

Prácticas no discriminatorias en relación con adultas y adultos mayores

Elaborado en el marco de la Red Nacional de
Investigadoras/es contra la Discriminación



inadi

Instituto Nacional
contra la Discriminación,
la Xenofobia y el Racismo

Primera edición - 400 ejemplares

Edición Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI) Ministerio de Justicia y Derechos Humanos – Presidencia de la Nación.

Dirección: Av. Avenida de Mayo 1401 (C1085ABE), Ciudad Autónoma de Buenos Aires. TE: (54-011) 4380-5600 | 4380-5700. Asistencia gratuita las 24 horas: 0800-999-2345 www.inadi.gob.ar

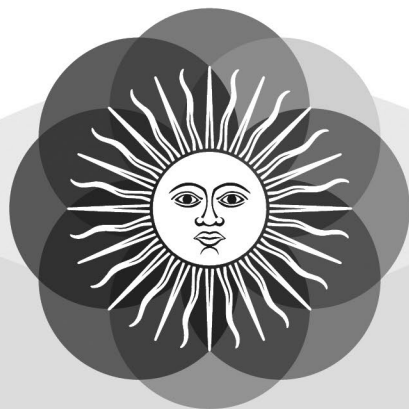
Producción y elaboración: Área Adultos y Adultas Mayores.

Armado, edición y corrección: Área Contenidos y Publicaciones.

Diseño editorial: Área Diseño Gráfico y Editorial.

Prácticas no discriminatorias en relación con adultas y adultos mayores

Elaborado en el marco de la Red Nacional de
Investigadoras/es contra la Discriminación



inadi

Instituto Nacional
contra la Discriminación,
la Xenofobia y el Racismo

ÍNDICE

Prólogo	7
Introducción	9
Los cambios demográficos	10
La paradoja cultural	10
Haciendo historia con la palabra vejez	.11
La construcción social del envejecimiento	14
El viejismo	14
Los prejuicios y estereotipos	16
Desempoderamiento progresivo	20
La noción de edad hoy	22
Cambios, crisis y nuevos significados del sí mismo/a	23
Género y envejecimiento	.25
Violencia hacia la vejez	27
Los derechos en la perspectiva internacional	29
Vigencia de los derechos	32
Anexo	39
Bibliografía	.44

PRÓLOGO

Los avances científicos, médicos y sociosanitarios en el mundo contribuyeron a que la esperanza de vida, en términos generales, haya aumentado considerablemente. El envejecimiento de la población es considerado uno de los fenómenos globales de mayor impacto en este siglo. Argentina es uno de los países de Latinoamérica que posee una elevada tasa de envejecimiento. Según el censo 2010, en los últimos años se observó un incremento en la proporción de mayores de sesenta años: suman 5.725.000 personas, lo cual representa el 14,2 % de la población. En este contexto, cobra particular relevancia el debate sobre el significado de la vejez y sobre los modos de tratar, valorar e incluir a las personas adultas mayores en la sociedad. Considerarlas como seres pensantes, deseantes y sensibles, que participan activamente del entramado social, es un desafío social siempre presente que requiere desarticular prejuicios y estereotipos arraigados con relación a esta etapa de la vida.

Si bien el aumento del promedio de vida de las personas suele ser destacado como un dato social alentador y deseable, el envejecimiento –paradójicamente– se considera una sangría para la economía, una amenaza para el sistema de salud y un peso para las familias. Esta paradoja es producto de una sociedad que prioriza las capacidades productivas de las etapas anteriores a la vejez. Se impone hoy, con particular fuerza, un ideal de vida asociado a la juventud, la vitalidad, la belleza, la productividad profesional y el libre ejercicio de la sexualidad; atributos cuya pérdida progresiva aparece vinculada a una determinada concepción del envejecimiento.

Existe un conjunto de prejuicios y estereotipos muy arraigados en torno al envejecimiento y la vejez, que está en la base de las actitudes y concepciones discriminatorias hacia las personas adultas mayores. Estas prácticas discriminatorias conllevan una pérdida de inserción social y una restricción en el ejercicio de diversos roles, lo cual afecta la autoestima de las personas mayores y genera un estatus social disminuido.

Por todo ello, el INADI apoya e impulsa políticas y actividades que fomenten la toma de conciencia, difundan información e incentiven la participación para promover la revisión de estas prácticas y el empoderamiento de las personas adultas mayores.

INTRODUCCIÓN

1. Los cambios demográficos

Los avances culturales, científicos y sociosanitarios han contribuido a que la esperanza de vida haya aumentado considerablemente. Así las/os niños nacidos hoy, tienen en promedio una expectativa de vida de 30 años más que hace un siglo. Esto ha llevado a que las sociedades envejezcan y que esta temática tome relevancia dentro de las agendas políticas internacionales.

Hoy resulta de gran importancia debatir y problematizar el significado y el sentido del envejecimiento y la vejez, ya que es desde allí que se establecen, se cuestionan o modifican los modos en que las personas adultas mayores serán tratadas, valoradas o incluidas en esta sociedad.

Tener en cuenta a la persona adulta mayor como un ser pensante, deseante y sensible, participe del entramado social, y reconocer que la vejez es una continuación natural de toda una trayectoria de vida, redundará en un buen trato hacia los/as adultos/as mayores y promoverá la mejor calidad de vida.

2. La paradoja cultural

Aun cuando estos cambios en el aumento del promedio de vida de las personas son muy alentadores y deseables socialmente, las expectativas culturales referidas a esta etapa no cambiaron de manera acorde.

En nuestra sociedad el envejecimiento es considerado como:

- Una sangría para la economía.
- Una amenaza para el sistema de salud.
- Un peso para las familias.

A nivel individual se carga con un estigma negativo que suele focalizar y reducir el proceso de envejecimiento a pérdidas, deterioro y enfermedades, sin poder hallar aspectos positivos.

Esta paradoja cultural es producto de una sociedad que prioriza los valores de productividad económica, de estéticas asociadas a la juventud y de un sentido extremo de independencia en el que toda señal de dependencia es vista de manera negativa.

3. Haciendo historia con la palabra vejez

Los múltiples vocablos a través de los que expresamos el envejecimiento y la vejez aparecen por un lado como una evitación de un término difícil de aceptar y, por el otro, como una historia de nominaciones que expresan diversos modos en que una sociedad define qué significa llegar a esta etapa vital.

El término *vejez* alude a la cualidad de ser viejo, aunque también es aplicable a las personas que han vivido más tiempo que las demás; es decir, surge desde una comparación al interior de una comunidad o grupo. Comenzó a ser registrado en los textos alrededor del año 1068. Del latín *vetulus* -que significa "de cierta edad, algo viejo o viejecito"-, adoptó la voz *vetus* en el latín vulgar. Mientras la palabra *vejez* empezó a usarse hacia fines del siglo XIII, dos siglos después se le otorgó los usos *envejecido* o *envejecimiento*. Los derivados burlones como *vejestorio* y *vejete* aparecieron recién en el siglo XVIII. En nuestra comunidad lingüística la palabra *vejez* es la más interiorizada socialmente, aun cuando produce un alto nivel de rechazo.

En nuestra lengua, el término *anciano/a* proviene del proverbio romance *anzi* o *antes* que data de la primera mitad del siglo XIII. Este vocablo destaca la relación del sujeto con el tiempo y en cierta manera con su grupo social, ya que remite a aquel que estuvo antes, dándole un sesgo de valor relativo a lo que el antes significó.

