

MIRADAS MIOPESES SOBRE LA VEJEZ

**REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA VEJEZ EN MÉDICOS
GENERALISTAS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

AUTORES:

ARCE, Marianela. Residente de 3° año de Medicina General y Familiar.

ANGHILANTE, Camila. Residente de 3° año de Medicina General y Familiar.

LUGAR DE REALIZACIÓN: Hospital SAMCo Dr. Jaime Ferré.

DIRECCIÓN: Lisandro de la Torre 737. Rafaela, Provincia de Santa Fe. CP: 2300

TELÉFONO: 03492- 421621

E-MAIL: camianghilante@gmail.com

FECHA DE REALIZACIÓN: 28-9-2018.

INÉDITO.

TIPO DE TRABAJO: Trabajo de Investigación.

ENFOQUE: Cualitativo.

CATEGORIA TEMATICA: Clínica Ampliada.

MIRADAS MIOPEAS SOBRE LA VEJEZ REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA VEJEZ EN MÉDICOS GENERALISTAS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN
<u>Anghilante, Camila; Arce, Marianela</u>
Residencia de Medicina General y Familiar Hospital "Dr. Jaime Ferré" Lisandro de la Torre 737 - Rafaela - Santa Fe - CP 2300 Tel 03492 421721 camianghilante@gmail.com
Trabajo de investigación con enfoque cualitativo
Clínica ampliada
<p>INTRODUCCIÓN: La vejez es una construcción social y cultural. Los prejuicios, estereotipos y actitudes negativas están presentes en los profesionales de la salud. El médico generalista desempeña un importante papel en el cuidado durante la vejez. Esto condujo a plantearnos ¿Cuáles son las Representaciones Sociales que tienen los médicos generalistas acerca de la vejez?.</p> <p>OBJETIVO: Conocer y analizar las representaciones sociales de los médicos generalistas de los Centros de Salud de la ciudad de Rafaela acerca de la vejez.</p> <p>METODOLOGÍA: Estudio de enfoque cualitativo utilizando para el análisis la gerontología crítica y aplicando el enfoque de la perspectiva del curso vital. Técnica de entrevistas en profundidad individual con cuestionario semiestructurado.</p> <p>RESULTADOS: Todos los participantes definieron a la vejez desde aspectos patológicos y de deterioro. Se evidencia una visión puramente biológica, reduciéndola al declive del ser humano. A pesar de reconocer al adulto mayor como una persona sabia, se puso mucho más énfasis en las limitaciones, primando las imágenes reduccionistas. El viejismo opera sin ser advertido, sin intención de dañar. Las actitudes negativas se presentan bajo el tamiz de la lastima, protección y el cuidador.</p> <p>CONCLUSIONES: fuerte negativización de la vejez que se asocia a una visión biológica de decrecimiento. El médico general e integral juega un papel importantísimo en la comprensión, tratamiento y en el desarrollo de procesos de inclusión. Para ello es necesario liberarnos de toda la carga de prejuicios y representaciones sociales de lo que creemos que son la vejez y las personas mayores.</p>
Representaciones sociales, vejez, viejismo, gerontología crítica, empoderamiento.
Soporte técnico: Proyector y Pantalla

MIRADAS MIOPESES SOBRE LA VEJEZ

Representaciones sociales de la vejez en médicos generalistas del primer nivel de atención

RESUMEN

La vejez no es solo una etapa de la vida de acuerdo con un dato biológico o cronológico, es ante todo una construcción social y cultural. Los prejuicios, estereotipos y actitudes negativas hacia la vejez están presentes en nuestra sociedad y los profesionales de la salud no están exentos de ellos.

En el presente trabajo se presenta un análisis teórico de las representaciones sociales sobre la vejez de los médicos generalistas del Primer Nivel de Atención de la ciudad Rafaela desde la perspectiva de la gerontología crítica y aplicando el enfoque de la perspectiva del curso vital. El estudio fue realizado con un enfoque cualitativo y utilizando la técnica de entrevistas en profundidad individual.

A través del desarrollo de la investigación podemos concluir que la representación social de la vejez por parte de los participantes se encuentra fuertemente negativizada y se reduce a una visión biológica enmarcada en la gerontología tradicional.

Esperamos poder contribuir con conocimientos que coadyuven al empoderamiento, y al incremento de bienestar y calidad de vida de los adultos mayores con el fin de mantenerlos participes en el seno de la comunidad e integrarlos a esta.

Palabras claves: representaciones sociales, vejez, viejismo, gerontología crítica, empoderamiento.

INTRODUCCION

La vejez no es solo una etapa de la vida de acuerdo con un dato biológico o cronológico: es ante todo una construcción social y cultural que adquiere forma en razón de la sociedad en la que se presente. Esto significa que el ser adulto mayor no solo depende de haber alcanzado una edad, sino del sentido que se atribuye a una persona por los años, de las oportunidades que recibe y de las actividades que realiza (Ramos, 2005) (M, 2005). Es resultado de un proceso heterogéneo, en el que se presentan una serie de modificaciones que involucran la asignación de roles en razón de las normas socioculturales (Salgado, 2007). Los prejuicios, estereotipos y actitudes negativas hacia la vejez están presentes en nuestra sociedad y los profesionales de la salud no están exentos de ellos.

Se ha señalado que los médicos tienen dificultad para reconocer la presencia de procesos patológicos en las personas mayores ya que asocian de forma natural la edad con la fragilidad y la debilidad (Montorio e Izal 1998), y se ha dicho que pueden llegar a utilizar la edad como un indicador para explicar el comportamiento, variando el diagnóstico y las recomendaciones para el tratamiento de los adultos mayores en comparación con adultos de menor edad.

