos participantes de cursos de cuidadores no vienen por salida laboral, vienen a formarse para cuidar a sus propios familiares, porque no saben cómo asistir a la persona mayor que tienen a su cargo y no tienen otra opción”*.

En ese sentido se evidencian inequidades de género y de acceso a recursos con respecto al cuidado familiar: son principalmente las mujeres cuidadoras de sectores medio-altos las que están en condiciones de contratar ayudas remuneradas para aliviar la tarea, mientras que aquellas de estratos medio-bajos ven escasas posibilidades de recurrir al apoyo externo (Findling y López, 2015).

Ante las nuevas realidades y sin desmerecer la actuación de los familiares como factor fundamental en la evolución del proceso de envejecimiento, varios profesionales redefinen el rol atribuido tradicionalmente a la familia, en tanto red de contención y acompañamiento, y apuntan a que no necesariamente debe estar conformada por vínculos de parentesco. Susana, trabajadora social cree que: *“hay mucha presión social para ver el apoyo familiar como indispensable e insustituible. Quizás habría que diferenciar entre la familia y los roles familiares; un vecino que establece un buen vínculo puede convertirse en un “nieto del corazón” y brindar el mismo apoyo, lo mismo puede suceder con un cuidador, me parece que la clave está en el vínculo que se establezca”*.

Asociar el concepto de familia a una red de vínculos que incluye a los sanguíneos pero no los limita -u obliga- a éstos parece perfilarse como una noción que les permite a los profesionales operar con mayor flexibilidad y eficiencia en el cuidado de las personas mayores: *“cuando no hay familia o no hay red es muy duro tanto desde los cuidados o cuando detectamos alguna situación de vulnerabilidad social fuerte... yo igual pienso siempre que una obra social o el hospital es una red”*. Es necesario recordar que las redes sociales abarcan experiencias asociativas más allá de las familias e incluyen vecinos y amistades y se distinguen por su carácter menos visible, complejo y regulado (Fontes y Martins, 2006 en López y Findling, 2015).

## **Sobre el Estado y el cuidado: lo que funciona y lo que queda por hacer**

En el nuevo siglo, crecieron los servicios dedicados al cuidado de las personas mayores y, más allá del gobierno de turno, se institucionalizaron; y lo más interesante de este proceso es la articulación de profesionales y áreas en redes que abarcan organismos estatales y comunitarios o, al menos es la intención manifiesta de sus actores al acreditar esta relación como la forma más efectiva de trabajo: *“hay un red gerontológica en la Ciudad de Buenos Aires que nuclea a todos los profesionales que hacen geriatría y gerontología de todos los hospitales (...) y compartimos, actividades (Mónica, gerontóloga)”*. Rubén señala *“en la política de salud local las patas fuertes son la educación para la salud, la comunicación comunitaria, la red gerontológica, y las residencias, eso sería el fuerte (...) ahora estamos virando para el lado del envejecimiento saludable. Y defendiendo mucho lo que marca la Convención Interamericana por los Derechos de las Personas Mayores<sup>5</sup>, porque se han violado muchos derechos,....”*. Y Claudio, filósofo, valora a *“los centros de Jubilados y Pensionados como espacios que contribuyen al fortalecimiento de las relaciones y la integración social, promueven el intercambio de vivencias enriquecedoras entre pares”*. Pero también se destaca el programa de Centros de Día que depende del Ministerio de Desarrollo Social de la CABA. Ana, psicóloga comenta: *“veo en constante enriquecimiento los diferentes dispositivos en relación al cuidado y a su atención, es beneficioso y es proactivo para acompañar el envejecimiento... los Centros de Día además facilitan la formación de recursos humanos a través de sus prácticas y se constituyen nuevas redes”*.

De todas maneras existen barreras para la expansión de los programas y la pandemia dejó en suspenso la mayoría de las propuestas como lo expone Mónica: *“tengo diseñados en el Hospital un consultorio de valoración geriátrica integral, de valoración cognitiva y de caídas, queremos hacer un consultorio gerontológico. Proyectos hay, ganas hay y gente dispuesta también, faltaría incorporar más recursos humanos pero esta pandemia nos detuvo...”*.

Pero no es solamente la pandemia la que obliga a repensar políticas y actividades, la situación social previa a la pandemia ya afectaba la calidad de vida de las personas mayores. Diana, psicóloga advierte sobre la aparición de adultos mayores desnutridos: *“en los últimos años en el Hospital se complica buscar recursos porque ya no era cuestión de hacer talleres preventivos sobre nutrición, hay que atender esta patología con una atención integral”*.

Gran parte de los profesionales entrevistados tienen una visión limitada de su quehacer cotidiano y, en general, evalúan positivamente los programas estatales de los que forman parte y, tal vez, inmersos como están en su actividad, se les dificulta una perspectiva de mayor alcance.

Cuando se indaga sobre las dificultades que experimentan los profesionales entrevistados para una acabada atención de las personas mayores surgen reflexiones que podrían solucionarse con asignación de mayores recursos y mayor coordinación. Añaden que quizás se deba pensar en una revisión del sistema de salud en su conjunto focalizada en una mirada renovada de la vejez con una población uya expectativa de vida es más prolongada en comparación con generaciones anteriores.

---

<sup>5</sup> En el año 2015 la Organización de Estados Americanos aprobó la “Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las personas mayores”, documento de referencia para los temas de derecho a la salud de las personas mayores en la región. Disponible en: [http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados\\_multilaterales\\_interamericanos\\_A-70\\_derechos\\_humanos\\_personas\\_mayores.asp](http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp)

Se aluden aspectos relacionados con la escasez de recursos para la atención de las personas mayores como por ejemplo las barreras arquitectónicas en los servicios de salud: *“está muy lindo que pinten el hospital pero no hay barandas en las escaleras”*; las desigualdades en el acceso y capacitación en tecnología: *“las personas mayores siguen siendo inmigrantes digitales”*; y la escasez de recurso humano especializado en gerontología: *“hay pocas unidades de Geriatria y servicios con equipos interdisciplinarios”*.

Asimismo los profesionales mencionan demoras, burocracia y estructuras organizativas inadecuadas o demasiado rígidas para una debida atención. Se solicita mayor presupuesto para la atención de las personas mayores especialmente en instituciones geriátricas públicas y también privadas y la falta de control del Estado sobre las precarias condiciones en las que se desarrollan dichos servicios.

Otro aspecto que devela un presupuesto restringido -y mermado- para el cuidado de los mayores, se oculta tras la escasa difusión de los programas a los que pueden acceder gratuitamente. En ese sentido, Raquel (trabajadora social y psicóloga) opina que: *“los funcionarios dicen que no podemos hacer más difusión porque no podemos dar respuesta a la demanda. Se manejan con un presupuesto limitado... y además los programas no están siendo publicitados por falta de recursos humanos”*; Y Renata considera que los programas de la CABA *“están orientados hacia las poblaciones que fueron vulneradas, no me gusta decir vulnerables porque creo que fueron vulneradas, o que pueden demostrar sus bajos ingresos. Hay una clase media baja que está totalmente desprotegida”*.

Pía, desde su ejercicio profesional como kinesióloga destaca otra deficiencia que tiene que ver con el tratamiento mercantilizado de la atención a la persona mayor con dificultades: *“en temas arancelarios, obras sociales y prepagas: en el área de kinesiólogía y fisiatría es muy pobre, por no decir que es mediocre”*.

En cuanto a repensar el sistema de salud, algunos profesionales entrevistados tienen en claro que se requieren reformas de gran envergadura en el sistema de atención de la salud que, no solo se basan en un mayor presupuesto o asignación de recursos económicos y profesionales sino en una reestructuración organizativa.

Gustavo (geriatra) considera que *“el sistema público subsidia a tres monstruos, que son las obras sociales, las prepagas y la industria farmacéutica, por ello estamos en una situación muy compleja porque habría que rearmar estos modelos de gestión”*. Y Lucía (abogada) ahonda sobre la escasa integralidad: *“todo lo que es público es muy separatista, cada uno tiene sus programas y no lo digo solo en Tercera Edad, en todo”*.

A modo de consideraciones finales Damián cree que *“las políticas de hoy son políticas asistenciales, colocan a las personas mayores en un lugar de receptores y no de dadores...”*; y asegura: *“yo estoy convencido que esta es la época de la sociedad civil, quién desde abajo puede movilizar más, y generar más cambios”*.

Es de esperar que las generaciones que hoy alcanzan los 60 años puedan contribuir a modificar concepciones de la vejez estereotipadas y reclamen por su bienestar; no obstante se requerirá una decisión política para dar respuesta a las necesidades de este grupo etáreo que gana peso relativo en la población.

## Conclusiones

Los resultados muestran el compromiso de los profesionales que trabajan con personas mayores para sostener las actividades con diversas estrategias, desarrolladas durante la cuarentena por COVID 19 y muchas veces sin contar con apoyo institucional.

Si bien, la mirada sobre el envejecimiento es diferente según la orientación disciplinaria, la mayoría de los profesionales entrevistados coincide en que se trata de un proceso, es una etapa del transcurso de la vida que en las últimas décadas se ha modificado, y por ende, existen múltiples vejezes que no pueden agruparse bajo una sola etiqueta. Consideran que actualmente asisten a nuevas vejezes, remarcando la necesidad de la escucha y la empatía, así como la importancia del cuidado de la salud a lo largo del ciclo vital.

La capacitación de los recursos humanos para superar los estigmas que acarrea el envejecimiento aparece como una herramienta imprescindible que no debe partir de las iniciativas propias de cada profesional, sino que se constituye como una obligación de las instituciones en las que estos se desempeñan. El menosprecio por las personas mayores y en algunos casos el maltrato son llamados de atención que han dado lugar a capacitaciones para algunos profesionales que atienden a personas añosas. Además persisten planes de estudios desarticulados y tradicionales que desconocen tanto las características como las necesidades actuales de las personas mayores y suponen una barrera para una adecuada atención integral. En algunos casos, esa falta de formación gerontológica provoca desprecio e incluso maltrato hacia las personas que consultan.

Además el concepto de familia aparece cuestionado bajo múltiples significados y no se puede tipificar ni generalizar. Si bien los profesionales señalan la importancia de la presencia de la familia como algo vital para el trabajo en conjunto con la persona mayor, en ocasiones las relaciones filiales pueden interferir y acarrear conflictos que desestructuran los vínculos creados con el profesional. Por ello pensar a la familia en un sentido amplio puede optimizar las interacciones: la familia-red posibilita una mejor calidad de vida para las personas mayores.

Con respecto a las opiniones sobre el rol del Estado se observan múltiples obstáculos que están relacionados con las inequidades del sistema de salud argentino que se vieron potenciados por la situación de la cuarentena extendida por COVID 19. La escasez o falta de adaptación de los recursos (económicos y humanos) se señalan en algunas instituciones como un impedimento para la tarea profesional.

Hay que remarcar la escasa integralidad de las políticas de cuidados para la población adulta mayor. En este marco, pueden delinearse dos vertientes a) poner en el centro la necesidad de ciertos grupos de población de ser cuidados con un enfoque de estrategias focalizadas (generalmente para los más vulnerables) junto con la implementación de programas puntuales, tal como ocurre en Argentina; y b) considerar la organización social de los cuidados como un asunto de intervención pública con la instrumentación de políticas universales (Venturiello, Findling, Martín Palomo y Pérez de Sierra, 2021). Argentina presenta una enorme diversidad de políticas focalizadas que redundan en mayor fragmentación y menor integralidad de la atención de la salud. Ante la escasa coordinación de los programas para las

personas mayores es necesario pensar políticas en pos de las características actuales de dicha población modificando estructuras arraigadas.

Entonces ¿qué implica cuidar para los/as profesionales? En sentido amplio se refieren a destrezas técnicas y emocionales, habitualmente atribuidas al sexo femenino (Wlosko y Ros, 2018). Se constituye como un saber-hacer discreto en el que la principal preocupación se relaciona con el otro y se impone como una “postura relativista” (Ayres, Paiva y Buchalla en Touris, 2019; Molinier, 2018).

El trabajo en equipo coordinado es inherente al bienestar de las personas mayores. En ese sentido es imprescindible relacionar los procesos de formación al mundo de las prácticas en los propios contextos de la acción (Abramzón, 2011).

Como ya señalamos, Argentina adhirió a la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores de 2015, y en 2020 se han creado organismos públicos que intentan promocionar políticas de cuidado. Sin embargo habría que interrogarse si el espíritu de las leyes de la Convención y los diagnósticos y el diseño de políticas públicas que se proponen, se incorporarán efectivamente como parte del derecho vigente y si contribuirán a la implementación de políticas públicas para la promoción de la calidad de vida y cuidados adecuados de la población adulta y para los profesionales que se ocupan de su apoyo y asistencia.

## Referencias

- Bazo, M. T. (1992) La nueva sociología de la vejez: de la teoría a los métodos, *Reis*, CIS, 60/92: 75-90.
- Bazo, M.T. (2012) “Relaciones familiares y solidaridad intergeneracional en las nuevas sociedades envejecidas”, *Panorama Social*, 15: 127-142. Disponible en: <https://goo.gl/itctVk>
- Bazo, M. T. e I. Ancizu (2004) “El papel de la familia y los servicios en el mantenimiento de la autonomía de las personas mayores: una perspectiva internacional comparada”, *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 15: 43-78.
- Beck-Gernsheim, E. (2003) *La reinención de la familia. En busca de nuevas formas de convivencia*. Barcelona. Paidós.
- Belmartino, S. (2009). “Los procesos de toma de decisiones en salud. Historia y teoría”, *Revista Política y Gestión* N° 11: 33-59.
- Borrell, C. y Benach J. (2003) *Les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona, Editorial Mediterrània.
- Cirino, E., Findling L. y Palermo, C. (2021) Experiencias profesionales del trabajo de cuidado a personas mayores ante la pandemia del Covid 19 en Buenos Aires (Argentina), *Revista Latinoamericana de Antropología del Trabajo*, 5(11): 1-21.

Durand, Jean P. (2012). *La cadena invisible. Flujo tenso y servidumbre voluntaria*, México, Fondo de Cultura Económica.

Costa, G. (2012) “Las políticas de cuidados a largo plazo en Italia: un caso de inercia institucional y de dinamismo privado”, *Revista Argentina de Salud Pública*, Vol. 3 – N° 12: 43-46.

Esping-Andersen, G. (1993) *Los tres mundos del Estado del Bienestar*. Valencia, Alfons el Magnanim.

Findling, L. y E. López (2015) *De cuidados y cuidadoras: acciones públicas y privadas*. Buenos Aires, Editorial Biblos.

Flaquer, L. (2000) *Las políticas familiares en una perspectiva comparada*, Colección Estudios Sociales N° 3, Barcelona, Fundació La Caixa.

Flaquer, L. (2002) “Introducción”, en L. Flaquer (ed.) *Políticas Familiares en la Unión Europea*. Barcelona, Institut de Ciències Polítiques i Socials.

Gomila, M. A. (2011) “Las relaciones intergeneracionales en el marco de la familia contemporánea: cambios y continuidades en transición hacia una nueva concepción de la familia”, *Historia Contemporánea*, 31, 505-542. Disponible en: <http://goo.gl/DVoVVU>

Hirmas Aday M., L. Poffald Angulo, AM. Jasmen Sepúlveda, X. Aguilera Sanhueza, I. Delgado Becerra, J. Vega Morales (2013) “Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa”, *Revista Panamericana Salud Pública*, 33(3): 223–229.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2010) *Anuario Estadístico de la República Argentina*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Instituto Nacional de Estadística y Censos – INDEC.

Jelin, E. (2012) “La familia en Argentina: Trayectorias históricas y realidades contemporáneas”, en V. Esquivel, E. Faur y E. Jelin (eds.), *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado*. Buenos Aires, IDES: 45-72. Disponible en: <https://goo.gl/cFfM7B>

Lacerda, A., R. Pinheiro y F. L. Guizardi (2006) “Espaços públicos e Saúde: a dádiva como constituinte de redes participativas de inclusão social”, en P. H. Martins y R. Bivar Campos (org.) *Polifonia do Dom*. Recife, Editora Universitária UFPE.

Martín Palomo, M. T. (2009) “El care, un debate abierto: de las políticas del tiempo al social care”, *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*, 4: 325-355. Disponible en: <https://goo.gl/N2kK9Y>

Martins, P. H. (2006) “Ação pública, redes e arranjos familiares”, en B. Fontes y P.H. Martins (org.), *Redes, práticas associativas e gestão pública*, 19-50. Recife, Editora Universitária da UFPE.

Nigenda, G., M. Caballero y L.M. González-Robledo (2009) “Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca”, *Salud Pública de México*, Vol. 51: 254-262.

Pantelides, E. A. y M. Moreno (Coord.) (2009) *Situación de la población en Argentina*. Buenos Aires, Programa Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD - UNFPA.

Paugam, S. (2012). “Protección y reconocimiento. Por una sociología de los vínculos sociales”, *Papeles del CEIC*, N°82: 1-19.



Pérez, J. (2000) “Envejecimiento y esperanza de vida en salud”, XXIII Congreso de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Barcelona, 8 de junio de 2000. Centre d’Estudis Demogràfics, Doc. N° 174: 1-15.

Puga, D., Rosero-Bixby, L., Glaser, K. y Castro, T. (2007) “Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra”, en *Población y Salud en Mesoamérica*, Volumen 5, N° 1, Artículo 1, Número especial CRELES (Costa Rica: Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable).

Puga, D. (2005) “La dependencia de las personas con discapacidad: entre lo sanitario y lo social, entre lo privado y lo público”, *Revista Española de Salud Pública*, vol. 79, N° 3: 327-330.

Puga, D. (2021) Transcripción Conferencia Dra. Dolores Puga, GEyB (Grupo de estudio sobre Envejecimiento y Bienestar - Instituto de Investigaciones Gino Germani), Reunión 21 de Octubre de 2021. Disponible en: <http://geybiigg.sociales.uba.ar/actividades/>

Quilodrán, J. (2008) “Los cambios en la familia vistos desde la demografía: una breve reflexión”. *Estudios Demográficos y Urbanos*, Vol. 23, Núm. 1 (67).

Roussel, L. (1995) “La solidaridad intergeneracional: ensayo de perspectivas”, *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 846 (70): 11-24.

Sepúlveda, J. y H. Gómez Dantés (1995) “Origen, rumbo y destino de la transición en salud en México y América Latina”, en *Evaluación de las reformas en políticas sociales. La investigación en salud en América Latina y el Caribe. Tendencias y desafíos*.

Tamer, Norma (2008) “La perspectiva de la longevidad: un tema para re pensar y actuar”, *Revista Argentina de Sociología*, Num. 6 (10): 91-110.

Tobío, C., T. Silveria Agulló, V. Gómez y T. Martín Palomo (2010) El cuidado de las personas, un reto para el siglo XXI. *Colección Estudios Sociales No 28*. Barcelona, Fundación La Caixa. Disponible en: <https://goo.gl/KFLM3o>.

Touris, Cecilia (2019) “Salud integral, cuidados y afectos. Reflexiones posibles en torno a una experiencia con adultos mayores”, en Chardón, María C.; Montenegro, Roberto; Borakievich, Sandra (Comps), *Instituciones y sujetos del cuidado. Salud, educación, familias* (pp. 120 140), Universidad Nacional de Quilmes Editorial.

Whitehead, M. (1992) “The concepts and principles of equity and health”, *International Journal Health Services* 22 (3): 429-445.

Venturiello, M. P, L. Findling, M.T. Martín Palomo y I. Pérez de Sierra (2021) “Envejecimiento y género Un estudio comparado de las políticas de cuidado en Argentina, España y Uruguay”, *Revista Altera*, 3(11): 19-51.