El valor de lo antiguo refleja, a diferencia de lo viejo, lo que el tiempo enriquece. Quizás por esta razón fue asociado, en nuestro idioma, a una nominación de respeto a los mayores que se refleja en que este resultó el término elegido por las traducciones de la Biblia, debido a la carga positiva de significados que el pueblo hebreo le confirió.

Por su parte, senil significa “propio de la vejez” y sus orígenes se remontan a mediados del siglo XVII. Su etimología latina *senilis* deriva de *senectud* o (del latín) *senectus, utis*, palabra que aparece en nuestra lengua en textos de 1438. Este vocablo está emparentado con el Senado Romano, ya que este era el lugar reservado para los senex o seniles, es decir, aquellos que tenían 60 años o más, momento en el cual un sujeto calificaba para ser parte de esta institución. De *senil* deriva la palabra *senilidad*, la cual durante el siglo XIX se convirtió en sinónimo de las enfermedades de la vejez a partir de las lecturas médicas del envejecimiento.

Actualmente existen una serie de términos que aluden a esta franja etaria, hoy descrita desde los 60 años y más, para los países en vías de desarrollo y 65 y más para los desarrollados. Entre los más utilizados se encuentran: tercera edad, adultos mayores, personas de edad o jubilados.

La historia del término *tercera edad* se vincula con las políticas sociales dirigidas hacia las personas mayores durante el siglo XX. Específicamente surgió en los años 60, al poco tiempo de la instauración de la jubilación universal en Francia, muy cercana al desarrollo de la misma en nuestro país, lo cual significó un cambio muy profundo en el rol social de este grupo. Esto permitió una mayor autonomización respecto de la familia, una particular condición política-, ya que sus ingresos devienen de condiciones diversas que el resto de la población “activa”, lo que los convierte en pasivos-, y una condición específica de gozar de tiempo libre. Este término entonces nace conjuntamente con la instauración de una serie de actividades socio-recreativas y pedagógicas. El nombre pone un número a una etapa vital modificando la noción de una vejez pensada como término de la vida, al tiempo que sugiere

la construcción de una nueva forma o estilo de vida. Se apela así a romper con la idea del retiro, convocando a una tercera etapa en la que es posible recomenzar actividades que se volverán específicas para esta población, como los Centros de Jubilados o los Centros para la tercera edad (según si se asociaban a través de un sindicato o por la simple condición de edad). Nacida en 1972 en Toulouse, Francia, la Universidad de la Tercera Edad cobró una notoria influencia en nuestro país a través de los Programas Universitarios para Mayores. De esta manera se construyó un nuevo actor social que emergió como un personaje más activo, con roles más amplios y específicos por su condición etaria.

El término *jubilado/a*, aun cuando no es demasiado preciso para designar a las personas de edad -ya que no todos cuentan con este recurso-, ni tampoco todas las personas jubiladas son mayores, se ha convertido en una designación usual en la medida que determina un cierto estilo de vida y de relación con la sociedad y el Estado. La jubilación tiene una serie de implicancias en la vida cotidiana de las personas adultas mayores, ya que conlleva prestaciones de servicios como obra social, turismo, ayuda social para la construcción de viviendas, etc.

Por su parte, conceptos tales como *adulto/a mayor* o *personas de edad* han sido muy utilizados/as por los organismos internacionales, buscando designar un sujeto con menos diferencias con el/la adulto/a más joven y, en alguna medida, tratando de aportar nuevos significados asociados a estos términos tales como autonomía, derechos, principios, etc., reivindicando con ello un nuevo estatus dentro del contexto social actual.

Sin duda alguna, muchos de estos conceptos funcionan como eufemismos que limitan la carga negativa de los términos tradicionales que aluden a la vejez, aunque es importante remarcar que la historia de estas palabras da cuenta de una transformación de este actor social.

4. La construcción social del envejecimiento

El proceso de envejecimiento, más allá de estar marcado por cambios biopsicológicos, es concebido culturalmente y toma las características particulares de cada grupo humano, produciendo múltiples maneras de representarlo.

Desde fines del siglo XIX la temática del envejecimiento fue concebida como un problema biomédico, donde salud y enfermedad emergían como los ejes centrales para pensar a las personas adultas mayores.

Esta visión tiende a que se atribuya a los cambios propios de esta etapa un sentido de declinación, deterioro o enfermedad.

Hoy existen nuevas miradas más abiertas y complejas que explican el envejecimiento humano como el resultado de una lectura cultural multideterminada donde diferentes disciplinas aportan sus puntos de vista y diversos factores de orden social, económico, demográfico, u otros inciden en la construcción social del envejecimiento.

5. El viejismo

La noción de *viejismo*, o también traducido como edaísmo (*ageism*), fue introducida por el psiquiatra norteamericano Robert Butler en el año 1969 y permitió visualizar el conjunto de prejuicios y estereotipos sobre el envejecimiento y la vejez.

El viejismo implica una serie de actitudes y concepciones discriminatorias que se pueden expresar en conductas negativas o violentas hacia las/os adultos mayores; instituciones y políticas sociales inadecuadas; carencia de recursos económicos y comunitarios; falta de accesibilidad, entre otras prácticas sociales que limitan la inclusión efectiva de los adultos y las adultas mayores.

Todo prejuicio promueve que entendamos la realidad desde una lectura selectiva en la que “las concepciones previas producen la prueba destinada a su confirmación” (Iacub, 2001) y estigmatizan a los individuos de acuerdo a imágenes negativas y estereotipadas basados en la pertenencia a un grupo o sector social.

Uno de los factores más complejos del viejismo es que actúa de manera silenciosa, sin ser advertido o, como señala Levy y Benaji (2004), de manera implícita. A diferencia de los prejuicios sobre otros grupos, donde los victimarios y las víctimas son reconocibles y se expresan manifiestamente. El viejismo suele no ser explicitado, no aparece como un odio fuerte, aunque el sentimiento negativo hacia el grupo “de viejos” se encuentre muy extendido; y aún en las personas adultas mayores pueden ser víctimas de su propio prejuicio. Estos procesos y comportamientos se producen automáticamente en los pensamientos cotidianos, sentimientos, juicios y decisiones del conjunto de la población.

Estos prejuicios promueven tres actitudes fundamentales:

- Una dislocación social que promueve una pérdida de roles sociales, que a su vez generará menor autoestima y un estatus social disminuido, así como también promoverá una decreciente participación social.
- El uso de estereotipos: creencias basadas en características excepcionales o inexistentes atribuidas de manera categórica a todos los miembros de un grupo en particular.
- La estereotipia como el proceso psicológico y social a través del cual se ignoran los atributos y características personales y se etiqueta a los individuos de acuerdo a estereotipos basados en la afiliación grupal. (McGowan, 1996)

6. Los prejuicios y estereotipos

A. La vejez vista como una enfermedad

Uno de los prejuicios más habituales es el de asociar vejez con enfermedad y reducir la vejez a un problema médico.