Por otro lado, varias investigaciones muestran que el sostenimiento de estereotipos negativos sobre la vejez por el personal médico —traducidos en la práctica profesional a través de actitudes paternalistas, trato infantilizante, etc.— fomentan en sus pacientes adultos mayores procesos de deterioro y pérdida de independencia, disminución en la autoestima y en la interacción social, sentimientos de humillación y falta de respeto, respuestas agresivas y menor rendimiento cognitivo, entre otros efectos no deseados (Salari y Rich, 2011; O Connor y Rigby, 1996; Ryan, Hamilton y See, 1994). (SANCHEZ PALACIOS, 2004)

El médico generalista desempeña un importante papel en el cuidado de la salud durante la vejez, dado que, formando parte de un equipo interdisciplinario, desarrolla acciones encaminadas a la atención integral del adulto mayor, con el fin de mantenerlos participes en el seno de la comunidad e integrarlos a esta.

Lo anterior expuesto condujo a plantearnos ¿Cuáles son las Representaciones Sociales que tienen los médicos generalistas de los Centros de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Rafaela acerca de la vejez? con el propósito de poder contribuir con conocimientos que coadyuven al empoderamiento, y al incremento de bienestar y calidad de vida de los adultos mayores.

Al hablar de representaciones lo hacemos en el mismo sentido que propone Denise Jodelet (JODELET, 1989). Así, representaciones serán aquellas formas de conocimiento socialmente elaboradas que contienen elementos: “Informativos, cognitivos, ideológicos, normativos, creencias, valores, actitudes, opiniones, imágenes, etc; en tanto que sistemas de interpretaciones que registran nuestra relación con el mundo y con los otros y que organizan las conductas y la comunicación social”.

Los fundamentos teóricos de este trabajo se basan en el enfoque de la gerontología crítica a través del cual se definen la vejez y el proceso del envejecimiento como fenómenos psicosociales, se cuestiona el edadismo hacia las personas mayores, la visión catastrofista

que se ha construido del envejecimiento demográfico y el modelo biomédico del envejecimiento. Además complementamos esta mirada con un enfoque del curso vital, para poder abordar el envejecimiento como un proceso, la vejez como una etapa más del continuo de la vida, romper con la visión homogeneizante de las personas mayores y poner el énfasis en su heterogeneidad.

Objetivos:

General

- Conocer y analizar las representaciones sociales de los médicos generalistas de los Centros de Salud de la ciudad de Rafaela acerca de la vejez.

Específicos

- Conocer que representaciones sociales tienen de los adultos mayores los médicos generalistas de los Centros de Salud de la ciudad de Rafaela.
- Reconocer las intervenciones en salud dirigidas a este grupo poblacional llevadas a cabo por los médicos generalistas de los Centros de Salud de la ciudad de Rafaela.

Acerca de las autoras

El equipo de Investigación está integrado por Residentes de tercer año de Medicina General y Familiar que desempeñan sus actividades en dos centros de salud de la ciudad de Rafaela donde trabajan con adultos mayores en la consulta y en dispositivos de salud.

MARCO TEORICO

En este apartado desarrollaremos las corrientes teóricas y los conceptos que nos han servido de anclaje para nuestra investigación.

La vejez como construcción social

En este trabajo destacamos la construcción social de la edad y la vejez, es decir, “los modos en que una sociedad habilita posibilidades de trabajo o de goces, usos de poder y saber, etc., determinando con ello una serie de valoraciones diversas e interconectadas en relación con un amplio sistema social, económico y cultural” (Iacub, 2011:44).

Todas las sociedades dividen el curso de la vida en etapas o períodos en función de la edad a las cuales les atribuyen características particulares. Etapas tales como infancia, juventud, madurez y vejez aparecen en la mayoría de culturas estudiadas. El comienzo de cada etapa es definido socialmente –por lo que tiene un carácter convencional y arbitrario- y lleva

asociado roles bien diferenciados. De ahí que las formas en que estas etapas se definen culturalmente pueden ser muy variadas (SAN ROMÁN, 1990). “Pues si no son universales las fases en que se divide el ciclo vital (que pueden empezar antes o después del nacimiento, y acabar antes o después de la muerte), mucho menos lo son los contenidos culturales que se atribuyen a cada una de estas fases” (CARLES, 1996) Por tanto, es el sistema social el que elabora las representaciones sociales acerca tanto del significado que tiene cada etapa de la vida, como la manera en la que se espera debe comportarse una persona según su edad constituyendo lo que Feixa denomina la edad como condición social, que asigna una serie de estatus/roles, y la edad como imagen cultural, que atribuye un conjunto de valores, estereotipos y significados a los mismos (Ibíd.321).

La construcción social tanto de la vejez, del envejecimiento como de las personas mayores ha generado una representación edadista o viejista, con un claro tinte ideológico en tanto se plantea un esquema evolutivo-involutivo, que lleva a concebir el envejecer de manera reduccionista y distorsionada, consecuencia de la creencia en los estereotipos negativos sobre el envejecimiento como un proceso que se sintetiza en el deterioro progresivo físico y mental (Iacub, Ibíd.2011:37)), que se articula conjuntamente con un discurso biológico sobre las edades, en el que el avance de la edad acaba por entenderse como sinónimo de patología (GASCÓN NAVARRO, 2009)y que se traduce en la estigmatización y marginación de las personas “viejas”. Como decía Teresa San Román, con la edad se produce el fenómeno de la invisibilidad, de manera que la vejez se convierte en el proceso de desaparecer gradualmente de la vista de la sociedad.

Por otro lado, esta construcción social sitúa la posición de las personas mayores dentro del entramado socioeconómico como “población pasiva y dependiente”, que ya no aporta nada al sistema productivo, y al mercado, pero que consume muchos recursos socio-sanitarios y económicos a través de sus pensiones. Con ello, se homogeniza y etiqueta a todas las personas mayores representándolas como un colectivo vulnerable, frágil y asistencial, como personas receptoras de ayuda económica y de cuidados, y se pasa por alto que la mayoría tiene un papel activo en las tareas de sostenibilidad de la vida tanto de sus familias como de la sociedad, a través de la entrega de su tiempo en el cuidado de otras personas y su aportación en términos de energía, conocimiento y apoyo incondicional, afectivo, material y económico (ANNA, TAN FRESCAS.LAS NUEVAS MUJERES MAYORES DEL SIGLO XXI, 2003)

Edadismo

Este término fue definido por Butler (BUTLER, 1969) como el prejuicio sistemático contra las personas por el mero hecho de ser mayores, implica imágenes, actitudes y creencias sociales que las discrimina, introduciendo con ello un giro político en la temática, ya que no solía concebirse entre los clásicos grupos discriminados.