Wlosko Miriam y Ros Cecilia (2018) “La profesión enfermera y el trabajo del cuidado. Puntuaciones de investigación a la luz de la psicodinámica del trabajo y la teoría del care”, en Borgeaud Garciandía, Natacha (Comp.) *El trabajo de cuidado*, Fundación Medifé (pp. 163-189).

**Determinants of Physical Functioning among Primary Health Care users aged over 60: Design and baseline characteristics of a longitudinal study in a Brazilian city**

Juliana Martins Pinto<sup>1</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2617-3308>

Mariana Thays Carvalho<sup>2</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0469-8226>

Daiane Aparecida Damasceno<sup>3</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0744-8671>

Vitoria Helena Maciel Coelho<sup>1</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1799-2256>

Isabel Aparecida Porcatti de Walsh<sup>1</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2317-1326>

Lislei Jorge Patrizzi Martins<sup>1</sup>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3729-7675>

1 Laboratory of Physical Therapy and Public Health – Department of Physical Therapy – Institute of Health Science, Federal University of Triangulo Mineiro, Minas Gerais, Brazil.

2 Graduate Program in Physical Therapy – Federal University of Triangulo Mineiro, Minas Gerais, Brazil.

3 Undergraduate Program in Physical Therapy – Federal University of Triangulo Mineiro, Minas Gerais, Brazil.

**Corresponding author:**

Juliana Martins Pinto

Laboratory of Physical Therapy and Public Health – Department of Physical Therapy – Institute of Health Science, Federal University of Triangulo Mineiro

100 Vigario Carlos street, Uberaba, Minas Gerais, Brazil. ZipCode: 38025-350.

E-mail: [juliana.martins@uftm.edu.br](mailto:juliana.martins@uftm.edu.br)

**Abstract**

**Objective:** To describe methods, theoretical backgrounds, baseline sample, and the distribution of physical functioning indicators regarding personal and contextual aspects of older adults attending Primary Health Care. **Methods:** Cross-sectional analysis from a prospective study baseline with representative sample of 201 older adults enrolled in three Primary Health Care units randomly selected were performed. Outcome includes indicators of physical functioning comprising hand grip strength, lower limb strength, walking time, and functional performance. Exposures included health status, sociodemographic aspects, social support and environmental barriers. Descriptive and comparative analysis were performed. **Results:** Hand grip strength was related to sex, age, partnership, family income and retirement status; lower limb strength and walking time were associated to retirement status and current work status; and, functional performance was related to partnership, family income, income sufficiency and current work status. The worst physical capacity and performance were related to worse cognitive status and higher depressive symptoms. Hand grip strength was significantly higher among participants not reporting osteoporosis. Lower limb strength was lower among those with joint disease, osteoporosis, and urinary incontinence. Slowness was observed among those with arterial hypertension, osteoporosis, stroke, and urinary incontinence. Functional performance was lower among those reporting joint disease, osteoporosis, urinary incontinence and polypharmacy. **Conclusion:** Physical functioning showed relationships with health status and sociodemographic aspects, depending on indicators considered, which means that the study of its determinants should consider them separately. Further, the study sampling and instruments proved to be reliable to perform upcoming longitudinal analysis.

**Keywords:** Public Health, Aging, Quality of Life, Longitudinal study, Social Inequalities; Health services.

## **Statements and Declarations**

Authors declare that there are not competing interests.

## **Acknowledgments**

We thank FAPEMIG (Research Support Foundation of Minas Gerais State) for funding the research project, grant number APQ – 03367-18; and, the CAPES (Coordination for the Improvement of Higher Education linked to Brazilian Ministry of Education) for supporting the Graduate Program in Physical Therapy.

## **Introduction**

Population ageing is a worldwide achievement that brings concern to both society and health systems due to the need of promoting healthy longevity, while also building economic and social resources to guarantee quality of life (Lima-Costa et al., 2018; Harper, 2020). In Brazil, ageing is happening faster than in developed countries, in a scenario already overwhelmed by social inequalities, political and economic crisis, poverty and uncontrolled infectious diseases (Azeredo-Passos et al., 2020). Therefore, the challenge for policymakers and physicians comprises the management of persistent problems, in addition to upcoming demands imposed by the increased incidence of chronic diseases and disability (Lima-Costa et al., 2018; Silva et al., 2017; Azeredo-Passos et al., 2020).

To fully address health and social problems at the individual and community levels with a focus on prevention, surveillance, equity, and expansion of the access to health services, in 1988 the Unified Health System (Sistema Único de Saúde - SUS) was created in Brazil (Castro et al., 2019; BRASIL, 1988). The Brazilian health care system is public, paid by taxes, comprehensive, and universal to all Brazilian citizens, decentralizing health resources and providing higher resolution for most health problems, including age-related diseases and disabilities. This is possible because the system has been organized through Primary Health Care (PHC) and Family Health Strategy (Macinko et al, 2018), which are composed by multidisciplinary teams working actively in the geographically delimited area, expanding the health access for the most vulnerable population. Currently, around 70% of Brazilian older people are SUS-exclusive users, which may reflect the insufficient financial resources to cover private health expenditures while reflects adequate coverage of services that intend to meet the needs of older population in their places (Macinko et al., 2018; Castro et al., 2019).

The increased incidence of chronic non-communicable diseases is often related to functional decline, dependency and loss of autonomy, all of which are changing the epidemiological characteristics of PHC demand (Silva et al., 2017; Francisco et al., 2021; Macinko et al., 2018). In this context, health and social consequences of ageing population are expected to burden the public health system, requiring

innovative approaches to the health-disease process (Veras, 2020). Additionally, there is a significant portion of older people living their lives with satisfactory level of quality of life and well-being, calling the attention of researchers and practitioners for a new health paradigm in face of ageing population phenomenon (Veras, 2020; Neri et al., 2018; Ryff, 2014; Pinto et al., 2013b; 2016a). This paradigm has contributed to point physical functioning as the best indicator of health status, health changes overtime and quality of life among older adults regardless of diseases or illness (Veras, 2020; Stucki, 2017). In this scenario, Primary Health Care (PHC) has the opportunity of longitudinally monitoring physical functioning and identifying risk factors for its decline overtime. Researchers have suggested that the models focused on functioning are the most appropriate to inform and organize a contemporary health care policy for older people, aiming at maintaining the maximum functional capacity as longer as possible (Veras, 2020; Harper, 2020; Stucki, 2017), setting the most convenient strategy to deal with the challenges and demand of ageing population.

Functioning is a comprehensive concept that encompasses capacity and performance, according to the International Classification of Functioning, Disability and Health from World Health Organization (WHO, 2001). In the physical health perspective, functional capacity is indicated by objective measures, such as walking speed or muscle strength, while functional performance is usually indicated by the self-report of the ability to perform daily life activities with no difficulty or assistance (Castaneda et al., 2014). Both are strong predictors of institutionalization, hospitalization and death in old age (Silva, 2017; Bergland et al., 2017; Guedes et al., 2019).

In addition, the ICF is considered a political mark for physicians, scientists and health managers because provide a biopsychosocial framework that helps them understand the reciprocal interaction and influences of personal and contextual aspects on health and global functioning (Castaneda et al., 2014). That converge with the principles of the Brazilian health care system and the new paradigm of health in aging societies, integrating social epidemiology and ecological concerns. Through this perspective, physical functioning would be influenced by characteristics from personal and contextual factors, comprising biological, social, psychological and environmental aspects, which require early identification, monitoring and preventive actions.

Despite its relevance, the approach of physical functioning in Primary Health Care among older adults has been inconsistent (Debrouwere et al., 2016). Most of the programs or strategies are still focused on diseases and medical treatments instead of the prevention of functional decline, which may happen due to the lack of evidence specifically produced in these health care settings (Silva et al., 2019; Debrouwere et al., 2016). Further, the biomedical model of health is still predominant in both health professional practice and Brazilian public policies, compromising the comprehensive care which is only possible through a biopsychosocial approach (Castaneda et al., 2014; Macinko et al., 2019).

In this sense, the knowledge of the determinants of physical functioning of older adults may contribute to identify risk factors that should be identified by PHC work team and addressed for better health care management and health system sustainability in ageing societies. These issues include the social inequalities and the role of the environment on both functional capacity and performance decline. This knowledge would be useful to subsidize public policies agenda aimed at the promoting healthy longevity and ageing with quality of life. The study was designed to investigate biological, psychosocial and environmental determinants of the physical functioning among older adults attending Primary Health Care, living in a Southeastern Brazil city. The objectives were: 1) to identify different paths in physical functioning decline in three waves with two years gap (2019, 2021 and 2023), and 2) to investigate predictors of functional decline, considering the social inequalities and the environment press. Database has been organized to attend various research questions and practical issues convenient for Gerontology and Public Health fields. The purpose of this paper is to present a detailed description of methods, an overview of characteristics of baseline sample, and the distribution of physical functioning indicators regarding personal and contextual aspects of older adults attending Primary Health Care.

## **Theoretical background**

### *Social epidemiology*

Social epidemiology focuses on the understand of the effects of social aspects on health status, assuming that the distribution of advantages and disadvantages in a society reflects in the distribution of health and disease (Berkman, 2000). This theory proposes to identify and understand the health-disease process and health care needs, considering the influence of social inequalities in the worsening of quality of life in population groups. According to Knesebeck (2015), social epidemiology contribution is useful to the study of access to health care, as well as, on utilization and quality of health care. Additionally, social inequalities, social relationships, social capital or work stress can support studies in health services research (Knesebeck, 2015).

Previous studies have identified the social disparities in health, however, the effect of social aspects on physical functioning is not yet fully understood. Additionally, ageing process in developing countries is marked by inequalities and social disadvantages evidenced by the concentration of diseases and mortality among women, the poorest and less educated older adults (Bof de Andrade et al., 2015; Zunzunegui et al., 2015), which add adverse conditions and challenge the maintenance of quality of life in old age. The present study will take the social epidemiology theory as reference to investigate the distribution of physical functioning impairment, according to socioeconomic and demographic aspects and test the influence of such aspects in the functional decline overtime. Some social characteristics, such as income, living arrangements, education level, work status and retirement conditions may influence the pattern of

disability and physical impairment among older adults. This approach also covers the research interests in understand primary health care demand, access and unmet needs that reflects in the resoluteness and quality of the health system.

### *Environment Gerontology*

Environmental gerontology focused on the description, explanation, and optimization of the relationship between older people and their social and built environment. Great body of evidence supports that the environment in which people live have a strong impact on their identity and provide opportunities for social interactions, development and support in advanced age (Lui, 2009; Leeson, 2016). The existing literature has provided empirical evidence for the significant role of friendly residential settings or neighborhood environments in older adults' active and healthy ageing (Vafaei et al., 2016; Wahl et al., 2003), growing the relevance of the concept known as Ageing in Place.

Neighborhood characteristics have been related to mental and physical health, because favorable neighborhood environments can promote older adults' health behaviors, positive perception of life, social inclusion and great sense of belonging (Lee et al., 2021). For example, high walkability and accessibility to local parks may significantly facilitate participation in physical activity (Van Cauwenberg et al., 2018). Likewise, socially inclusive neighborhoods can promote older adults' positive affect and subjective well-being and thereby enhance psychological resilience and personal coping strategies for managing ageing-related declines and losses (Lawton, 1998; Wahl et al., 2001; Leeson, 2016).

The most remarkable theory among ecological theories of aging are the Environment Press Theory and the person-environment fit (P-E fit) postulated by Lawton (1973). According to the author, as people grow old and accumulate physical and mental impairments (lower personal competency), the environment barriers become more impactful in the global functioning, deserving more attention from family caregivers and physicians. In this sense, to favor healthier and functionally independent ageing, environment characteristics should balance support and stimuli to better accommodate individual needs.

Neighborhood characteristics often include social capital, social cohesion and built environment (Lee, 2021). Social capital and cohesion refer to perceived social integration and trust within the neighbors, whereas built environment involves unfavorable or insufficient accessibility and safety in the neighborhood (Lee, 2021; Vafaei et al., 2016). All these variables were investigated in the present study, in addition to the evaluation of satisfaction with the environment and neighborhood. The hypothesis is that overtime physical functioning decline may be directly or indirectly influenced by environmental barriers.

### *International Classification of Functioning (ICF)*

ICF describes functioning, health and disability proposing advances to the biopsychosocial approach, which implies that human functioning results from the reciprocal and complex interactions between health status, personal and contextual aspects (Stucki et al., 2017; Castaneda et al., 2014). The ICF integrates ideas from both social epidemiology and environment gerontology, serving as a tool for language unification that allows better description, investigation and reporting of functioning impairments and disability.

Although the individual health condition may remain the same over time, the collective experience and the social impact with regard to functioning and disability changes and differ between communities, which is the basis of public health policies to be approached in primary health care. The use of measurement instruments with a biopsychosocial perspective to observe the impact of interventions is essential to improve functioning and reduce disability among older adults. According to Castaneda (2014), the filling of the interaction model of concepts by professionals or interprofessional teams, describing the associations observed can also be used to develop preventive strategies, which corroborates with primary health care goals and healthy ageing global agenda.

The present study uses the ICF as reference for the definition of capacity and performance (dependent variables) and for design the multivariate models to be tested, grouping the exposures and covariates (independent variables), according to ICF domains (body structure and function, limitation in activities, restriction in participation and contextual aspects). This strategy allows a more comprehensive understand of determinants of physical functioning, highlighting the role of social and environment aspects.

### *Capacity and performance*

*Functional capacity* comprises objective measures of the ability to perform specific activities in the controlled and standard environment. In this study, these include: hand grip strength, lower limb strength indicated by sit to stand up and walking time.

Muscle strength is a core component for physical ability, which allows better functional status, social participation and well-being (Pinto et al., 2013a). Older adults often present low muscle strength, which probably occurs due to the combination of physiological changes, unhealthy behaviors and metabolic, neuroendocrine and autoimmune diseases (Cruz-Jentoft et al, 2018).

Hand grip strength (HGS) is recognized as reliable indicator of global muscle strength, being used as criteria for sarcopenia and frailty (Cruz-Jentoft et al, 2018; Alexandre et al., 2012). Ageing-related decline in handgrip strength has been associated with functional decline, multimorbidity and mortality (Lin et al., 2021; Wu et al., 2017). In addition, weakness was related to higher waist circumference, body weight and cardiovascular risk (Lin et al., 2021) and it is an earlier predictor of mortality and functional decline (Wu, 2017), which justify the continuous monitoring of muscle strength to prevent health



problems in older population. Findings have pointed that muscle strength are affected by sociodemographic and behavioral factors, such as age, gender, income and employment, lifestyle and health behaviors (Neri et al., 2013; Pinto et al., 2013a). Previous literature also demonstrates the differences in handgrip strength by age, gender, and ethnicities or nationalities, suggesting that social aspects may determine not only diseases distribution, but also the impact of diseases in the global functioning (Bohannon, 2019).

In the same way, lower limb strength, which in this study was indicated by the sit-to-Stand (STS) test are also related to functional decline and mortality overtime. In addition, it has been associated with increased risk of falls and fragility fractures (Brito et al, 2012). The test is used to evaluate lower body strength in the community and are simple to set up, easily conducted by trained, non-medical people, and manageable in restricted spaces. This study used the Five Times Sit-to-Stand Test (5TSTS) (Buckner et al., 2015; Gao et al., 2021). Walking time or gait speed has also been used as an important indicator of physical capacity, because is a great predictor of hospitalization, institutionalization and death (Bergland et al., 2017; Guedes et al., 2019). The ability to perform the test reflects good muscle strength, in addition to satisfactory balance and mobility, being an important complement to the physical capacity assessment.

*Functional performance* is the ability to perform daily activities in the real-life context, such as house and community (Castaneda et al., 2014). To assess performance, researchers usually applied validated instruments that aimed at quantifying the extent to which the person has difficult or need help from others to perform listed activities. To this purpose, the present study used the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). The instrument has been validated for several specific population such as stroke survivors, cancer patients, and others (Castro et al., 2018; Grou et al., 2021). It is widely used in many health care contexts providing an assessment of global performance alternatively to longer and more complex available instruments. WHODAS 2.0 is based on the assessment of the degree of difficult to perform daily life activities, which includes basic and instrumental physical activities, as well as, cognitive, emotional and social abilities. Functional dependence in daily life activities has been related to early institutionalization, death, and caregiving and health care burden (Verropoulou et al., 2016; Wahrendorf et al., 2013). Findings suggest that more socially vulnerable older adults are at higher risk of functional dependence, requiring care that is not formal or informally available (Bof de Andade et al., 2015; Francisco et al., 2021). The present study will deeply explore this phenomenon to provide bases for development of public policies dedicated to support community care for older population.

## **Method**

### **Design and sampling**

The Longitudinal Investigation of Functioning Epidemiology (LIFE) is a prospective study with representative sample of older adults Primary Health Care users, living in Uberaba, Minas Gerais, Brazil.

The baseline data collection was finished in November 2019, with follow-ups expected to occur in 2021 and 2023. The study was designed to identify determinants of physical functioning and well-being among older adults attending Primary Health Care, considering biopsychosocial and social epidemiology perspectives.

Uberaba is located in the region of the state of Minas Gerais known as Triângulo Mineiro, which is reference for several smaller municipalities around in terms of industry, technology, education and health. Uberaba occupies the 8th position as the largest city in the state of Minas Gerais, with 295,988 inhabitants (Brazilian Institute of Geography and Statistics – IBGE: <https://www.ibge.gov.br/en/home-eng.html>). The municipality hosts public and private universities that perform research and community programs, supporting and contributing to the regional development. About 12.6% of the population is 60 years old or over. Primary Health Care is organized into three health sectors known as sanitary district I, II and III, each Health Sanitary District (HSD) comprising basic and matrix health units. The Matrix Health Units (MHU) are larger and offer a greater number of services and a more complete health team, being a reference for health care for closer neighborhoods.

The criteria for inclusion of the participants were: being 60 years of age or older, permanently residing in the territory assigned to the health unit, and agreeing to participate in the research. Those hospitalized, institutionalized, bedridden, with severe functional dependence, advanced dementia and terminal illness were excluded. Such criteria are similar to previous studies performed with older population and are justified by the fact that the research protocol is based on measures of physical performance, and self-report, which require the understanding of instructions and verbal commands (Neri et al., 2013).

To study the older population attending PHC, the sampling process took place in two stages. First, one MHU from each district was randomly chosen for data collection. The sample size was estimated considering the results from the pilot study carried out in a Matrix Health Unit with 118 older adults who were not included in this study sample. The measure of interest was the walking time indicated by the Time Up and Go Test. According to Alexandre et al., (2012), taking longer than 12.47 seconds to walk 3 meters characterizes insufficient capacity and it is associated with higher risk of falls among Brazilian older adults. We used this cutoff point to classify participants who underperformed, which prevalence was 20%, percentage that was used for the sample size estimation. Considering the error of 10%, and 95% confidence interval, the estimated minimum sample was 62 for each MHU, totaling 183 participants ( $[1.96 \times 0.20 \times 0.80 / 10]^2 = 62$ ). Considering the expected follow-up withdrawal around 10%, 201 participants were conveniently recruited and interviewed while they were waiting for medical appointments, in different days of the week and periods of the day, between January and November 2019.

Eligible older adults were invited to participate in the research, received information about the procedures and signed an informed consent form. Then, they were interviewed by a team of researchers

composed of trained undergraduate and graduate students. Data collection took place at the health unit in which the user was registered, during routine appointments that had already been previously scheduled. The data collection protocol consisted of personal, sociodemographic, anthropometric, physical performance and cognitive assessment measures, self-report measures on health, physical functioning indicators, quality of life, environmental aspects, use and access to health services, social support, and subjective well-being. The total time of the interview was approximately 60 minutes.

The research was authorized by the Municipal Health Department of Uberaba and the project was approved by the Research Ethics Committee of the university, under the number 2.557.676, CAAE: 81115717.5.0000.51542.0, on March 22, 2018.