Desde el siglo XIX la lectura predominante que surge sobre el proceso de envejecimiento es considerarlo como una triste letanía de enfermedades físicas y psíquicas (Iacub, 2001) que reducen el conjunto de los factores que conforman esta etapa vital a una lectura focalizada en las pérdidas. Es así que se tomó el cuerpo de los viejos como un elemento diferencial del resto de la población, en perspectiva a su muerte y decrepitud. El resultado es que se establece una fuerte sinonimia entre vejez y enfermedad, la cual “entraña un enorme riesgo, pues pasa a comportarse como una profecía autopredictiva que termina por internalizarse en los destinatarios del prejuicio, es decir en los propios viejos” (Salvarezza, 2002).

Si bien existe un incremento de patologías, particularmente crónicas, esto no significa que la vida de la persona adulta mayor se identifique con la enfermedad y mucho menos que esto conlleve la pérdida de propósitos y sentido vital debido a estos cambios físicos. El “rol de enfermo” que suele proyectar esta sociedad en relación al viejo lleva a que tanto este como su entorno limiten los proyectos personales en pos de “mantenerse sano”. Esta situación acarrea que se pierda cierto margen de autonomía y, con ello, la posibilidad de desarrollo a lo largo de la vida.

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud consideran al estado de salud funcional como un mejor indicador de la salud en esta población. La definición de un adulto mayor funcionalmente sano es la de aquel que es capaz de enfrentar este proceso de cambio con un nivel adecuado de adaptación funcional y de satisfacción personal.

B. La negación del erotismo

Destacamos cuatro factores que consideramos limitan el goce erótico en las personas adultas mayores (Iacub, 2006).

- El primer factor que limita el erotismo de y hacia las/os adultas/os mayores es que las imágenes de la vejez aparecen fuertemente deserotizadas y en contraposición con los modelos estéticos vigentes asociados a la juventud. Esta lectura podemos rastrearla en la Grecia Antigua, donde la negación de la erótica de las/os mayores estaba basada en la crítica estética, en abierta oposición a lo que ellas/os consideraban la belleza en las/os jóvenes.
- - El segundo factor es la demanda de respetabilidad. Las personas adultas/os mayores parecieran tener menos chances para el disfrute ya que se espera de estos que controlen sus deseos, más que en otras edades. Esta visión se encuentra fundamentalmente en las lecturas cristianas que asocian el sexo solo con la reproducción.
- El tercer factor es que se considera que las personas adultas mayores son asexuadas o perversas. El “viejo” suele ser visto como aquel que por un lado es definido/a como un asexuado/a o imposibilitado/a para el sexo, al que se asocia una serie de imágenes ligadas a lo familiar que dificultan ver la dimensión de su erotismo. Aunque ante la emergencia de un interés sexual puede ser concebido como un “viejo verde” o, aun peor, como un perverso. Esta lectura aparece en los autores del siglo XIX y comienzos del XX, donde la sexualidad era vista como regresiva o infantilizada. Ninguno de estos dos criterios resultaron ciertos ya que la evidencia científica demostró que las personas adultas mayores no son ni asexuadas ni perversas.
- El cuarto factor es que solemos esperar de las/os mayores un permanente control de la salud sobre su

propio cuerpo. La visión victoriana y burguesa de la vejez produjo una demanda de cuidado que conspira contra el uso y disfrute del mismo, llevándolo más a una posición utilitarista de cuidado y conservación.

- El quinto factor es que se reduce la sexualidad a la genitalidad y frente a ciertos cambios que pueden sobrevenir en el funcionamiento genital, puede ser comprendido como el límite de toda forma de goce erótico.

¿Hay cambios en la sexualidad?

Así como tenemos una historia de negaciones, existen culturas que sí alabaron el erotismo en la vejez, entre ellos el pueblo judío que consideraba que el goce sexual era para toda la vida. En el Antiguo Testamento se señala: ¡Bendita sea tu fuente, y sea tu alegría la mujer de tu noviazgo! ¡Sea para ti como hermosa cierva y graciosa gacela; que sus pechos sean tu recreo en todo tiempo, que estés siempre apasionado por ella! Proverbios (18 -19).

Es importante señalar que la longevidad no va en contra de la sexualidad. Si una persona se encuentra sana física y mentalmente no tiene por qué tener problemas en su sexualidad; sin embargo algunas enfermedades que pueden ser más habituales de las/os adultas/os mayores pueden limitar cierta capacidad en el desempeño genital.

Existen algunos cambios a nivel del funcionamiento sexual, particularmente asociado a un enlentecimiento gradual, pero esto no implica que se deberían perder los goces ni que el deseo se vuelva perverso.

“Hoy sabemos que el deseo sexual aparece con el nacimiento y desaparece sólo con la muerte, que está presente en ambos géneros y que puede mostrarse sin vergüenza” (Iacub, 2001).

C. La descalificación intelectual

Una suma de concepciones prejuiciosas acerca de las personas adultas mayores suele hacerlas/os equivaler a sujetos añejados con exageradas limitaciones a nivel cognitivo que confunden los cambios normales del envejecer y el deterioro cognitivo, logrando así una descalificación intelectual.

El prejuicio indica que los “viejos” son como los niños, aun cuando existe sobrada evidencia para poder desmentirlo.

La descalificación intelectual que resulta de semejante prejuicio promueve tres problemas centrales (Iacub, 2009):

- produce limitaciones en la autonomía, lo que lleva a internaciones forzadas, a exagerados temores acerca de la capacidad de afrontar situaciones o a cualquier tipo de actividad que la persona se disponga a realizar.
- genera una interferencia en las interacciones sociales ya que media una duda en la capacidad real de juicio, lo que lleva a que se tomen decisiones prematuras por sobre los sujetos, que no se entablen relaciones en profundidad y que se pueda llegar a desubjetivarlos.
- induce a que se les oferten y adopten (cuando los mismos “viejos” asumen esta creencia) actividades inapropiadas, infantilizantes o poco estimulantes, lo cual por otro lado funciona como un mecanismo que consolida dichas creencias.

Resulta importante diferenciar el declive normal que proviene con la edad, donde aparece mayor dificultad para el recuerdo de los nombres propios o cierta lentificación en los procesos de la memoria.

Sin embargo, son decrementos relativos a las capacidades que cada uno tuvo, que no impiden ni incapacitan al sujeto para llevar una vida autónoma y productiva, y que pueden ser mejorables

a través del uso de estrategias activas para la consolidación del recuerdo tales como talleres de memoria, ejercitar la actividad intelectual, vida social, afectiva, etc.

Por otro lado, encontramos que el deterioro patológico en el que se producen modificaciones en el tipo de olvidos y la cantidad de funciones intelectuales que pueden dañarse.

7. Desempoderamiento progresivo

El proceso de confrontación con diversos estereotipos sociales negativos minan lenta y progresivamente la consideración que las personas adultas mayores tienen de sí mismos, ya que se los/as comienza a identificar con la debilidad intelectual, física, con la improductividad, la discapacidad sexual, etc., limitando con ello la autoestima necesaria para mantener su autonomía e independencia (Iacub, 2009).

Los estereotipos negativos determinan conductas que limitan las capacidades individuales. Uno de los ejemplos es la noción de “techo de cristal” asociado con la idea de un límite invisible pero contundente. Este concepto nace entre quienes investigaban a los/as afrodescendientes en Estados Unidos a principios del siglo XX y encontraban dificultades intelectuales que no era explicables desde lo biopsicológico sino desde un descreimiento en los propios recursos intelectuales. Las personas afrodescendientes estaban convencidas de su limitación y esto funcionaba como un “techo de cristal” que no les permitía acceder a ciertos niveles del conocimiento.