Levy y Banaji (LEVY & BANAJI, 2004) profundizan en este concepto, al que denominarán “viejismo implícito”, ya que marcan el particular modo de segregación que se extiende sobre tal población. La referencia a lo implícito del término, aun sin ser nueva en las investigaciones sobre prejuicios, pone en evidencia una particularidad de este prejuicio: no existe un repudio explícito al conjunto de los ancianos o a la vejez, como sí existe por cuestiones religiosas, raciales y étnicas. Por el contrario, las manifestaciones explícitas y las sanciones sociales en contra de ciertas actitudes y creencias negativas acerca de los más ancianos suelen estar ausentes o si se presentan es bajo el tamiz de la protección y el cuidado.

Estos estereotipos negativos asocian el hecho de ser mayor con dependencia, enfermedad o deterioro, aunque la mayoría de las veces no se corresponda con la realidad de muchas personas mayores que viven esta etapa de sus vidas con independencia, salud y autonomía. Estas creencias negativas se originan de dificultades psicológicas y sociales en la aceptación del paso del tiempo y la muerte

El edadismo ha sido señalado como la tercera gran forma de discriminación de nuestras sociedades, junto al sexismo y al racismo, pero a diferencia de estas dos, afecta a toda la población.

Este edadismo, difícil de detectar, se encuentra profundamente enraizado en nuestro pensamiento, en las prácticas sociales e incluso entre los/as profesionales y las mismas políticas públicas. Podemos encontrar múltiples prácticas sociales edadistas que tienen que ver con el acceso al entorno, la intervención social cotidiana, la dificultad para encontrar trabajo a partir de determinada edad, etc. (Freixas, Ibíd2013--:82) este sesgo edadista que pone el acento en una valoración negativa de las personas mayores, conduce a diseñar y desarrollar actuaciones profesionales discriminatorias basadas en una imagen limitadora de las personas mayores.

Orígenes y fundamentos socioeconómicos de las ideas edadistas

Sin la intención de hacer una descripción exhaustiva del fenómeno, este discurso de exclusión hacia la vejez se ha generado especialmente durante el desarrollo de las sociedades industriales y postindustriales en la confluencia de diversas circunstancias, entre las que destacan, por un lado, la posición que ocupan las personas mayores en la división social del trabajo y en el mercado laboral, que las sitúa como colectivo fuera de este sistema, como personas jubiladas y vistas como improductivas denominándolas clases pasivas fundando estas concepciones en una visión biologicista y medicalizada de esta etapa de la vida que da lugar a “la reducción de interpretaciones acerca del fenómeno del envejecimiento a un hecho biológico, en el cual todo debía ser visto y constatable en el cuerpo” (Iacub, Ibíd.2011:63).

Y, por otro, al aumento en números absolutos de pensionistas en relación a la disminución de trabajadores/as, fenómeno que se profundizó en la década de los años 60 del siglo XX cuando el envejecimiento demográfico es desarrollado como concepto a través de la teoría de la transición demográfica-, caracterizado por el incremento del grupo de personas mayores -debido al aumento de la esperanza de vida-, y por la disminución del grupo de menores de 15 años -debido a la caída de la tasa de fecundidad- la cual ha modificado la estructura de la población por edades y ha generado una representación social catastrófica de esta sociedad envejecida, que presenta “el fenómeno como una fuente de graves preocupaciones” (Delgado, 2003:12) (MANUEL, 2003), en lugar de asociarlo al progreso y al desarrollo (Colom, 1999:49) (JOANA, 1999) y a la democratización de la supervivencia (Pérez Díaz, 2006:8 (DIAZ, 2006); Arrubla-Sánchez, 2010:231 (DEISY, 2010)). Así, el envejecimiento demográfico es presentado como un problema a todos los niveles: económico, porque provoca un desajuste en la caja de la Seguridad Social al haber aumentado el número de jubilados y disminuido el número de trabajadores activos; socio-sanitario, porque las personas mayores son consideradas como un colectivo que consume inmensas cantidades de recursos sanitarios, de servicios sociales y asistenciales; y social, porque se considera a las personas mayores como un colectivo improductivo.

Además, este discurso se ha visto reforzado por la globalización económica de corte neoliberal imperante en el mundo desde finales de los años 80 del siglo XX, que ha puesto el acento en estigmatizar a las personas mayores como categoría socioeconómica costosa. En definitiva, formular una noción fatalista de las sociedades longevas ha servido como excusa para plantear reformas de corte neoliberal (Arrubla-Sánchez, Ibíd.2010:231) a las que han

contribuido, según esta autora, de manera relevante algunos organismos internacionales, especialmente el Banco Mundial, al cuestionar “la sostenibilidad económica y la legitimidad social de los sistemas públicos de pensión y jubilación existentes, a los cuales acusó de no incentivar el ahorro individual y de generar la lucha intergeneracional por los recursos; aumentar los gastos del presupuesto público; y desestimular el mercado laboral, el ahorro nacional y la formación de capital” (Ibíd.:232).

Gerontología crítica

Tal como lo mencionamos en la introducción, en este trabajo nos situamos teóricamente en la gerontología crítica, que establece una clara demarcación con el enfoque tradicional de la gerontología, que ya hemos expuesto, de fuerte cuño positivista, sustentado en una concepción biomédica.