## **Variables and measurements**

### *Outcomes*

Physical functioning was considered as a comprehensive condition indicated by capacity and performance measures. According to the International Classification of Functioning - ICF (WHO, 2001), *capacity* is the personal and intrinsic ability to perform specific tasks or functions in a controlled circumstance, for example, hand grip strength, lower limb strength, gait speed, walking time, and balance, which are usually assessed through objective measure in clinical or laboratorial research Castaneda et al., 2014. For the purpose of this study, some of those tests were applied and are described below.

- a. Hang grip strength. Was measured using a Jamar hand dynamometer (Saeghan). Participants were instructed to stand the dynamometer up and hold it with their dominant hand and the arm parallel to the body, without squeezing the arm against the body. The participant was then asked to perform their maximum strength and handle it for 3 seconds. Three measurements were registered in kilograms with 1 minute interval in between, and the mean score was used for analysis (Neri, 2013). The inability to perform the test was registered as 0.
- b. Lower limb strength. Was assessed by Five Times Sit-to-Stand Test - 5TSTS (Goldberg et al., 2012). Participants were asked to stand up and sit down 5 times, as quickly as possible, with arms crossed on their chests, while researcher registered the time in seconds using a chronometer. This was done only after participants first demonstrated the ability to rise once without using their arms. First, the execution of the test was demonstrated, and participants did not perform any physical test involving the lower limbs immediately prior to the test, to ensure performance would not be affected by fatigue. The 5TSTS measures the time taken, in seconds, to complete five repeated chair stands; as longer the time taken, greater the weakness.
- c. Walking time. Was assessed using the Time Up and Go Test (TUGT). TUGT was administered by the researchers in the hall of the MHU with participant's usual footwear and

used gait-assistance device if needed. No physical assistance was given throughout the test. After receiving instructions to walk at his/her habitual gait speed, the participant had to seat on a standardized chair (seat 42 centimeters from ground, back 79 centimeters from ground and arm 60 centimeters from ground), with no arms support. After the verbal command to begin, the evaluator initiated the chronometer as the participant stood up, walked three meters in a straight line, turned 180 degrees, walked back to the chair and sat down again. The chronometer was stopped only when the participant was seated in the chair with his/her back supported. The time needed to perform the task was recorded in seconds (Alexandre et al., 2012).

*Performance* is defined as the limitation in performing daily life activities, which is commonly self-reported. In the literature, many instruments were adapted and validated for different population groups, as well as sociocultural and health contexts. In the present study, the short version of World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) was used to indicate functional performance by assessing the degree of difficulty to perform 12 life activities comprising self-care, cognitive activities, physical activities, social participation and emotional aspects (Castaneda et al., 2014). The instrument has already been translated and adapted to Portuguese and Brazilian population and has been validated for several specific conditions (Grou et al., 2021; Castro et al., 2018).

### *Exposures*

The following independent variables were organized according to ICF domains.

In the *body structure and function domain*, indicators of physical and mental health were considered, including self-report of chronic diseases and health problems (arterial hypertension, diabetes mellitus, joint disease, osteoporosis, cardiovascular disease, stroke, urinary incontinence, visual and hearing impairment); number of medications – participants who reported five or more medications were classified as polypharmacy (Ramos et al., 2016); Overweight/Obesity – was assessed through body mass index (BMI) which scores over than 25 classified participants in overweight or obesity (Nuttall, 2015). Cognitive impairment – was assessed by the Leganes Cognitive Test which comprise 32 dichotomic questions (yes/no) about memory, attention, time and place orientation and language skills. The test was already validated to Brazilian older adults in context of low income and was eligible for the purpose of this study, because is not influenced by educational status (Caldas et al., 2012); Depressive symptoms – were assessed by the Geriatric Depressive Scale (GDS) with 15 items (yes/no), being classified as at risk of depression participants who pointed 6 or over (Almeida et al., 1999).

*Personal domain* included mostly socioeconomic and demographic aspects, such as, sex (male/female); age groups (60-74/75+years), skin color – participants self-reported how they classified themselves, then the sample was divided in white and not white; stable union/partnership – single, widowed and divorced were classified as “no” (not having stable union), while married as “yes” (having stable union); living arrangements were classified as living alone, living with another person or living with more than three people in the same house; education was self-reported by the complete years that participant went to formal school, then, sample was classified as no one (zero), one to four years (1-4), five to ten year (5-10) and eleven years or more (11+); family income was classified according to the Brazilian minimum wage (BMW) in 2019 (R\$954.00) which converted in dollar was US\$242.13, then samples was classified as follow: <1BMW, 1 to 3BMW and 4BMW or more; retirement status (yes/no) and paid work status (yes/no). In 2019, the dollar quotation related to real ranged from R\$3.71 to R\$4.15 between January and December, therefore the mean of the year was R\$3.94 which was used as reference to convert real to dollar in the present study (complete table with monthly dollar quotation is available in: [https://economia.acspservicos.com.br/indicadores\\_iegv/iegv\\_dolar.html](https://economia.acspservicos.com.br/indicadores_iegv/iegv_dolar.html)). Income sufficiency. Participants were asked whether their family income was sufficient to cover basic needs. The answers were categorized in sufficient and insufficient.

*Contextual domain* included self-reported social support, neighborhood, and home barriers (Vafaei et al., 2016). All questions addressed to participants are fully presented in table 3. Answers options involved three levels, such as always/not a problem/sufficient, an intermediate option – sometimes/small problem/more and less, and never/big problem/insufficient. For all questions the intermediate answers were united to the negative category, which were characterized by reporting of any unfavorable condition against the group completely satisfied or having their needs attended.

## **Data Analysis**

Data were typed and double checked by two researchers while entering in electronic databases until achieving 100% of agreement. In addition to sample size calculation, G\*Power software was used to establish the test power of the sample, considering the test t for differences between two dependent means (matched pairs) and  $\chi^2$  (contingency tables). For both tests, the parameters adopted were effect size=0.5;  $\alpha=0.05$ ; sample size=201, which resulted in the test power of 0.99 and 0.98, respectively (Faul et al., 2007).

Outcome variables were tested for normality using Kolmogorov-Smirnov test, which p-value was >0.05, allowing data normality assumption. All instruments had their items submitted to internal consistency analysis, assuming Cronbach's alpha >0.6 as acceptable (Monteiro, 2014). The Leganes Cognitive Test Cronbach's  $\alpha$  was 0.657; the Geriatric Depressive Scale Cronbach's  $\alpha$  was 0.768; and, the WHODAS 2.0 Cronbach's  $\alpha$  was 0.861.

Descriptive analyzes were performed to explore sample's characteristics and provide an overview of the distributions of outcomes variables (physical functioning indicators), according to exposures variables (health status, sociodemographic aspects and environmental barriers). Results were presented in frequencies, means, median, standard deviation, interquartile interval and minimum-maximum. Physical functioning indicators were tested for associations with sociodemographic aspects and health status (qualitative variables) using test t Student and Anova, and for correlations with health status (quantitative variables) and environmental barriers using Pearson's correlation test.

Statistical analyzes were performed using SPSS version 22 (SPSS Inc., Chicago, United States States). Significance adopted was 5% for all statistical tests.

## Results

Descriptive analysis with regard to physical functioning, health status and contextual aspects is shown in table 1.

Table 1 here

In table 2, characteristics of sample and mean comparison between physical functioning indicators and sociodemographic aspects were provided. In addition to the descriptive results, the sample was characterized by mean age 68.13 (SD:6.88) range: 60-89 years old; the mean education in years 5.62 (SD:4.12) range: 0-18. The mean of people living in the same house including the participant was 2.45 (SD: 1.30) range 1-7 (table 1). Around 31 participants did not provide information about their family income, among the remaining 170 who answered the question, the mean of family income was R\$2,214.18 (SD:2,721.67) range 0-30,000 reais. Converting into American dollar, the participants were receiving an average of US\$561.97 dollars monthly, considering the income of all family members living in the same house.

Mean comparison revealed relationships between hand grip strength and sex, age, partnership, family income and retirement status; lower limb strength and walking time were associated to retirement status and current work status; and, functional performance was related to partnership, family income, income sufficiency and current work status.

Table 2 here

Hand grip strength was weakly and negatively correlated to depressive symptoms; lower limb strength weakly and negatively correlated to cognitive status, but positively correlated to depressive

symptoms. Functional performance was weakly and negatively correlated to cognitive status and moderately and positively correlated to depressive symptoms. The worst physical capacity and performance were related to worse cognitive status and higher depressive symptoms. Relationships between physical functioning and contextual aspects were not found (table 3).

Table 3 here

Regarding health status and physical performance indicators, findings disclose that the mean of hand grip strength was significantly higher among participants not reporting osteoporosis. Lower limb strength was lower among those with joint disease, osteoporosis, and urinary incontinence. Slowness was observed among those with arterial hypertension, osteoporosis, stroke, and urinary incontinence. Functional performance was lower among those reporting joint disease, osteoporosis, urinary incontinence and polypharmacy (table 4).

Table 4 here

## **Discussion**

LIFE is the first thorough Brazilian investigation on the physical functioning, considering biopsychosocial aspects of older adults who attend primary health care. It gathered data from social epidemiology and environmental perspectives, presenting essential results about the distribution of physical functioning indicators according to biopsychosocial aspects, which is useful for the planning and execution of actions to face the demands and challenges of population ageing at this level of health care. Although the participants were recruited according to the criterion of convenience, the fact that the sample was obtained from MHU drawn from regions with different geographic, social and sanitary characteristics allows for a representativeness that favors the applicability of the results. However, result interpretation must consider that the sample consisted of users who actively attended the health units, and does not reflect the profile and characteristics of the entire population enrolled in the territory under the health care unit, which include homebound and institutionalized older people.

The higher proportion of women participants than their presence in the general population may also limit the generalization of the data. The participation of women is usually higher even in community settings, as found in FIBRA study conducted in Brazil with community older adults who were recruited and assessed in public places (67,6%) (Neri et al., 2013). In health services, this proportion tend to be much higher, in accordance to the study performed with older people in PHC, whose sample was composed by 77.1% of women (Silva et al, 2020), the same proportion in the present study. This probably happened because women tend to invest more time in their self-care, attending more frequently in medical

appointments, preventive exams and group interventions (Neri et al. 2013; Silva et al., 2017; Zunzunegui et al., 2015). In addition, they are more willing to talk and share their ideas and problems, also more often accepting to participate in health-related research.

Present findings confirmed social, economic and demographic inequalities in physical functioning indicators among older adults PHC users, and contributed to the understanding of this phenomenon. The knowledge about social determinants of health status is robustly supported by evidence of diseases distribution in the population groups with regard to sex, age, income, education and social status (Lima-Costa et al., 2018; Silva et al., 2020). However, the distribution of functioning status is novel and relevant to face population ageing and epidemiological transitions worldwide (Stucki et al., 2017). The functioning status reflects the impact of diseases and the social and environment press on person's daily life which is more pronounced among vulnerable people (Bof de Andrade et al., 2015).

Despite sex and age being considered unmodifiable factors related to health, several initiatives could be employed to minimize the disparities in society and in the health care system, by increasing the opportunities to maintain muscle strength along the life course, especially among women. The combination of biological aspects and social roles contribute to the disparity of muscle strength between men and women (Zunzunegui et al., 2015). While men have hormones that participate in the gain and maintenance of muscle mass and strength throughout life, in addition to the greater participation in sports activities and manual labor, women lack biological protection against the loss of mass and strength, in addition to being less likely to engage in physical activities and heavy work (Minami et al., 2015). In the modern society, women have accumulated many social roles, which may contribute to the lack of time to engage in physical activities despite being more socially involved than men (Pinto et al., 2016b).

Relationships between muscle strength and working status were also found in this study. Older adults who are currently not retired or are working were physically stronger than those retired or not working. These findings suggest that working at an old age may contribute to the maintenance of muscle strength. Minari et al (2015) investigated 1,768 older adults in three waves (2008, 2010 and 2012) and found that older adults who quit from full-time jobs deteriorated both mental health and functional capacity in different speeds. When they made a transit to part-time jobs, the deterioration was moderate. It suggests that working is an effective social activity that protects people from physical and mental impairments, nevertheless, it is important to consider the characteristics of the labor activity and its motivation, since the social vulnerability may induce people to submit themselves to working longer or under unsafe conditions, increasing the odds of long-term negative health consequences (Baxter et al., 2021).

Functional performance was related to family income and income sufficiency in the present study. Social determinants of health which include inequalities with regard to economic aspects are often investigated in public health studies, however, they focused on how poverty influences diseases



occurrence and mortality (Bof de Andrade et al., 2015; Wu et al., 2017). It is widely accepted that poorer and less educated people have higher odds of being affected by diseases, impairments and die earlier than their counterparts. However, the knowledge about social inequalities in physical functioning and disability is limited. Amemiya et al (2019) also found relationships between functional performance and education in Japanese older adults, which suggest that social inequalities add burden for ageing societies worldwide. The present study corroborates this finding and calls attention to the investments for life course education to improve health and quality of life among older adults.

Recent evidence has highlighted the influence of social support in the adherence to physical activity practice, pointing that when people have company, they are more likely to join both social and physical activities outdoors (Lui, 2009; Hill et al., 2016; Jackson et al., 2015). This could explain why people with partners, either married or not, presented better scores in physical functioning indicators than the ones who do not have such company. This finding points to the relevance of social groups that promote collective physical activities in primary health care, because beyond the gain in physical functioning they may benefit by the interaction and relationships that favor more and sustainable engagement over time. In accordance to the well-documented literature, weakness, slowness and worse functional performance were related to lower cognitive status (Ikegami et al., 2019; Ramnath et al., 2018) and higher depressive symptoms (Ganasarajah et al., 2019; Kim et al., 2021). Relationships between physical functioning indicators and chronic diseases and other health problems, such as arterial hypertension, joint disease, osteoporosis, urinary incontinence and polypharmacy were also found. These conditions were present in at least one third of participants in this study and this finding brings up the challenges for PHC professionals and managers in dealing several health conditions that are overlapped and influencing each other.

Additionally, this points out the need of a biopsychosocial approach to achieve a comprehensive care. Such approach requires a multidisciplinary and complete team, well and continuously trained, and the leadership committed with the funding and sustainability of the health care system (Veras, 2020; Stucki et al., 2017). Professionals should employ assessment tools that comprise biopsychosocial aspects to cover multiple life domains, screening the main health problems and monitoring the risks to decline (Stucki et al., 2017; Silva et al., 2017).

The present study provided results that contribute to bring light to physical functioning as a main health indicator in old age, when chronic diseases are frequent and do not necessarily impact daily life activities or quality of life. Many actions and health programs cover only diseases control and management, which are insufficient to face ageing population challenges. The epidemiological aspects of physical functioning, namely prevalence, incidence, distribution and determinants, are essential to reorganize health care practices aimed at promoting healthy ageing. Demographic and socioeconomic inequalities should be considered in the development of public policies to older population; primary health care needs

funding and educational support to deal with both current and upcoming challenges. Thus, relationships between work status, health status and wellbeing need further investigation. Upcoming follow-ups will provide answers to several questions and hypothesis raised in this paper, which others researchers should also be encouraged everywhere, especially in Latin America.

## Conclusion

Physical functioning showed relationships with health status and sociodemographic aspects, depending on the indicator considered, which means that to study determinants of functioning, the particular indicator should be considered separately. Further, the study sample and instruments proved to be reliable to perform upcoming longitudinal analysis.

## References

- Alexandre, T.S., Meira, D. M., Rico, N.C., Mizuta, S.K. (2012). Accuracy of Timed Up and Go Test for screening risk of falls among community-dwelling elderly. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 16 (5), 381-8.
- Almeida, O. P., Almeida, S. A. (1999). Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arquivo Neuropsiquiatria*, 57 (2B), 421–6.
- Amemiya, A., Kondo, N., Saito, J., Saito, M., Takagi, D., Haseda, M., Tani, Y., Kondo, K. (2019). Socioeconomic status and improvement in functional ability among older adults in Japan: a longitudinal study. *BMC Public Health*, 19(1), 209. doi: 10.1186/s12889-019-6531-9.
- Azeredo-Passos, V. M., Champs, A.P.S., Teixeira, R., Lima-Costa, M.F.F., Kirkwood, R., Veras, R., Nascimento, B.R., Nogales, A.M., Schmidt, M.I., Duncan, B.B., Cousin, E., Naghavi, M., Souza, F.M. (2020). The burden of disease among Brazilian older adults and the challenge for health policies: results of the Global Burden of Disease Study 2017. *Population Health Metrics*, 18(1):14. <https://doi.org/10.1186/s12963-020-00206-3>.
- Baxter, S., Blank, L., Cantrell, A., Goyder, E. (2021). Is working in later life good for your health? A systematic review of health outcomes resulting from extended working lives. *BMC Public Health*, 21, 1356. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11423-2>.
- Bergland A., Jørgensen L., Emaus N., Strand B.H. (2017). Mobility as a predictor of all-cause mortality in older men and women: 11.8 year follow-up in the Tromsø study. *BMC Health Services Research*, 17, 22.
- Berkman LF, Kawachi I. A historical framework for social epidemiology. In: Berkman LF, Kawachi I, eds. Social epidemiology. New York: Oxford university press, 2000: 3–12.
- Bof de Andrade, F., Duarte, Y.A.O., Souza-Junior, P.R.B., Torres, J.L., Lima-Costa, M.F., Andrade, F.C.D. (2018). Inequalities in basic activities of the daily living among older adults: ELSI-Brasil, 2015. *Rev Saude Publica*, 52 (2):14 s. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000617>

- Bohannon, R. W. (2019). Grip strength: An indispensable biomarker for older adults. *Clin. Interv. Aging*, 14, 1681–1691.
- Brasil. *Constituição* (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal; 1988. Art. 94.
- Brito, L.B.B., Ricardo, D.R., Araujo, D.S.M.S., et al. (2012). Ability to sit and rise from the floor as a predictor of all-cause mortality. *European Journal of Cardiovascular Prevention*, DOI: 10.1177/2047487312471759.
- Buckner, S.L., Loenneke, J.P., Loprinzi, P.D. (2015). Lower extremity strength, systemic inflammation and all-cause mortality: application to the "fat but fit" paradigm using cross-sectional and longitudinal designs. *Physiol Behav*, 149:199–202. doi: 10.1016/j.physbeh.2015.06.012.
- Caldas, V.V.A., Zunzunegui, M. V., Freire, A. N. F., Guerra, R. O. (2012). Translation, cultural adaptation and psychometric evaluation of the Leganés cognitive test in a low educated elderly Brazilian population. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 70 (1), 22-27.
- Castaneda, L., Bergmann, A., Bahia, L. (2014). A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: uma revisão sistemática de estudos observacionais. *Rev Bras Epidemiol*, 17(2):437-51.
- Castro, S.S., Leite, C.F., Baldin, J.E., Accioly, M.F. (2018). Validation of the Brazilian version of WHODAS 2.0 in patients on hemodialysis Therapy. *Fisioter. Mov.*, v. 31, e003130. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5918.031.AO30>
- Castro, M.C., Massuda, A., Almeida, G., Menezes-Filho, N.A., Andrade, M.V., Noronha, K.V.M.S., Rocha, R., Macinko, J., Hone, T., Tasca, R., Giovanella, L., Malik, A.M., Werneck, H., Fachini, L.A., Atun, R. (2019). Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *The Lancet – Public Policy*, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7).
- Cruz-Jentoft A.J., Bahat G., Bauer J., Boirie Y., Bruyère O., Cederholm T., Cooper C., Landi F., Rolland Y., Sayer A.A. (2018). Sarcopenia: Revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing*, 48:16–31. doi: 10.1093/ageing/afy169.
- Debrouwere, I., Lebeer, J., Prinzie, P. (2016). The Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health in Primary Care: Findings of Exploratory Implementation Throughout Life. *Disability CBR & Inclusive Development*, 27, 2. doi 10.5463/DCID.v27i2.511.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G. & Buchner, A. (2007). G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.
- Francisco, P.M.S.B., Assumpção, D., Bacurau, A.G.M., Silva, D.S.M., Malta, D.C., Borim, F.S.A. (2021). Multimorbidity and use of health services in the oldest old in Brazil. *Rev Bras Epidemiol*, 24, 2, E210014.
- Ganasarajah, S., Poromaa, I.S., Thu, W.P., Kramer, M.S., Logan, S., Cauley, J.A., Yong E.L. (2019).