Del mismo modo, este techo es útil para pensar las limitaciones que aun hoy tienen las mujeres, u otros grupos aminorados socialmente, entre ellos las personas adultas mayores.

Las experiencias científicas nos muestran que los estereotipos negativos hacia la vejez en las personas mayores traen como consecuencia una sensación de “amenaza” a la integridad

personal, menor rendimiento a nivel de la memoria, en la capacidad para las matemáticas, en el sentimiento de autoeficacia y en toda una serie de retiros y descompromisos anticipados de roles laborales y sexuales (Levy, 2000).

La explicación de estos déficits se encuentra en que las personas, al suponer que su rendimiento no va a ser bueno, elaboran estrategias de evitación de un posible enfrentamiento que podría ser vivido como traumático o simplemente porque responden a profecías sociales que suponen que las/os mayores ya no pueden, no deben, etc.

Avanzando aún más en las consecuencias de dichos estereotipos, Levy (2000) demostró que las/os adultas/os mayores expuestos ante estereotipos subliminales negativos sobre la vejez aumentaban la respuesta cardiovascular.

Sobre la misma búsqueda, una nueva investigación, seguramente la más ambiciosa, buscó examinar la relación entre las autopercepciones negativas del envejecimiento y la longevidad. Este estudio de tipo longitudinal fue medido durante 23 años con 660 personas (338 varones y 322 mujeres). Se demostró que en las personas con mejores percepciones sobre la vejez había un incremento de 7,5 años promedio de vida, comparativamente superior que el dejar de fumar o hacer ejercicios, que se considera que aportan entre 1 y 3 años más de vida. O también demuestran que tiene mayor incidencia que los niveles de colesterol o de presión en la sangre.

Esto nos lleva a considerar que la cuestión del desempoderamiento producido por los prejuicios sociales aun existentes no solo disminuye la eficacia, sino que también enferma psíquica y físicamente, reduciendo la calidad y la cantidad de años de vida. Por ello el empoderamiento no puede ser un tema menor y debemos apuntar muy claramente hacia el mayor empoderamiento de las personas adultas mayores.

8. La noción de edad hoy

A lo largo del siglo XX hallamos una serie de cambios en el modo de pensar la noción de edad. Durante la primera mitad del siglo, la edad fue una poderosa variable para determinar los comportamientos y estilos de vida de las personas: lo que estaba permitido a cierta franja etaria no lo estaba para otras. Este hecho era particularmente visible en las vestimentas, los pantalones largos a los 15, la ropa oscura para la mujer mayor, etc. Esta concepción moderna de las edades se la denominó los “cajones de la vida”.

En la actualidad, estos parámetros han perdido parte de su vigencia y hallamos una sociedad donde la noción de edad se ha vuelto menos relevante (Neugarten, 1999) para determinar actitudes.

Meyrowitz (Featherstone, Hepworth, Turner, 1991) señala que en la sociedad occidental contemporánea hay una creciente similitud en los modos de presentación de los actores: los gestos y las posturas, las modas y las formas de las búsquedas de placer son similares para padres e hijos; se puede ver un movimiento hacia un estilo más informal *uni-age* (una edad)”.

El denominado “curso de vida posmoderno” (Featherstone, Hepworth, Turner, 1991) modifica la temporalidad adjudicada a cada edad, así como una flexibilización respecto de sus límites, lo que permite hallar adolescencias alargadas o envejecimientos postergados.

Ello determina que se desvanezcan los elementos simbólicos y que el orden de los acontecimientos que definían anteriormente las diferentes edades ya no tengan vigencia. En este sentido, H. Moody (1996) sostiene que el curso de vida posmoderna es una extensión de la adultez en dos direcciones: hacia atrás (la desaparición de la infancia) y hacia delante (de la tercera edad), lo que lleva al hombre a vivir como adulta/o joven, edad que sintetiza las ideas de responsabilidad, autonomía y consumo diversificado (Iacub, 2001).

Esta nueva lógica de la edad produce también un cambio en la posición de las/os mayores, quienes rechazan la suave retirada

de la vida y se oponen a perder derechos y privilegios obtenidos a través de una politización de la vejez sin precedentes (Katz, 1996).

Este cambio de estilos de vida ha llevado a que las personas adultas mayores puedan abrirse camino a nuevas actividades que anteriormente hubiesen sido vistas como inadecuadas para la edad tales como estudiar, recrearse o viajar.

9. Cambios, crisis y nuevos significados del sí mismo/a

El término crisis deriva de la palabra griega *Krinein*, que significa separar, separación o abismo. Ante la inminencia de un cambio en la continuidad de cierto orden de vida surge la desesperación ya que carecemos de recursos para ubicarnos en ese lugar y enfrentar nuevas situaciones (Iacub, 2009).

Para Mc Namee (1996) la experiencia límite de la crisis nos separa de los otros ya que nos ubica en un espacio de significados distinto. La propia significación de nosotros mismos se encuentra alterada. Nuestra identidad fue construida desde ciertos límites que nos alojaban en un mapa conocido, ya sea por nuestros roles sociales, laborales o familiares. El límite significa entonces identidad, ya que nos dice lo que somos diferenciándonos de aquello que no creemos ser.

Por ello entre la mediana edad tardía y la vejez, la persona adulta mayor se encuentra frente a cambios en diversos órdenes de su vida que implican reposicionamientos que cada uno/a deberá enfrentar y cada sociedad podrá auxiliar. De todas maneras, la noción de crisis no implica una enfermedad ni una experiencia traumática, por el contrario existe evidencia de que puede haber un incremento de recursos personales frente a dichos cambios.

9.1. Butler (1998) propone algunas situaciones vitales que suelen desembocar en una crisis o en algunos casos en una situación patológica:

La viudez es uno de las/os mayores temas psicológicos, ya que representa una serie de cambios que involucran lo afectivo, el sentirse apoyado y cuidado, la seguridad económica, etc. Resulta importante considerar que la viudez implica un momento de alta vulnerabilidad psicofísica, razón por la cual el nivel de enfermedad y mortalidad pueden ser más altos. La persona que enviuda no siempre encuentra los recursos de apoyo social necesarios para enfrentar este cambio, por ello resulta importante que los espacios conformados por familiares o amigos puedan sostenerlos en este momento de su vida.

Los cambios en la pareja se encuentran relacionados con la ida de los hijos/as, la jubilación, el ingreso económico, entre otras variantes que alteran los ritmos cotidianos y las formas de comunicación y convivencia ya establecidas. El reencuentro a nivel de la pareja puede generar conflictos, cierto desconcierto, cambios de roles o una renovada pasión. Aunque resulte necesario reconstruir tiempos, espacios y formas de convivencia ya que existen múltiples cambios en la vida cotidiana.

A nivel sexual, se evidencian cambios que suelen estar vinculados con: el desconocimiento sobre esta temática, las falsas creencias y ciertos cambios en la vida sexual de la persona que pueden incrementar su vulnerabilidad y convertirse en un factor de estrés.

Por su parte, la jubilación implica no solo un cambio de rol sino de la propia representación del sí mismo. El trabajo brinda pertenencia organizacional, identidad y socialización. Es por esta razón que la imagen, el sentido de autoeficacia y de autoestima se conforman en gran medida en base al ámbito laboral.