Esta teoría nos permite entender “que la vejez excede en gran medida la dimensión de salud o enfermedad; que la noción de salud se basa en normas rígidas asociadas a la juventud, que existe una lectura moralista que ejerce controles sobre aquellos que tienen cuerpos diferentes a la norma” (Iacub, Ibíd.2011:65), y que “la vejez corre el riesgo de presentarse como un antimodelo, por los cambios físicos que se producen y que ponen en riesgo el valor de la autonomía” (Ibíd.:69). Concepto que también debe ser revisado desde esta visión crítica, ya que la propia gerontología ha otorgado excesivo valor a la autonomía haciendo que se vuelva incluso en contra de las personas mayores, como un mandato de actividad que no permite mostrar ninguna debilidad, (Freixas, Ibíd.:74) y que oculta el hecho de que la autonomía puede incluir a otras personas que prestan su apoyo de una manera interdependiente (Iacub, Ibíd.2011:70). Por otra parte, es muy acertada la apreciación de que “la dependencia constituye un aspecto constitutivo de la vida humana” (CARMEN, IGLESIAS GUERRA, GALANA ANDRÉS, & ABELLA GARCIA, 2009) entendida en sentido antropológico, es decir, que la naturaleza humana es esencialmente dependiente ya que “cualquier ser humano a lo largo de toda su vida, aunque pretenda vivir de forma independiente y autónoma, su ser moral, su personalidad, requiere la presencia de otros para desarrollarse, para alcanzar su plenitud” (Ibíd.), de manera que la dependencia remite a la necesidad de relación con otros que tenemos para desarrollarnos como personas. Y la autonomía, como valor positivo a cualquier edad, y especialmente en la vejez, está

íntimamente relacionada con el respeto, la dignidad, la posibilidad de tomar decisiones sobre la propia vida y la muerte si es necesario (Freixas, *Ibíd.*:75).

Esta nueva gerontología crítica busca abrir un camino más cualitativo para dar cabida a las múltiples realidades que la vida cotidiana muestra de mujeres y hombres mayores, ayudando a crear modelos positivos de envejecimiento que pongan de relieve especialmente la diversidad y la heterogeneidad (DALE, 1994) al mismo tiempo que nos brinda las herramientas para cuestionar los fundamentos del neoliberalismo que ha sobrevalorado la juventud como etapa de la vida, ha biologizado las edades como un declive ineludible del proceso de envejecimiento, la productividad de mercado como eje de construcción de la identidad, y ha estigmatizado la vejez como pérdida de lugar social. La gerontología crítica, permite, por tanto, “contrarrestar las imágenes reduccionistas que muestran la vejez como un camino inexorable hacia la decadencia y la dependencia, interpretando el valor de la experiencia humana a la luz de las tendencias culturales que subyacen a los diversos contextos del desarrollo” (ANNA, LA VIDA DE LAS MUJERES MAYORES A LA LUZ DE LA INVESTIGACION GERONTOLOGICA FEMINISTA, 2008)).

El enfoque del curso vital en el estudio del envejecimiento y la vejez en gerontología y geroantropología

En el marco de la gerontología crítica, la perspectiva del curso vital y el paradigma del curso de la vida desarrollado en las ciencias sociales, especialmente la sociología y la psicología, y algo más tarde en la antropología, conciben el envejecimiento como un proceso dinámico que se desarrolla a lo largo de la vida, desde un análisis socio- histórico y cultural, en el que dicho proceso depende tanto de variables individuales, como de las relaciones interpersonales que se establecen y de los contextos socioculturales y momentos históricos en los que se envejece. Permite estudiar la articulación entre las transformaciones institucionales, la dinámica de los cambios y eventos propios de una sociedad concreta, con las trayectorias individuales de las personas que participan en esa sociedad (Lalivé d’Epinay et al. 2005). (CHRISTIAN, VICKEL , & CABALLI, 2005)

Según esta perspectiva en los seres humanos a medida que se envejece la intervariabilidad y la intravariabilidad aumentan dado que se trata de un proceso multidimensional. De ahí que podamos afirmar que existen tantas formas de envejecer como personas (intervariabilidad). Esta plasticidad está condicionada por múltiples factores individuales, ambientales, sociales,

históricos, etc., lo que pone el acento en el aumento de las diferencias individuales y la **heterogeneidad en el envejecer**. El envejecimiento no es sinónimo de declive sino de crecimiento y desarrollo, y la edad no es sinónimo de patología sino de cambio a lo largo de los años por lo tanto envejecimiento y desarrollo deben entenderse como procesos simultáneos y permanentes a lo largo de toda la vida.

Este es un avance conceptual importante porque deja claro el hecho de que los patrones de envejecimiento durante el curso vital no pueden ser simplemente entendidos a nivel individual, sino que también deben incluir el análisis de la estructura social y de las propiedades genéricas de las cohortes (Iacub, Ibíd.2011.:13), que ponen en evidencia que la variabilidad entre las personas mayores, se debe en mayor medida a factores como la clase social, los patrones de género, el acceso a los recursos y los cambios socioeconómicos desconstruyendo el concepto naturalizado de edad y, ha ofrecido una visión que permite cuestionar la vejez como un problema social y como una etapa aislada del resto de las etapas vitales y de las transiciones biográficas y las transformaciones socio-históricas y culturales.

Aporta además un marco teórico que permite avanzar de un modelo de deficiencia a otro que enfatiza el desarrollo a lo largo de la vida. Cuando el envejecimiento se entiende como parte del proceso creativo del curso vital, los años añadidos a la vida gracias al incremento de la longevidad, son efectivamente años que forman parte de un continuum (Bateson, 2013:38). (CATHERINE, 2013)

Empoderamiento

Las representaciones sociales negativas acerca de la vejez y sus consecuentes usos de poder constituyen aspectos que, entre sus múltiples consecuencias, propician procesos de pérdida de poder así como de las posibilidades de tomar decisiones autónomas y de resolver problemas de manera independiente. En contraposición, el empoderamiento tiene una importancia fundamental en el incremento del bienestar y la calidad de vida en la vejez.

Este término tuvo repercusión en el siglo XIX para describir un proceso de cambio político de diversos grupos sociales que reclamaban un mayor espacio de decisiones y reconocimiento social. Se caracteriza por buscar el incremento de la autonomía y del autoconcepto, posibilitando de esta manera el mayor ejercicio de roles, funciones y derechos que pudieron haberse perdido o que quizá nunca fueron posibles.