Objective measures of physical performance associated with depression and/or anxiety in midlife Singaporean women. *Menopause*, 1. DOI: 10.1097/GME.0000000000001355.

Gao, J., Qiu, Y., Hou, Y., Zhang, L., Wang, K., Chen, Z., Liu, Q., Lin, J. (2022). Influencing factors for the decline of limb muscle strength and the association with all-cause mortality: evidence from a nationwide population-based cohort study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 34, p. 399–407.

Goldberg, A., Chavis, M., Watkins, J., Tyler Wilson, T. (2012). The five-times-sit-to-stand test: validity, reliability and detectable change in older females. *Aging Clin Exp Res*, 24(4):339-44. doi: 10.1007/BF03325265.

Grou, T.C., Castro, S.S., Leite, C.F., Carvalho, M.T., Patrizzi, L.P. (2021). Validation of the Brazilian version of the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 for institutionalized older adults. *Fisioter Pesqui*, 28(1):77-87

Guedes, R.C., Dias, R. C., Neri, A. L., Ferriolli, E., Lourenço, R. A., Lustosa, L.P. (2019). Decreased gait speed and health outcomes in older adults: Rede FIBRA's data. *Fisioter Pesq*, 26, 3:304-310. DOI: 10.1590/1809-2950/18036026032019

Harper, S. (2020). Global Risks and the Resilience of Future Health Care Systems. *Journal of Population Ageing*, 13, 1–3. <https://doi.org/10.1007/s12062-020-09262-x>

Hill, T.D., Uchino, B.N., Eckhardt, J.L., Angel, J.L. (2016). Perceived Social Support Trajectories and the All-Cause Mortality Risk of Older Mexican American Women and Men. *Res Aging*, 38(3): 374–398.

Ikegami, S., Takahashi, J., Uehara, M., Tokida, R., Nishimura, H., Sakai, A., Kato, H. (2019). Physical performance reflects cognitive function, fall risk, and quality of life in Community-dwelling older people. *Nature Scientific Reports*, 9:12242. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-48793-y>

Jackson, S.E., Steptoe, A., Wardle, J. (2015). The influence of partner's behavior on health behavior change: the English Longitudinal Study of Ageing. *JAMA International Medicine*, 175(3), 385-92. doi: 10.1001/jamainternmed.2014.7554.

Kim, Y.M., Cho, S. (2021). Regular Exercise and Depressive Symptoms in Korean Older Adults. *Int J Environ Res Public Health*, 18(1): 303.

Knesebeck, O.V.D. (2015). Concepts of social epidemiology in health services research. *BMC Health Services Research*, 15:357. DOI 10.1186/s12913-015-1020-z.

Lawton, M. P. (1998). Environment and aging: Theory revisited. In Scheidt, R. J., Windley, P. G. (Eds.), *Environment and aging theory: A focus on housing* (pp. 1-31). London, England: *Greenwood Press*.

Lawton, M. P., & Nahemow, L. (1973). Ecology and the aging process. In C. Eisdorfer & M. P. Lawton (Eds.), *The psychology of adult development and aging* (pp. 619–674). Washington, DC: *American Psychological Association*.

Lee, S. (2021). Cross-Sectional and Longitudinal Association between Neighborhood Environment and Perceived Control in Older Adults: Findings from HRS. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18, 11344.

<https://doi.org/10.3390/ijerph182111344>.

Leeson, G.W. (2016). Environment, Health and Ageing. In: *Environmental Gerontology in Europe and Latin America*, 13, Springer, ISBN: 978-3-319-21418-4, pp 93-104.

Lima-Costa, M.F., Andrade, F.B., Souza Jr, P.R.B., Neri, A.L., Duarte, Y.A.O., Castro-Costa, E., et al. (2018). The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-BRAZIL): objectives and design. *Am J Epidemiol*, 187(7):1345-53. <https://doi.org/10.1093/aje/kwx387>.

Lin, M.H., Chang, C.Y., Wu, D.M., Lu, C.H., Kuo, C.C., Chu, N.F. (2021). Relationship of Multimorbidity, Obesity Status, and Grip Strength among Older Adults in Taiwan. *Int J Environ Res Public Health*, 15;18(14):7540. doi: 10.3390/ijerph18147540.

Lui, C.W., et al. (2009). What makes a community age-friendly? A review of international literature. *Australian Journal on Aging*, 28(3): 116–121. doi: 10.1111/j.1741-6612.2009.00355.x.

Macinko, J., Bof de Andrade, F., Souza-Junior, P.R.B., Lima-Costa, M.F. (2018). Primary care and healthcare utilization among older Brazilians (ELSI-Brasil). *Rev Saude Publica*, 52 Supl 2:6s. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000595>

Minami, U., Nishi, M., Fukaya, T., Hasebe, M., Nonaka, K., Koike, T., et al. (2015). Effects of the Change in Working Status on the Health of Older People in Japan. *PLoS ONE*, 10(12): e0144069. doi:10.1371/journal.pone.0144069.

Monteiro, G. T. R.; Hora, H. R. M. (2014). Pesquisa em saúde pública: como desenvolver e validar instrumentos de coleta de dados. Curitiba: *Appris*.

Neri, A.L., Yassuda, M.S., Araújo, L.F., Eulálio, M.C., Cabral, B.E., Siqueira, M.E.C. et al. (2013). Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. *Cad. Saúde Pública*, 29, 4: 778-792.

Nuttall, F.Q. (2015). Body Mass Index - Obesity, BMI, and Health: A Critical Review. *Nutr Today*, 50, 3: 117–128. doi: 10.1097/NT.0000000000000092.

Pinto, J.M., Neri, A.L. (2013a). Chronic diseases, functional ability, social activities and satisfaction in community-dwelling elderly: Fibra Study. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(12):3449-3460.

Pinto, J.M., Neri, A.L. (2013b). Factors associated with low life satisfaction in community-dwelling elderly: FIBRA Study. *Reports in Public Health*, 29(12):2447-2458.

Pinto, J.M., Fontaine, A.M., Neri, A.L. (2016a). The influence of physical and mental health on life satisfaction is mediated by self-rated health: A study with Brazilian elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 65,104–110.

Pinto, J.M., Neri, A.L. (2016b). Relationships between levels of social participation, self-rated health and life satisfaction in older adults according to gender. *Revista Kairós Gerontologia*, 19(4), 255-272.

Ramnath, U., Rauch, L., Lambert, E.V., Kolbe-Alexander, T.L. (2018). The relationship between functional status, physical fitness and cognitive performance in physically active older adults: A pilot study. *PLoS ONE* 13(4): e0194918. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194918>.

Ramos, L.R., Tavares, N.U.L., Bertoldi, A.D., Farias, M.R., Oliveira, M.A., Luiza, V.L, et al. (2016). Polypharmacy and Polymorbidity in Older Adults in Brazil: a public health challenge. *Rev Saude Publica*, 50, 2:9s.

Ryff CD. (2014). Psychological well-being revisited: advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychother Psychosom*, 83(1):10-28. <https://doi.org/10.1159/000353263>.

Silva, L.G.C., Oliveira, F.S., Martins, I.S., Martins, F.E.S., Garcia, T.F.M., Sousa, A.C.P.A. (2019). Evaluation of the functionality and mobility of community-dwelling older adults in primary health care. *Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology*, 22(5):e190086.

Silva, A.M.M., Mambrini, J.V.M., Peixoto, S.V., Malta, D.C., Lima-Costa, MF. (2017). Use of health services by Brazilian older adults with and without functional limitation. *Rev Saude Publica*, 51, 1:5s.

Stucki, G., Bickenbach, J. (2017). Functioning: the third health indicator in the health system and the key indicator for rehabilitation. *Eur J Phys Rehabil Med*, 53(1):134-8

Vafaei, A., Pickett, W., Zunzunegui, M.V., Alvarado, B.E. (2016). Neighbourhood social and built environment factors and falls in community-dwelling canadian older adults: A validation study and exploration of structural confounding. *SSM - Population Health*, 2, 468–475.

Van Cauwenberg, J., Nathan A., Barnett, A., Barnett, D.W, Cerin, E. (2018). Relationships between neighbourhood physical environmental attributes and older adults' leisure-time physical activity: a systematic review and meta-analysis. *Sport Med*, 48: 1635–60.

Veras, R. (2020). A contemporary and innovative care model for older adults. *Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology*, 23 (01). <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200061>.

Verropoulou, G., Tsimbos, C. (2016). Disability trends among older adults in ten European countries over 2004–2013, using various indicators and Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) data. *Ageing Soc*, 37(10):2152–82.

Wahl, H.-W. (2001). Environmental influences on aging and behavior. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (5th ed., pp. 215–237). San Diego, CA: *Academic Press*.

Wahrendorf, M., Reinhardt, J.D., Siegrist, J. (2013). Relationships of Disability with Age Among Adults Aged 50 to 85: Evidence from the United States, England and Continental Europe. *PLoS One*, 8(8):1.

WHO (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Available: <http://www.who.int/classifications/icf/icfbeginnersguide.pdf?ua=1>

Wu, Y., Wang, W., Liu, T. et al. (2017). Association of grip strength with risk of all-cause mortality, cardiovascular diseases, and cancer in community-dwelling populations: a meta-analysis of prospective cohort studies. *J Am Med Direct Ass* 18:551–577.

Zunzunegui, M.V., Alvarado, B.E., Guerra, R., Gómez, J.F., Ylli, A., Guralnik, J.M., et al. (2015). The mobility gap between older men and women: the embodiment of gender. *Archiv Gerontol Geriatr*, 61:140–8. doi: 10.1016/j.archger.2015.06.005.

## Tables

**Table 1.** Descriptive analysis. LIFE. Uberaba, Brazil. 2019. n=201

	Mean	Standard deviation	Median	Interquatile Interval	Min-Max
Hand grip strength	23.73	7.86	22.83	7.66	3-49
Lower limb strength	21.42	8.21	19.89	8.66	8.30-60.00
Walking time	13.15	4.35	12.05	4.98	6.43-37.63
Functional performance	21.65	8.21	20.50	12	12-44
Cognitive Status	26.80	3.00	27	4	16-32
Depressive symptoms	4.78	2.95	4	3	1-15
Social support	3.42	1.48	4.00	3.00	0-5
Home barriers	1.46	1.01	1.00	1.00	0-5
Neighborhood barriers	2.23	1.35	2.00	2.00	0-4

**Table 2.** Characteristics of sample and means distribution of physical functioning indicators, according to sociodemographic aspects. LIFE. Uberaba, Brazil. 2019. n=201

	F (%)	Hand grip strength (mean/SD)	Lower limb strength (mean/SD)	Walking time (mean/SD)	Functional performance (mean/SD)
<b>Sex</b>					
Male	46 (22.9)	32.76 (8.34)	20.47 (5.71)	12.32 (3.67)	20.30 (7.58)
Female	155 (77.1)	21.66 (6.14)*	21.46 (8.19)	13.27 (4.06)	22.72 (8.69)
<b>Age groups</b>					
60-64 (ref)	75 (37.3)	22.37 (7.94)	20.93 (8.50)	12.35 (4.54)	22.95 (8.40)
65-69	35 (17.4)	23.73 (7.57)	23.11 (9.18)	12.69 (3.18)	23.40 (10.10)
70-74	49 (24.4)	21.84 (5.66)	19.64 (5.63)	13.43 (3.86)	21.88 (7.99)
75+	42 (20.9)	28.21 (8.70)*	22.22 (6.78)	14.04 (3.55)	20.07 (7.61)
<b>Skin color</b>					
White	117 (58.2)	23.10 (7.42)	20.97 (7.65)	13.42 (4.21)	22.89 (8.79)
Not white	84 (41.8)	24.32 (8.29)	21.61 (7.81)	12.57 (3.64)	21.15 (7.99)
<b>Partnership</b>					
Yes	98 (48.8)	25.26 (8.55)	20.21 (6.06)	12.58 (4.07)	20.41 (7.62)
No	103 (51.2)	22.35 (6.97)*	22.20 (8.89)	13.50 (3.88)	23.83 (8.97)*
<b>Living arrangements</b>					
Alone	43 (21.4)	23.63 (7.16)	22.69 (7.79)	13.65 (4.25)	23.86 (9.53)
Living with another person	86 (42.8)	23.34 (7.78)	21.92 (8.66)	12.98 (3.41)	22.83 (8.89)
Three or more residents <sup>a</sup>	72 (35.8)	24.11 (8.40)	19.52 (6.01)	12.79 (4.48)	20.36 (7.02)
<b>Education (years)</b>					
None	16 (8)	23.08 (5.52)	24.37 (11.09)	13.59 (3.79)	26.44 (9.71)
1-4	94 (46.8)	22.89 (6.74)	20.84 (5.80)	13.37 (4.31)	21.67 (8.05)
5-10	54 (26.9)	24.39 (9.46)	21.39 (7.31)	12.88 (3.89)	22.94 (8.40)
11+	37 (18.4)	24.92 (8.35)	20.66 (10.41)	12.28 (3.32)	20.43 (8.78)
<b>Family income</b>					
<1BMW	10 (5)	29.71 (10.59)	23.64 (6.80)	12.52 (3.45)	29.20 (10.50)*
1-3BMW	164 (81.6)	22.66 (7.16)*	21.38 (7.75)	13.12 (4.00)	22.31 (8.40)
4BMW+ (ref)	27 (13.4)	27.57 (8.98)	19.61 (7.71)	12.86 (4.21)	18.67 (6.45)
<b>Income sufficiency</b>					
Sufficient	66 (32.8)	24.59 (8.54)	21.30 (6.86)	12.83 (3.91)	23.53 (8.81)



Insufficient Retired	135 (67.2)	21.95 (6.00)*	21.13 (9.25)	13.52 (4.14)	19.38 (7.07)*
Yes	157 (78.1)	24.01 (8.01)	21.81 (8.27)	13.35 (4.10)	22.43 (8.79)
No	44 (21.9)	22.57 (7.24)	19.27 (4.83)*	12.03 (3.41)*	21.23 (7.34)
Paid Work					
Yes	43 (21.4)	24.63 (7.36)	19.10 (6.38)	11.93 (3.32)	19.86 (5.60)
No	158 (78.6)	23.44 (7.98)	21.82 (7.95)*	13.36 (4.11)*	22.79 (9.03)*

BMS: Minimum Wage (R\$954=US\$242.13); a. Including the participant; \*Test t Student or ANOVA (Bonferroni)  $p < 0.05$

**Table 3.** Correlations between physical functioning indicator, health status and environmental aspects. LIFE. Uberaba, Brazil. 2019. n=201

	Social support	Home barriers	Neighborhood barriers	Cognitive status	Depressive Symptoms
Hand grip strength	-0,002	-0,117	0,014	0,102	-0,209*
Lower limb strength	0,025	0,045	-0,028	-0,263*	0,156*
Walking time	-0,113	-0,002	-0,001	-0,065	0,139
Functional performance	-0,197	0,053	0,121	-0,166*	0,474*

\*Pearson's correlation  $p < 0.05$

**Table 4.** Health status and means distribution of physical functioning indicators. Life Study. Uberaba, Brazil. 2019. n=201.

	F (%)	Hand grip strength (mean/SD)	Lower limb strength (mean/SD)	Walking time (mean/SD)	Functional performance (mean/SD)
Arterial hypertension					
No	56 (27.9)	23.21 (7.80)	19.62 (7.52)	11.81 (3.18)	21.79 (8.35)
Yes	145 (72.1)	23.83 (7.89)	21.84 (7.72)	13.52 (4.16)*	22.31 (8.57)
Diabetes Mellitus					
No	100 (49.8)	23.12 (7.80)	20.49 (6.54)	13.13 (3.34)	22.32 (8.54)
Yes	101 (50.2)	24.20 (7.90)	22.00 (8.69)	12.99 (4.56)	22.01 (8.47)
Joint disease					
No	88 (43.8)	24.34 (7.61)	19.90 (5.81)	12.68 (4.45)	19.92 (7.94)
Yes	113 (56.2)	23.25 (8.01)	22.25 (8.76)*	13.36 (3.60)	23.91 (8.52)*
Osteoporosis					
No	147 (73.1)	24.60 (7.78)	20.34 (7.15)	12.58 (3.86)	20.55 (7.93)
Yes	54 (26.9)	21.38 (7.62)*	23.66 (8.63)*	14.32 (4.09)*	26.56 (8.48)*
Heart failure					
No	148 (73.6)	23.60 (7.66)	20.92 (6.96)	13.15 (4.32)	21.66 (8.10)

Yes	53 (26.4)	23.89 (8.39)	22.11 (9.44)	12.81 (2.96)	23.57 (9.42)
Stroke					
No	183 (91)	23.45 (8.02)	21.02 (7.78)	12.84 (3.61)	22.06 (8.63)
Yes	18 (9)	25.77 (5.89)	23.43 (6.77)	15.20 (6.39)*	23.06 (7.10)
Visual impairment					
No	33 (16.4)	24.29 (7.98)	20.29 (7.56)	12.83 (4.13)	20.76 (8.61)
Yes	168 (83.6)	23.57 (7.85)	21.42 (7.74)	13.10 (3.97)	22.44 (8.48)
Hearing impairment					
No	150 (74.6)	23.81 (7.63)	20.73 (6.22)	13.13 (4.15)	21.83 (8.54)
Yes	51 (25.4)	23.39 (8.40)	22.75 (10.93)	12.84 (3.48)	23.14 (8.35)
Urinary incontinence					
No	142 (70.6)	24.05 (8.00)	20.16 (6.23)	12.56 (3.59)	20.93 (8.27)
Yes	59 (29.4)	22.81 (7.47)	23.79 (10.00)*	14.23 (4.61)*	25.14 (8.33)*
Obesity/overweight					
No	46 (34.6)	23.02 (7.67)	20.59 (8.60)	12.70 (5.19)	21.67 (8.81)
Yes	87 (65.4)	23.72 (7.77)	22.32 (8.40)	13.33 (3.85)	21.82 (7.89)
Polifarmacy (5>)					
No	122 (60.7)	24.37 (8.09)	20.55 (7.34)	12.74 (3.84)	21.07 (8.07)
Yes	79 (39.3)	22.70 (7.43)	22.28 (8.16)	13.53 (4.18)	23.85 (8.89)*

\*Test t Student  $p < 0.05$

## PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN ADULTOS MAYORES VENEZOLANOS LABORALMENTE ACTIVOS

Tirro A., Victoria

Agro, Patricia

Metropolitan University, Caracas, Venezuela

[victoriatirro@gmail.com](mailto:victoriatirro@gmail.com)

### ABSTRACT

El objetivo de la investigación fue conocer la percepción de la imagen corporal de adultos mayores venezolanos. Fue aplicada la Escala de Autopercepción Corporal de Berriel y Pérez (2002) a 160 personas laboralmente activas, de edades comprendidas entre 60 y 75 años ubicados en el municipio Sucre de la ciudad de Caracas (Venezuela). Se analizaron los resultados encontrados en tres factores: cuerpo pasivo/activo, conciencia corporal y calma/inquietud. Se evidenció que el adulto mayor con una ocupación laboral complementa parte de su definición personal a partir de la percepción de un cuerpo activo y saludable, que le permite relacionarse con el mundo. La calma experimentada se asoció con la vivencia de los ritmos corporales para desempeñarse, cumplir responsabilidades y mostrar serenidad ante las demandas del ambiente, respetando los tiempos para las actividades. La dimensión laboral resultó parte fundamental en la prevención de enfermedades, además de favorecer el sustento en una Venezuela con dificultades, otorgando aspectos claves en su autopercepción corporal con referentes asociados a un cuerpo activo que labora desde y para su propia salud. Lo sereno suplantó a la velocidad. Las personas mayores que asumen funciones laborales confían en su eficiencia física, fortaleza y utilidad que caracterizan a un cuerpo vigoroso.