El estatus conseguido no siempre es fácilmente reemplazable, particularmente para aquellas personas a las que su actividad les resultaba gratificante, que detentaron autoridad, poder y responsabilidad, o cuya identidad se construyó fundamentalmente en relación al trabajo.

El cambio que se produce en las rutinas cotidianas puede

resultar gratificante o generar incertidumbre y desesperación por la dificultad en la estructuración del uso del tiempo.

La “jubilopatía” es la patología relativa al fracaso de asumir el proceso jubilatorio y a la imposibilidad de reconectar con otros proyectos de vida más allá del marco laboral, provocando acusados síntomas de depresión.

Los cambios económicos que se producen a partir de la jubilación inciden negativamente en la persona, ya que se incrementa la sensación de vulnerabilidad personal, la pérdida de autonomía y las posibilidades y recursos que antes se poseían, modificando con ello la continuidad en el estilo de vida y la dificultad de conformar nuevos proyectos.

Sin que la vejez se caracterice por la enfermedad o la discapacidad, existen más probabilidades de que puedan ocurrir, sumado a los mitos que tienden a exagerar ciertos cambios en el envejecimiento, les dan mayor seriedad.

Por su parte, el temor frente a la dependencia implica la pérdida de la capacidad de la persona para afrontar por sí misma diversas situaciones vitales. Al mismo tiempo, la perspectiva de la institucionalización u hospitalización suponen el temor a perder ámbitos que promueven seguridad como la casa, cambios en la red social y, fundamentalmente, la pérdida del control personal o autonomía.

Finalmente, el miedo a la muerte aparece como un fantasma a lo largo de la vida, aunque la sensación de mayor cercanía pueden producir temores, ya sea por el modo en que se produzca o por el fin de los proyectos vitales.

10. Género y envejecimiento

El envejecimiento poblacional es mayoritariamente femenino,

ya que las mujeres son sus principales protagonistas. Mayor es la cantidad de mujeres que llegan a la vejez que de varones, a esto se lo denomina consiguientemente la *feminización del envejecimiento*.

Sin embargo, si analizamos los recursos materiales con que cuentan las personas en esta etapa, son también las mujeres las que tienen mayores restricciones, enfrentando desventajas socioeconómicas mayores. Fenómeno al que se lo ha denominado a su vez, *feminización de la pobreza*.

Estudios realizados en América Latina y el Caribe, muestran que los sistemas de pensiones se distribuyen de manera desigual entre varones y mujeres, lo que nos indica la necesidad de construir socialmente desde edades más tempranas una vejez más ventajosa.

Por otro lado, los sistemas previsionales han excluido a las mujeres que tenían a su cargo las tareas en el hogar y los cuidados familiares. En nuestro país, este hecho se está revirtiendo con nuevas legislaciones que dan cobertura a las “amas de casa”.

10.1. Gays, lesbianas, bisexuales, transgénero e intersexuales en el envejecimiento

La desatención y la invisibilidad han marcado esta temática en la vejez. Tanto en los estudios sobre el envejecimiento como de GLBTI no aparecen referencias significativas a la imbricación de ambos términos.

En los años setenta se comienza a observar una mayor producción sobre la temática, principalmente en los Estados Unidos, aunque no ocurre lo mismo en otros países. De hecho, en el documento emitido en la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento de las Naciones Unidas (Madrid, 2002), si bien se ha insistido extensamente en la perspectiva de género -entendida en realidad más bien como perspectiva femenina-, no hay menciones explícitas sobre ella. De todas maneras, la visibilidad de esta población y el incremento de la importancia de la población mayor han generado que en los últimos tiempos se atendiera y tomara en cuenta al grupo de personas adultas mayores gays y lesbianas.

Kelly (1977) observó que gran parte de los problemas sexuales que se plantean en la comunidad masculina gay de personas adultas mayores es muy similar a la de las personas heterosexuales. Sin embargo, la particularidad de la discriminación por orientación sexual es más decisiva- según los propios mayores gays- que por la condición de "viejos". A ello se suman la denegación del seguro social, la falta de hijos/as que provean apoyo económico, emocional y físico, los prejuicios de la familia ante la pareja y la discriminación legal de esta cuando fallece el/la compañero/a. En nuestro país, desde 2008, la Administración Nacional de la Seguridad Social otorga pensiones por viudez a parejas del mismo sexo que demuestren al menos cinco años de convivencia.

De todas maneras, los cambios culturales actuales con relación a la temática han permitido a muchas personas adultas mayores salir del clóset a una edad adulta o vivir con menos temor su sexualidad.

11. Violencia hacia la vejez

Johan Galtung (1995) identifica tres formas de violencia hacia las personas adultas mayores que nosotros especificaremos en relación a nuestro tema:

- **Violencia cultural.** Se refiere a los aspectos de la cultura que aportan legitimidad a las diversas formas de violencia. El vejeísmo o edaísmo dan cuenta de los prejuicios y estereotipos que se manifiestan en relación a la vejez y que de formas diversas dan lugar a la discriminación, malos tratos o abuso.
- **Violencia estructural.** Consiste en agredir a una agrupación colectiva desde la misma estructura política o económica. Así, podemos considerar casos de violencia estructural que se reflejan en nuestro país en los sistemas previsionales, de salud, políticas sociales

para las personas adultas mayores u otras que pueden causar pobreza, enfermedad, situaciones de fragilidad jurídica, falta de participación e inclusión social.

- **Violencia directa.** Llamamos violencia directa a las agresiones físicas, psicológicas, económicas u otras. El tipo de maltrato puede ser muy evidente, en el caso concreto del maltrato físico, pero hay formas más sutiles y difíciles de identificar como las psicológicas, las económicas, las financieras, la negligencia, el abandono y la privación de la libertad, entre muchas conductas en que se puede ejercer violencia.

11.1. Maltrato Institucional

“Se entiende por maltrato institucional a cualquier legislación, programa, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos o privados, o derivados de la actuación individual del profesional, que conlleve abuso, negligencia o detrimento de la salud, de la seguridad, del estado emocional o del estado de bienestar físico, o que los derechos de las personas mayores no sean representados” (Dabove, 2006).

Es una forma de ejercicio del poder mediante el uso de la fuerza física, verbal o emocional para doblegar la voluntad pudiendo ocurrir en cualquier institución, pública o privada.

Las modalidades frecuentes de maltrato son:

- Infantilización, frecuentemente se trata a las personas adultas mayores como niños/as, descalificando así sus deseos y necesidades, utilizando, por ejemplo, diminutivos para referirse a ellos/as.
- Despersonalización, marcada en el borramiento de la individualidad y las necesidades personales.
- Deshumanización, al pasar por alto requerimientos básicos de cuidado de la intimidad.

- Victimización, que se produce con agravios mediante insultos, enojos, ridiculizaciones que los avergüenzan, minando la autoestima.
- Pérdida de la libertad, en la medida que se puede desestimar la de la persona adulta mayor en beneficio del pariente o directivo, lo cual -en principio- además de maltrato constituye una ilegalidad.

12. Los derechos en la perspectiva internacional

La temática de los derechos de las personas mayores es bastante nueva y surge como un requerimiento social debido al crecimiento de la población mayor, sus numerosas necesidades y carencias, como también a sus expectativas.

