



Universidad Nacional de Avellaneda

Especialización en Envejecimiento Activo y Saludable de los Adultos Mayores

**Trabajo Final Integrador**

Título del trabajo: **Compartiendo un tiempo de vida**

Estudiante: **Lic. Andrea Fabiana Renna**

Directora: Dra. Cecilia Almada

10 de diciembre de 2021

## **Agradecimiento**

Hace un tiempo no muy largo, una persona dijo: “Los agradecimientos se escriben al final”. De este modo pude terminar a puro deseo, esta breve pero verdadera historia de vida.

Quienes compartimos aquellos momentos, de repente con la Covid-19 tuvimos días malos y buenos, aprendimos a llevarlos con bondad y con alegría, a fuerza de voluntad descubrimos el verdadero significado de ser pacientes para sobrellevar las enfermedades, las dolencias, las incertidumbres y los miedos.

Agradezco a todas las personas que se han cruzado en mi camino que me dieron fuerzas para seguir adelante.

Gracias a mis hijos, Agustina y Julián.

Gracias a Elena y Jerónimo por acompañarme incondicionalmente.

Agradezco a las docentes, quienes me han acompañado en todo momento con sus consejos, conocimientos y apoyo.

Al Sr. V., por atreverse a mostrar especialmente, las muy variadas sentencias sobre el envejecimiento.

El camino recorrido ha sido largo, para volver a casa.

## Dedicatoria

Dedicado a mi papá que ilustró cada palabra.

Ya casi estas de pie y dejarás huellas en el camino.

Como decís vos "*Ni viejo, ni abuelo, hasta el final*".

## Índice

Agradecimiento	2
Dedicatoria	3
Índice	4
Introducción	5
Capítulo I	11
Comportamientos masculinos. La historia del Sr. V.	11
Representaciones sobre la vejez y el efecto sobre la salud del Sr. V.	13
Vejez como sinónimo de abuelidad	16
El deterioro de la salud como consecuencia del tabaquismo	18
La importancia de las redes de apoyo	24
Capítulo II	27
El camino hacia la sabiduría	27
Resignificación de la vejez	30
Capítulo III	33
Importancia de la actividad física y el trabajo anticipado sobre la vejez	33
Capítulo IV	40
Consideraciones finales	40
Referencias bibliográficas	45
Anexos	52
Anexo I: Ley N° 26687	52
Anexo II: Registro Fotográfico	62
Anexo III: Consentimiento Informado	64
Anexo IV: Entrevista	65

## Introducción

El presente trabajo pretende realizar una integración conceptual de lo aprendido a lo largo de la Especialización en Envejecimiento Activo y Saludable de los Adultos Mayores, y para ello, se partió por la presentación de un caso que fue utilizado para desplegar las diferentes perspectivas teóricas.

Numerosas teorías explican las causas del envejecimiento, como pueden ser las teorías biológicas, las psicológicas o las sociológicas. Envejecer repercute en el plano psíquico, y de esta manera, resulta interesante observar cómo la posición que la persona adopte es clave para afrontar los cambios en el envejecimiento. Vivimos en una cultura que tiene significados ambivalentes en torno a la vejez, pero cuando se llega a ella, el espejo personal y social carente de fundamento, nos devuelve desde una óptica más vivencial el vejeísmo. Por lo tanto, más adelante abordaremos las posturas edadistas.

El envejecimiento es un proceso variable, inevitable, irreversible, universal, progresivo, en la cual la transición de la adultez a la vejez (o vejeces) puede ser analizada y pensada como un complejo entramado, en el que cada persona envejece de una manera distinta.

En estas páginas, se presentarán los resultados de un estudio de caso sobre envejecimiento correspondiente a un paciente masculino, ingresado en un nosocomio de la zona sur del Gran Buenos Aires en el 2020. Al momento del ingreso, la familia desconocía el diagnóstico que provocó su internación.

En aquel año, la aparición repentina de la pandemia mortífera afectó a toda la humanidad independientemente de su letalidad. La humanidad toda, estaba profundamente alarmada, preocupada, por la gravedad de la nueva enfermedad: la COVID-19<sup>1</sup>.

Esta situación fue muy angustiante, ya que se determinó como medida de prevención, el confinamiento temporario, que exigió una cuarentena estricta para que el virus que aceleró la pandemia por COVID-19, no siguiera circulando. La presencia de factores de riesgo o enfermedades crónicas coexistentes, añadió afectaciones graves, principalmente, en el envejecimiento mundial.

Para la mejor comprensión de la COVID-19, basta recordar que la crisis produjo un impacto en la población mundial. Sin dudas, en las personas mayores el aislamiento afectó al bienestar general, y trajo aparejados problemas de salud debido a las

---

<sup>1</sup> La COVID-19 es la enfermedad causada por el nuevo coronavirus conocido como SARS-CoV-2. La OMS tuvo noticia por primera vez de la existencia de este nuevo virus el 31 de diciembre de 2019, al ser informada de un grupo de casos de «neumonía vírica» que se habían declarado en Wuhan (República Popular China).

interrupciones en la atención, tratamientos, cuidados y rutinas que no han podido ser reorganizadas.

Ante este escenario amenazante, se dificultaba la búsqueda, organización y alternativas para salir del aislamiento social en medio de un clima de verdadero pánico, que pese a todo, advertía la importancia de cuidar de la salud y continuar con la práctica de actividad física y movilidad saludable, en las que personas con enfermedades no transmisibles se han visto afectadas.

En ese contexto, se procedió a seleccionar un caso de manera intencional, fundamentado en la oportunidad de haber realizado observaciones participantes semanales, que fueron llevadas a cabo durante un plazo de dos años, coincidente con el periodo de ASPO. Tuve la oportunidad de observar en forma directa al Sr.V., en sus conversaciones en la habitación con otras personas hospitalizadas y no hospitalizadas, que despertaron el interés de quien suscribe, enfatizando el tema central de estudio sobre el cual gira esencialmente el caso, la vejez.

La diversidad de modos de envejecimiento depende de múltiples factores, en base a las características y condiciones de vida, sean estos endógenos, relacionados con una disminución en la funcionalidad fisiológica que aumenta el riesgo de vulnerabilidad para contraer enfermedades (alguna de ellas podrían ser infecciosas, respiratorias, cardiovasculares, entre otras); o factores exógenos, entre ellos, mencionaré los sociales, asociados a las relaciones del individuo con otros a lo largo de su historia y en un ambiente determinado.

Como ya fue mencionado, múltiples cambios se experimentan al envejecer, dependerá del sujeto cómo integre y resuelva sus transiciones o pasaje a otra etapa de vida, en relación a su tiempo, a su historia, a su entorno. Más adelante, se analizan factores culturales y sociales que están presentes y explican de algún modo, la postura que adopta el Sr. V., en la cual, se advierte la presencia e influencia de estereotipos implícitos viejistas, sobre la masculinidad, que influyeron en las transiciones y cambios al envejecer.

Cada etapa de vida es objeto de alguna representación social. La vejez es un compendio de las propias “vidas pasadas vividas”, que le da continuidad al ser humano hasta el final de su existencia. Con respecto al caso presentado, el Sr. V., manifiesta cierto desapego a su adultez mayor. Según Iacub (2015), los sujetos pueden incluirse, excluirse, empoderarse o desempoderarse ante dichos espacios simbólicos. En el caso que nos ocupa, este desapego se expresa en la actitud de rechazo a la vejez frente a los cambios

que afectan su calidad de vida que involucran distintos procesos, no solamente a su cuerpo, sino también, a la relación de sí en sus múltiples experiencias.

En este escenario de representación de las vejeces, los malestares explican el impacto que produce la vejez en su masculinidad que lo tensiona. Como veremos más adelante, la masculinidad hegemónica se asocia entre otros rasgos, con la fortaleza física, económica, posición de poder y desapego emocional, que cobra sentido en su masculinidad con una persistente actitud de rechazo a la vejez, apelando a las añoranzas de sus experiencias de juventud, experimentando aflicción y malestar.

Al hablar de vejez, Zarebski (2005) plantea que existen “vejeces”. De acuerdo con este concepto, resulta pertinente articular el caso que presentamos como cierre de la formación de posgrado en envejecimiento, que me permitió acentuar los distintos ciclos de vida.

Si se toma como punto de partida que el envejecimiento implica una serie de cambios que son inevitables, y que ocurren como consecuencia del paso del tiempo (Bernaldo de Quiros, 2006), el análisis de las circunstancias atravesadas por el Sr.V. durante la pandemia, resulta valioso para reflexionar sobre los modos en que se transita la vejez y el papel relevante de las prácticas preventivas como oportunidad para acompañar y vivir un envejecimiento con calidad de vida.

Las personas mayores han sufrido un desmejoramiento de su salud, empobrecimiento, tratos probablemente cuestionables, un envejecimiento social desalentador y discriminador durante el tiempo de encierro relacionados con el mayor riesgo de contagio por COVID-19, lo que ha empeorado la visión de la vejez o vejeces.

El abordaje de este caso desde los aportes de Zarebski y Marconi (2013) sobre los factores psíquicos protectores del envejecimiento, nos permitirá determinar si el Sr.V. cuenta con los recursos psíquicos protectores para hacer frente a su envejecimiento y sus límites. Se pone especial atención en la existencia por parte del Sr. V., de la elaboración de un trabajo psíquico anticipado y gradual, respecto a la propia vejez que para lograr la continuidad en la identidad a través del paso del tiempo, trabajo que debería elaborarse desde la juventud y que le permitirá como sujeto envejeciente, posicionarse ante su propia vejez, actuando como uno de los factores protectores para su envejecimiento.

La metodología del estudio de caso es relevante en la temática elegida ya que, según Chetty (1996), es adecuada para estudiar múltiples perspectivas y permite explorar y

obtener conocimiento más amplio sobre los temas emergentes. También, hace posible describir y explicar mediante una constatación directa, un contexto de la vida real.

Además, como técnica, la observación permitió realizar una observación participante no estructurada, que involucró a quien suscribe, en un escenario institucional (hospital), y favoreció la recolección de datos producto de las conversaciones de hechos emergentes, que adquirieron significativa importancia al analizar el caso.

En definitiva, los hallazgos permitieron describir y reconocer un modo particular de envejecer, en el que se pudo comprobar que en el envejecimiento intervienen factores multicausales. Entre esos factores, una de las fuentes de tensión fue la falta de actividad física, que constituye una de las causas de discapacidad, y en ocasiones, puede desencadenar una mayor vulnerabilidad. Asimismo, se analiza cómo la capacidad del ser flexible, favorece el afrontamiento de la vejez, en relación a los múltiples cambios que lo enfrenta a sus propios prejuicios y resistencias internas.