**Palabras claves:** cuerpo, autopercepción, vejez, ocupación, salud

### ABSTRACT

The scope of this research was to know the perception of corporal image among Venezuelan's occupationally active elderly adults. It was applied the Physical Self-Perception Scale of Berriel & Pérez (2002) to 160 occupationally actives elderly adults, in ages among 60 & 75 years old located in Sucre Municipality of Caracas City (Venezuela). It has been analyzed the results and it was found three factors: Body passive/active, Physical Consciousness, as well as Calm/Unrest. It was demonstrated that an elderly adult with a working activity balance, partially, his personal perception and definition of an active and healthy body allows him to interact with the world. The calm experienced it has been associated with the way of facing his corporal rhythms to perform a duty, as well as his dedication on specific time for activities. The labor's dimension is fundamental to prevent diseases - furthermore to facilitate the livelihood in a country as Venezuela with different difficulties – granting key aspects that complements his body self-perception with associated references of an active body that works in benefit of his own health. So, the calm superseded speed. Elderly people who assume labor functions rely in his physical efficiency, strength and custom that characterize a strong body.

**Key Words:** Body, Self-Perception, old people, occupation, health.

## INTRODUCCIÓN

La imagen externa de la persona va sufriendo transformaciones con el paso del tiempo, por lo que hábitos saludables cultivados a lo largo de la vida, la confianza en sus recursos internos y el apoyo del entorno socio-familiar se entretienen para fortalecer o debilitar la percepción que se tiene sobre el cuerpo y su impacto en el ambiente. En el campo de la gerontología uno de los aspectos que se observa muy claramente es la carga de prejuicios sociales de la que el cuerpo de un adulto mayor es objeto. Esto produce efectos no sólo en la percepción corporal, sino más bien en la forma en que se concibe a sí mismo (Berriel, 2003).

Así es como a través del tiempo y el pasar de los años, el ser humano ha manifestado gran interés por su imagen corporal, y culturalmente se han ido desarrollando diversos cánones de belleza que van evolucionando con el tiempo y en función de los cuales las personas se comparan a sí mismas. Dichos cánones pueden variar según la cultura y los valores en los que el sujeto esté inmerso.

El concepto de imagen corporal está cobrando importancia dentro de los cambios psicológicos que supone la vejez, ya que para Pérez (2007), con el paso del tiempo va apareciendo un primer extrañamiento entre lo que parece representativo del cuerpo y efectivamente el mismo devuelve, desde los procesos psíquicos y los cambios biológicos del desarrollo de cada individuo.

Según Capodice (1998) se ha dado espacio a la toma de consciencia del ser corporal como condicionante significativo de la interacción entre individuos y ambiente. Por tanto, cómo se logra el reconocimiento de la propia corporeidad resulta elemental para el éxito de las relaciones interpersonales, trascendiendo los mensajes derivados exclusivamente de la comunicación verbal. La red de interrelaciones que se establecen por la relevancia del cuerpo, no solo como entidad física sino como fundamento de la existencia humana, determinan que cada persona que habita en un cuerpo puede percibirlo y construirlo bajo sus propias manifestaciones y circunstancias, contribuyendo a delinear y transformar la esencia del hombre en continua evolución.

La identidad, desde un enfoque social, se ancla en las tareas específicas realizadas en el mundo laboral. Su fortalecimiento favorece la definición de los límites y la adjudicación de responsabilidades (Zapata, 2001).

Una realidad es la llegada de la jubilación y el efecto psicológico derivado; la resistencia ante la idea de no ser el motor principal de ingreso económico y percibir una devaluación de su situación financiera, con altas probabilidades de ser dependiente de entidades gubernamentales resulta un escenario aterrador. Los problemas económicos se convierten en agentes de primer orden en el descenso de los sentimientos del propio valor y en el incremento de síntomas depresivos (Calvet, 1997).

Al considerar las perspectivas de las sociedades en proceso de envejecimiento, según Magnus (2009) no solo deben comprenderse la demografía básica de los países y regiones, sino también una amplia gama de condiciones y directrices de diversa índole, entre ellas económicas, que podrían influir en la inclusión de las personas mayores como fuerza activa de una nación. La situación actual venezolana, los procesos migratorios y la hiperinflación han motivado a las generaciones más jóvenes a abandonar el país, quedando una importante población mayor que debe ser atendida y motivada a seguir siendo parte de la dinámica social.

Por tal motivo, la intención del presente estudio fue explorar la autopercepción corporal de 160 adultos mayores, residenciados en el Municipio Sucre (Caracas- Venezuela), entre 60 y 75 años y

laboralmente activos, empleando la escala EAPC de Berriel y Pérez (2002), con énfasis en tres factores: cuerpo activo/pasivo, consciencia corporal y calma/inquietud. Sin duda, lo laboral es una dimensión fundamental en la identidad de la persona en la medida que envejece.

## **MARCO REFERENCIAL:**

Desde los inicios de la vida, se implanta una autoimagen en constante modificación y a medida que transcurren los años, los cambios físicos y funcionales demandan una evolución esencial de la imagen del cuerpo. Por ende, la percepción posee un nivel consciente cuando el individuo reconoce, compensa o repara según las experiencias adquiridas y un nivel inconsciente, en los procesos de selección y organización de las sensaciones recibidas (Goldstein, 1999). De esta forma, se emplean los referentes ideológicos y culturales para ordenar, significar y transformar las experiencias cotidianas (Iannotti, 2005)

El cuerpo desde esta mirada trascendental va más allá de la materialidad y pasa a ser un mediador en la construcción de un vínculo entre lo personal y lo social (Aguado, 2004)

En tal sentido, la corporeidad es la manifestación consciente o inconsciente de la constitución del individuo en un determinado contexto, enfrentando la realidad con los recursos físicos, intelectuales y sociales que van definiendo su personalidad (Espinal, 2006). El mundo construido pasa a ser la medida de su experiencia, donde el cuerpo produce sentido continuamente y se inserta en el espacio social y cultural del cual forma parte (Le Betron, 2002). Las tramas cotidianas implican la intervención de la corporeidad y por ende, el establecimiento de significados precisos de lo que le rodea.

Otro constructo afín y bastante complejo resulta la imagen corporal, que según Raich (2004) contiene la percepción global del cuerpo (límites y movimientos) así como la experiencia subjetiva en cuanto a actitudes y valoraciones, entre otros, derivadas de las cogniciones.

El escaso conocimiento sobre la vejez lleva a configurar imágenes e ideas sobre lo que se considera socialmente apropiado en el quehacer de la persona mayor y esto puede diferir de lo que el adulto haya construido sobre sí mismo, desde su autopercepción. Por tanto, la vejez no se encuentra ligada exclusivamente a la edad ya que hay componentes contextuales y personales que pueden ser más influyentes que lo meramente cronológico (Fornós, 2000).

Cuando se menciona el entorno es fundamental considerar aspectos como la seguridad económica y la inclusión social, los cuales pueden interferir o favorecer la participación del adulto en su comunidad. Ser o no una persona productiva, tener desafíos y generar aportes sociales resultan claves en el sostenimiento psíquico y emocional del que envejece (Naveda, 2007). Sin embargo, hay quienes se les dificulta asimilar los cambios y limitaciones de toda índole, entre ellas, las del cuerpo, produciendo una considerable disminución en su autoestima y autoimagen.

Sauch y Castañer (2013) enfatizan que la corporalidad de cada persona está mediada por las opiniones e interpretaciones de los demás, considerando tres dimensiones principales: introyectiva (generada desde el autoconocimiento y la autovaloración), extensiva (el cuerpo en el entorno) y proyectiva (expresión de símbolos y emociones). Tribess (2006 citado en Feraboli y Becker, 2009)) afirma que la insatisfacción con la apariencia física puede acarrear modificaciones del comportamiento, alimentación y la práctica de cualquier actividad, pudiendo conducir a alteraciones en las áreas biofísicas, en búsqueda de transformaciones en la forma actual del cuerpo y en la mejora de la satisfacción en general.

Los adultos mayores tienen derecho a llevar una vida satisfactoria y productiva, con oportunidades para participar plenamente en sus comunidades y en todas las decisiones relativas a su bienestar, donde sean reconocidas y valoradas las múltiples contribuciones a los procesos políticos, sociales y económicos

de los asentamientos humanos. De esta forma, Valarezo (2016) refiere la transición de una vejez biológica-social a un nuevo envejecimiento productivo, entendiendo que la productividad implica ocupaciones que generen satisfacción al adulto desde la participación social.

A partir de las ideas de Alfred Adler sobre autopercepción, Doderá (2007 citado en Agro, 2014) incluye tres elementos de la imagen corporal en el adulto mayor: apariencia física (señales visibles), competencias (percepciones de agilidad, resistencia y poder) y salud física (vivencias de salud).

El énfasis de la presente investigación estuvo en la percepción de la imagen corporal en personas activas laboralmente. Tal como afirma Yenes y cols. (2015) a nivel mundial se han realizado números estudios acerca de los cambios fisiológicos del envejecimiento y vejez, sin embargo son pocas las investigaciones sobre la relación de estas transformaciones y el componente psíquico.

Según Vaquero- Cristóbal y cols (2012), los medios de comunicación se encargan de difundir a la sociedad los valores e ideales relacionados con el cuerpo, cuya elaboración personal comprende aspectos perceptuales, cognitivos, afectivos y conductuales.

## **METODOLOGÍA**

Se realizó una investigación de campo, con un diseño transversal y descriptivo ya que las variables se observaron en un contexto específico y en un tiempo determinado. Se decidió seleccionar a sujetos ocupados en tareas diversas desarrolladas en una oficina o espacio estructurado, recibiendo un salario a cambio (Ramos y Guevara, 2011). El muestreo propositivo estuvo guiado por ciertas características que debían presentar los participantes, los cuales decidieron libremente formar parte de la investigación: personas con edades entre 60 y 75 años, ambos sexos (91 mujeres y 69 hombres), ubicados en el Municipio Sucre (Caracas), laboralmente activos, dando un total de 160 entrevistados.

Se empleó la escala de Autopercepción corporal, diseñada por Berriel y Pérez (2002), compuesta por diez y ocho (18) afirmaciones que incluyen adjetivos sobre el cuerpo en relación a cinco (5) factores: 1-cuerpo activo/ pasivo, 2-accesibilidad/cierre, 3- armónico/disarmónico, 4- conciencia corporal y 5-calma/inquietud corporal, organizados en un umbral de respuestas: *totalmente de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo*. La consistencia interna de la escala arrojó un alfa de Cronbach de 0.893, lo que confirmó la fiabilidad del instrumento. Después de completar el cuestionario, se sumaron los ítems pertenecientes a cada uno de los factores, y de esta manera se obtuvo una puntuación total para cada uno de ellos. A menor puntaje mayor aceptación del cuerpo.

El estudio se centró en conocer tres de los factores, a saber: las propiedades enérgicas del cuerpo, fortaleza, utilidad y salud (cuerpo activo/pasivo); la vivencia subjetiva del propio cuerpo (conciencia corporal) y los niveles de serenidad o tensión (calma /inquietud).

## **RESULTADOS**

Los adultos mayores de la muestra seleccionada consideraron estar “*de acuerdo*” con una noción de cuerpo con vigor, útil, fuerte y energético. Experimentaron una noción de eficiencia, tal como lo señaló Doderá (2007 citado en Agro, 2014) al afirmar que la persona mayor complementa su percepción corporal desde la agilidad, resistencia y fortaleza. Tal construcción resultó similar tanto en hombres como mujeres.

No se identificaron diferencias de género en cuanto a la vivencia subjetiva de conocer el propio cuerpo y la importancia que de forma consciente se le otorga; los adultos mayores estuvieron “*de acuerdo*” con la conciencia corporal, como ejercicio mental de pensar en su cuerpo, desde el posicionamiento subjetivo y la apropiación intelectual del dominio de la voluntad. Los participantes manifestaron un posicionamiento ante la relación proactiva expuesta en el primer factor (cuerpo activo/ pasivo), donde la

fortaleza y vigorosidad del cuerpo en términos de salud, son expresadas solo en un cuerpo capaz de comunicarse en su totalidad.

En cuanto a la serenidad y tensión corporal, los adultos opinaron estar “*totalmente de acuerdo*” con vivenciar un cuerpo calmado, que toma su tiempo para realizar las actividades.

Estos hallazgos se relacionan con lo afirmado por Pichón-Riviere (1985 citado en Vaquero-Cristóbal y cols, 2013) al indicar que los parámetros relacionados con una percepción negativa del cuerpo disminuye con la edad, ya que el adulto sufre un proceso de adaptación pasiva o resignación ante los cambios progresivos experimentados.

Por ende, estos tres aspectos analizados: cuerpo activo, consciencia corporal y percepción de calma son características que se van desarrollando a lo largo de la vida y en el caso de la edad adulta, van sufriendo ajustes, algo modestos, en base a las experiencias obtenidas en su diario vivir y las actividades involucradas. Tal como afirma Sauch y Castañer (2013), la percepción y la valoración atribuida al propio cuerpo son aspectos relacionados con una concepción holística del bienestar y la autoimagen.

De esta forma, hay una vivencia subjetiva de dominio y conocimiento del cuerpo, concediéndole importancia a los comportamientos de autocuidado así como los de preservación de la salud. Sin embargo, este factor no significa indiferencia o torpeza en el alcance de los objetivos y las funciones laborales; más bien se relaciona con la posibilidad de control, expectativas acordes a la realidad de su cuerpo y efectividad en el desempeño. Resulta evidente, tal como afirman Yenes y cols. (2015) la discrepancia entre las imágenes que se han construido socialmente de la vejez y lo que piensan los propios adultos sobre sí mismos y sus recursos.

La crisis actual de Venezuela ha generado paradojas; tener una ocupación laboral resulta un privilegio para el adulto, considerando que según CONVITE, A.C. (2021), en su investigación con 1202 adultos, un 72.4% de personas mayores eran económicamente inactivas. Sin embargo, se presentan más oportunidades de trabajo para el adulto venezolano a propósito de las vacantes surgidas por la migración de las generaciones más jóvenes.

Pareciera que la sintonía entre la propia imagen corporal y la situación real de su entorno contribuyen a la percepción de equilibrio psicológico, manteniendo y potenciando el mayor dinamismo del cuerpo lo que fortalece la autonomía tan ansiada en la vejez. Todo esto reafirma el valor del cuerpo como una entidad que forma parte sustancial del mundo al cual el adulto mayor pertenece.

Los cambios sociales que abogan por el envejecimiento saludable deben otorgar espacios de desarrollo para el encuentro del adulto con la respuesta de su cuerpo ante las demandas del entorno y en ese intercambio dinámico, su autopercepción corporal puede insuflar su capacidad para mostrar seguridad en sus propias capacidades.

Logra confirmarse lo que Montañó (2009 citado en Sarabia, 2012) relaciona con el sentido de identidad del adulto y su consistencia más allá de los cambios experimentados, permitiéndole a la persona realizar ajustes psicológicos y conductuales necesarios para aminorar los efectos de la marginación injustificada.

## **CONCLUSIONES**

La imagen corporal es la combinación de aspectos cognitivos, perceptivos y afectivos que la persona va construyendo en relación a su cuerpo, sufriendo ajustes con el paso de los años. De esta forma, no pareciera estar directamente relacionada con la edad o la apariencia física real ni con las expectativas sociales. El proceso gradual y adaptativo con los cambios experimentados le permite al adulto entrar en armonía con su cuerpo al respetar sus tiempos y sus pausas.

Las actitudes y las valoraciones son fundamentales en la conciencia corporal, sentido de calma y vigor. Las personas más activas tienen una actitud más positiva hacia su propio cuerpo, que refuerzan su sentido de utilidad y de identidad para realizar un sinnúmero de actividades que sean productivas para la sociedad y que además, le generen satisfacción personal.

## REFERENCIAS

- Agro, P. (2014) *Autopercepción de la imagen corporal y bienestar psicológico en adultos mayores laboralmente activos*. Universidad Metropolitana. Caracas.
- Aguado, J. (2004). *Cuerpo humano e imagen corporal: notas para una antropología de la corporeidad*. (1era ed.). México D.F.: Universidad Autónoma de México Ciudad Universitaria.
- Berriel, F. (2003). *Imagen del cuerpo, modelos y emblemas identificadorios en los adultos mayores*. Universidad Nacional de Mar del Plata, Montevideo, Uruguay.
- Berriel, F. y Pérez, R. (2002). *Escala de Autopercepción Corporal* (1era ed.). Montevideo: Psicolibros Universitario.
- Calvet, M. (1997). *El envejecimiento. Un enfoque multidisciplinario*. Barcelona: D. Crespo.
- CONVITE, A. C. (2021). *Evaluación sobre las condiciones de vida y salud de las personas mayores en Venezuela*. Caracas.
- Capodiecici, S. (1998) *La edad de los sentimientos: amor y sexualidad después de los sesenta años*. Herder.
- Espinal, A. (2006). *La sociología del cuerpo*. <http://www.psicopedagogia.com/sociologia-cuerpo>
- Feraboli y Becker (2009). *Una comparación de la percepción corporal entre ancianos practicantes y no practicantes de actividad física*. Revista Digital. Buenos Aires. 14 (133)
- Fornós, M. (2000). *El estereotipo social de la vejez*. [http://www.psiquiatria.com/congreso\\_old/mesas/mesa13/conferencias/13\\_ci\\_g.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso_old/mesas/mesa13/conferencias/13_ci_g.htm)
- Goldstein, E. (1999). *Sensación y Percepción* (5ta ed.). Madrid: Debate
- Iannotti, C. (2005). *Contraste de la percepción de la imagen corporal entre hombres y mujeres* (Trabajo de grado de Licenciatura), Universidad Abierta Interamericana, Buenos Aires.
- Le Betron, D. (2002). *Sociología del cuerpo* (1era ed.). Buenos Aires: Nueva visión.
- Naveda, F. (2007). *Consideraciones sobre la situación socio-laboral del adulto mayor en Venezuela* (Trabajo de Maestría). Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela.
- Magnus, G. (2011). *La era del envejecimiento*. Editorial Océano
- Pérez, R. (2007). La construcción psicosocial de las imágenes del cuerpo en el proceso de envejecimiento. *La Construcción Psicosocial de las Imágenes de Cuerpo*, 1, 64-75.
- Raich, R. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 15-27.
- Ramos, Y. y Guevara, L. (2011). ABC administración de recursos humanos. Empleado y obrero. <http://abcdadministracionderecursoshumanos.blogspot.com/2011/11/empleado-y-obrero-definicion.html>
- Sauch, G. y Castañer, M. (2013) *Retos. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación* 2013, nº 24, pp. 113-116. Federación Española de Asociaciones de Docentes de Educación Física. Edición Web: 1988-2041 ([www.retos.org](http://www.retos.org)).
- Yenes, V.; Domínguez, L.; Martínez, L. (2015). *Imagen del cuerpo en adultos mayores*. Rev. Salud mov. 2015; 7(1): 4-10 ISSN 2027-4548 <https://core.ac.uk/download/pdf/267928772.pdf>
- Valarezo, C. (2016) *Adulto mayor: Desde una vejez "biológica-social" hacia un "nuevo" envejecimiento productivo*. MASKANA, Vol. 7, No. 2, 29-41, <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/maskana/article/view/1048>



Vaquero- Cristóbal, R.; Alacid, F.; Muyor, J.M.; López-Miñarro, P. A. (2013). *Imagen corporal. Revisión Bibliográfica*. Nutr. Hosp. 2013; 28(1): 27-35 <https://www.redalyc.org/pdf/3092/309226055004.pdf>

Zapata, H. (2001). Adulto mayor: participación e identidad. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 10(1), 1-10.