Estos derechos están incluidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y específicamente en la Resolución 46/91 donde se promueven los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad, reafirmados en el informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento en Madrid en el año 2002.

12.1. Discriminación Positiva

Aún estando amparados por la Declaración Universal de DD. HH, se considera especialmente la situación de grupos que por su condición de edad, sexo, color, religión, etc., se encuentran en mayor riesgo con respecto a otros grupos, denominándose a este tipo particular de distinción, *discriminación positiva*.

Con ella se pone en una situación de igualdad a las personas y se les asegura el goce de los derechos. Los cuales deben ser garantizados por el Estado.

A continuación, expondremos los Principios antes

mencionados.

12.2. Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas mayores

La división de dichos principios en cinco áreas refleja los intereses y necesidades de las personas adultas mayores.

Principio de independencia

Reconoce el deseo de las personas adultas mayores de mantener su autonomía el mayor tiempo posible, asegurando su acceso a los derechos materiales básicos como la alimentación, vivienda, agua, ingreso, educación, transporte y seguridad física.

Cubrir sus necesidades básicas (alimentación, agua, vivienda, vestimenta y atención de salud) ya sea con ingresos o apoyo de la familia y comunidad.

- Trabajar o disponer de ingresos.
- Elegir el momento y modo del retiro laboral.
- Acceder a educación y formación.
- Vivir en entornos seguros y adecuados a sus preferencias y capacidades.
- Residir en el domicilio propio el mayor tiempo posible.

Principio de atención

Reafirma el derecho de las personas mayores a ser apoyadas, a intervenir en la decisión del tipo de atención que desean y necesitan, y a ser atendidas con consideración.

- Disfrutar de cuidados y protección de la familia y comunidad.
- Acceder a servicios de salud, ya sea para mantener la

salud o prevenir y curar la enfermedad.

- Tener acceso a servicios sociales y jurídicos que les aseguren adecuados niveles de economía y cuidado.
- Tener acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, y rehabilitación en entornos seguros y humanos.
- Disfrutar de los derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en instituciones de cuidado, es decir, respeto a su dignidad, creencias, intimidad y adopción de decisiones sobre su cuidado y calidad de vida.

Principio de autorrealización

Reconoce que las personas adultas mayores tienen derecho a buscar oportunidades para fortalecer sus capacidades mediante educación, capacitación, ofertas de empleo, como también a participar de actividades de la comunidad:

- Aprovechando las oportunidades de pleno desarrollo de su potencial.
- Accediendo a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.

Principio de dignidad

Reafirma que todas las personas adultas mayores deben ser respetadas y valoradas, reconociéndose su contribución a la sociedad. Las prácticas y conductas ofensivas erosionan su dignidad.

- Vivir con dignidad y seguridad, y verse libres de explotaciones y de malos tratos físicos o mentales.
- Recibir un trato digno, independientemente de su

contribución económica y otras características personales (edad, sexo, etnia, discapacidad etc.).

Principio de participación

Este principio es la base de la realización de todos sus otros derechos.

La participación activa favorece y posibilita el acceso a los mismos, permitiendo:

- permanecer integradas a la sociedad y activas con referencia a decisiones que las afecten.
- buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicio a la comunidad como voluntarios.
- formar movimientos o asociaciones de personas adultas mayores.

13. Vigencia de los derechos

Como ya señalamos, los derechos humanos son universales e inherentes a todas las personas, incluyendo a las personas adultas mayores.

Así surge de los instrumentos emanados en las diferentes cumbres y conferencias mundiales realizadas en los últimos 15 años, como el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, el Programa de Acción de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, la Plataforma de Acción de Beijing, el Programa 21 y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento.

Si bien las sociedades reconocen que las personas adultas mayores son más vulnerables, no siempre les reconocen sus derechos.

Como señaláramos, producto de una cultura que sobrevalora lo productivo, existe una conducta social generalizada de desvalorización hacia los adultos y adultas mayores.

Las actitudes sociales y personales negativas que consideran al envejecimiento como un estado de capacidades disminuidas, lleva a aislarlos de procesos de consulta, toma de decisiones a todo nivel, y las/os excluye claramente de algunos servicios por razones de edad.

Esta desvalorización social trae como consecuencia que se las/os convierta en “invisibles”, es decir, no se las/os ve, no se las/os tiene en cuenta y, consiguientemente, a la hora del diseño de políticas que les atañen, no son consultadas/os.

13.1. Derechos y Responsabilidades

Dentro de los mitos y prejuicios sobre el envejecimiento que enumeramos anteriormente, a las/os adultas mayores se les aplican apodosos que es habitual darles a los niños y a las niñas, particularmente que son caprichosos/as. Como consecuencia, esa lógica de infantilización implica que en el momento de tomar decisiones las personas dudarán, temerán o ignorarán qué es lo que tienen que hacer o decidir, por lo tanto otros deberán hacerse cargo y asumir la conducción, ocupando los espacios de poder que los adultos y adultas mayores van dejando o perdiendo. Este desarrollo se va imponiendo lenta y progresivamente, por lo que el mayor, va despojándose de sus responsabilidades y, consiguientemente, de sus derechos. De este modo, a persona pierde poder, conduciéndolo, ineludiblemente, a una pérdida de su autoestima.

La defensa de las/os derechos se realiza fundamentalmente a través de:

- La toma de conciencia:

Supone el reconocimiento individual y grupal de ser merecedores de derechos.

Esta toma de conciencia emerge más fácilmente si es construida y pensada en las organizaciones. Asumida grupalmente y sostenida en las redes de la comunidad, dará la posibilidad de mejores alternativas de resolución a las/os problemas.

- Información

Las personas informadas adecuadamente, están mejor preparadas para aprovechar oportunidades, obtener servicios, velar por sus derechos, negociar eficazmente y controlar las acciones del estado y de las organizaciones no gubernamentales (ONGs).

Cambiar la posición debilitada de las personas adultas mayores dependientes es una tarea que corresponde a toda la sociedad, además del propio grupo. Es por ello que cuando se piensa en estrategias comunicacionales para difundir los derechos de las/os adultas/os mayores, resulta ventajoso apelar a discursos que se dirijan a todos los sectores sociales y grupos generacionales.

- Participación

El desarrollo de propuestas eficaces para la defensa de los derechos de las personas adultas mayores requiere de la participación protagónica de las mismas, asumiendo roles activos en los diversos ámbitos de desarrollo de la comunidad y ocupando lugares en todos los espacios posibles.

- Promoción de cambio de actitudes

Para posibilitar la reducción de la vulnerabilidad, es ineludible promover cambios de actitudes sociales que remuevan los prejuicios a través de campañas de comunicación o de acciones concretas que denuncien la situación de las personas adultas mayores, promoviendo el cambio de actitudes y la no discriminación por razones de edad.

- Empoderamiento

La falta de poder y estatus de las personas de edad

avanzada trae como resultado la dificultad para reclamar servicios, conocer y negociar sus derechos, reaccionar frente al maltrato o la violencia del abandono, exigir información y protestar contra la discriminación por edad.

La interacción que posibilita la participación en toda organización de la comunidad, centro de jubilados, iglesias, municipios, sindicatos, espacios recreativos culturales, educativos, etc., favorece la autoestima a través del reconocimiento que pueden hacer otros del propio valor de los adultos y las adultas mayores

En el fortalecimiento mutuo se construye el empoderamiento, entendiendo a este como el poder que se construye desde uno mismo y con los demás, mejorando así la calificación social.