Su envejecimiento se manifiesta no sólo interiormente, sino que le revela cómo la influencia del comportamiento social explícitamente prejuiciosa, lo etiqueta y lo encasilla como una persona vieja.

A medida que se envejece, las personas son propensas a presentar complicaciones farmacológicas relacionadas con el hábito de automedicación, acción que acarrea consecuencias causando diversas sintomatologías susceptibles a reacciones adversas medicamentosas, y pone en peligro la vida de la persona.

También, puede suceder que por los riesgos productos de controles en las políticas de protección social adecuadas, obstaculicen y pongan en riesgo a un grupo población o individuo.

Una postura prejuiciosa que observamos por su relato, pone énfasis en la vinculación de la vejez con la discapacidad. La dependencia funcional puede presentarse en cualquier momento de la vida, sin afectar la autonomía incluso en el envejecimiento. El envejecimiento nos interpela hoy en día, además, obliga a revisar los prejuicios y estereotipos adquiridos a lo largo de la trayectoria de vida que se expresan en el contexto social, las características sociales y culturales, y el carácter individual y colectivo en el que surgieron.

En este contexto, es que reflexiono acerca del impacto en los cambios precipitados y significativos, y el incremento de los riesgos que produce la disminución o interrupción de rutinas diarias, lo cual puede afectar el autocuidado en la salud, esencialmente en la capacidad de mantenerse activos.



Como señala García Arroyo (1995; citado por Sinovas y Marugán De Miguelsanz, 2010, p.868), la imagen del “cuerpo propio” es uno de los componentes básicos de la identidad personal, ya que incide en el auto concepto y la autoestima que el ser humano de forma dinámica, va articulando y construyendo a lo largo de toda su vida.

Durante la pandemia, las personas mayores han sido consideradas personas en riesgo. Naturalmente, pasará mucho tiempo para sanar las heridas psicosociales profundas y recuperarnos del acecho del COVID-19.

Por ello, hoy más que nunca, la pandemia deberá servir para plantearnos nuevos desafíos y oportunidades que pongan en relieve el mayor bienestar de todas las personas. Esto nos hace reflexionar sobre una mejora de calidad de vida para las personas mayores generando estrategias, a partir de evaluar acciones y establecer marcos comunes que nos permitan crear espacios de colaboración, para comprender y dar respuesta frente a los retos del contexto actual y futuro.

“Compartiendo un tiempo de vida” es mucho más que una indagación sobre un caso. Es la historia del Sr.V. de 78 años y único miembro vivo de su familia de origen.

Este trabajo intenta abordar un caso de envejecimiento patológico que me permite describir los acontecimientos que alteraron su identidad, su masculinidad, analizar cómo interpreta dichos sucesos, y cómo impactan e irrumpen en su envejecer. Sin embargo, con el transcurso del tiempo, los cambios no serán solamente físicos sino también internos, que, desde su experiencia subjetiva, contribuyen a explicar el modo de la vejez construida, reconocerse como sujeto envejeciente. Entonces, el Sr.V. debe trabajar con su propia realidad, con sus problemas, desmontarlos y cambiarlos para facilitar la adquisición de patrones saludables, que posibiliten continuar con su desarrollo en esta etapa de su vida.

Es posible que la lectura de este trabajo produzca desánimo. Por el contrario, la idea es valorar y comprender los modos distintos de envejecimiento, y cómo impactan en la vida de una persona ante situaciones adversas que pudieron ser prevenibles. La reducción en la circulación, el impacto de las restricciones sociales, habida cuenta de las experiencias particulares, el grado de incertidumbre registrada producto del COVID-19 afectaron negativamente su salud.

Para facilitar la lectura el presente trabajo se divide en cuatro capítulos, incluida esta introducción. En el capítulo I, se comienza describiendo el impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud en las personas mayores, no solo por estar expuestos a la enfermedad, sino además, por la falta de atención en su propio bienestar y sus

consecuencias. El capítulo II, recupera y describe los comportamientos masculinos, prejuicios y tensiones en el envejecimiento. En el capítulo III, se describe el deterioro en la salud en el curso del envejecimiento, además de las consecuencias en la movilidad, la prevalencia en patrones de conductas y sus repercusiones. El capítulo IV aborda la importancia de la actividad física y el trabajo anticipado para la vejez y el cuidado personal, para dar paso a las conclusiones. Este capítulo apunta particularmente, a destacar la importancia de la protección o anticipación al envejecimiento, adecuando estrategias y recursos para educar en salud. Por ello, los cambios asociados al envejecimiento que experimentan las personas mayores debieran impulsar cuidados a nivel general, y fomentar la manera de cuidar y cuidarse para preservar a los sectores más vulnerables.

La Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, establece una serie de alcances promoviendo la protección de las personas envejecientes como sujetos de derecho, fomentar su empoderamiento, y participación como sujetos sociales. Dicho enfoque es clave para trabajar en políticas públicas que erradiquen la discriminación y maltrato hacia las personas mayores. Esta convención se aprobó el 15 de junio del 2015 por parte de los países miembros de la Organización de Estados Americanos (OEA), fecha en que se conmemora el Día Internacional de Toma de Conciencia sobre el abuso y maltrato en la vejez. En Argentina, se ratificó la Convención el 9 de mayo del 2017, a través de la Ley 27360<sup>2</sup> publicada en el Boletín Oficial en mayo de ese mismo año.

Generar espacios de participación colectiva y de acceso a oportunidades de mejora de las personas mayores, es el gran desafío para recuperar la calidad de vida durante la vejez, ante las demandas que se encuentran a la espera de respuestas.

---

<sup>2</sup> <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=275347>

## Capítulo I

### Comportamientos masculinos. La historia del Sr. V.

La intención de este estudio de caso fue compartir cómo construye el Sr.V. su aversión a la vejez, los recuerdos que pasan a ser parte de su memoria autobiográfica y autorreferencial, cómo esas representaciones están ligadas a cargas emocionales, y mostrar cómo esas representaciones sobre la vejez repercuten en el modo de atravesar las múltiples adversidades que transita en la actualidad.

Cada persona vive la vida y captura sus vivencias de diversas maneras; no todos se expresan ni envejecen físicamente igual, ni son afectados de la misma manera por las circunstancias que los rodean. No sólo lo biológico nos condiciona, el sujeto se nutre de múltiples experiencias.

Del relato del Sr.V., se desprende que uno de los motivos que motoriza sus reacciones ha sido el que obligaba a “quedarse en casa”, en respuesta a ello se desorganiza, ese hecho estresante le impidió buscar alternativas, y la culpabilización hacia la cuarentena demuestra fallas en el control de la situación o la finitud de dicho control, que se volvió para él inmanejable.

Diferentes autores han señalado la complejidad en el abordaje del envejecimiento. Zarebski (2005) reconoce la importancia que tiene la posición anticipada que adopte el sujeto frente a su propia vejez, porque incidirá en cómo se llegue a esa etapa. En el curso de la vida del Sr.V., subyacen algunas resistencias al cambio. Encaró una vejez con resistencia y lo vive como una amenaza. Inconscientemente, se resiste al cambio, sin preparación previa, atraviesa un envejecimiento con mala calidad de vida.

Uno de los mecanismos preventivos son los que Zarebski y Marconi (2013) denominaron factores psíquicos protectores, ante los cambios de la vida y lo que se pone en juego en el envejecimiento. Frente a los cambios y límites que experimenta el Sr.V. indagaremos más adelante cómo procesa sus límites y los transforma frente a sus cambios que tienden a desestabilizarlo.

En primer lugar, el caso del Sr.V. dio pie a inquietudes e interrogantes relacionadas con el proceso de envejecimiento que responde a los estereotipos de género construidos socialmente, y que, además, implican un reto principalmente, para entender, encarar y proponer soluciones al contexto que enfrentan.

“La masculinidad puede definirse como una construcción social acerca de lo qué significa ser varón en determinado tiempo y lugar, lo que implica que sus características son

influidas y sensibles a los cambios históricos y culturales" (Iacub, 2014, p.4). Estos conceptos surgen como categorías problemáticas cuando se trata de la imagen de la propia vejez en una historia de vida creadora de sentidos y significados sobre sí mismo. A pesar de sus propios prejuicios o rechazos, él se muestra más allá de sus arrugas. El Sr. V., adquirió el hábito de fumar muy joven, a los 14 años, por el año 1956. En aquél entonces, era moda y los varones fumaban desde muy temprana edad, para ser parte de una sociedad cuya influencia cultural se mostraba permeable al consumo del tabaco desde muy jóvenes.

Durante su adolescencia, consumía un paquete de cigarrillos diarios, cantidad que fue incrementándose con el correr de los años. Durante su vida adulta laboral, el consumo de cigarrillo no se limitó, sino que se incrementó a tres paquetes de cigarrillos por día, hasta el año 2000 que dejó por completo el hábito de fumar. De acuerdo con su relato *"deje de fumar porque me dio una pataleta, era él o yo. Entonces elegí dejar"* (Sr.V., comunicación personal, año 2021).

Según narra el Sr.V., deja de fumar al sufrir un episodio de dolor fuerte de pecho. Se puede inferir que ciertos espacios sociales y de poder estaban vinculados a determinadas prácticas sociales esperables para ser un varón, como fue el tabaquismo, que se tornó un imperativo del varón adulto.

El cigarrillo se convertía para los adolescentes, en una señal para garantizar o asegurar sus oportunidades sociales o laborales. Esto evidencia que el escenario de riesgo a futuro no era contemplado en aquella época.

El Sr.V. describe su identidad desde una narrativa situada a partir de la experiencia de vida, principalmente relacionada con el tabaquismo y su apoyo imperativo de masculinidad hegemónica asumida en un momento histórico de su existencia. De este modo, ese ideal hegemonizado, su adherencia al consumo de cigarrillo, conducta que se mantuvo por años, ha resultado el factor determinante del deterioro de su calidad de vida. A propósito de su experiencia con el tabaquismo, el Sr.V. sostuvo *"En aquel momento hacían publicidad para que fumes, no para que te cuides"* (Sr.V., comunicación personal, año 2021).

Sin embargo, este hábito nocivo fue el inicio de una serie de hechos encadenados con un desenlace que impacta en su envejecimiento.

En este contexto, se encuentran implícitas creencias negativas hacia la vejez, algunos atribuidos a estereotipos y prejuicios relacionados con el viejismo (Levy y Benaji, 2004), se ponen de manifiesto a través de algunas de sus actitudes viejistas. Sin embargo, los

eventos actuales lo conducen a revivir su pasado, enfrentar su presente y superar los desafíos. Cada persona puede tener mayor o menor representación de lo que considera salud o estado saludable, los últimos chequeos médicos fueron en el año 2000, y desde entonces, el Sr.V. sostuvo erróneamente que se encontraba en perfecto estado de salud.