## **Cuerpos enfermos o ... tan solo cuerpos viejos. El cuerpo y su apariencia en las representaciones sociales de la vejez**

**Carlos Miranda Videgaray**  
**Lilliana Bellato Gil**  
**Universidad Autónoma de Chiapas**  
**961 111 65 00**  
**961 113 20 80**  
[carlos.miranda@unach.mx](mailto:carlos.miranda@unach.mx)  
[liliana.bellato@unach.mx](mailto:liliana.bellato@unach.mx)

### **Resumen**

Como parte de una investigación sobre representaciones sociales de la vejez en el marco de la precarización del envejecimiento, se presentan algunos hallazgos tomando como base a la antropología simbólica y los planteamientos de Lowen sobre el lenguaje del cuerpo. Se realizaron entrevistas a profundidad y grupos focales con personas adultas mayores de las ciudades de Tuxtla Gutiérrez y San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Destaca un rechazo generalizado a sus cuerpos viejos, cuyas características y condiciones se revierten en un componente más para la precarización de su vejez, toda vez que les impide realizar actividades que favorezcan su autonomía, la conservación de redes sociales y familiares satisfactorias y la posibilidad de realizar actividades productivas. La precarización de estas vejeces se expresa en cuerpos cansados y debilitados que somatizan su condición física y emocional haciéndolos aparecer como cuerpos enfermos, como una manera de justificar estas realidades.

**Palabras clave:** vejez, precarización, padecer, cuerpo, representaciones sociales

### **Abstract**

This paper provides findings collected in the context of the precariousness of aging as part of a research on social representations of old age, based on the perspective of symbolic anthropology studies and Lowen's approaches to body language. In-depth interviews and focus groups were conducted with older adults from Tuxtla Gutierrez and San Cristobal de las Casas, Chiapas. The research highlights a generalized rejection towards their old bodies, whose characteristics and conditions turn into another component of the precariousness of their old age; hence it prevents them from carrying out activities that favor their autonomy, maintaining satisfactory social and family bonds and performing productive activities. The precariousness of these old ages expresses itself in tired and weakened bodies that somatize their physical and emotional condition, making them appear as sick bodies as a mechanism to justify these realities.

**Keywords:** old age, precariousness, suffering, body, social representations

El ser humano no ha logrado concebir una tregua de paz, bienestar y armónica convivencia con su vejez. ¿A qué se debe esto? ¿Por qué será que prevalece el temor y el rechazo a su aceptación? ¿A qué obedece el que un importante número de personas al llegar a esta etapa de la vida, sean convertidas en sujetos de desecho, de maltrato, de exclusión?

Comúnmente, los vocablos que empleamos para nombrarla se relacionan con los aspectos positivos o negativos de que el envejecimiento y la vejez son portadores y reflejan preferentemente el miedo, la incomprensión y la impotencia del ser humano ante el fenómeno del envejecimiento (Georges Minois, 1987): *ruco, vejete, la canica* (porque está cerca del hoyo), *viejo rabo verde, vieja lagartona* (cuando se muestran como sujetos deseantes), entre muchos otros, como una práctica de discriminación edadista se ancla en el estigma social que pesa sobre este sector. Arrastramos un cúmulo de contradicciones con respecto a la vejez y las manifestamos de diferentes maneras, crudas y lastimeras unas, indiferentes otras o bien justas y exaltantes en otras tantas ocasiones. Así, hacemos referencia a la decrepitud y la fealdad física al tiempo que reconocemos y enaltecemos el valor de los años y la edad, de la sabiduría y la paz espiritual de que son portadores(as) las y los viejos.

La vejez como construcción social y cultural varía según el tiempo y el tipo de sociedades y hace referencia al último tramo del ciclo vital; sus particularidades obedecen al género, la condición étnica o cultural, al curso de vida de las personas o a la adscripción que “los otros” hacen de ellos(as). Despreciada, devaluada, considerada por muchos(as) como un mal incurable, es negada por otros que no quieren reconocer sus transformaciones físicas (Minois, 1987).

En las sociedades industrializadas en las que es fundamental alcanzar cuotas de poder, competencia y eficacia, la vejez es vivida en gran medida como una constatación del crepúsculo, no solo biológico sino social. Así la vejez actual es sobre todo un invento del sistema capitalista, condicionada por los procesos de producción y de consumo, que coloca a la jubilación como un momento de ruptura y división binaria entre los productivos y los no productivos, los que resultan útiles al sistema y los que ya no lo son, lo que ha generado una disputa no solo por los recursos económicos que corresponden a este creciente grupo social, sino de discusión sobre su papel en la sociedad. Para la sociedad contemporánea, quien envejece va perdiendo paulatinamente su sitio, “la posición y el peso de cada generación en el orden económico, político y cultural es lo que determina su suerte y no ninguna característica o virtud innata que posean ancianos, jóvenes o maduros (García, 2005).

La vejez es una etapa en la que los sujetos que en ella se encuentran presentan problemas específicos. Al igual que ocurre en la infancia, la adolescencia o la madurez, en la vejez existe una serie de cambios y acontecimientos que se producen en la dimensión biológica, psicológica y social, que mediante la pedagogía de la vejez (que alimenta narrativas negativas y estereotipadas), asignan a esta etapa unas características propias y distintas, como son las pérdidas en las capacidades y habilidades funcionales, una

marcada tendencia a la exclusión, así como un proceso paulatino de pérdidas de seres queridos y la desvalorización por parte de la familia y la comunidad.

Nuestra sociedad tiende a negar o desvalorizar a la vejez porque la considera un proceso asociado a un deterioro físico y psicológico irreversible, sin tomar en cuenta que la vivencia de la vejez es diferenciada y dependerá, en gran medida, no solo de la percepción que cada cual tenga acerca de ella, sino de cómo la sociedad ha construido una imagen de la vejez (y de la juventud como contraparte) y de las relaciones de poder que se establecen.

La Organización de las Naciones Unidas estableció, desde 1982, los 60 años como la edad de entrada a la vejez, momento en la vida de los seres humanos en que comienzan a vislumbrarse cambios importantes en un futuro cada vez más cercano, como son: el retiro de la vida laboral, la disminución de las capacidades físicas y mentales, la aparición de padecimientos crónico-degenerativos, el deterioro de los roles familiares y sociales, además de una importante reducción en la capacidad económica. Es importante señalar que la edad objetivo del inicio de la vejez señalada por la ONU puede adecuarse a cada contexto en función de discernimientos locales como son la edad a la jubilación o la esperanza de vida.

En este sentido, Fericglá (1996), en su texto sobre “La doble identidad de los ancianos occidentales”, se pregunta por los intereses que hay atrás de la construcción de la vejez como categoría social considerada como homogénea y aislada, como nunca en la historia de los demás grupos sociales, cuando en realidad es un grupo social muy heterogéneo, y coincide en plantear, junto con Minois, que esta diferenciación social está determinada por causas históricas, económicas, sociales, políticas, psicológicas y culturales y no por los cambios biológicos producidos por la edad.

María Julieta Oddonne (2004) nos confirma que contrario a lo que se define institucionalmente, la vejez debería delimitarse a partir del reconocimiento de las capacidades de las personas para la realización de actividades de la vida diaria, de esta manera se estará en condiciones más objetivas de clasificación, no solamente a partir de criterios arbitrarios de la edad, comenzando en los 60 años, sino de otra serie de indicadores, como pueden ser la condición de auto validez y la dependencia o la semi dependencia. Sabemos que muchas personas, sobre todo quienes viven en situación de pobreza, envejecen a los 40 ó 50 años, mientras que otras mas, que viven en condiciones mas favorables, comienzan esta etapa a los 80 años de edad, realidades que nos colocan en el escenario de la construcción de las identidades y, dentro de él, la noción de persona.

Lo cierto es que a la edad la podemos considerar al mismo tiempo, como una construcción discursiva y performativa que es caracterizada y significada de manera diferenciada en todas las sociedades. No es una esencia en sí que se adquiere a partir de cumplir determinado número de años, es mas bien, utilizando una metáfora, el diseño de un traje que se va moldeando hasta mimetizarlo con la normatividad exterior. Si esto es así, es entonces que se actúa como un(a) viejo(a) o una persona mayor.

A la vejez, como etapa de vida, no se llega de manera azarosa. La vejez es, en parte, el resultado de múltiples influencias determinadas en función de los deseos de los sujetos, pero también de las condiciones en las que viven y se sitúan las personas, es decir, de su curso de vida, de las posibilidades que les ofrece su entorno social, el medio ambiente y de sus redes sociales. Para aprender de ella es necesario conocer las representaciones que los sujetos y los diferentes grupos sociales construyen sobre la vejez y el ser viejo, examinando cuáles son sus tendencias y sus formas de configuración.

Las representaciones sociales de la vejez y del ser viejo son el reflejo de particulares realidades, representadas y asimiladas cognitivamente. Son el mundo exterior filtrado, aprendido y adoptado, el mundo que cuenta o el que tenemos en cuenta cuando queremos explicarnos la realidad exterior (Moscovici, 1979). Para el caso de la población a la que nos hemos acercado, mujeres y hombres mayores de Tuxtla Gutiérrez y San Cristóbal de las Casas, Chiapas, estas realidades y sus representaciones encierran mayoritariamente características negativas: pobreza, limitaciones, subordinación, carencias, sufrimiento, dolor.

En una sociedad como la que vivimos en México, que presenta una creciente tendencia hacia la negación y la discriminación de la vejez, las personas mayores suelen ser expulsadas de su comunidad, no por razones naturales (por lo menos no en primera instancia) sino por razones económicas. Viejo es aquél que ya no puede trabajar y se convierte, por tanto, en una boca que mantener, en una carga. La consideración de esta sola característica es excluyente y discriminatoria y nos deja ver cómo es que existe una fuerte tendencia a concebir a las y los viejos como un lastre social. Por tanto, el individuo, al entrar en esta etapa de su vida, comienza una constante adaptación a los cambios de su imagen corporal, a los cambios de su cuerpo, a los cambios de su imagen externa, a los cambios en sus roles sociales, a su posición en el sistema social, a la crisis que su propia vejez le significa.

*"la vejez dice te dejo sufrimiento, tómame pero no te dejes vencer, no te dejes caer en los obstáculos, en los tropiezos, alégrate que estás vivo y sufre con resignación" (Grupo focal San Cristóbal de Las Casas)*

*"Si la vejez hablara diría ya no puedo, me siento humillada por la familia, nos quieren tratar mal porque ya no podemos" (Grupo Focal, San Cristóbal de Las Casas).*

Siguiendo a Turner (1980), es posible considerar y entender a la vejez como una etapa liminar en la vida del ser humano. En el caso de los varones, al entrar en esta etapa, dejan de ser vistos y reconocidos por su grupo social y familiar, como portadores de toda esa carga de símbolos que les permitieron a lo largo de su vida joven, adulta, productiva, colocarse en una posición privilegiada de jefe de familia, proveedor del hogar, audaz e invencible, detentador del poder, para entrar en la liminalidad que les significa, en la mayoría de las ocasiones, el rechazo, la marginación, el aislamiento y el abandono que suelen caracterizar a la vejez.

Godelier (1996) explica, a propósito de la relación del cuerpo con el poder, como “en todas las sociedades el cuerpo tiene como función dar cuenta del orden social; y las representaciones del cuerpo son tales que el orden existente en una sociedad se incorpora a través de las representaciones de los órganos, de las diferencias anatómicas y fisiológicas que existen entre el cuerpo de la mujer y entre el cuerpo del hombre”<sup>6</sup>. En la vejez, el individuo pasa así de una condición de jefe de familia y proveedor, a otra de absoluta dependencia o, en el caso de la madre, de una mujer plena en sus capacidades reproductivas, paridera, a una condición menopáusica, relegada a un estado o situación desvalorizada y de dependencia.

En este sentido, acercarse a las representaciones de la vejez, de lo que se entiende por ser viejo, en términos turnerianos significa acercarse al conocimiento y la descripción del sistema simbólico que rodea a la persona liminar toda vez que, como señala Turner, el ser transicional o la persona liminar está definido por un nombre, en este caso *viejo*, y un conjunto de símbolos muchos de ellos corporales (piel arrugada, canas, deformaciones corporales, etcétera). El mismo Godelier (1996) señala la importancia de “demostrar que la concepción del cuerpo cultural y la reproducción social del los cuerpos, significan el desarrollo de representaciones imaginarias de procesos de vida, de fabricación de un ser (*el(a) viejo(a)*)<sup>7</sup>, de la conformación de los signos de su cuerpo, de los parecidos, de las diferencias entre las generaciones, etcétera. Y este imaginario, después se expresa siempre mediante distinciones simbólicas”<sup>8</sup>.

Otra categoría que ayuda a comprender las representaciones de la vejez tiene que ver con los conceptos que Mary Douglas (1973) construye y que el propio Turner retoma en su *Selva de los Símbolos*, nos referimos a la idea de contaminación ritual, desde la cual es posible reconocer en la persona liminar a individuos contaminantes cuyo principal elemento lo constituye su no pertenencia a, que permanecen invisibles a los ojos de los otros, distantes sujetos pertenecientes a otros grupos etéreos.

Ante esta condición de exclusión y marginación de las personas adultas mayores, desde una mirada relacional de salud mental y la vejez, es necesario identificar que, además de obedecer a causas físico-biológicas, se trata de factores que también inciden negativamente en la salud mental de las y los viejos y que están íntimamente relacionados con las emociones: la depresión, trastornos de sueño, confusión, intentos suicidas, entre otros padecimientos.

II. Las representaciones que las personas adultas mayores, hombres y mujeres, tienen de su propio cuerpo, son un elemento fundamental en la conformación de su identidad de *ser viejo*, frente a sí mismos y frente a la mirada del otro. Una máscara cuya lectura permite reconocer los diferentes valores que se asignan a

---

<sup>6</sup> Tomado de la entrevista que la Dra. Marie-Odile Marion le hizo al Dr. Godelier en 1996, en el marco de su participación en un coloquio realizado en la Escuela Nacional de Antropología e Historia, por los integrantes de la línea de investigación de antropología simbólica, en torno a las diversas problemáticas que surgen del análisis simbólico en antropología social.

<sup>7</sup> El paréntesis es nuestro

<sup>8</sup> Op.Cit

la vejez y al ser viejo, en donde la correspondencia del cuerpo viejo con la enfermedad o el cuerpo enfermo, está siempre latente.

El cuerpo es una totalidad de partes incorporadas entre sí: físicas, biológicas y emocionales o energéticas. Esta incorporación tiene que ver con las diferentes concepciones que cada sociedad, desde sus propios sistemas culturales, ha construido en torno al cuerpo humano: su constitución, su consistencia, sus límites, sus fuerzas vitales, materiales y espirituales; también tiene que ver con la idea que las sociedades tenemos de la muerte y la trascendencia (¿qué sigue después de la muerte, o es después de la vida?). Hablamos, en todo caso, de sistemas ideológicos que explican la constitución y el desarrollo de procesos vitales.

*--¿Y el cuerpo es una sola pieza o está conformado por varias?*

*--Por varias, está dividido entre varias ramas (...)*

*--¿Y es lo mismo la parte de arriba y la parte de abajo?*

*--No, no, ese es aparte (Hombre, Tuxtla, 80 años)*

La experiencia del cuerpo la construimos todos los días, individuos, sujetos sociales, actores de multiplicidad de escenarios cotidianos, coincidentes unos, totalmente opuestos los otros. La experiencia del cuerpo, de convivir con él, de conocerlo, de nombrarlo, de vivirlo, de asearlo, de adornarlo, de alimentarlo, de fortalecerlo, de compartirlo, de censurarlo, de castigarlo, de reprimirlo, de ocultarlo, de mostrarlo, de proporcionarle placer, dolor, comodidad, no puede aislarse de su entorno, de las condiciones sociales que hacen posible, o no, estas experiencias de vida, es decir, del medio en que nuestro cuerpo nace, crece, se educa, se desarrolla, se censura, se disfruta, se adiestra, se condiciona, se defiende, se realiza, muere y trasciende.

Nuestro cuerpo es el reflejo del entorno que lo envuelve. Desde sí, nos habla de su historia. Si queremos verlo desde una de sus múltiples encarnaciones, entonces es un texto, una voz que en el silencio logra llamar nuestra atención, hablarnos y comunicarnos cómo está. Es así que dentro de las representaciones que las personas adultas mayores hacen de sí mismas y que conforman de esta manera su identidad, los cuerpos viejos son sinónimo de vulnerabilidad, debilidad y pérdida de la resistencia.

Más que hablar de cuerpo en singular, reconocemos tres experiencias y discursos corporales: el cuerpo espejo del tiempo, en el que vemos una forma de presentarse y asumirse (o no) como cuerpos que envejecen frente al estigma social que les repite constantemente su inadecuada presencia. Este cuerpo confronta a las personas adultas mayores con lo que la sociedad les mandata para hacer y comportarse y la manera en que lo deben hacer; el cuerpo escenario muestra el tipo de relaciones que se conforman en los diferentes espacios sociales. En unos casos permite hacer frente a una sociedad discriminadora, en su afán de ocultamiento e invisibilización del cuerpo envejecido, en otros se presenta como el medio vinculante con el otro desde el cual las personas pueden lucirse, mostrarse y relacionarse, dependiendo del espacio social de que se trate; y el cuerpo transgresión, que cobra sentido a través del orden

clasificadorio que la sociedad construye para distinguir lo permitido de lo prohibido, lo joven de lo viejo. Este orden clasificadorio evidencia formas de pensamiento y de comportamiento que se graban en los cuerpos dóciles: la moralidad, los valores asignados a lo masculino y lo femenino, la capacidad deseante, vinculados con lo que se espera que sean las personas en esta etapa de la vida (Bellato, 2015).

Cuando en uno de los grupos focales que realizamos con personas adultas mayores les pedimos que reflexionaran unos momentos sobre las desventajas que pueden reconocer a esta etapa de la vida, en sus respuestas reconocieron que con la vejez se acaban las fuerzas antes que la vida, se vive el desprecio de familiares, en particular de los(as) hijos(as) y yernos/nueras, están obligados a emplearse en trabajos que no les satisfacen (recordemos que en nuestra sociedad a partir de los 60 años las personas son excluidas del mercado de trabajo), es una etapa de la vida en que el amor se acaba, predomina la tristeza, se vive con enfermedades y problemas económicos.

*-Ya no tenemos las fuerzas, las fuerzas que cuando era uno joven, ya no es igual, ya no tiene uno la misma resistencia de cuando es uno de 30, de 25 años (Mujer, Tuxtla, 84 años)*

*-Mi cuerpo diría que estoy cansada, ya crié a mis hijos, ya los eduqué y me siento cansada, ya se acabaron las fuerzas, la vejez da agotamiento.*

*-El cuerpo se nos va haciendo más débil y se nos acaba la energía, al final nos quedamos sin poder trabajar (Grupo Focal San Cristóbal de Las Casas, testimonios de una mujer y un hombre).*

*-Yo veo que eso de sentirme mayor, es cuando los chavos me dicen que tú ya estás viejito, ya estás rucu, no porque yo me sienta así, pero cuando continuamente me lo empiezan a decir, entonces noto que algo está pasando y entonces me empiezo a asumir como tal (Hombre, Tuxtla, 64 años).*

Les preguntamos: ¿Si nuestro cuerpo hablara, ¿qué diría?