13.2. Situación internacional para la implementación de los derechos

En el año 2007 se realizó en Brasilia la Segunda Conferencia Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe: “Hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en Derechos”, organizada por la CEPAL y el gobierno de la República Federativa del Brasil.

La conferencia dio como resultado la redacción de un documento que es la “Declaración de Brasilia”. Tomando en cuenta las aspiraciones alcanzadas, queremos destacar especialmente algunas de ellas en las que se subrayan objetivos políticos, económicos y de desarrollo para el futuro:

- La responsabilidad de los gobiernos -de acuerdo con sus marcos jurídicos- de promover y prestar los servicios sociales y de salud básicos, y de facilitar el acceso a ellos, teniendo en cuenta las necesidades específicas de las personas adultas mayores.
- Que la población en América Latina y el Caribe ha ido envejeciendo de manera heterogénea y que en algunos países el proceso está más avanzado que en otros, y en

consecuencia los desafíos en términos de adecuación de las respuestas del Estado a los cambios de la estructura por edades de la población son diferenciados.

- Es indispensable que el envejecimiento de la población no esté circunscrito a las actuales generaciones de personas adultas mayores y es fundamental avanzar hacia la construcción de sociedades más inclusivas, cohesionadas y democráticas, que rechacen todas las formas de discriminación, incluidas las relacionadas con la edad, y afianzar los mecanismos de solidaridad entre generaciones.
- Realizar esfuerzos para promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de todas las personas adultas mayores, trabajar en la erradicación de todas las formas de discriminación y violencia, y crear redes de protección de los adultos y las adultas mayores para hacer efectivos sus derechos.
- Incorporar la perspectiva de género en todas las políticas y programas que tengan en consideración las necesidades y experiencias de las personas adultas mayores.
- Incorporar el tema del envejecimiento y darle prioridad en todos los ámbitos de las políticas públicas y programas, así como destinar y gestionar los recursos humanos, materiales y financieros para lograr un adecuado seguimiento y evaluación de las medidas puestas en práctica, diferenciando el área urbana y rural, y reconociendo la perspectiva intergeneracional, de género y etnia en las políticas y programas destinados a los sectores más vulnerados de la población, en función de su condición económica y social y de situaciones de emergencia humanitaria, como los desastres naturales y el desplazamiento forzado.
- Promover la puesta en práctica de iniciativas para

mejorar la accesibilidad del espacio público, adaptar las viviendas a las necesidades de los hogares multigeneracionales y unipersonales compuestos por personas adultas mayores y facilitar el envejecimiento en el hogar con medidas de apoyo a las familias, y en especial a las mujeres, en las tareas de cuidado.

- Hacer todos los esfuerzos por ampliar y mejorar la cobertura de pensiones, sean contributivas o no contributivas, así como adoptar medidas para incorporar mayor solidaridad a nuestros sistemas de protección social.
- Promover el trabajo digno, conforme a los criterios de la Organización Internacional del Trabajo, para todas las personas adultas mayores, gestionando y destinando apoyos crediticios, capacitación y programas de comercialización que promuevan una vejez digna y productiva.
- Propiciar la creación de programas de licenciatura y maestría en gerontología social y administración de servicios de atención geriátrica en universidades de la región, a fin de alentar a las/os jóvenes a seguir carreras afines en los países y reducir el éxodo de profesionales de la salud de la región.
- Instar a los centros académicos, a las sociedades científicas y a las redes de cooperación en población, envejecimiento y desarrollo, a realizar estudios detallados, diversificados y especializados sobre el tema, así como a organizar reuniones de trabajo e intercambio para fortalecer la agenda de investigación y capacitación en materia de envejecimiento, y crear y apoyar centros de estudios, investigación y formación de recursos humanos en este ámbito.
- Tener en cuenta a las personas adultas mayores en los esfuerzos en curso para alcanzar los objetivos de

desarrollo convenidos internacionalmente, incluidos los de la Declaración del Milenio.

En mayo de 2009 se realizó en Buenos Aires la II Reunión de Seguimiento de la Reunión de Brasilia, con el objetivo de alcanzar una Convención Internacional de Derechos de las Personas de Edad. Como observamos, se ha venido trabajando arduamente en todos los aspectos del desarrollo de la temática y especialmente en los políticos y económicos.

Las singularidades culturales, legislativas, jurídicas, sociales y económicas, propias de las naciones, resultan impedimentos para alcanzar una normativa internacional común de derechos, como se ha logrado por ejemplo en el caso de las mujeres y las/os niños, a través de convenciones internacionales.

Estamos convencidos de que llegará el momento de arribar a acuerdos abarcativos que los contemplen, organizando marcos de protección y participación social adecuados a cada una de las necesidades de las personas adultas mayores.

ANEXO

Vínculos de las personas adultas mayores con otras temáticas. Aportes de los foros de la sociedad civil del INADI.

I. Vínculo entre personas adultas mayores y discapacidad

A pesar de que nuestro país contempla en su legislación un abanico bastante amplio de problemas que abarcan el tema de discapacidad, no existe aun hoy una concepción que vincule la problemática de adultos y adultas mayores con la discapacidad, a pesar de que en muchísimas ocasiones estos últimos presentan cuadros de secuelas físicas y sensoriales, con grandes deficiencias y graves dificultades de autovalimiento y de adaptación al medio físico. Partiendo de lo explicitado, una concepción moderna de la discapacidad establecería un estrecho vínculo entre ambas problemáticas con la sustentación presupuestaria que implica. Las financiadoras de la salud en Argentina son las principales opositoras a esta concepción.

Así planteadas, estas dificultades impulsan a la persona adulta mayor a un mayor aislamiento social, discriminación y padecimiento, incrementado por sus dificultades de socialización y traslado físico, que incrementa su acceso elemental a los recursos de salud y su inserción y participación de la vida social.

En el caso de las personas adultas mayores con discapacidad mental se agrava el problema al no existir otro/a adulto/a que se haga cargo de su representación legal, que pasa a engrosar la lista de personas a disponibilidad del Poder Judicial.

Otro capítulo de gravedad lo componen las personas adultas mayores en situación de encierro, cuando a esta situación se le agrega una deficiencia motora o sensorial limitante.

II. Vínculo entre adultos/as mayores y etnicidad

a. Personas adultas mayores y afrodescendientes

Las personas afrodescendientes siguen padeciendo enfermedades de la época colonial: alta incidencia de la diabetes, anemias crónicas, descalcificación ósea, entre otras enfermedades que aquejan a este colectivo étnico. De este modo, la discriminación instaurada por el sistema colonial persiste, a través de la invisibilización: a los/as afroargentinos/as se les niega la existencia y esta negación se manifiesta en la ausencia de datos y políticas concretas que aseguren el acceso a la salud y el bienestar de la población afro, en especial los/as adultos/as mayores que sufren estas enfermedades en el marco de situaciones de exclusión social y negación cultural.

b. Personas adultas mayores indígenas

Desde la cosmovisión indígena los/as abuelos/as son amautas (sabios) que tienen un conocimiento espiritual y conexión con la naturaleza; son los/las maestros/as en los territorios de las comunidades en que habitan.