No sólo el proceso de envejecimiento es interno, sino que también se vincula con el entorno. De este modo, en la concepción subjetiva de la vejez influyen las condiciones contextuales y las circunstancias particulares de la trayectoria vital de cada persona. Las representaciones sociales, los relatos sobre la edad y el género organizan escenarios sociales, conductas y actividades que diferencian a los sujetos. Los estereotipos sobre la vejez podrían interpretarse como una amenaza a la propia masculinidad al percibir la imagen de la propia vejez.

Con posterioridad a los exámenes clínicos realizados en 2021, las malas noticias no tardaron en aparecer. Ya en la cama del hospital, les dijo a los médicos: *“si yo hubiera sabido que fumar te hacía esto, nunca lo hubiera hecho”* (Sr.V., comunicación personal, año 2021). Esta afirmación opera como justificación ante la falta de autocuidado.

*“A los hombres se nos educaba para ser fuertes, respetar normas y mandatos sociales y no mostrarnos vulnerables”* (Sr.V, comunicación personal, año 2021).

Esa fortaleza que expresa a través de sus palabras, es posible que se imponga de forma que fomente roles y mandatos que producen en los varones sufrimiento y exposición del cuerpo.

En base a los aspectos afectivos, cognitivos y sociales, se plantea cómo la cultura y la sociedad ha influido en su modo de vivir, teniendo en cuenta ese escenario de estereotipos, de roles y atributos de comportamiento masculinos afectando su autocuidado perceptible en la vejez.

La representación en el envejecimiento social cimentada en muchos casos por discursos producto de creencias o de mandatos sociales, incidirá en el cuidado de la salud en mayor o menor medida frente al paso del tiempo.

### **Representaciones sobre la vejez y el efecto sobre la salud del Sr. V.**

Debemos entonces, prestar atención a los significados atribuidos al envejecimiento. Según Iacub (2011) este proceso supone que, a lo largo de la vida, el sujeto se apropia de las características asociadas a la vejez. En el caso que nos ocupa, la tensión está puesta en la representación de sí desde la masculinidad hegemónica naturalizada, que determinó roles y comportamientos a lo largo de su vida. Algunas de las vivencias

actuales que lo afectan, son producto de las tradiciones masculinas imperantes en su época de juventud, y de ese ideal de masculinidad influenciado por la cultura dominante. Sin embargo, estos comportamientos no fueron un hecho aislado, sino que son producto de lo vivido desde su masculinidad, constituida acorde a los discursos hegemónicos hoy cuestionados, pero aún presentes.

El quid de la cuestión es prestar atención a cómo revive y procesa el Sr.V. sus recuerdos, para convertirlos en experiencias de las que aprender. De este modo, sus recuerdos del pasado y el efecto que produce en sí esos recuerdos de juventud, como la aparición de algunas creencias rígidas que exponen los espacios de desarrollo social en relación a la vejez, le dificulta aceptar el envejecimiento.

La representación del cuerpo estereotipado está presente sobre todo por algo tan complejo, dado que como expresa Iacub (2006) el tiempo se hace cuerpo en la vejez y se presenta como despiadado.

Narrar los cambios que ponen en jaque lo que se es, los cambios en la cadena generacional, los cambios sociales, los cambios físicos o funcionales y como lo interpretas, altera la relación que tiene consigo mismo, entre otros cambios que experimenta como son los físicos. Los procesos cognitivos constituyen un poderoso recurso para sostener su identidad, a la vez son el medio para la elaboración de lo vivido y la proyección de lo porvenir. Los sucesos imprevistos que describiré a continuación, sumados a las representaciones negativas sobre la vejez, son un punto de tensión en este momento de su vida.

Durante el tiempo de confinamiento duro y estricto, una de las hijas del Sr. V. se acercaba periódicamente a su domicilio, organizando un cronograma de visitas acotadas que respondía a las recomendaciones sanitarias para evitar el contagio.

El Sr.V. vive con su esposa. En ese entonces, por las noches, se quedaba a dormir un nieto, que es precisamente el que descubrió que a su abuelo algo le pasaba, lo veía con dolor, caminaba lento, y a veces, se quedaba apoyado contra una pared o sentado.

Al parecer, el camino que recorrió la familia del Sr.V., estuvo plagado de dificultades que debieron afrontar. En contexto de pandemia, se dificultó el acceso a la atención médica a la espera de un diagnóstico, y conforme pasaba el tiempo, las probabilidades de riesgo aumentaron.

La familia se preparaba para afrontar lo que parecía inexorable, lo que no se pudo evitar, la amputación de miembro inferior. La hija, podía anticipar el desafío que se avecinaba

cada vez con más certeza, y parecía prepararse para los tiempos que gradualmente se aproximaban.

En mayo del 2020, el Sr.V. fue hospitalizado por primera vez en un nosocomio de la zona sur del Gran Buenos Aires. Tenía su pierna amoratada, el pie entumecido, úlceras abiertas en su pierna, inflamación, experimentaba inconvenientes para caminar por el dolor. Por las lesiones tróficas, sumado a la oclusión poplítea debía someterse a un estudio programado de miembros inferiores<sup>3</sup> para evaluar según hallazgo, la posible revascularización o intervención quirúrgica debido a que su evolución no era favorable.

Durante su internación por aquel entonces, la inclemencia del tiempo no ayudaba para reconfortar a los pacientes que pasaban sus días y noches internados en la habitación 310. El estado general de las instalaciones, en el tercer piso del ala vieja del hospital, probablemente no fueron las adecuadas. Teniendo en cuenta lo dicho, algunos aspectos estructurales de la institución también pudieron influir negativamente en el estado de ánimo del Sr.V., durante su hospitalización.

Las habitaciones compartidas contaban con seis camas, un gran ventanal, algunas cortinas sucias y desgarradas, sin calefacción ni televisión. En algún caso, la iluminación se reducía a la luz del día o alguna lamparita o tubos fluorescentes (que a veces no funcionaban); incluso el estado general de los colchones imposibilitaba el buen descanso. En la habitación hospitalaria, el mobiliario que disponía el Sr.V., era solamente con la cama y una silla, escaseaban las almohadas y las frazadas.

Describir las características del sector donde estuvo internado, no es un tema menor, ya que según Iacub y Rodríguez Reaño (2015), al hablar del sistema de salud advierten que “las estructuras de conocimiento, comunicación y diseño de espacios no siempre cuentan con la capacidad de adaptarse para atender a una población tan diversa como la de los adultos mayores”. (pág. 5).

La pandemia inclemente nos azotaba fuerte, los casos por COVID-19 no cesaban y, quienes compartían momentos duros, difíciles, complicados, inciertos, angustiosos acompañando a los pacientes, sentían la necesidad de conversar, se preocupaban por los familiares internados y se contaban historias de vida y del porqué estaban allí.

Y cuando la rutina hospitalaria domina, compartir vivencias con otras personas produce un efecto potenciador; por momentos, era difícil sostener el silencio, y también, las

---

<sup>3</sup> El estudio dispuesto que permitió comprender su proceso se denomina Arteriografía. (<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000170.htm>)

personas mayores que se encontraban internadas en la habitación 310, buscaban salir de la quietud que desencadenaba especialmente, un sentimiento de soledad.

La posibilidad de vincularse a través de la charla con otros pacientes, fue una experiencia que ofició como factor protector, ante la imposibilidad de contar con el apoyo de los vínculos afectivos (en el caso del Sr. V., sus familiares directos). Las conversaciones compartidas con los internados lo conectaban a los demás, y posiblemente, fuera un recurso para disminuir su sentimiento de soledad.

### **Vejez como sinónimo de abuelidad**

Un día de tantos, las personas que esperaban fuera de la habitación compartida, le preguntaron a su hija, como estaba el abuelo. Ella, con tono de asombro dijo:

- ¿Quién?
- El abuelo...
- Ah no, es mi papá y se llama V.

No le faltaban motivos razonables para irrumpir con su pregunta. La confusión surgió por si esa pregunta estaba referida a su padre, y le permitió preguntarse acerca de cuáles habrán sido los atributos que a esa persona la llevaron a relacionarlo con la abuelidad.

Podría suponerse que ser abuelo se asocie con un atributo de la persona mayor, podría ser que, desde una percepción subjetiva, una categorización social, las demás personas, en el contexto en el cual se encontraban, acompañantes de familiares, pacientes internados, incluso para las propias enfermeras y no en tono despectivo, en la habitación 310 donde se encontraba internado temporalmente, esa persona mayor, achacosa producto de su enfermedad fue considerado abuelo. (A.R., comunicación personal, año 2020).

Sin embargo, la forma en que percibimos la vejez y su vínculo con la abuelidad es algo social. Esto tiene un correlato cultural, en un modo de organización familiar que resulta estandarizada, en el que se trasluce un predominio viejista en respuesta a la edad cronológica.

Dentro de una misma cultura, al envejecer, los individuos tienden a diferenciarse cada vez más entre sí (Salvarezza, 1988). En la habitación 310, cada paciente envejeciente se diferenciaba del otro por sus historias familiares, situación socioeconómica, condiciones de trabajo, hábitat, proyectos, educación, experiencias, circunstancias que pudieron ser favorables o desfavorables para su desarrollo. En última instancia, la edad por sí sola no



explica la diversidad en el envejecimiento, ni la relación de cada paciente para con su propia vejez.

En concreto, y como resultado de ello, la pregunta le permitió a su hija reflexionar sobre la percepción social acerca de su padre. Dicho de otra manera, la pregunta fue dirigida hacia la hija y no a la nieta, sin embargo, es el concepto aplicado que refleja una relación de parentesco con su padre que dio lugar a considerar que la abuelidad es un concepto socialmente aplicado y no importa si tiene o no vínculo con la abuelidad, si tiene nietos o no, para los ojos de los demás una persona mayor es un “abuelo”.

Será justo que lo llamen abuelo sus nietos, será justo que lo llamen papá sus hijas, lo brusco entonces, casi desagradable, es referirse al Sr. V. como abuelo, sustituir el término por el de Sr.V., sería lo adecuado.

No fue su apariencia robusta lo que dio lugar a establecer una representación de hegemonía masculina un modelo que se impone y reproduce y, por tanto, se naturaliza como práctica e identidad de género obligatoria para todos los hombres. Por aquellos tiempos, se pudo percibir físicamente su robustez como rasgo físico visiblemente temporal o disposición personal de vida, en contraste con su mala salud.