## **MUJERES**

*-Mi cuerpo diría que estoy cansada, ya crié a mis hijos, ya los eduqué y me siento cansada, ya se acabaron las fuerzas, la vejez da agotamiento.*

*-Nuestro cuerpo de nosotras las mujeres nos acabamos por tener nuestros hijos y criarlos y sufrimos para mantenerlos.*

*-Ya no quiero trabajo, quiero amor, comprensión, salud.*

## **Y...¿cuál es su Textura?**

*-Nuestro cuerpo se va acabando, se va encogiendo, nos vamos marchitando.*

*-Cansado, canoso, arrugado, con muchas dolencias.*

## **¿Qué extraña de su cuerpo?**

*-Extraño que ya no tengo el vigor de antes, ya no puedo tener mi familia, no puedo dar lactancia.*

*-Relaciones íntimas*



*-Extraño mis fuerzas porque hay cansancio, dolores, ya no se puede trabajar, ya no hay movimiento, hay mucho dolor, ya no se piensa igual, todo se olvida.*

## **HOMBRES**

### **Si nuestro cuerpo hablara, ¿qué diría?**

*-Ya no quiero trabajo quiero descanso, considérenme, necesito amor, ya estoy grande.*

*-El cuerpo se nos va haciendo más débil y se nos acaba la energía, al final nos quedamos sin poder trabajar.*

### **Textura**

*-Al hombre se le acaban sus energías para poder trabajar y sacar adelante a su familia.*

*-La textura es vernos más viejos, nuestros huesos se debilitan, nuestra piel se arruga ya no somos como jóvenes.*

### **¿Qué extraña de su cuerpo?**

*-La energía para trabajar*

*-La fuerza, las facultades mentales ya se acabaron, la vida sexual.*

*-Su fuerza, su movimiento*

III. Cada sociedad construye y conceptualiza un cuerpo enfermo y uno sano, qué significa un cuerpo muerto y uno vivo, cuándo y en qué momento ambos lo están, cuándo es un cuerpo joven y cuándo uno viejo y cuál es el destino que les depara a estos cuerpos.

Al respecto, en la búsqueda del conocimiento de los comportamientos físico-biológicos del cuerpo humano desde sí mismos, como es el proceso de envejecimiento, pero también frente a eventualidades como la presencia de alguna enfermedad, el adaptarse o no al medio ambiente o bien la respuesta a este o aquél medicamento, la ciencia médica ha caído en la cosificación del cuerpo y la persona.

Las concepciones y representaciones que la medicina científica ha creado sobre el cuerpo o la muerte, entre otros elementos, difieren radicalmente de las representaciones que manifiesta la gente común, reflejadas en sus particulares sistemas culturales, alimentadas, pensadas y vividas desde las sensaciones, emociones y experiencias de vida, más que desde la tecnificación y el llamado “conocimiento científico”, como es el de la medicina.

Dentro de los conceptos de salud/enfermedad está presente un complejo sistema de valores simbólico/ideológicos que explica la constitución y el desarrollo de los procesos vitales, al tiempo que condensa una cosmovisión culturalmente diferenciada alrededor de las percepciones de un grupo social dado, generadoras de particulares formas de pensamiento. Dice Agnes Heller que el ser humano, al nacer, se encuentra con un ethos objetivado. La internalización (para su apropiación y reproducción) se lleva a

cabo por medio de las distintas etapas de la socialización "creando en la conciencia una abstracción progresiva que va de los roles y actitudes en particular, a los roles y actitudes en general" (Heller, 1991). A partir de esta premisa, consideramos que los procesos de salud/enfermedad/ salud son reproducidos de manera muy particular por las diferentes sociedades a que nos acercamos; reflejan el manejo de sistemas de valores diferenciados que tienen que ver, en efecto, con la salud y con la enfermedad, pero también (y esto nos parece lo más importante) con la idea particular que se tiene del propio cuerpo humano, de la vida y de la muerte.

Así, cuando hablamos, las personas tenemos la capacidad o la habilidad de reconocernos y de describirnos, bien como *cuerpo objetivado* o bien como *cuerpo vivido*, dos conceptos que retomamos de Manuel Álvarez Romero (2008) y que nos ayudarán en el análisis a lo largo de este texto. Cuando hablamos o nos relacionamos con nuestro cuerpo a partir de situaciones que tienen que ver más con su descripción, la narración de sus características: cuánto pesa, cuánto mide, entonces hacemos referencia a un cuerpo objetivado: qué le pongo, qué le quito, cómo lo cubro...ese es mi **cuerpo objetivado**, es el cuerpo que se promueve y se reconoce en nuestra sociedad de mercado, que lo cosifica y lo convierte en mercancía, una mercancía a partir de la cual se es o no reconocido y aceptado por la sociedad, desde la cual puede uno o no acceder y participar en espacios laborales, de diversión, de deporte, cultura, y que tiene que ver con esa relación que establecemos las personas con nuestro propio cuerpo y desde la cual nos expresamos y nos manifestamos en nuestro estar vivo. Esta forma de mirarnos tiende a volver al cuerpo un objeto, convirtiéndolo en órganos desagregados hasta llegar al punto de no reconocerlo.

Por el contrario, nuestro **cuerpo vivido** es el depositario de nuestro ser, de nuestra dignidad, desde el que uno mismo (o el *otro*) podemos darnos cuenta de que estamos vivos y que tenemos un contenido que nos hace únicos e irrepetibles, y la base de este cuerpo vivido es la dignidad de la persona.

*... "porque como dicen por ahí, el cuerpo envejece pero el corazón no, entonces por eso tenemos vivo todavía el amor no?, como decir, el amor a Dios, amor a los hijos, amor a la vida y amor al prójimo también!, quiere decir que eso nos alienta...ningún deseo se me va a terminar todavía porque, si se me termina, ¿entonces ya no serviría para nada! (Grupo Focal de San Cristóbal de Las Casas, hombre)*

Las personas adultas mayores tienen su cuerpo vivido escondido en el silencio porque su cuerpo objetivado no es digno de ser visto, es rechazado, es desconocido, es descalificado, es criticado, es motivo de ascos y repulsiones, y ellos lo saben.

*"...ya que se vaya atrás mi papá, viene gente que es de mi categoría y el ya con sus tosidos y todo, que se vaya para allá, ya como que les da vergüenza, son muy pocos los hijos que quieren a "mi querido viejo", "mi papacito", que ahí le meten el brazo cuando vamos a andar, no, ya no" (Grupo Focal San Cristóbal de Las Casas, hombre)*

Esta separación entre cuerpos objetivados y cuerpos vividos ha propiciado, entre otras cosas, la instrumentalización del cuerpo, donde hombres y mujeres se afanan en el cuidado u ocultamiento de lo que consideran su herramienta para una mejor cotización en el mercado de trabajo, más aún en un mundo como el que vivimos ahora, en donde la llamada “modernidad” rechaza todo indicio que evidencie la vulnerabilidad o finitud del cuerpo y de la condición humana, por lo que la vejez ha sido relegada socialmente, donde el cuerpo viejo es desechado por no responder a los cánones estéticos dominantes, sumido y condenado a la compasión, la incomodidad, la lástima, el asco y el hastío; mientras que la juventud sigue siendo relacionada con la fuerza, la gracia, la belleza, a la vejez la relacionamos con la vulnerabilidad, la repugnancia y lo decadente, ahora debe cubrirse, ocultarse, disfrazarse, maquillarse, postergarse, de ahí el creciente éxito de la industria cosmética y farmacéutica que prometen evitar en las personas la llegada del envejecimiento y todos sus nefastos.

Por ello, en el *cuerpo vivido* las y los viejos depositan celosamente guardado su pudor, su dignidad, su historia personal, sus valores, su sentido de la vida y cada día y cada vez son menos las oportunidades que buscan, que tienen o que quieren para permitirnos verle y reconocer desde ese cuerpo vivido, logrando trascender de nuestra mirada a su cuerpo objetivado.

Y estas ausencias, estas privaciones en la vivencia del *cuerpo vivido* se manifiestan en el cuerpo objetivado luego de un proceso de somatización de su situación de rechazo, ocultado, ignorado, invisibilizado. Lo que siente el hombre, nos recuerda Lowen, puede también leerse en la expresión de su cuerpo, “Las emociones son hechos corporales, son literalmente movimientos o alteraciones dentro del cuerpo, que generalmente se traducen en una acción exterior” (Alexander Lowen, 2001). Así, el cuerpo objetivado nos permite ver aspectos negativos mentales, emocionales, sociales y espirituales de la persona que, como resultado de su condición de exclusión y aislamiento, a nivel psicológico, biológico, físico, social, económico, finalmente salen a la luz a nivel corporal y toman las características de una hipertensión, pérdida de las habilidades funcionales, la pérdida del oído, la pérdida de la voz, y claro, cada vez tienen menos gente con quien hablar; la pérdida de la memoria, trastornos en las articulaciones, bloqueo energético, hipotensión muscular, etcétera. Dice Lowen: “Lo que siente el hombre puede también leerse en la expresión de su cuerpo. Las emociones son hechos corporales, son literalmente movimientos o alteraciones dentro del cuerpo, que generalmente se traducen en alguna acción exterior....La tristeza presenta un aspecto decaído, como si la persona estuviese a punto de romper a llorar...Pero es mucho más lo que revela el cuerpo. La actitud de una persona hacia la vida...se reflejan en la forma en que se conduce, en su porte y en la manera en que se mueve” (Lowen, 2007.).

*-...¿De qué se enferman las personas mayores?*

*-yo creo que la enfermedad más grande es la soledad y el estarse autocompadeciendo, porque como le digo, los deterioros son normales, si va uno aceptando que tengo tal edad pero ve uno las cosas positivamente pues yo creo que disminuirían un poco*

*las enfermedades, ahora la soledad yo creo que ha de ser tremenda, la falta de cariño también ha de ser tremenda, son cosas que yo no las he padecido*

*-entonces la soledad y la falta de cariño son de lo que se enferma cuando ya está uno mayor?*

*-Yo creo que sí, independientemente de los males físicos, tiene mucho que ver la cosa de la soledad en los ancianos.*

*-Y no importa si es hombre o mujer, se enferman de lo mismo?*

*-No importa si es hombre o mujer. Yo creo que todo anciano, con todo y cualquier padecimiento que tenga, si está rodeado de cariño, si está acompañado y todo, la vida sería distinta y que también que no nos estemos autocompadeciendo!, porque eso también tiene mucho que ver (entrevista a profundidad, mujer, Tuxtla, 83 años).*

En la medida en que nuestro cuerpo posee vitalidad, es como más estamos plantados en el mundo, por el contrario, cuando un cuerpo pierde su vitalidad, tiende a retirarse de él (Cfr. Lowen, 2006). Así, podemos reconocer como en el cuerpo de los viejos las experiencias no resueltas generan síntomas de estrés, de ansiedad, dolores de cabeza; una desconexión de la mente con el cuerpo, de las emociones con la razón y entonces, se da respuesta fisiológica a problemas de las emociones y son manifestaciones que se dejan ver no solamente en la pérdida de funciones, también podemos reconocerlo en su postura: cuerpos encorvados, con la cabeza baja, contenidos, contraídos, son cuerpos en posturas hacia adentro, con su energía perdida, por eso lentos, aparentemente torpes, ausentes; de rostros duros, muchas veces inexpresivos, con muy poca variedad en sus muecas, cuerpos que desde el silencio nos están gritando, expresando su malestar y dolor internos; y en su actitud tendiente al retraimiento, al silencio, a un creciente “ya no puedo”, “ya estoy viejo(a), en un constante auto compadecerse; son estos tan solo algunos de los rasgos que influyen directamente en la percepción física de sí mismos, en la construcción de una autoimagen negativa de sí mismos y de sí mismas. El cuerpo no miente, nos dice Lowen, “aun cuando el individuo trate de ocultar sus sentimientos con una actitud postural artificial, su cuerpo delata su estado de tensión” (Alexander Lowen, 2006).

Esta somatización, esta forma de vivirse en el cuerpo, pero también la cosificación que hemos hecho de él, tiene como una de las consecuencias el reconocer cómo desde el cuerpo se padece una violencia contra las personas adultas mayores. Es una violencia que fomenta su desvalorización, que provoca el sentimiento de vergüenza de sí mismos, que evidencia el rechazo hacia el cuerpo y que llega inclusive a producir en los otros, asco o, preguntémonos cada uno(a), ¿cuándo fue la última vez que abrazaste o acariciaste, besaste a un viejo(a)?

*--Ah, se ve uno en un espejo así como el mío, tiene uno un espejo aquí y tiene una foto...no cuadran (...) ya no es lo mismo, ya hay mucho cambio! (...) ya se le cae el pelo, barbudo, todo chorreado ¡ya estoy viejo!” (...) ya voy pa´tras, ya no voy pa´delante” (Entrevista a profundidad, varón, 68 años, Tuxtla)*

*- A veces no me reconozco, me miro al espejo y digo ¿esa señora quién es? (mujer, Tuxtla, 72 años).*

*-Como a cualquier persona de mi edad, pasa a ser como un coche viejo que no sirve (hombre, Tuxtla, 72 años)*

La persona es la suma total de sus experiencias vitales (Lowen, 2006). En los viejos el cuerpo es la encarnación de la enfermedad y la muerte. Se trata de sujetos que han perdido la identidad o que son ya incapaces de reconocerse como sujetos productivos y autónomos, lo que los encierra en un permanente círculo de menoscabo y desvalorización.

*“...Se va uno poniendo más viejo, achacoso, ya no quiere uno, ya como que chochea uno verdad?, ya hasta han salido unos cueritos.. (Grupo Focal de San Cristóbal de Las Casas, Varón)*

*...Hay muchos que ya no podemos andar, si el ácido úrico, que los achaques ¡y eso si no estamos en una silla de ruedas!, entonces ya no es lo mismo, ¡no está uno joven!, bebiendo trago, dándose catorrazos con cualquiera, enamorado y todo” (Grupo Focal de San Cristóbal de Las Casas, Varón)*

*“Se va acabando el cuerpo y como que ya no tiene una fuerzas para trabajar” (entrevista a profundidad, Mujer, Tuxtla, 65 años)*

--¿Es igual el cuerpo joven que cuando esta ya uno grande?

*-No, ya está uno dañado pues, hay dice uno pues ya está enfermo ya, ya no estamos buenos(...)* (Entrevista a Profundidad, Varón, Tuxtla, 80 años).

Podemos decir, inclusive, que por la manera que las personas adultas mayores tienen de expresarse, de describirse, pareciera que en su imaginario están compuestos por dos cuerpos o por un cuerpo dividido: internamente, se viven aun desde una juventud pasada, en tanto permanencia de una identidad (el hombre fue hecho para el trabajo/la mujer en su capacidad paridora), y el cuerpo externo, que queda como un recipiente incómodo que desidentifica a la persona y que le obliga a mantener, nostálgico, una ilusión de un cuerpo joven, en ese difícil proceso de rechazo o aceptación de un cuerpo no deseado, de una edad tampoco deseada, una nueva identidad para la cual no se está nunca preparado, ser viejo.

*-Doña Petrona, cómo cambia en su forma de ser una mujer de cuando es niña a cuándo se tiene su edad?*

*-Ya no es igual porque ya está uno acabando, si, se va acabando el cuerpo y ya como que ya no tiene fuerzas para trabajar*

*-Ya no tiene uno fuerza ni ganas de trabajar, ya viene el desánimo del cuerpo...ya no va uno a sentir como joven...*

*-Va a cumplir 80?*

*-Si, así me siento ya, que afloja el cuerpo y ya no tiene uno ganas de trabajar, y así va uno bajando, bajando.*

Es el cuerpo escindido, que pierde esa resistencia, es de nuevo la máscara que representa, evidencia el declive, pero siempre de manera escindida, la persona puede mantener sus anhelos, sus deseos, su voluntad

de hacer, aprender, gozar, disfrutar, vivir sin embargo, desafortunadamente el cuerpo exterior perdió ya su fuerza y su resistencia. Es un cuerpo escindido que pareciera actuar como intermediario entre la persona y su entorno. Es el cuerpo recipiente, como un costal o una cáscara:

*-Tarde que temprano tenemos que desocupar el costal que traemos, sí, ¡así es la vida! (Entrevista a profundidad, hombre, Tuxtla, 68 años).*

*--Doña Leo, ahora a esta edad, nuestro cuerpo debe tener algunos cuidados especiales o es el mismo cuerpo que tenemos siempre?*

*--No, no es el mismo, porque ya estamos débiles, estamos como un...una cáscara de...como le dijera yo...estamos como un pedazo de tela podrida, ya nuestro cuerpo ya no tiene la misma resistencia de anteriormente, ya no es la misma resistencia que teníamos cuando éramos jóvenes, qué bueno fuera!..(Entrevista a profundidad, mujer, 84 años).*

Son cuerpos que se minusvaloran y se subordinan a la juventud, reconociendo como una de las principales cualidades de la persona su fuerza física y su capacidad para el trabajo y ésta pérdida de fuerza es vivida como un hecho del que uno no se da cuenta, aparece repentinamente.

Para Ricardo Iacub (2002), las formas violentas que expresaron los griegos y romanos en torno a los cuerpos de los viejos parecen replicarse hoy día cotidianamente aunque de modos algo más velados. Los cambios que se producen en el envejecimiento limitan el acceso a valores sociales como la productividad y la autonomía y acerca más a las personas a disvalores como la enfermedad y la muerte. Iacub también nos recuerda cómo estas miradas están relacionadas con un discurso social más amplio que mira al cuerpo de los viejos como parte de una imagen no asimilable, que llega inclusive a ser referida como “una especie extranjera”, particularmente por su relación con la muerte.

Son entonces los viejos pares binarios: arriba/abajo, adentro/afuera, fuerza/debilidad, vida/muerte, joven/viejo, cuerpo sano/cuerpo viejo. Es el cuerpo como instrumento de trabajo mediante el cual, sobretodo en el caso de las mujeres, podemos proveer de amor y cuidados a los demás; es un cuerpo visto desde sus características más utilitarias y al que casi tan solo las mujeres alcanzan a ver en su esencia emocional.

*“El cuerpo nos sirve para desempeñar movimiento y producir trabajo para sostén de nuestra familia y personal” (Grupo Focal San Cristóbal)*

*El cuerpo del hombre es indispensable para poder vivir, trabajar y también para procrear la familia”*

*Nuestro cuerpo de mujer nos sirve para movernos y poder vivir y atender a la familia”*

*El cuerpo nos sirve para procrear la familia, para atender a los hijos y ser activas y útiles en la vida”*

Y también es el cuerpo externalizado, es decir ese cuerpo que se mira como algo externo a la persona, independiente, envuelto en una especie de sortilegio en donde la salud y/o la enfermedad están supeditadas al azar o a alguna voluntad divina. Es un cuerpo que no permite a la persona satisfacer sus anhelos, descoordinado con la fuerza y la voluntad internas.

*--Ah, pos si yo pidiera un deseo, pues pediría que me diera mi cuerpo sano, que ya no tuviera ninguna clase de enfermedades, que no tuviera yo ningún achaque de nada (entrevista a profundidad, mujer, 84 años).*

## **REFLEXIONES FINALES**

Desde esta óptica, de las somatizaciones, que de manera muy breve hemos expuesto en este artículo, es claro que la sociedad en general teme a la vejez, pues representa la proximidad de la muerte física, pero nos parece que, siguiendo las reflexiones que hace Gil Calvo (2003), el temor que las personas adultas mayores tienen de la vejez tiene que ver más con que consideran a esta etapa de la vida como la entrada inminente a un estado de muerte social y personal, que antecede a la muerte física, cuyos síntomas se expresan de manera física, me refiero a los síntomas ocasionados por este permanente temor de una muerte social, con la aparición de padecimientos y limitaciones físicos y orgánicos.