Desde la cultura occidental se invisibiliza la filosofía de vida de los pueblos indígenas que viven en armonía con la naturaleza.

Las personas indígenas no se jubilan, tienen pensiones inestables que no cubren sus necesidades básicas. Las personas adultas mayores indígenas carecen de derechos económicos y sociales, de salud y reconocimiento de derechos. Constantemente sufren desalojos, usurpación de territorios, negación de la autonomía política y de la existencia como pueblos.

III. Vínculo entre personas adultas mayores y migraciones

Los adultos y las adultas mayores migrantes viven una exclusión múltiple: no cuentan con obra social, jubilación o pensión ya que se requieren 30 años de residencia. En este marco, los/as adultos/os mayores dependen de la asistencia de organizaciones sociales o por redes familiares.

Existen personas adultas mayores en situación de calle debido a la exclusión que sufren, entre la que se destaca la barrera lingüística.

En este sentido la salud, la vivienda y la subsistencia son los principales problemas que aquejan a los/as adultos/as mayores migrantes a pesar de los progresos en materia legislativa y jurídica en nuestro país.

IV. Vínculo entre personas adultas mayores y VIH-sida

Actualmente las personas mayores de 50 años corren más riesgos de contraer el VIH-sida, debido que se ha comprobado que están menos informados/as para prevenir esta enfermedad, mientras están concentrados/as en tener una vida sexual más perdurable por los tratamientos efectivos contra la disfunción eréctil.

Un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), alertaba el crecimiento del VIH-sida en personas mayores de 50 años, desde el 2003, ya que en los últimos tres años se registro un aumento de infectados de un 20 a un 25 por ciento.

El primer factor para contraer la enfermedad es que existe falta de información.

El segundo factor que ha colaborado en la trasmisión son los medicamentos que tratan la disfunción eréctil, que han extendido la vida sexual de muchos individuos de más edad, pero también la pandemia del VIH en estos grupos.

También hay otros factores que han provocado que los adultos y las adultas mayores no tengan la información necesaria para prevenir la enfermedad, por ejemplo:

- Las personas adultas mayores son menos propensas que las personas más jóvenes a hablar con sus médicos sobre su vida sexual o el consumo de drogas.
- Es posible que los médicos no les pregunten a los pacientes adultos mayores sobre su vida sexual o el consumo de drogas o de que hablen con ellos/ellas sobre los comportamientos de riesgo.

En la actualidad las personas adultas mayores que viven con VIH pueden identificarse en dos grupos: las que lo contrajeron antes de los 50 años y las que lo contrajeron después de haber cumplido esa edad.

Las personas adultas mayores mayores, además, enfrentan discriminación por vivir con VIH, ante el reproche de amigos o familiares que cuestionan que a una edad avanzada hayan contraído este virus.

Bibliografía

Butler, R.N. (1963), "The life review: An interpretation of reminiscence in the aged", *Psychiatry*, 26, págs. 65-70.

Butler, R.; Lewis, M. y Sutherland, T. (1998) *Aging and mental health. Positive psychosocial and biomedical approaches*, Fifth Edition, Estados Unidos: Allyn and Bacon.

Corominas J. y Pascual J. (1980). *Diccionario crítico etimológico castellano e hispánico*, Madrid: Ed. Gredos.

Dabove Caramuto, M. I. (2002). *Los Derechos de los ancianos*, Rosario: Ciudad Argentina.

Dabove Caramuto, M. I. y Prunoto Laborde, A. Ed. (2006). *Derecho de la ancianidad. Perspectiva interdisciplinaria*, Rosario: Juris.

De Beauvoir, S. (1970). *La Vejez*. Buenos Aires: Ed. Sudamericana.

Featherstone, M y Hepworth, M. (1991). "The mask of aging and the Postmodern Life Course" en Featherstone, M., Hepworth, M. y Turner, B.S. (Eds.) *The body: social process and cultural theory*, Thousands Oaks, CA: Sage.

Featherstone, M. y Hepworth, M., "Post- Bodies, Aging and Virtual Reality", en Featherstone, M. y Wernick, A. Ed. (1995). *Images of Aging*, Londres: Routledge.

Galtung J. (1995). *Violencia, guerra y su impacto. Sobre los efectos visibles e invisibles de la violencia*. Recuperado de: <http://them.polylog.org/5/fjjes.htm>

Iacub, R. (2001). *Proyectar La vida. El desafío de los mayores*. Buenos Aires: Manantial.

Iacub, R. (2006). *Erótica y Vejez. Perspectivas de Occidente*. Buenos Aires: Paidós.

Iacub, R. (2009). *Identidad y Vejez*, Módulo N.º 1, Cátedra Psicología de la Tercera Edad y Vejez, Facultad de Psicología UBA, sin editar.

Levy, B.; Slade, M.; Kunkel, S. y Kasl, S. "Longevity Increased by Positive Self-Perceptions of Aging *Journal of Personality and Social Psychology*, V. 83, N. 2.

Levy, B. y Banaji M. (2004), "Implícit Ageism" en *Ageism*.

Todd D. Nelson, Comp. *Stereotyping and Prejudice against Older Persons*, Massachusetts: The it Press.

Katz, S. (1996). *Disciplining Old Age: the formation of gerontological knowledge*, Estados Unidos: Ed. University Press.

Kelly, L. (1977). "The aging male homosexual: Myth and reality", *The Gerontologist*, 77(4).

La Biblia, Letra Grande, Madrid: Verbo Divino, Madrid, 1972.

Mc Gowan T. (1996). "Ageism and discrimination" en Birren, J., *Encyclopedia of Gerontology*. Nueva York: Academic Press.

Mc Namme, S. y Gergen, K. (1996). *La terapia como construcción social*. Buenos Aires: Paidós.

Moody, H. (1996). *Ethics in an Aging Society*. Estados Unidos: Ed. John Hopkins University Press.

Neugarten, B. (1999). *Los significados de la edad*. Barcelona: Herder.

Palmore, E. (1998). *The facts on aging quiz*. Nueva York: Springer.

ONU, Asamblea General de las Naciones Unidas (1991). *Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad*.

Rice, C., Lockenhoff, C. y Cartensen, L. (2002). "En busca de independencia y productividad: cómo influyen las culturas occidentales en las explicaciones individuales y científicas del envejecimiento", en *Revista Latinoamericana de Psicología*, Vol. 34 Números 1-2.

Turner, B. (1995). "Aging and Identity: some reflections on the somatization of the self, en Featherstone y Hepworth, *Images of Aging Cultural Representations of Later Life*, Londres: Routledge.

Salvarezza, L. (2002). *Psicogeriatría. Teoría y Clínica*. Buenos Aires: Paidós.

IMSERSO y CSIC (2001), Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, <http://www.imserso.es>

Ministerio de Desarrollo Social, Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia, Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (2009). Segunda Reunión de Seguimiento de la Reunión de Brasilia.



@inadi



inadiok



inadiok



Seguinos en INADI:



Avenida de Mayo 1401 (C1085ABE) - CABA

www.inadi.gov.ar

TE: 4380-5600 | 4380-5700 | 0800-999-2345



inadi
Instituto Nacional
contra la Discriminación,
la Xenofobia y el Racismo

TRABAJAMOS
POR TUS
DERECHOS



Ministerio de Justicia
y Derechos Humanos
**Presidencia
de la Nación**