Es posible que a partir de la representación hegemónica cultural y social, haya sostenido el sentido de esa imagen corporal de robustez encausada como comportamiento social frente a sus necesidades biológicas deterioradas.

Al examinar el significado de abuelidad, Gastrón (2013), revisa el significado de la vejez para comprender las representaciones que florecen en los discursos sociales que naturalizan de antemano el vínculo de la vejez con la abuelidad. La representación social de la abuelidad tiene un predominio o influencia cultural muy enraizada en el sentido que le otorga su significado.

Si bien en el envejecimiento se experimenta un conjunto de cambios en las personas, relacionarla con la abuelidad resulta de una postura prejuiciosa. Vivir una vida longeva no supone abuelidad. No obstante, actuar en base a nuestros prejuicios podría tener que ver con la interpretación basada en el aspecto, y que puede ser atribuida al concepto de relojes sociales.

Se trata entonces, de romper con los estereotipos a medida que las personas envejecen. En su caso, el Sr.V. declaró durante sus conversaciones en la habitación, ser abuelo de cuatro nietos. ¿Si no fuese abuelo, se hubieran desterrado las posturas edadistas que une la vejez con la abuelidad? Robert Butler (1969), médico gerontólogo, psiquiatra,

acuñó el término “ageism” para hacer referencia a la discriminación que padecen las personas mayores.

El tomar como único criterio de valoración a la edad responde a un estereotipo negativo sobre la vejez, dando muestra de la devaluación social y funcional de las personas mayores. Para las personas mayores, este estereotipo edadista se asocia a un mayor empobrecimiento de la salud y menor calidad de vida. El edadismo sienta las bases de la discriminación que lleva a dividir o categorizar a las personas según su edad, provocando daño, injusticia y desventaja.

Con el correr de los días, al Sr.V. fue a visitarlo a su única nieta mujer, quien iluminaba sus momentos. Ahora sí, el abuelo dejaba constancia de su abuelidad en la felicidad que manifestaba al verla. Los momentos emocionalmente difíciles y estresantes que estaba atravesando el Sr.V., que incluían la rigurosa rutina de cuidado, quedaban en suspenso con la visita de su nieta, que era como una recompensa. Con ella, llegaba la diversión y su visita era percibida por el Sr.V. como garantía de momentos de aventuras. Veíamos cómo abuelo y nieta jugaban a las cartas o se contaban historias.

Además, a simple vista, se podía observar los diferentes cuidados que recibía el Sr.V. A modo de ejemplo, su hija se encargaba de garantizar la higiene para prevenir posibles complicaciones: limpiaba heridas, cambiaba vendajes, entre otras tantas que no describiré para cuidar su privacidad.

### **El deterioro de la salud como consecuencia del tabaquismo**

Desde su ingreso en la unidad sanitaria, el Sr. V. observaba todo lo que ocurría a su alrededor, entre rondas médicas desde muy temprano, controles de rutina y otros no tanto, mostrándose siempre amable y respetuoso para con el personal de salud, incluso en sus momentos de máximo dolor físico.

Un día, se acercó una señora familiar de un paciente a su hija, y le preguntó si su papá era diabético, le respondió que no. Esa suposición estaba basada en otro prejuicio, ya que la sintomatología del Sr. V. podría indicar diabetes avanzada, más no era el caso. Las personas con diabetes mellitus desarrollan complicaciones a largo plazo, no siendo la intensidad y duración de la hiperglucemia los únicos factores determinantes para la aparición de dichas complicaciones. En su desarrollo, intervienen, además, otros factores de riesgo, como son la hipertensión arterial y el tabaquismo, fundamentalmente. También, se presentan complicaciones crónicas macrovasculares de la diabetes (equivalente a arteriosclerosis), que son las que afectan a las arterias en general, produciendo, como en el caso del Sr. V., enfermedad vascular periférica.

Las condiciones de cuidado para los pacientes se reforzaban a medida que el confinamiento avanzaba; se establecieron nuevos procedimientos ante quienes sufrían y morían. Mientras la pandemia doliente y sin arrepentimiento emprendía un camino incierto, y al parecer, obtenía sin clemencia lo que en definitiva buscaba. Sin embargo, la hija del Sr.V. estuvo allí, asistiendo a su padre, a pesar de las complicaciones que generaba ese contexto.

El resultado de la arteriografía fue desalentador, y rápidamente, se confirmó que las lesiones eran irreversibles. La evolución desfavorable invadió los dedos, el talón y el dorso del pie, “perdería su pierna” más temprano que tarde. Los cirujanos recomendaron aplicar cuidados paliativos con las restricciones o adaptaciones del caso.

Según la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores:

Se entiende por Cuidados Paliativos a la atención y cuidado activo, integral e interdisciplinario de pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo o sufren dolores evitables a fin de mejorar su calidad de vida hasta el fin de sus días. Implica una atención primordial al control del dolor, de otros síntomas y de los problemas sociales, psicológicos y espirituales de la persona mayor. Abarcan al paciente, su entorno y su familia. Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal; no la aceleran ni retrasan. (Cap. 1 Objetivos, Ámbito de Aplicación y Definiciones., Art. 2).

En el caso planteado, en respuesta a las necesidades físicas y emocionales de acuerdo con el criterio médico, teniendo en cuenta el difícil momento se enfocaron en los efectos de su enfermedad que lo ponía en riesgo de vida. Ante un pronóstico desalentador, le indicaron curaciones diarias, su pierna siempre debía estar cubierta, podía caminar poco, para evitar riesgos inmediatos, la recomendación fue elevar la pierna y colocar crema humectante, sumar a lo recetado por los cirujanos vasculares otros medicamentos por otras patologías. Sin embargo, a pesar de su disconformidad se notaba al Sr.V. esperanzado.

Fue imposible mantenerse ajeno a las palabras del médico sobre la evolución de su caso, (“hay que amputar”, dijo el Dr. M. el 18 de mayo 2021); en el ambiente se produjo un silencio que envolvió a los presentes en una profunda tristeza. Lo cierto es que los pacientes que permanecieron internados en esa habitación, en su mayoría, excepto el Sr.V., eran personas mayores intervenidas quirúrgicamente amputadas de miembros inferiores.

A partir del pronóstico o mejor dicho los factores pronósticos de su intervención quirúrgica por amputación de miembro inferior, y con sus declaradas intenciones de concederse el beneficio de la duda, se aventuró a conversar con quienes se quedaron en la habitación. El Sr.V. albergó alguna esperanza suficiente para cubrir con un manto de piedad a aquello que lo llevó allí: el cigarrillo.

El Sr.V. cuenta que cuando adquirió el hábito de fumar se dejó guiar por las atribuciones que por aquellos tiempos se depositaban en el consumo de cigarrillo. “*Se fumaba por moda, de machitos y hombrecitos que tenían que fumar para ser parte de la sociedad*” (Sr. V., comunicación personal, 2020).

El acto de fumar había sido un comportamiento impuesto por la sociedad<sup>4</sup>, así como su adherencia a dicha práctica. A partir de 1930, las campañas publicitarias argentinas fomentaban fumar, y los protagonistas de las publicidades eran representados por hombres atractivos que llevaban a cabo destrezas difíciles, actos de arrojo, así como también, las tabacaleras aseguraban a sus consumidores el mejor y constante sabor.

Seguramente, la elección de la marca de cigarrillos por parte de los consumidores tuvo una fuerte representación con el goce de la vida al hacer referencia al sabor mejor y constante. El Sr.V. mencionó que una de sus marcas de preferencia fue *Jockey Club*. Es precisamente esta marca que en el año 1974 tituló un spot publicitario “Cerca del cielo”, recreando una cultura social como vehículo para promover el consumo, apuntando que al consumir esa marca se obtienen o alcanzan ciertos sueños idealizados.

La estrategia de *Philip Morris* ubicó como número uno en ventas a la marca Marlboro. Luego, la *British American Tobacco* (BAT) consiguió ubicarse con su marca *Lucky Strike* por medio de una campaña centrada en imágenes relacionadas con la aventura, la fortaleza y la masculinidad y con un estilo de vida liberal, independiente y autosuficiente (Braun, Mejia et al., 2008).

Otra marca elegida por el Sr.V., fue *Camel* y si bien las marcas aludían a personalidad y masculinidad, esta marca adhería a una personalidad aventurera. Coincidentemente, su hija comentó que su papá se definía como un hombre de espíritu libre y aventurero.

Los significados que se expresan a través de sus palabras dan cuenta de la representación social de la concepción de masculinidad imperante en su juventud. Las

---

<sup>4</sup> En Argentina, los adolescentes comienzan a fumar alrededor de los 12 años de edad; por ello, las nuevas advertencias sanitarias por el consumo de productos tabáquicos alertan a la población por el daño que ocasiona para la salud. El Reporte del Mercado de Cigarrillos en Argentina arrojó para el primer trimestre del año 2019 un informe de venta de 133 millones de paquetes de cigarrillos (Reporte del Mercado de Cigarrillos en Argentina Primer Trimestre, 2019)

distintas experiencias de vida narradas por el Sr. V. contradicen la idea de Floreal Ferrara (1985), quien afirma que:

La interacción medio-individuo surge en una dirección del óptimo vital que implica la salud. Es mejor identificar la salud con el intercambio dinámico del hombre con su medio, así el hombre estará en salud si puede mantener el intercambio y resolver los conflictos que se plantean. (p. 119).

En este caso, la oferta del medio para resolver los conflictos no sigue el camino de la salud. Pero, la fuerte adherencia a esa conducta contraria a la salud puede entenderse como asociadas a la identidad masculina hegemónica. De ese modo, la sociedad carga de simbolismo al acto de fumar, y ante la vivencia de la falta, es utilizado por el sujeto para adherir a la identidad masculina socialmente dominante.

El tabaco mata en el mundo a más de ocho millones de personas cada año, a pesar de conocerse los efectos graves que causa como: hinchazón, úlceras dolorosas, estrechamiento y contracción de las arterias, y también de las venas en pies y piernas que puede ocasionar necrosis y amputaciones. Por eso, la OMS (2020) subraya la importancia de promover intervenciones que contribuyan a combatir el tabaquismo en pos de mejorar la salud pública e individual.

Resulta importante reflexionar acerca del consumo de cigarrillo, una de las principales causas de enfermedades cardiovasculares. En la actualidad, se le reconoce los efectos nocivos para la salud, ya sea desde el consumo activo como pasivo. Pero si se lo analiza desde el costo para los varones fumadores, nos plantea una mirada crítica hacia los hábitos no saludables como el tabaco y las enfermedades no transmisibles que podrían haberse evitado.