Al respecto Thursz (1995) (thurszd, 1995) considera: “El concepto de empoderamiento está basado en la convicción de que debería haber una fuerza alternativa contra los mitos populares de dependencia sobre las personas mayores” idea que resulta clave para una sociedad más inclusiva para lo cual es necesario una transformación ideológica tanto de los adultos mayores como del conjunto de la sociedad para que el sujeto “crea” que es posible disponer de mayores niveles de autonomía.

METODOLOGIA

El presente estudio fue realizado con un enfoque cualitativo utilizando como fundamento teórico para el análisis de las representaciones sociales sobre la vejez de los médicos generalistas la gerontología crítica y aplicando el enfoque de la perspectiva del curso vital.

Para el trabajo de campo se utilizó la técnica de entrevistas en profundidad individual, utilizando como instrumento un cuestionario semiestructurado que se realizó a ocho médicos generalistas pre seleccionados mediante un muestreo no probabilístico, que trabajan en los distintos centros de salud de la ciudad y desempeñan tareas asistenciales con adultos mayores. La selección y el contacto, con los médicos a entrevistar se basaron en la disponibilidad y voluntad de los mismos. Las entrevistas fueron grabadas para un posterior análisis más completo.

Las entrevistas se realizaron fuera del horario laboral con el objetivo de generar un espacio de dialogo profundo y reflexivo, sin embargo notamos resistencia por parte de algunos profesionales así como una actitud defensiva en la elaboración de las respuestas. A pesar de esto, se ha logrado obtener un interesante material.

RESULTADOS Y DISCUSION

Primeramente se planteó que significado le daban a la vejez, que características le atribuían y que aspectos positivos y negativos consideraban de la misma.

La totalidad de los participantes definieron esta etapa del ciclo vital por aspectos patológicos tales como enfermedad y deterioro.

JD: “La vejez es la etapa final de la vida, es también la etapa de declive del cuerpo, de la conciencia y donde aparecen todas las enfermedades”

MG:” La vejez es la etapa más difícil del ciclo vital porque hay más deterioro físico y cognitivo además de múltiples limitaciones”

MS: "Es la etapa del ciclo vital de deterioro de todo, de pérdida de juventud como proceso natural"

Esta concepción deficitaria de la vejez representa la realidad, posiblemente vivida por los participantes en la convivencia familiar y social, y no escapa al discurso hegemónico vigente en la sociedad actual sobre el tema.

Se puso en evidencia una visión puramente biológica de la vejez, reduciéndola al declive del ser humano, ignorando otros muchos aspectos o recursos, es decir la dimensión real de la misma, dando cuenta, de la escasa reflexión acerca de esta que lleva a interpretaciones que no reflejan su complejidad.

Lo anterior está relacionado con, los llamados por la autora Martha Ramírez (2010), estereotipos productos de los discursos dominantes "le constriñe, le limita hasta el punto de reducirlo en muchos casos a su más mínima expresión...la triste imagen de la vejez que retratan los hogares para personas mayores, para muchos llegar a viejos es peor que morir".

En cuanto a las características que le atribuyen a la vejez prevalecieron las negativas, y entre estas se destacaron la idea de enfermedad y deterioro que habían surgido en la definición de la misma.

RK: "Veo a la vejez como una etapa de la vida con múltiples restricciones que son normales debido a los cambios que se producen con el paso de los años y la aparición de múltiples patologías".

GV:" Esta etapa se caracteriza por tener que asumir que se deben hacer las actividades con más lentitud y aceptar las consecuencias del paso de los años en el cuerpo".

NB: "En esta etapa la disminución en la movilidad en conjunto con múltiples limitaciones cognitivas, psicológicas y sociales empiezan a generar dependencia hacia los demás. "

BM: "La vejez se caracteriza por la pérdida: de las funciones cognitivas, del cuerpo joven, y de los seres queridos (...) Del mundo como se conocía".

MR: "Para mí la vejez está ampliamente definida por el capitalismo, por la idea de no producción y de no consumo, sino mira la televisión y decime si hay propagandas para viejos"

En alguno relatos aparecieron también aspectos psicosociales como soledad y tristeza, como nociones que dejan ver a la vejez como una etapa en la que el ser humano no es más productivo socialmente.

JD: "Es una etapa difícil de transitar ya que muchos se quedan solos o abandonados porque su pareja falleció o porque sus hijos hicieron su vida y no tienen tiempo para ellos"

MR: *“Mi visión sobre esta etapa es variable, algunos mantienen contactos con sus amigos o familiares, pero debo reconocer que la mayoría sufre situaciones de dependencia y abandono sobre todo por su círculo familiar.”*

EO: *“A mis pacientes los veo muy abandonados, muy solos, muy necesitados de escucha, de tiempo”*

La gran mayoría coincidió en identificar como atributos de destaque y reconocimiento la sabiduría y la experiencia favorecidas por la vivencia de los años de vida.

RK: *“ Dentro de las cualidades de esta etapa destaco la sapiencia y la sabiduría de los viejos que les otorga un lugar importante en la familia y la comunidad”*

MR: *“ A mi modo de ver creo que los aspectos positivos de esta etapa son la experiencia y sabiduría que poseen por haber vivido diferentes situaciones y que deberíamos tomar ejemplo y escucharlos para aprender de ellos”*

GV: *“ Particularmente considero que la vejez es una etapa de mucho conocimiento y sabiduría secundarias a la experiencia que les otorga el paso del tiempo, a pesar de que muchas veces no son tenidos en cuenta ni escuchados”*

El trabajo también intento indagar como los médicos representaban al adulto mayor. En cuanto a las fortalezas identificadas dieron nuevamente gran valor a la sabiduría dada por la experiencia, ubicándola como una cualidad y definiendo al adulto mayor como una persona sabia, a la que hay que escuchar y respetar por todo aquel recorrido que en su vida tienen, además del conocimiento adquirido a través de los años.