Las representaciones de la vejez y del ser viejo son el reflejo de particulares realidades, representadas y asimiladas cognitivamente. Son el mundo exterior filtrado, aprendido y adoptado, el mundo que cuenta o el que tenemos en cuenta cuando queremos explicarnos la realidad exterior. Para el caso de la población a la que nos hemos acercado, estas realidades y sus representaciones encierran más bien características negativas: marginación, pobreza, limitaciones, subordinación, carencias, sufrimiento, dolor.

En otros tiempos cada una de estas personas contaba con diferentes recursos desde los cuales socializar, ser vistos, participar dentro de su comunidad y su familia, ahora, con los rasgos propios de la vejez: pieles marchitas, fuerzas menguadas, se han vuelto siluetas invisibles a quienes nadie toca, a quienes pocos miran y llaman, violentados y desplazados por el vértigo de la vida moderna, un desplazamiento que se somatiza y se refleja en padecimientos a la salud, que tiene que ver con situaciones de depresión y stress: artritis, diabetes, hipertensión.

La imagen fuertemente descalificada del cuerpo de los viejos implica un rechazo ante cualquier tipo de cercanía física, carente de representaciones claras acerca de lo que siente.

La relación de las personas adultas mayores con su cuerpo representa, en la mayoría de las veces, los estereotipos negativos de la vejez y esta representación aparece en formas de violencia a partir de una desvalorización e inclusive autodesvalorización, rechazo e impresiones negativas como el asco.

El cuerpo y sus distintas corporalidades: espejo del tiempo, escenario y transgresión, nos muestran los discursos de poder y hacen evidentes aspectos de las estructuras sociales que marcan lo que se espera de

mujeres y hombres, encasillados(as) en una totalidad homogénea que se niega a reconocer los múltiples rostros de la vejez.

Hoy en día estamos obligados (as) a revalorar a la vejez, a aceptar que el envejecimiento es una parte natural de nuestro curso de vida, que no denigra a la persona y a aprender a vivir y convivir con la vejez, reinventándonos como, echando mano de todo cuanto hemos conseguido hasta ahora.

## REFERENCIAS

- Álvarez Romero, Manuel (2008), *“La vivencia corporal y sus trastornos”*, en: Trastornos de la conducta alimentaria No.7, 696-719.
- Bellato Gil, lilliana (2015), *Traigo el deseo a flor de piel. Espacio, corporalidad y experiencia erótica en un grupo de personas mayores de sectores medios en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Tesis de Doctorado, CESMECA/UNICACH, México.*
- Douglas, Mary (1973), *Pureza y Peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú.*, SXXI Editores, Madrid, España.
- Feixa, Carles (1996), *“Antropología de las Edades”*, en: Prat, Joan y Angel Martínez (Ed.), *Ensayos de Antropología Cultural. Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat*, Ariel Antropología, España.
- Fericgla Joseph M. (1992), *Envejecer. Una Antropología de la Ancianidad*. Ed. Anthropos, Barcelona.
- \_\_\_\_\_ (1996), *“La doble identidad de los ancianos occidentales”*, en: Vicente, Castro F. et.al. *Actas del 20 Congreso de Historia de la Antropología Española*. Olivenza Badajoz, Asociación de Psicología de Extremadura.
- García González, F. (Coord.) (2005), *Vejez, envejecimiento y sociedad en España, Siglos XVI-XXI*, España, Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha
- Gil Calvo, Enrique (2003), *El poder gris. Una nueva forma de entender la vejez*, Mondadori Ed., Barcelona.
- Heller, Agnes 1991, *Sociología de la vida cotidiana*, Barcelona, Ediciones Península, Serie Historia, Ciencia y Sociedad No 144.
- Héritier-Augé, Francoise (1992), *“Mujeres Ancianas, Mujeres de Corazón de Hombre, Mujeres de Peso”*, en: Feher, Michel, Ramona Naddaf y Nadia Tazi (Ed.) *Fragmentos para una Historia del Cuerpo Humano*, T.III, Taurus, España.
- Iacub, Ricardo (2002), *Erótica y vejez. Perspectivas de Occidente*, Paidós, Buenos Aires.
- Klein, Alejandro (2016), *“De la ancianidad al adulto posmayor.” Desacatos. Revista de Ciencias Sociales*, Vol. , núm.50, pp.156-169 [Consultado: 13 de Febrero de 2022] en : <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13943562011>
- Le Goff, Jacques (1992), *“¿La Cabeza o el Corazón? El Uso Político en las Metáforas Corporales”*, en: Feher, Michel, Ramona Naddaf y Nadia Tazi (Ed.) *Fragmentos para una Historia del Cuerpo Humano*, T.III, Taurus, España.
- Lowen, Alexander (2001), *Los Lenguajes del Cuerpo*, Herder, Barcelona.
- \_\_\_\_\_ (2006), *Bioenergética*, Ed. Diana, México.
- Marion, Marie-Odile (coord.) (1997), *Simbólicas*, CONACYT/Plaza y Valdes/ENAH, México.
- Mélich, Joan-Carles (1998), *Antropología Simbólica y Acción Educativa*, Paidós, Buenos Aires.
- Minois, Georges (1987), *Historia de la Vejez. De la Antigüedad al Renacimiento*, Nerea Ed., Madrid.
- Miranda Videgaray, Carlos (2021), *Es la enfermedad de los viejitos. Covid-19, pobreza y discriminación*, Cuicuilco. *Revista de Ciencias Antropológicas*, Vol. 28, No. 81, mayo-agosto.
- Moscovici, Serge (1979), *El psicoanálisis, su imagen y su público*, Huemul Editorial, Buenos Aires.
- Oddone, Ma. Julieta y Leonardo Daino (2004), *La imagen de la vejez*, FLACSO, Argentina, Mecanoescrito.
- Royal, Ségolene (2000), *La primavera de los abuelos*, Luciérnaga Ed., España.
- Salvarezza, Leopoldo (comp.) (2005), *La vejez. Una mirada Gerontológica actual*, Paidós, Barcelona.



----- y Ricardo Iacub (2005), *‘El viejo y su viejo cuerpo’*, en: Salvarezza, Leopoldo (comp.) *La vejez. Una mirada Gerontológica actual*, Paidós, Barcelona.  
Sperber, Dan (1998), *El Simbolismo en General*, Anthropos, Barcelona.  
Turner, Víctor (1980), *La selva de los símbolos*, S.XXI, Madrid.

# SECTION: EVENTS

## QUINTO VERANO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA UNEVE 2022

El Quinto Verano Internacional de Investigación en Gerontología UNEVE 2022. “Contextos de investigación gerontológica: de la formación a la praxis”, es organizado por el Cuerpo Académico "Ciencias del Envejecimiento y Desarrollo Sostenible" UNEVE-CA-6 de la Licenciatura en Gerontología - Universidad Estatal del Valle de Ecatepec. El mismo se llevará adelante del 20 al 25 de Junio de 2022

El evento contará con la participación de estudiantes e Investigadores de Universidades que cuentan con carreras de formación en Gerontología y de instituciones que tienen políticas públicas dirigidas a la investigación en temas de envejecimiento y vejez, tal es el caso de la Universidad Católica de Oriente en Colombia, la Universidad de Maimónides de Argentina, la Universidad de Guadalajara, la Universidad Autónoma de Tlaxcala y la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez de México, el Instituto Nacional de Geriátría, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, entre otras.

El objetivo de este encuentro es analizar los diferentes aspectos que se desarrollan en la investigación gerontológica en la actualidad, desde la formación Universitaria en gerontología a la praxis de sus egresados e investigadores, a fin de obtener un panorama general del estado del arte dicha investigación. Sin embargo, también buscamos que sea un espacio transdisciplinario de reflexión y análisis sobre la formación universitaria en gerontología y su praxis, así como la investigación educativa que se genera en los espacios universitarios.

Por mayor información contactar a la Profesora Angélica María Razo: [anrago63@hotmail.com](mailto:anrago63@hotmail.com)

**VII CONGRESO LATINOAMERICANO DE UNIVERSIDADES CON  
CARRERAS EN GERONTOLOGÍA  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE TLAXCALA**

La Red Panamericana de Programas y/o Carreras Universitarias de Gerontología (Red PANAMGERO) y la Universidad Autónoma de Tlaxcala por medio de la Facultad de Ciencias para el Desarrollo Humano, la Licenciatura en Pedagogía Gerontológica y el Cuerpo Académico UATLX-CA-240 Ciencias del Envejecimiento están organizando el **VII Congreso Latinoamericano de Universidades con carreras en Gerontología**, el **V encuentro de la Red Panamericana de Gerontología** y el **6o. Congreso Internacional de Envejecimiento en América Latina: Imaginación gerontológica desde el sur**, eventos que se efectuarán los días 12, 13 y 14 de octubre de 2022.

Tras lo anterior nos permitimos proporcionarle póster del evento y link de la web del congreso <https://licenciaturaaiam.wixsite.com/congresovejez> en el cual puede consultar: convocatoria, lineamientos para participar como ponente en las modalidades de ponencia de panel, mesa de discusión, presentación de póster, presentación de libro e impartición de taller; así mismo encontrará el programa preliminar, las reseñas de los conferencistas magistrales y el proceso de inscripción.

Para mayor información contactar a Dra. Claudia Mendoza ([cbmendozar\\_fcdh@uatx.mx](mailto:cbmendozar_fcdh@uatx.mx))

Web: <https://licenciaturaaiam.wixsite.com/congresovejez>

Página en Facebook: Congreso Internacional Envejecimiento en América Latina

**XV JORNADAS NACIONALES DE DEBATE**  
**INTERDISCIPLINARIO EN SALUD Y POBLACIÓN**

*“Escenarios para la pospandemia: nuevas subjetividades, cuidados y políticas en salud”*

Buenos Aires, 3, 4 y 5 de agosto de 2022

**Modalidad presencial y virtual**

El Área de Salud y Población del Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (UBA) invita a las XV Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población “Escenarios para la pospandemia: nuevas subjetividades, cuidados y políticas en salud”, que se llevarán a cabo los días 3, 4 y 5 de agosto de 2022 bajo una doble modalidad: virtual y presencial.

El evento está destinado a investigadoras/es, profesionales, estudiantes, representantes de instituciones y organizaciones sociales del campo de la salud. En el marco de esta edición se llevarán adelante diferentes actividades, como mesas temáticas para la presentación de ponencias, mesas redondas y conferencias con expositoras/es y comentaristas invitadas/os.

A continuación, les compartimos las fechas importantes, información sobre el envío de resúmenes y el listado de Mesas de Trabajo para el envío de ponencias.

**Información general:**

Página Informativa de las Jornadas: <http://jornadassaludypoblacion.sociales.uba.ar> Carga de

Resúmenes y Ponencias: <https://jornadasareasalud.com.ar>

Facebook: <https://www.facebook.com/areasalud.iigg> Instagram:

@areasaludiigg

Página web del Área de Salud y Población: <http://areasalud.sociales.uba.ar/>

## FECHAS IMPORTANTES

**Presentación de resúmenes: 28 de marzo al 30 de abril** Comunicación  
**de aceptación de resúmenes: 15 al 21 de mayo** Presentación de  
**ponencias: 13 al 30 de junio**

### Envío de resúmenes

- El envío de resúmenes se realizará entre los días **28 de marzo y 30 de abril**.
- Los resúmenes deberán cargarse en el Gestor de Resúmenes y Ponencias de las Jornadas, ingresando al siguiente link: <https://jornadasareasalud.com.ar>. El gestor es el único medio para el envío de resúmenes. **No se recibirán resúmenes en ninguna casilla de correo electrónico.**
- Para poder cargar un resumen es necesario registrarse previamente y obtener un nombre de usuario y contraseña. Quienes se hayan registrado para las XIV Jornadas de 2020 no deberán volver a crear un usuario, sino que deberán ingresar con ese nombre de usuario y contraseña para cargar los resúmenes y ponencias.
- La confirmación de aceptación de resúmenes se realizará entre el 15 y el 21 de mayo.
- Las posibilidades de participación virtual y/o presencial serán comunicadas en la próxima circular (a inicios del mes de abril), conforme las disposiciones institucionales vigentes para la realización de las Jornadas.
- Todas las novedades de las Jornadas serán publicadas en las redes sociales del Área de Salud y Población y en el sitio oficial de las Jornadas.

# SECTION: PUBLICATIONS

## A)

Razo-González, A.M.; Hernández- Calderón, E; Flores-Monroy C. A.; Martínez-Mondragón, M. E. (2021) Afrontamiento del estrés y ansiedad ante la muerte por COVID-19 en personas mayores. Revista Anales de Gerontología. Universidad de Costa Rica. Número 13, 229-251. ISSN: 2215-4647. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/gerontologia/article/view/48585/49788>

Díaz-Castillo, R.; Razo-González, A.M.; Hernández- Calderón, E; Flores-Monroy C. A.; Martínez-Mondragón, M. E. (2021) Sentido de coherencia ante el estrés en personas adultas mayores mexicanas durante la contingencia por Covid-19. Revista Argentina de Gerontología y Geriátrica. Vol 35(2):56-65. ISSN 2525-1279 [http://www.sagg.org.ar/wp-content/uploads/2021/11/RAGG\\_2\\_2021\\_interactivo.pdf](http://www.sagg.org.ar/wp-content/uploads/2021/11/RAGG_2_2021_interactivo.pdf)

Razo González, A. M. (2021). Cómo hacer observables los conceptos de las ciencias sociales. RIESED - Revista Internacional de Estudios Sobre Sistemas Educativos, 3(11), 41-52. ISSN 2007-9117 <http://www.riesed.org/index.php/RIESED/article/view/137>

Razo-González, A. M., Flores-Monroy, C. A., Martínez-Mondragón, M. E., (2021) Sentido de vida y trayectorias vitales en personas adultas mayores desde el Enfoque de Género. Presentada en el 4to. Congreso Internacional de Envejecimiento en América Latina organizado por la Universidad Autónoma de Tlaxcala y elegido para publicación en La Revista Integra2, revista Electrónica de Educación Especial y Familia, Vol. 12 núm. 2 julio-diciembre 2021, pp 37-50 ISSN 2007-9249 [https://www.fcdh.uatx.mx:80/media/integra2/numero\\_completo/Integra2\\_-\\_COMPLETAdiciembre21.pdf](https://www.fcdh.uatx.mx:80/media/integra2/numero_completo/Integra2_-_COMPLETAdiciembre21.pdf)

## B)

Los invitamos a consultar en <https://www.fcdh.uatx.mx/libros.html> los libros publicados del Cuerpo Académico: **Ciencias del Envejecimiento**, de la Universidad Autónoma de Tlaxcala, Facultad de Ciencias para el Desarrollo Humano, Licenciatura en Pedagogía Gerontológica.

a) Introducción a la Metodología Cualitativa para el Estudio de la Vejez y el Envejecimiento

b) TLAXCALA: edad, vejez y envejecimiento

c) Memorias in extenso Segundo Congreso Internacional de Envejecimiento en América Latina: Vulnerabilidad, Trayectorias y Cuidados

**Population Ageing in Latin America**  
**Oxford Institute of Population Ageing**  
Issue Number 1, March 2022  
ISSN 2754-0049

# Submission guidelines

The journal invites for submissions of between 6000 and 8000 words (maximum), excluding tables, figures and references.

## *Manuscript Submission*

Submission of a manuscript implies: that the work described has not been published before; that it is not under consideration for publication anywhere else; that its publication has been approved by all co-authors, if any, as well as by the responsible authorities – tacitly or explicitly – at the institute where the work has been carried out. The publisher will not be held legally responsible should there be any claims for compensation.

## *Permissions*

Authors wishing to include figures, tables, or text passages that have already been published elsewhere are required to obtain permission from the copyright owner(s) for both the print and online format and to include evidence that such permission has been granted when submitting their papers. Any material received without such evidence will be assumed to originate from the authors.

## **Title**

The title should be concise and informative.

## **Author information**

- The name(s) of the author(s)
- The affiliation(s) of the author(s), i.e. institution, (department), city, (state), country
- A clear indication and an active e-mail address of the corresponding author
- If available, the 16-digit ORCID of the author(s)

If address information is provided with the affiliation(s) it will also be published.

For authors that are (temporarily) unaffiliated we will only publish their city and country of residence, not their e-mail address unless specifically requested.



### ***Abstract***

Please provide an abstract of 150 to 250 words. The abstract should not contain any undefined abbreviations or unspecified references.

### ***Keywords***

Please provide 4 to 6 keywords which can be used for indexing purposes.

### ***Text Formatting***

Manuscripts should be submitted in Word.

- Use a normal, plain font (e.g., 10-point Times Roman) for text.
- Use italics for emphasis.
- Use the automatic page numbering function to number the pages.
- Do not use field functions.
- Use tab stops or other commands for indents, not the space bar.
- Use the table function, not spreadsheets, to make tables.
- Use the equation editor or MathType for equations.
- Save your file in docx format (Word 2007 or higher) or doc format (older Word versions).

### ***Footnotes***

Footnotes can be used to give additional information, which may include the citation of a reference included in the reference list. They should not consist solely of a reference citation, and they should never include the bibliographic details of a reference. They should also not contain any figures or tables.

Footnotes to the text are numbered consecutively; those to tables should be indicated by superscript lower-case letters (or asterisks for significance values and other statistical data). Footnotes to the title or the authors of the article are not given reference symbols.

Always use footnotes instead of endnotes.

### ***Acknowledgments***

Acknowledgments of people, grants, funds, etc. should be placed in a separate section on the title page. The names of funding organizations should be written in full.

## ***Citation***

Cite references in the text by name and year in parentheses. Some examples:

- Negotiation research spans many disciplines (Thompson, 1990).
- This result was later contradicted by Becker and Seligman (1996).
- This effect has been widely studied (Abbott, 1991; Barakat et al., 1995; Kelso & Smith, 1998; Medvec et al., 1999).

Authors are encouraged to follow official APA version 7 guidelines on the number of authors included in reference list entries (i.e., include all authors up to 20; for larger groups, give the first 19 names followed by an ellipsis and the final author's name). However, if authors shorten the author group by using et al., this will be retained.

## ***Reference list***

The list of references should only include works that are cited in the text and that have been published or accepted for publication. Personal communications and unpublished works should only be mentioned in the text.

Reference list entries should be alphabetized by the last names of the first author of each work.

Journal names and book titles should be *italicized*.

If available, please always include DOIs as full DOI links in your reference list (e.g. "https://doi.org/abc").

- Journal article Grady, J. S., Her, M., Moreno, G., Perez, C., & Yelinek, J. (2019). Emotions in storybooks: A comparison of storybooks that represent ethnic and racial groups in the United States. *Psychology of Popular Media Culture*, 8(3), 207–217. <https://doi.org/10.1037/ppm0000185>
- Article by DOI Hong, I., Knox, S., Pryor, L., Mroz, T. M., Graham, J., Shields, M. F., & Reistetter, T. A. (2020). Is referral to home health rehabilitation following inpatient rehabilitation facility associated with 90-day hospital readmission for adult patients with stroke? *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000001435>
- Book Sapolsky, R. M. (2017). *Behave: The biology of humans at our best and worst*. Penguin Books.
- Book chapter Dillard, J. P. (2020). Currents in the study of persuasion. In M. B. Oliver, A. A. Raney, & J. Bryant (Eds.), *Media effects: Advances in theory and research* (4th ed., pp. 115–129). Routledge.

- Online document Fagan, J. (2019, March 25). *Nursing clinical brain*. OER Commons. Retrieved January 7, 2020, from <https://www.oercommons.org/authoring/53029-nursing-clinical-brain/view>

### ***Tables***

- All tables are to be numbered using Arabic numerals.
- Tables should always be cited in text in consecutive numerical order.
- For each table, please supply a table caption (title) explaining the components of the table.
- Identify any previously published material by giving the original source in the form of a reference at the end of the table caption.
- Footnotes to tables should be indicated by superscript lower-case letters (or asterisks for significance values and other statistical data) and included beneath the table body.