En Argentina, desde una posición comercial y dominante, los mensajes orientados hacia los jóvenes legitimaban una manera de acceder a ciertas hegemonías masculinas, y esos argumentos utilizados por la publicidad, estuvieron presentes por décadas, ya que recién a mediados del 2011, se promulgó la ley 26687.

Aquellas masculinidades que permanecían hospitalizadas en la habitación 310, experimentaron un modo de integrarse a una sociedad como jóvenes varones en un ciclo vital relacionado al momento histórico, que vivían y daban cuenta de las diversas formas de ser varones que se ajustaron al modelo hegemónico, incluso mostrando una posición férrea del ser masculino.

Lo cierto es que detrás de aquello poderosamente visible, las masculinidades condicionantes se habían configurado desde y como un mandato social. Lo impensado

para aquella época eran sus consecuencias. Quizás, y al igual que sus coetáneos, la procesión haya sido interna, elaborando pensamientos inexpugnables, como advirtiendo por sus narrativas un comportamiento de vida común en la mayoría masculina, así como también, la apelación a los prejuicios que los exime de responsabilidad, dadas las circunstancias descritas más arriba.

El contexto permitió explicar cómo influenciaron los procesos de poder en los discursos hegemónicos, quedaba claro que entre los varones se avalaba y reproducía una práctica nociva para ellos, pero que destacaba la forma de validación masculina respecto de aquel mandato masculino, al menos es lo que se le podía escuchar.

Coincidentemente, los hombres internados en la habitación 310 habían sido fumadores, con excepción de un paciente eran personas mayores. Por lo que expresaban en las conversaciones, se puede inferir que la práctica de fumar asumida por ellos, les garantizó su posición dominante. Aquellos hombres defendían tradiciones añoradas, que resultaron como una revisión de vida de algunos episodios recordados en una habitación de hospital, en circunstancias no menos que dolorosas.

Una tarde gris lluviosa de invierno el Sr.V. y el Sr. P. hablaban y se contaban algunas historias, en las cuales el cigarrillo y la nocturnidad estuvieron presentes, como un hecho que definió oportunidades, roles o modos de relacionarse. La complicidad masculina en esa habitación no problematizó el consumo del cigarrillo, o al menos, algunos no lo cuestionaban por no perder el status quo, al considerar que constituía un atributo para esos hombres que organizaron su identidad de género conforme al modelo dominante de la época. Si bien tuvieron la posibilidad de compartir sus experiencias de vida, socializaban los discursos normativos masculinos expresados desde una apropiación social determinada.

En la sala, los estereotipos se nutrían sutilmente desde donde se interpretaban las masculinidades instaladas socialmente, y el uso o consumo de una marca electiva también, construyó la personalidad que simbolizó la marca, como lo fue para el Sr.V.

Recuerdo a uno de los pacientes, narrando algunas experiencias de su vida laboral de juventud en el puerto, tiempos vividos como peón hombreando bolsas, un trabajo de "machos". En esas representaciones de poder masculino, difícilmente hubiésemos escuchado enojo o malestar por el hábito de consumir cigarrillos.

Esto explica cómo muy tempranamente, las razones que llevaron a las personas a fumar ha sido una puerta de acceso para alcanzar la adultez o cumplir de acuerdo con las normas sociales aceptables. En contraposición, hoy el escenario que viven

fundamentalmente respalda las consecuencias de un mandato social consolidado especialmente en las primeras etapas de la adolescencia.

Es probable que aquellas masculinidades puedan tener alguna relación con formas de la violencia social. Si la conducta tabáquica fuera un elemento articulador de las conductas sociales violentas de la masculinidad hegemónica, en estos pacientes la violencia se volvió contra ellos mismos.

Una mañana del año 2021, previo al evento de la arteriopatía periférica, en el hospital le preguntaron a la hija del Sr.V., cómo estuvo su padre, resultó que se empeñó en demostrar su fortaleza ante tanta adversidad y sin que su familia lo viera, aprovechó el momento para subirse a una escalera a sacar una rama de palmera que le molestaba a su señora, perdió estabilidad, y al caerse, se fracturó el húmero.

Este episodio puso en tensión la imagen de sí, exponiendo ciertas creencias sobre la masculinidad. Quiso demostrar su fortaleza, así como también, esforzarse por mantener una imagen potente ante su familia y el dominio en las cosas que lo rodean.

El Sr.V. puede negar su vejez, pero no suprimirla; negando su vejez, se aferró a su idea de masculinidad para alcanzar una meta, expresada en recursos de afrontamiento escasos. Por ello, presenta dificultades para pensarse como ser envejeciente, o quizá defiende lo que considera que nadie le puede arrebatarse, su masculinidad concebida desde un relato hegemónico.

En tanto que, como resultado de la arteriografía, el especialista debió informar el diagnóstico. "Su pierna no tiene salvación, hay que amputarla". Ante ese conflicto, ve por el rabillo del ojo a su hija y le pregunta: "¿*Qué hacemos?*".

Sin embargo, la noche anterior su padre no soportaba el dolor y pedía a gritos "*¡Que me corten la pierna antes de seguir soportando este dolor!*" Desde su propio entender, busca dar una explicación más clara a los problemas que se avecinan.

A pesar de su afán por encontrar elementos que dieran cuenta de lo que ocurría, no anticiparse a su vejez lo enfrenta hoy a una serie de problemas. Como he mencionado, de acuerdo con el diagnóstico, el estado de su pierna se asemeja a una advertencia gráfica de un paquete de cigarrillo<sup>5</sup>.

Un tiempo después, el Sr.V. fue intervenido quirúrgicamente. Durante la operación, sus hijas y nieta sentadas en el pasillo esperaban el resultado. Fue el día más desapacible

---

<sup>5</sup> BBC NEWS. (24 noviembre 2014).

[https://www.bbc.com/mundo/noticias/2014/11/141124\\_cigarrillos\\_imagenes\\_am](https://www.bbc.com/mundo/noticias/2014/11/141124_cigarrillos_imagenes_am)

que podría pensarse, los vientos azotaron fuerte, incluso hubo sudestada. Las enfermeras constantemente vigilaban a sus pacientes, y en cada ronda cambiaban vendajes, curaban heridas, menos las del alma.

Dos meses después de la amputación de su pierna, al Sr.V. se lo vio por el 3er. piso del nosocomio para internarse por cuarta vez. Su hija lo acompañaba y ayudaba con el uso de la silla de ruedas. Sus prejuicios, comportamientos hegemónicos masculinos, polifarmacia encadenaron la cascada de acontecimientos emergentes durante la pandemia, que requirieron interconsultas médicas en un breve tiempo que requirieron una nueva atención hospitalaria.

La primera vez debió internarse por un estudio, a los pocos meses por una fractura, en tercera instancia debió internarse para que le realizaran la ablación de su pierna, y la última por insuficiencia cardíaca relatada anteriormente, amén del diagnóstico de insuficiencia venosa de miembro inferior diagnosticado con posterioridad.

### **La importancia de las redes de apoyo**

La integración familiar y comunitaria (y la participación activa en los espacios sociales) son las bases que generan redes de apoyo de las personas. Si bien se modifican a lo largo de la vida, tiende a disminuir en sus vínculos durante la vejez. Inevitablemente, cuando las personas enfrentan situaciones difíciles, las redes de apoyo adquieren suma importancia. Por redes de apoyo, me refiero a las personas que son emocionalmente importantes para brindar ayuda (Amadasi, 2019). La relevancia de estas redes quedó de manifiesto en una situación que atravesó el Sr. V. durante su permanencia en el hospital.

Pasada una semana de su internación, su hija antes de irse le dijo “No hagas lío papá, ya vuelvo”. Esa frase resuena al momento de evocar los recuerdos como una intuición, una advertencia.

Esa noche, quienes permanecieron allí, cuentan que el Sr.V. comenzó a comportarse raro, se movía con una insoportable desesperación, percibía calor; estaba asustado, sentía la necesidad de sentarse y destaparse. Posiblemente, advirtió la necesidad de irse con su hija, para sentirse más seguro y la manifestación de esos síntomas ocurrieron en un momento tan estresante para él que desencadenó en un ataque de pánico. Comenzó a gritar, los médicos lo revisaron y le dijeron que sus valores estaban bien, pero su frecuencia cardíaca estaba alta, pudo ser por el calor repentino que tuvo y la necesidad de sentarse rápido y destaparse, aunque él recordó estar despierto en todo momento. Las enfermeras hacían rondas y lo controlaban.



Las intervenciones o atención médica que recibió no incluyeron un abordaje psicológico, se limitaron a determinados tratamientos de acuerdo con las decisiones médicas. Las falencias en el sistema de prestación del servicio de salud pública, se convierte en un gran problema, especialmente cuando las intervenciones centradas en la persona no están presentes.

¿Cómo entender teóricamente lo que ocurrió? Existen diferentes redes de apoyo, y con frecuencia las personas más relevantes de esa red son familiares directos, como así también, ocupa un lugar importante el profesional de salud y el personal de servicio.

Pero cuando se trata de un caso individual, es importante la reconstrucción de la historia de vida y de los lazos que la conforman. Dentro del ámbito hospitalario, el acompañamiento entre los mismos pacientes fue de gran importancia, un factor relevante desde el punto de vista del cuidado principalmente, por el contexto de aquella situación de extrema gravedad.

En ocasiones, las personas mayores cuentan con escasos recursos de apoyo, ya sea por la muerte de familiares o por tener problemas de salud, y esa reducción genera una sobrecarga en los pocos vínculos que perduran, y produce cierto malestar a los integrantes de la familia. Tal es el caso del Sr. V. los integrantes de la familia se componen por sus dos hijas, su esposa de 85 años, su nieta y tres nietos, pero los familiares que conformaron la red de apoyo en el hospital fueron su hija mayor y su nieta.

Con posterioridad al ataque de pánico, el Sr.V. contó que le tenía miedo a la soledad y a la oscuridad, y que no era la primera vez que sufría ese tipo de ataque, por algo repetía con insistencia en la habitación por la noche: dejen una luz encendida.

Uno de los posibles orígenes, según su hija, es un evento traumático que proviene de su infancia. Según se pudo saber, el padre del Sr.V. fue un hombre muy dominante que, en ocasiones, apelaba a encerrar a los hijos como método de castigo.

De manera tal que, desprovisto en ausencia de la proveedora de cuidado y apoyo (su hija) se haya actualizado la escena infantil del encierro y, al carecer de recursos para afrontar la situación y adaptarse al cambio, se desencadenó una crisis en torno a la necesidad de resolución, que provocó el aumento de la angustia experimentada por el Sr.V.

Luego de ese episodio, ya más calmado, el Sr.V. pudo lentamente, batallar con su soledad, a partir de tener conversaciones con otros pacientes. En esas charlas, confirmó que el cigarrillo era la “estrella principal” del derrotero de casi todos los que estaban compartiendo la habitación 310.