MR: *“ Si tengo que caracterizar al adulto mayor lo describo como una persona sabia, me gusta mucho escuchar sus enseñanzas de vida”*

NB: *“ Pienso que el viejo es una persona de mucho conocimiento y que por haber vivido más años tiene la capacidad de aconsejarnos, de mostrarnos las cosas positivas y negativas de la vida”*

MS: *“Una de las características positivas de los adultos mayores es su conocimiento a partir del cual tienen más herramientas o más práctica para resolver los conflictos que se le presenten en la vida “*

EO: *“Creo que la sabiduría es lo primero que se me viene a la mente cuando pienso en como caracterizar a los adultos mayores, pensándolos como personas que han cultivados saberes a lo largo de muchos años.”*

Sin embargo, en sus testimonios se puso mucho más énfasis en las limitaciones, y nuevamente primaron las imágenes reduccionistas del viejo enfermo y deteriorado.

NB: *"A los adultos mayores que atiendo los veo con múltiples patologías, su cuerpo les pasa factura del paso de los años"*

GV: *"Los veo enojados con la familia, con el cuerpo con la vida, no aceptando la enfermedad y el deterioro que tienen".*

JD: *"Los veo de diferentes maneras, algunos transitan una buena etapa porque han tenido una buena vida y otros muy diferentes a los que les faltó mayor cuidado de su salud a lo largo de su vida y ahora cursan una mala etapa y, lo que es peor, no aceptan que están retrocediendo en la vida y que esta es la última etapa"*

BM: *"Es muy raro que un viejo este sano, todos tienen algún deterioro a nivel cognitivo o físico"*

Podemos identificar claramente un sesgo edadista en sus relatos, en cuanto ven a los adultos mayores como pertenecientes a un grupo esencialmente diferente, es decir, dejan de ser vistos como seres humanos para situarlos en un contenedor mental que identifica la vejez con elementos peyorativos, más allá de lo que la evidencia cotidiana puede mostrar como cierto.

Es decir, notamos esta idea de homogeneizar a la gente en función de su edad, lo que nos habla de que ignoran la enorme diversidad que existe entre las personas mayores. Reconocer la diversidad y la pluralidad permite reflejar el hecho real de que los adultos mayores han tenido experiencias y opciones de vidas diferentes y enriquecedoras que ofrecen una notable variedad de modelos para las personas de todas las edades. Igualar a las personas por el mero hecho de ser mayores supone no reconocer que las diferentes trayectorias de vida significan diferencias radicales en el envejecer (Freixas)

Kravetz (2013) considera que el discurso hegemónico no da cuenta de la diversidad en la vejez sino que la plantea desde el razonamiento occidental capitalista donde las categorías y los conceptos son construidos a partir de opuestos aparentemente irreconciliables tales como: hombre-mujer, capital-trabajo, viejo-joven. Estos sistemas dicotómicos tienen fuertes consecuencias en la construcción de las identidades y los lazos sociales de los individuos en la sociedad.

Por otro lado, todos estos estereotipos se encuentran mediados por sentimientos que expresados por medio de la palabra dieron cuenta de aquello que sienten los médicos

respecto a los adultos mayores. La gran mayoría sienten lastima al estar cerca de un adulto mayor ya que piensan que son poco respetados y abandonados por la familia y la sociedad, además de que no se les brinda el cuidado y la protección necesaria para esta etapa vital.

Igualmente sienten tristeza y lastima ya que la mayoría de los adultos mayores con los que han interactuado presenta algún tipo de enfermedad que los ha hecho perder sus facultades tanto físicas como mentales.

MS: " Los veo (a los viejos) como una población con pluripatología, polimedicada y con gran deterioro que los ha llevado a la discriminación por parte de la sociedad"

Otros, aunque si bien no mencionaron la palabra "lastima" como tal, mostraron en su discurso expresiones que denotaban sentimientos de tristeza por un lado, porque consideran que la mayoría presenta algún padecimiento mental o físico y, por otro lado, por el trato que se le da en muchos de los contextos de nuestra sociedad.

GV: " Al verlos así(enojados) me generan mucha tristeza y trato por medio de la escucha y la empatía que se vayan del consultorio haciendo un balance de su vida donde vean que no les ha ido tan mal en la vida y que a pesar de sus limitaciones y problemas familiares pudieron formar una familia o tener un trabajo"

BM: " Veo a los adultos mayores tristes y en soledad, muchas veces su familia o la misma sociedad los deja desamparados porque tienen la concepción de que ya no son útiles"

Del análisis de estas respuestas quedo en evidencia como el viejismo opera sin ser advertido, sin intención de dañar, por el contrario, las actitudes negativas acerca de la vejez se presentan bajo el tamiz de la lastima, protección y el cuidador. Este particular modo de segregación sobre tal población fue denominado como vijismo implícito por Levy y Banaji (2004), que hacen referencia a la ausencia de un repudio explícito hacia el conjunto de los ancianos o a la vejez, como sí existe por cuestiones religiosas, étnicas y de género.

En este contexto, los mencionados autores agregan que la ausencia de un odio intenso y explícito hacia los ancianos, por un lado, y una amplia aceptación de sentimientos y creencias negativas por el otro, produce que el rol de las actitudes y conocimientos implícitos acerca de la edad se torne especialmente importante. Estos mismos sentimientos y creencias suelen aparecer en los adultos mayores y hace más complejo su articulación como grupo que represente sus propias demandas y defienda sus intereses y valoración social. (RICARDO & ARIAS, 2010).

Por último se interrogó acerca de las intervenciones y motivaciones de trabajo con los adultos mayores.

La totalidad de los participantes negó haber llevado a cabo algún dispositivo en salud destinado a este grupo poblacional, así como haberlo planteado como propuesta dentro de su equipo de salud, dando cuenta de intervenciones puramente asistencialistas, con una visión de los adultos mayores como objeto pasivo receptor de recursos, y con un enfoque exclusivamente médico, centrado en la enfermedad, es decir sin una concepción interdisciplinaria y comunitaria.

JD: *“Si bien creo que sería necesario algún dispositivo para adultos mayores no está en la agenda del centro de salud.”*

GV: *“Actualmente en el Centro de Salud no tenemos ningún dispositivo específico para esta edad pero reconozco que sería necesario tenerlo”*

MR: *“Hoy por hoy en el Caps no hay dispositivos específicos, solo llevamos a cabo la consulta habitual en base al motivo que los llevó a consultar y visitas domiciliarias en quienes lo necesitan”*

RK: *“No tenemos actividades específicas, si ayudamos a quienes lo necesitan trabajando en conjunto con el Equipo Territorial”*

MG: *“El grupo de diabéticos de nuestro Centro de Salud se transformó en un grupo de Adultos Mayores, pero no se planteó desde el equipo crearlo, fue casualidad”*

Contradictoriamente se halló que la mayoría encuentran algún tipo de interés o necesidad de intervención con el adulto mayor, más allá de la que vienen desarrollando.

Unos lo asumen como un reto profesional, y otros como simplemente un aspecto más de su profesión.

BM: *“Soy medica generalista, los adultos mayores son parte de mi comunidad. Deberíamos generar algún espacio para dar respuesta a esa necesidad.”*

MG: *“Los adultos mayores si bien no me generan rechazo reconozco que no es lo que más me gusta. De todos modos creo importante generar dispositivos que los acerque al sistema de salud y los contenga.”*

GV: *“Considero que sería muy importante y útil contar con dispositivos para esta etapa de la vida, ya que por los cambios demográficos los adultos mayores son cada vez más”*

EO: *“Sostengo que es importante que se generen dispositivos o actividades específicas para esta población que es muy diferente al resto ya que necesitan más integración y contención”*

JD: *“ Debemos plantear en las reuniones de equipo realizar alguna actividad para esta edad, talleres para que se integren”*

Al exponer cuáles serían las posibles propuestas para trabajar con los adultos mayores, expresaron lo siguiente.

RK: *“Sería bueno activar talleres de memoria y actividad física para las abuelas del barrio”*

NB: *“ Creo que es importante cualquier actividad grupal que los saque del foco y despabile, sobre todo algún tipo de actividad física para ayudar a fortalecer los músculos y mejorar el equilibrio”*

EO: *“ Para mi deberíamos crear algún taller de tejido o memoria para que las abuelas se distraigan o un taller de actividad física para sobrellevar mejor las enfermedades que padecen por ejemplo la artrosis”*

Es notable como se continúa poniendo el acento en los factores de salud física, por sobre los aspectos socio-afectivos y en la influencia que estos pueden desempeñar en la salud.

Además, como podemos ver, en estas ideas, subyace la presunción de que para “no envejecer” hay que mantenerse activo, y conservar una apariencia física al menos como de una persona de mediana edad, creencias que surgen de la concepción del envejecimiento satisfactorio, que ha tenido mucho éxito en los últimos tiempos. Desde este punto de vista, las personas mayores deben someterse a la “disciplina de la actividad” sin respetar el deseo de poder no hacer nada (Calasanti y Slevin, 2006; Friedan, 1993/1994; Holstein, 2006), citado en (ANNA, LA VIDA DE LAS MUJERES MAYORES A LA LUZ DE LA INVESTIGACION GERONTOLOGICA FEMINISTA, 2008)

Todo ello no cuestiona la evaluación negativa de la vejez, solo la retrasa, porque desde tales perspectivas la vejez no empieza a los 65 años sino a los 85. (Freixas ibid).

Por otro lado destacamos un gran desconocimiento de los derechos y las características de los adultos mayores por parte de los participantes, que se hace visible en cada una de sus palabras y frases, sumándose con esto a lo que ellos mismos cuestionan y critican al hablar de una sociedad excluyente con el adulto mayor.

Esta cuestión, afecta de diferentes maneras el abordaje en salud de este grupo, que se traduce en intervenciones que no responden adecuadamente a sus necesidades.

La falta de conocimientos sobre las problemáticas que acontecen respecto a esta población dentro de la sociedad, reflejan que desde su formación académica profesional se ha

enfaticado hablar de la infancia, adolescencia y adultez, y que el adulto mayor poco se ha tenido en cuenta.

RK: *“Los pacientes adultos mayores son pacientes complicados...tienen muchas enfermedades juntas, toman muchas pastillas, en general están solos. Es una consulta que lleva más tiempo que el habitual y en general para los médicos es un problema porque tiempo siempre nos falta y en la facultad no tuvimos materias relacionadas a la Geriatría.”*

GV: *“Me gusta atender a los abuelos pero me cuesta llevar adelante la consulta se necesita mucho tiempo y claridad por los problemas innumerables que tienen y siento que en la facultad y en la residencia no nos prepararon mucho para atender a esta población”*

BM: *“Cada vez que atiendo a adultos mayores siento que algo me paso por alto por la cantidad de problemas que tienen y también me genera una situación de inseguridad, creo que no estoy muy capacitada, son complejos”*

CONCLUSION Y PROPUESTAS

A través del desarrollo de la investigación podemos concluir que la representación social de la vejez por parte de los participantes se encuentra fuertemente negativizada y se asocia a una visión biológica de decrecimiento que reduce una perspectiva más amplia y compleja acerca de la misma y con pocos valores positivos que la cualifiquen.

Los profesionales bajo estudio generalizan estereotipos que no se condicen con las actuales posibilidades de los adultos mayores y que, por el contrario, estimulan la resignación y el pesimismo.

La ausencia de información veraz sobre la condición de la adultez mayor facilita la reproducción y perpetuidad de falsos estereotipos que de manera preocupante acompañan a estos médicos en su desempeño profesional abriendo esto una gran brecha entre ellos y quienes los necesitan (en este caso los adultos mayores).

Las transformaciones de las representaciones sociales no son responsabilidad única del sector salud, pero como autoridad legitimada su acción juega un papel muy importante en la desmitificación de ideas y en la conformación de otras que empoderen a los adultos mayores.

El médico general e integral se encarga del cuidado del ser humano desde su concepción hasta los últimos momentos de su vida, desde un contexto familiar, social y cultural y juega

un papel importantísimo en la comprensión, tratamiento y en el desarrollo de procesos de inclusión para esta población.

Para ello es necesario liberarnos primero nosotros/as mismos/as de toda la carga de prejuicios y representaciones sociales de lo que creemos que son la vejez y las personas mayores.” Y parte de nuestra ética y responsabilidad profesional es hacernos conscientes de la incidencia de nuestro discurso en la sociedad en general y en las personas mayores en particular y, por tanto, asumir una postura en la que seamos consecuentes con un ideal ligado a los derechos de cada persona a elegir su deseo y una responsabilidad social a posibilitar el acceso al mismo.