## Capítulo II

### El camino hacia la sabiduría

La diversidad de modos de envejecimiento depende de múltiples factores, en la práctica se profundizan aspectos cotidianos que no dejan de advertir las desigualdades ante la demanda y necesidades de las personas mayores.

En el caso del Sr.V. en el que su identidad personal se constituyó en el marco de una cultura tradicional centrada en la estabilidad, el proceso de envejecimiento lo enfrentó a cambios físicos, psicológicos y sociales que pusieron en tensión sus representaciones de sí que fue afrontada apelando a la negación; este mecanismo se expresó en la dilación o falta de controles médicos.

Erikson (2000) postula que el desafío de la vejez es la integridad vs. la desesperanza o desesperación, definiendo a la primera como un sentimiento de coherencia y totalidad que es puesta en riesgo cuando aparecen pérdidas en las dimensiones corporales, psíquicos o del estilo de vida (ethos). Es precisamente en dicho proceso, que el ser humano debería mantener un equilibrio dinámico que le permita adaptarse a los cambios y mantener un estado interno estable y constante. Según el autor, ese equilibrio se logra a través de la sabiduría, ya que le posibilita al sujeto envejeciente realizar cambios en la representación de sí, dando lugar a sentimientos de continuidad y trascendencia en los otros y crean un interés renovado, seguridad y nuevos márgenes de control. Indagar en la memoria a partir de un hecho complejo, abrumador, podría estar dominado por la búsqueda de inspiración y replanteos que hacen recordar su juventud y poner el valor en seguir adelante.

Durante el proceso del envejecimiento, la desigualdad de género se hace presente, pero a nivel biológico esa desigualdad no existe. Es precisamente en dicho proceso, que el ser humano debería mantener un equilibrio dinámico que le permita adaptarse a los cambios y mantener un estado interno estable y constante.

En este sentido, se deben considerar distintos momentos del curso de la vida del Sr. V. de los que se puedan advertir indicios de cierto dominio de sí mismo que supone un aprendizaje a través de la experiencia.

Por su parte, Iacub (2015) revisa los significados de la sabiduría y su vínculo en la vejez, y a partir de ese universo complejo, establece ciertos modos de concebir la sabiduría en la vejez. Quizás el desafío está en pensar cómo el individuo acepta el envejecimiento. La vida enfrenta al Sr.V. inevitablemente a resolver sus problemas o las vicisitudes en su

envejecer. Su cuerpo, su cultura y su historia de vida concretamente, nos dan las pistas de sus reminiscencias que nos permitieron una posible elaboración de los recursos con los que cuenta para cursar su vejez.

Ciertamente, resulta muy interesante indagar la representación de la sabiduría atribuida a la vejez. El proceso de envejecimiento es natural e inevitable, lo cual indicaría que la sabiduría estaría atada al curso de vida teniendo su apogeo o floreciendo en la vejez. Sin embargo, de los datos relevantes del caso hasta ahora, se aprecia que los factores biológicos y socio-comportamentales a medida pasaron los años derivaron en una condición de mala salud. Además, si repasamos el compendio de experiencias vividas por el Sr.V., para adaptarse a una nueva etapa principalmente con reducción en su funcionalidad desencadenada por su cuadro de salud, para poder vivir su vejez con mayor bienestar debido a los cambios progresivos en su estilo de vida poco saludable, será necesario trabajar en lo que le genera tensión, con algunos cuestionamientos en particular, que requiere actitud, valentía para continuar su camino lograr un sendero en desarrollo y en sabiduría.

Previamente, se han identificado los problemas en su salud, los efectos adversos del desacomodamiento y la inactividad, no así, lo concerniente a dificultades para adaptarse a ciertos aspectos de la jubilación, ingresos económicos y la modificación de las interacciones sociales. Con posterioridad a la amputación, atravesó un período de adaptación y aceptación a su nueva realidad. Actualmente, participa de diversas propuestas sociales, como las familiares; y recientemente, con la flexibilización de algunas medidas sociosanitarias restrictivas, además, asiste a encuentros en el Centro de Jubilados al que concurría prepandemia.

La prevención también es una fuente de sabiduría. El Sr.V. sin duda ha tenido actitudes positivas frente a la vida, que sintetiza en su perseverancia frente a sus pérdidas. Debido a causas originadas por enfermedad crónica y los dilatados cuidados en su salud (tabaquismo, hipertensión arterial), podría suponerse que es portador de una discapacidad, que no le impide continuar con su vida.

Su estado interno se ve afectado con el paso de los años por el envejecimiento. Pero el proceso de envejecimiento también implica un intercambio abierto con el entorno, al cual se enfrenta por su nuevo contexto, y es precisamente, su cuerpo el que le permite elucidar ciertos problemas de representación.

Dulcey Ruiz (2013) analiza los términos de envejecimiento, vejez y gerontología y plantea sus marcos interpretativos. Particularmente, en referencia a la vejez y qué es ser una persona vieja. El concepto de vejez se refiere a un proceso identificable matizado por el

contexto social que construye un significado representativo del envejecimiento. Como parte de ello, hoy vemos el impacto de la juventud en el sujeto envejeciente, determinando a un sector poblacional atravesado por una heterogeneidad de representaciones.

Gastrón (2013) problematiza el significado de la vejez y revisa las imágenes del envejecimiento y la representación social que acompaña al significado de vejez, caracterizada como una etapa temida y negada. A nivel social, se comparte una cultura que dedica atención a la juventud especialmente, entonces, cómo adaptarse con una cierta mixtura adecuada para anticiparse a los cambios y acomodarse a ellos, con el afán de transitar la vejez saludablemente.

Arias y Iacub (2015) por su parte, agregan que tradicionalmente se han estudiado casi exclusivamente los aspectos negativos, los déficits y las patologías que presentaban las personas mayores contribuyendo con estos hallazgos a consolidar una visión peyorativa de esta etapa de la vida. Teniendo en cuenta que las relaciones constituyen una parte irrenunciable de la vida, es precisamente en este momento, donde se debe experimentar una etapa vital construida sobre un andamiaje basado en su biografía, espacios afectivos y sociales. Sin duda, la historia del Sr.V. resulta crucial para entender su construcción identitaria y su incidencia en la reproducción de atributos masculinos, que permiten comprender las dificultades para reconocerse como ser envejeciente.

No obstante, los cambios que se planean en torno a la salud en relación con la vejez, tienen importancia para las masculinidades. Sin duda, para el Sr.V. los cambios que se ponen de manifiesto físicamente, derivan de distintos factores como lo fue el fumar, los años como fumador, la cantidad de cigarrillo y adquieren importancia al llegar a la vejez ya que precisamente, durante el envejecimiento es cuando se producen las rupturas con su vida activa, y como efecto inevitable, lo deja expuesto a aceptar su identidad al envejecer.

En el caso del Sr.V. de una u otra manera, la adopción de ciertos protocolos y recomendaciones para disminuir el contagio por COVID, fueron cuestionados y repercutieron en sus inquietudes y representaciones, tales como lo fue el confinamiento para preservar la salud o calidad de vida de las personas mayores.

Lo cotidiano se modificó de tal manera que produjo un cambio en su micro narrativa, generando una discontinuidad del sentido de lo que es y lo que era, y, además, se siente interpelado por su propio relato. Reconoce ser una persona mayor, más la forma disruptiva en que se presenta corporalmente para los otros como puede ser su indisposición provocada por una enfermedad, y por otro lado la identidad que habita en

él, es lo que habilita su reflexión para dar significado a su nueva realidad y a escenarios de futuro.

Teniendo como referencia el consumo de tabaco como signo de dominio social masculino, ante el cuadro de salud que enfrenta en su vejez, el Sr.V. azuzó la idea de luchar por su mejoría, edificando fantasías de esperanza, de pequeños logros para conseguir la victoria.

En ocasiones, se lo vio llorar con fuerza y, al mismo tiempo, luchar con rudeza, para escapar de su adversa realidad actual, y refugiarse en lo que él había construido la mayor parte de su vida. En la primera internación, al Sr.V. le dieron el alta luego de aproximadamente, 17 días, tiempo después del día del padre. Cuando se despidieron con el resto de las personas que habían compartido ese lapso de hospitalización, se desearon suerte para seguir adelante. Como si el destino se hubiera encaprichado con ellos, se volvieron a encontrar tiempo después, ya no en la misma habitación, más eso no revestía importancia.

### **Resignificación de la vejez**

Atribuirle un significado a la vejez, no es un tema menor, ya que implica reflexionar acerca de la construcción de imágenes que guardan vínculo con la vejez o envejecimiento. Los modos de narrar que elige el Sr. V. sugieren desde dónde piensa al sujeto envejeciente. La manera de ubicarse frente a su envejecimiento denota la relación que él tiene consigo mismo en su presente.

Las dificultades durante el proceso de adaptación a los cambios que se produjeron durante su proceso de envejecimiento, la superación de las dificultades, las pérdidas que fueron surgiendo y las diferencias individuales notables produjeron una mayor rigidez en él. Expresa sus representaciones negativas sobre el envejecimiento, precipita ciertas tensiones entre la diferencia y la semejanza, y les otorga un significado a las transformaciones físicas (Iacub 2011).

La amputación de su miembro inferior produjo una mayor dificultad para adaptarse y aceptar la pérdida de la extremidad, hoy representa un gran desafío debido a las alteraciones a nivel de la autoimagen, estilo de vida e incremento de la imagen negativa asociada a la vejez. El impacto que ha generado en él ha sido catastrófico, dado que la visión deficitaria en el curso de su vejez genera mayores conflictos en sí mismo.

Da Fonseca (1998, citado por Sinovas y Marugán De Miguelsanz, 2010) introduce en su Batería Psicomotora un cuarto factor al que denomina noción del cuerpo, cuya función

primordial es la recepción, análisis y almacenamiento de la información, que, en este caso, es recogida y que acompaña un conjunto de imágenes que transmite y recorre la cultura del envejecimiento actual.

El Sr.V. no solo se aventura en un pronóstico que le genera temor a no poder hacer lo que él pensaba hacer, sino que, además, le evoca representaciones que idealizan a la juventud. Es decir, apela a estereotipos que atribuyen ventajas a la juventud frente a la vejez. Pero, cómo entender a la vejez y adaptarse a los cambios continuos.

En el año 2020, el Sr.V. manifestaba: *“Ser viejo para mí, es una persona que está en su último tramo de su vida activa, que ya su organismo, su psiquis ya no responde como tendría que responder a una velocidad correspondiente”* (comunicación personal, 2020).

La representación del ser envejeciente activo que elaboró, a partir de las sucesivas internaciones, lo confronta directamente con la idea de la vejez pasiva. Esta representación interiorizada de la vejez pasiva actualmente, lo impulsa a negar su propia vejez y, como consecuencia, lo llevó a negar su situación. La dilación en el tiempo produjo como consecuencia, que su estado empeore y aquellas características asociadas a la vejez, como el debilitamiento músculo esquelético y el enlentecimiento fisiológico que se observa en su propio cuerpo como ser envejeciente, le provocan malestar. Aquellos pensamientos prejuiciosos hacia la vejez, hoy son realidad en él.

Los cambios biopsicosociales del pasaje de una vida activa hacia esa vejez pasiva le producen malestar. A diferencia de otras etapas de vida, para el Sr.V. la vejez pareciera asociarse a una pasividad molesta que le genera desasosiego. Cuestiona las formas de la vejez percibidas como algo ajeno. A pesar de esa negación, fue elaborando su nueva realidad, y al elaborar su situación presente, pudo revisar esa concepción.

Después de un año el Sr. V., dijo: *Ser viejo depende del ánimo y del estado de cada uno, no es parejo para todos. Hay gente que envejece y queda no anulado, pero sí, sin mayores opciones, sin pretensiones, sin motivaciones a veces, y otros no, tienen 90 años y están como si tuvieran 15. Y yo, no tengo 15 porque me falta “La Pata”. Cuando tenga mi “Nueva Pata”, la cosa va a cambiar. A mí me mató, con todo lo que pensaba hacer y qué se yo.... Me ataron de pies y manos, está bien que siempre hay una salida. Por ahora, sigo atado, por ahora... tengo que empezar a moverme, salir de la silla y usar muletas.* (Comunicación personal, 2021).

Conforme pasó el tiempo, es posible percibir un presente condicionado en todo momento por la pérdida de su pierna que lo entristece. Aunque el futuro lo siente como incierto, cuando habla de su vejez, en su elaboración aparece un atisbo de aceptación que le permite pensarse en un proyecto de vida a partir de su nueva realidad. La relectura que

hace de sí mismo implica su revisión en la manera de autoperibirse producto de los cambios experimentados.

Es justamente, que en la búsqueda de un rumbo a seguir, permite pensarse en un nuevo contexto, adaptándose y viendo las posibilidades de cambio en un futuro que no sea temido. Aun en su fragmentación y en su variabilidad temporal, reaparece la búsqueda de continuidades y semejanzas que integren lo nuevo desde el plano de lo conocido.

Aún hoy, cuando él siente quietud, inquietud, pasividad, el alivio lo expresa y proyecta en sus recursos de afrontamiento, que se cimienta como pilar fundamental, en el ser usuario de una prótesis ortopédica. Si bien los problemas hoy en día lo desbordan y son difíciles de manejar, su necesidad de imaginarse en un lugar que no sea la silla de ruedas, para poder satisfacer sus necesidades funcionales y sociales de las cuales disfrutaba y que hoy presentan limitaciones, le otorgan optimismo a su vida. Así como también, le permite revisar la manera de percibirse a sí mismo, elaborar y producir cambios en su propia construcción identitaria.



## Capítulo III

### **Importancia de la actividad física y el trabajo anticipado sobre la vejez**

Los sucesos vividos por el Sr.V. dejan de manifiesto que es indispensable trabajar anticipadamente, para reducir el impacto que tiene el envejecimiento y favorecer su aceptación.

Uno de los desafíos que enfrentan las personas mayores que sufren de dolencias crónicas como la enfermedad arterial periférica, es el de modificar sus patrones de conducta como un buen recurso para sentirse mejor. Algunas estrategias que colaboran en la adquisición de nuevos hábitos pueden ser: el realizar un control médico periódico, adquirir el hábito de realizar ejercicio físico sistemático y/o seguir una dieta saludable. En el caso de que esas prácticas resulten insuficientes, entonces se recurre a intervenciones quirúrgicas.

La mencionada enfermedad se presenta como un problema circulatorio frecuente, en el que las arterias estrechadas por la acumulación de grasa y calcio en sus paredes reducen el flujo sanguíneo en las extremidades.

Algunos síntomas que se manifiestan en las personas mayores, es especialmente el dolor de piernas al caminar (claudicación). Los cuatro principales factores de riesgos conductuales para la afección de enfermedades cardiovasculares son: consumo de tabaco, consumo excesivo de alcohol, alimentación poco saludable e inactividad física. Ahora bien, la valoración integral se amplía al considerar estos cuatro grupos de factores determinantes de riesgo: los sociales, los conductuales, los metabólicos y los cardiovasculares.

Envejecer es inevitable, lo cierto es que el ejercicio físico produce muchos efectos beneficiosos para la salud. Bermejo García (2010), define al aprendizaje a lo largo de la vida como un recurso para lograr el desarrollo individual y una mejor convivencia social. Para ello, hay que afrontar importantes cambios individuales y sociales durante el curso de la vida, incluso aquellos que son inesperados. Es sumamente importante fomentar el aprendizaje y desarrollo de las personas en todas las edades, y focalizarse en aquellos rangos etarios considerados vulnerables, como lo pueden ser las personas mayores.

A pesar de comprender su historia, el estímulo para aprender y desarrollar nuevas conductas debe basarse en la convicción de que el aprendizaje en el curso de la vida debe ser un objetivo social e individual en todas las personas, que fortalezca y favorezca no solo el desarrollo individual y colectivo, sino que fomente los cuidados personales en

salud. La tarea preventiva para el Sr.V. junto con el conocimiento de los factores de riesgo en su envejecer, deben permitirle alcanzar el máximo de desarrollo posible para satisfacer sus necesidades, mejorando su bienestar en un ambiente que ofrezca oportunidades viables para realizar contribuciones valoradas y significativas como le sean posible.

Los cambios significativos en el envejecimiento tanto a nivel físico, como a nivel psicológico representan duelos que el Sr.V. debe atravesar. La desintegración de su cuerpo, la pérdida de una parte del cuerpo integrada a su esquema corporal y psíquico, la impotencia al verse amputado, la adaptación al uso de la silla de ruedas, manejar la sensación del dolor o la presencia del síndrome del miembro fantasma, las alteraciones en la autoimagen, expresión emocional y auto concepto, como también, la presencia de síntomas depresivos, ira, ansiedad, se manifiestan en su dinámica diaria.

Así, mientras la adopción de una masculinidad hegemónica lo ubicó en una posición de poder social, hoy dichos patrones de conducta adoptados en los años de adolescencia, juventud y adultez lo ponen en una posición social desventajosa. Pero, no solo existen conflictos a nivel social, también los encontramos a nivel individual, como la desigualdad o la exclusión. Para el Sr. V. los problemas no se han de agotar, debido a sus circunstancias actuales.

Tal es así, que a partir del jueves 27 de mayo de 2021 fecha en que le amputaron la pierna, él padece en carne propia la indiferencia, desconsideración e invisibilidad de una sociedad que debe responder ante las demandas de las personas mayores, para que se garantice la autonomía, la salud y el desarrollo personal.

Frente a tanto desconcierto y desconocimiento, la movilidad reducida es una fuente de tensión, un impedimento de características estructurales observables que imposibilitan su independencia funcional, desarrollo, aprendizaje y comprometen su autonomía. Tiene dificultad para adaptarse a la utilización de la silla y experimenta sentimientos de vergüenza, tristeza, impotencia al no poder adecuarse al medio o, mejor dicho, el medio debería estar adaptado para que todas las personas puedan vivir y hacer uso de sus derechos.

La individualización de los servicios de apoyo adaptados a las necesidades específicas de las personas como: fisioterapia, rehabilitación u otros tratamientos disponibles, deben ser un objetivo de desarrollo que permita promover y atender a las necesidades de las personas mayores con discapacidad, como también, los factores que afectan y provocan una mayor discriminación.

Vivir de forma plena implica no encontrar trabas para el desarrollo individual y social, vivir en libertad con independencia y autonomía. Bermejo (2010) ofrece un análisis claro de oportunidad para que los adultos mayores puedan desarrollarse y vivir en plenitud. Considero indispensable pensar nuevas y mejores posibilidades de acercamiento al desarrollo de programas socioeducativos, en los barrios e instituciones con contenido educativo.

La atención y priorización en acciones educativas orientadas a posibilitar la integración en todos los espacios, en especial aquellos que resultan menos accesibles, facilitarán la participación de las personas mayores. Brindar apoyo y fomentar el contacto e interacción intergeneracional, interdisciplinar, multidisciplinar, con diversos sectores de salud y acción social, con la participación de los propios actores sujetos de derecho, es necesario para visibilizar, contemplar y reorientar todo tipo de riesgo (atenciones múltiples) para satisfacer las necesidades de las personas mayores.

Fundamentalmente las acciones que se lleven a cabo deben dirigirse a favorecer y sostener la funcionalidad e independencia de las personas, y prevenir el deterioro de las condiciones existentes en las personas mayores.

Las presiones sociales no privilegian un escenario en que las personas mayores se desarrollen en un entorno seguro y saludable no solo para las prácticas de las actividades de la vida diaria. A medida que vayamos envejeciendo, es imprescindible sentirse bien consigo mismo, el paso del tiempo es precisamente un indicador que distingue las transiciones sociales, desde luego, el abordaje de la vejez es un reto a los que nos enfrentamos diariamente las personas.

Poder enriquecerse en aprendizaje sugiere valorar las oportunidades de desarrollo pleno de las personas. No obstante, para permitir buenas prácticas y beneficiar un envejecimiento con la máxima calidad de vida, es necesario valorar la vejez positivamente, habilitar nuevas oportunidades, nuevas acciones, propiciar espacios y desarrollar actividades de las que las personas se enriquezcan y sean productivas. De esta forma, aumentaremos los recursos de afrontamiento para que las personas sean capaces de manejar las demandas del entorno, reducir las angustias para enfrentar las situaciones adversas que efectivamente existen, y se sientan capaces para poder resolverlas.

Para Sinovas y Marugán De Miguelsanz (2010), el envejecimiento de la población es un fenómeno demográfico importante que va a seguir incrementándose en los próximos años. Sin embargo, hemos convenido que lo importante no es prolongar la vida (dar más años a la vida) sino, precisamente, dar más vida a los años promocionando el

envejecimiento saludable y activo, y previniendo la enfermedad y la discapacidad. Me pregunto en qué punto se detiene ese proceso de envejecimiento saludable, y si es en el caso de referencia, estamos ante un envejecimiento saludable.