Pero, fundamentalmente, ser responsable en este campo, implica saber actuar con las personas mayores, y seguirles en su camino pudiendo abrir un campo teórico que halle sus búsquedas y sus desarrollos” (Iacub 2002:157)

BIBLIOGRAFIA

- ANNA, F. F. (2003). *TAN FRESCAS.LAS NUEVAS MUJERES MAYORES DEL SIGLO XXI*. BARCELONA: PAIDOS.
- ANNA, F. F. (2008). LA VIDA DE LAS MUJERES MAYORES A LA LUZ DE LA INVESTIGACION GERONTOLOGICA FEMINISTA. *ANUARIO DE PSICOLOGIA*, 41-57.
- BUTLER, R. (1969). EDADISMO: OTRA FORMA DE DISCRIMINACIÓN. *EL GEROTOLOGO*, 243-246.
- CARLES, F. (1996). ANTROPOLOGIA DE LAS EDADES . *ENSAYOS DE ANTROPOLOGIA CULTURAL*, 319-334.
- CARMEN, B. C., IGLESIAS GUERRA, J., GALANA ANDRÉS, M., & ABELLA GARCIA, V. (2009). DEPENDENCIA Y EDADISMO.IMPLICACIONES PARA EL CUIDADO. *REVISTA ENFERMERIA CYL*, 46-52.
- CATHERINE, B. M. (2013). Changes in the life course. Strengths and Stages. *Transitions and transformations. Cultural perspectives on aging and the life course*, 25-38.
- CHRISTIAN, L. D., VICKEL , J., & CABALLI, S. (2005). “Le parcours de vie: émergence d’un paradigme. *Parcours de vie. Regards croisés sur*, 187-210.
- DALE, D. (1994). “Reciprocal cooptation: Some reflections on the. ALEMANIA.
- DEISY, A. S. (2010). *REVISTAS.JAVERIANA.EDU.COM*. Recuperado el 2018, de POLITICA SOCIAL PARA EL ENVEJECIMIENTO:EL(SIN) SENTIDO DE LOS ARGUMENTOS.

- DIAZ, P. (2006). *IMSERSOMAYORES.CSIC.ES*. Recuperado el 2018, de DEMOGRAFIA Y ENVEJECIMIENTO.
- FRANCO, M., ENRIQ, VILLARREAL, E., VARGAS, E., MARTINEZ, L., & GALICIA, L. (2010). ESTEREOTIPOS NEGATIVOS DE LA VEJEZ EN PERSONAL DE SALUD DE UN HOSPITAL DE QUERÉTARO, MÉXICO. *REVISTA MED CHILE*, 988-993.
- GASCÓN NAVARRO, D. L. (2009). *Introducción a la Antropología Social: BIOLOGICISMO, CORPORALIDAD Y VEJEZ*. Mexico: Universidad Estatal del Vale de Mexico.
- iacub, r. (2011). *Identidad y envejecimiento*. buenos aires: paidos.
- JOANA, C. B. (1999). *RACO.CAT*. Recuperado el 2018, de VEJEZ, REPRESENTACIÓN SOCIAL Y ROLES DE GÉNERO.
- JODELET, D. (1989). *LAS REPRESENTACIONES SOCIALES*. PARIS, FRANCIA.
- LEVY, B., & BANAJI, M. (2004). *IMPLICIT AGEISM*. MASSACHUSETTS: NELSON.
- M, R. P. (2005). *GERONTOLOGIA.ORG*. Recuperado el 2018, de LA MASCULINIDAD EN EL ENVEJECIMIENTO.VIVENCIAS DE LA VEJEZ DE VARONES DE UNA ZONA POPULAR DE LIMA.
- MANUEL, D. (2003). *JANO.ES*. Recuperado el 2018, de LA CONSTRUCCION SOCIAL DE LA VEJEZ.
- MONTORIO, I., IZAS, M., SANCHEZ, M., & LOSADA, A. (2002). DEPENDENCIA Y AUTONOMIA FUNCIONAL EN LA VEJEZ:LA PROFESÍA QUE SE AUTOCUMPLE. *REVISTA MULTIDISCIPLINAR DE GERONTOLOGIA*, 61-71.
- MONTOYA, S. P., & MAUREM , A. P. (2014). REPRESENTACIONES SOCIALES DEL ADULTO MAYOR EN ESTUDIANTES DE PSICOLOGIA DE SEPTIMO SEMESTRE.
- RICARDO, I., & ARIAS, C. J. (2010). EL EMPODERAMIENTO EN LA VEJEZ. *JOURNAL OF BEHAVIOR*, 25-32.
- SALGADO - DE SNYDER, V. N., & WONG, R. (2007). GENERO Y POBREZA:DETERMINANTES DE LA SALUD EN LA VEJEZ. *REVISTA SALUD PUBLICA MEXICO*, 515-521.
- SAN ROMÁN, T. (1990). *Vejez y cultura: hacia los límites del sistema*. BARCELONA, ESPAÑA.
- SANCHEZ PALACIOS, C. (2004). ESTEREOTIPOS NEGATIVOS HACIA LA VEJEZ Y SU RELACION CON VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS, PSICOSOCIALES Y PSICOLOGICAS. MALAGA, ESPAÑA.
- thurszd. (1995). *empowering older people*.

ANEXO: ENCUESTA

- 1- ¿Qué es para vos la vejez?
- 2- ¿Qué aspectos positivos y negativos consideras de la misma?
- 3- ¿Qué te sugiere la vejez?
- 4- ¿Cómo ves a los adultos mayores?
- 5- ¿Qué sentimientos te generan los adultos mayores?
- 6- ¿Se planteó en el equipo trabajar algún dispositivo con este grupo etario? ¿Crees que es importante? ¿Por qué?
- 7- ¿Qué proyectos te gustaría llevar a cabo con este grupo poblacional?