A tales efectos, el Sr.V. considera: “*siempre haces algo, se presentan oportunidades como aprender, hacer cosas uno sin tener que mandar a hacerlas*” (Sr.V., comunicación personal, año 2021)

En este proceso, la edad cronológica es irrelevante, es decir, que el número de años que tenga la persona no da cuenta de sus capacidades, intereses, historia personal y otras características. Esto obliga a comprender de manera diferente el proceso de envejecimiento, dando cuenta de las singularidades y diferencias entre los individuos. En tal sentido, Soler Vila (2006, citado por Sinovas y Marugán De Miguelsanz, 2010) plantea que el estilo de vida que adoptemos influye de manera manifiesta a lo largo del ciclo vital, condicionando el proceso de envejecimiento y las posibilidades de disfrutar de una vejez saludable.

Hoy en día, para dar solución a los problemas con miras al alcanzar un desarrollo eficaz, productivo y creativo en su vida, ya no desde el trabajo en sí mismo, el Sr. V. debe aprender a valorar su vejez, aceptar la edad que tiene, trabajar en sus prejuicios, así como también, abrirse a nuevas formas de aprendizaje, de modo que sean factores protectores en su desarrollo personal y de su salud, asegurando su bienestar general que le permita una continuidad de vida favorable.

El Sr.V. tiene un largo camino por recorrer con mucho aprendizaje, debe ampliar su red de apoyo mediante la participación en comunidad, y para ello, ha emprendido su camino: aprender a reconocer su nuevo esquema corporal, rechazado en un primer momento, catastrófico, si se comprende desde el punto de vista representativo que lo caracteriza como masculino. Sin ajuste alguno, el impacto en la motricidad ha modificado su propia valoración en esta etapa de su vida. En otras palabras, la interpretación acerca de sí, hoy le asigna un lugar diferente en el entorno social al que se enfrentaba de manera cotidiana, para dar paso a lo nuevo.

De a poco y casi entrando en sus 80 años, intenta aprovechar las oportunidades que le brinda la vida en el envejecimiento y a diferencia de otras vejeces entre un conjunto de condiciones es optimista, si bien su imagen no es la misma y su actitud vital frente a la vida tampoco. Para mejorar gradualmente su capacidad funcional, el Sr.V. debió trabajar en un principio para paliar la situación existente, con una serie de ejercicios que le brindaron mayor funcionalidad y los motivos para continuar el camino de la rehabilitación y preparación para el uso de prótesis.

En este tipo de paciente, el equipamiento de una prótesis no es de un día para otro, hay que hacer un pilón de marcha, lleva un proceso de adaptación de la carga, del traslado de peso de la conformación del muñón para aceptar la prótesis.

Por otra parte, es importante considerar la accesibilidad; la adaptación de su vivienda a sus limitaciones funcionales requiere resolver problemas tales como escalones que no pueden ser eliminados, aberturas estrechas, ambientes inadecuados. La supresión de las barreras en su vivienda, le permitirá una movilidad adecuada, a partir de maniobrar con soltura la silla de ruedas. Sin embargo, estas modificaciones implican la aceptación de las limitaciones permanentes, por lo que las propuestas para adaptar la vivienda son recibidas con cierta hostilidad.

Las prácticas preventivas le proporcionaron estrategias de afrontamiento tras haberse sometido a una cirugía, para reanudar sus actividades, a sabiendas de saberse prejuicioso como lo hemos visto anteriormente. La autopercepción del estado general de la salud, caracterizada por distintos aspectos de la ruptura en la continuidad del proyecto narrativo, repercute en el equilibrio psíquico ante experiencias imprevistas.

Resulta importante señalar cuestiones relacionadas con la práctica del viejismo implícito, los prejuicios y estereotipos que reducen a los adultos mayores a características poco representativas, y en su mayoría deficitarias (aunque también las hay positivas) acerca de esta etapa de la vida (Levy y Banaji, 2004), favorece la construcción de una representación dramática, lo cual tiende a desarrollar problemas personales en una sociedad que valora la apariencia y la juventud. Esta construcción implica, de acuerdo con los planteamientos y en términos de objeto de intercambio social, una percepción colectiva respecto de las posturas viejistas.

Los efectos e impacto en la calidad de vida asociados a la prevalencia de inactividad física, y tabaquismo imprime una lógica en la historicidad del Sr.V. desde su perspectiva narrativa, podemos interpretar cómo se ha construido esa imagen a lo largo de la vida. Sin duda, su identidad emerge como una suma de comportamientos que lo integra a su identidad y relaciones sociales en el transcurso de su vida.

La elaboración y adaptación a la pérdida de una parte del cuerpo, implica una revisión de su identidad. Las particularidades de su envejecimiento incidieron en su modo de verse y, curiosamente, logra elaborar sus duelos y trabajar en el marco temporal, lo que le permitirá la reelaboración de su identidad.

Sentirse bien consigo mismo y en sociedad son retos a los que se enfrentan diariamente. Poder enriquecerse en aprendizaje sugiere valorar las oportunidades de desarrollo pleno

de las personas, no obstante, para permitir buenas prácticas y beneficiar un envejecimiento con la máxima calidad de vida, es necesario valorar la vejez positivamente, habilitar nuevas oportunidades, nuevas acciones, propiciar espacios y desarrollar actividades en los que las personas se enriquezcan y produzcan.

Por ello, es sumamente importante el conocimiento de los problemas que se pueden presentar progresivamente, para anticipar y moderar los efectos negativos en la funcionalidad e independencia de las personas mayores.

La diversidad de modos y situaciones en que las personas mayores viven sus vejezes, requieren indagar en profundidad sobre los intereses y necesidades de las personas mayores, para así garantizar su máximo desarrollo sin discriminación (Amadasi, 2019). La educación en la vejez no debe ser desatendida, las consecuencias de la discontinuidad generan y produce desprotección e invisibilidad.

El caso del Sr.V. permitió visibilizar el complejo entramado del proceso de envejecimiento, cambios psicológicos, cambios sociales, su relación con la masculinidad; los modos en que se representa la vejez y el apoyo de los vínculos, frente a los desafíos que genera la discapacidad. Vivimos en un mundo que rechaza la vejez.

Durante estos tiempos y circunstancias vividas, el Sr.V. y su familia han recorrido un camino de aprendizaje que integra experiencias vividas, cambios socioculturales, transformación del cuerpo.

Los aportes desde la psicogerontología al estudio del envejecimiento me permitieron incorporar conocimientos nuevos y desarrollarlos con el estudio de caso y conocer la complejidad psíquica que involucra el proceso de envejecimiento.

Desde la perspectiva de considerar los factores psíquicos protectores que plantea Zarebski (2013) un primer factor psíquico es el de la flexibilidad y disposición al cambio y se refiere a aprender a buscar nuevos proyectos y actividades que le permitan a la persona aprovechar el tiempo. Justamente, el Sr. V. podrá aprovechar su tiempo en la medida que trabaje en sus metas y para ello, se requiere de una identidad flexible, como también, poder replantearse o auto cuestionarse nuevos aprendizajes, trabajar en sus cambios para resolver situaciones de la vida.

Un tercer factor psíquico protector es la auto-indagación, una condición fundamental para trabajar en los intereses y sus necesidades en la medida que se permita reflexionar sobre su envejecer y poder tomar decisiones propias. Zarebski (2013) también plantean como cuarto factor protector la riqueza psíquica y creatividad, y para superar las adversidades y soportar este tiempo de dificultad no perder el humor. Poner en palabras sus

necesidades es justamente un recurso que el Sr.V. ha desarrollado y sostenido para sobrellevar los momentos durísimos que le ha tocado vivir.

Un quinto factor indaga en el autocuidado y autonomía, un eje fundamental para cuidarse y hacerse cargo de su propia salud, a pesar de su enfermedad. El sexto factor protector alude a las pérdidas, vacíos y compensaciones con ganancias, y en situaciones de incertidumbre, y a pesar de los duelos por las pérdidas a lo largo de su vida, sus recuerdos son evocados con nostalgia sin aferrarse a ellos.

Otro factor a trabajar son las redes de apoyos, un factor protector definido como la diversificación de vínculos e intereses. El Sr.V. ha aprovechado su tiempo participando de su grupo o amigos del Centro de Jubilados, colaborando en actividades según ha contado en sus días de internación.

Con respecto al factor protector referido a los vínculos inter-generacionales, las miradas se han focalizado en las necesidades del Sr.V. Pero, se debe advertir que se desconoce si ha desarrollado este factor en otras circunstancias de su historia. En el periodo que se efectuó el estudio, el Sr. V. el aislamiento ha sido percibido como devastador, al igual que la falta de conexión con sus pares, nietos e hijas lo ha condicionado en su continuidad y desarrollo.

En tanto que la posición anticipada respecto a la finitud, es decir aceptar su propia muerte, el modo en su vivir da cuenta que es una persona positiva frente a la vida. No obstante, el miedo a morir está presente explícitamente en sus palabras.

La perspectiva de abordaje desde los factores psíquicos protectores es el de indagar aquellos puntos o factores de riesgo en los cuales hay que trabajar para desarrollarlos. Teniendo en cuenta lo que le pasa al Sr.V., las dificultades para aceptar su envejecimiento lo enfrentó a su realidad, y lo obligó a rearmarse, a poner en palabras lo que siente, actitud que contribuye al cuidado de su salud mental. El Sr.V. ya no es lo que era antes y comienza a descubrir su propia vejez.

## Capítulo IV

### Consideraciones finales

Fundamentalmente, este trabajo se basó en la historia del Sr. V., analizando la influencia de los factores sociales y los valores prevalentes de su época vivida, la cual permitió entender los comportamientos de juventud que derivaron en una patología crónica, y provocan hoy una situación de crisis que podría intensificarse.

He tratado de describir el modo de envejecer como proceso durante el curso de vida del Sr. V., cuyos condicionamientos reflejan sus creencias sobre la adultez imaginada como perpetuada en el tiempo. La negación de la vejez le imposibilitó anticiparse preventiva y saludablemente, y así ser beneficiario de su propio envejecimiento. De este modo, un nuevo problema de salud desencadena una situación que pone completamente en jaque su forma de ver su vida.

El Sr.V. ha interiorizado reglas y normas de una masculinidad hegemónica que se fueron consolidando con el correr del curso de vida. De esta forma, con el paso del tiempo, ha sido indiferente a ciertas advertencias, lo que hizo que las acciones que pusieron en riesgo su salud se perpetuaran en el tiempo. El Sr.V., hoy a sus 79 años, nos deja como enseñanza cuán necesario e imprescindible es anticiparse, prepararse y trabajar sobre la propia vejez.

La narrativa del Sr.V. sobre su identidad, que requiere la revisión de las concepciones idealizadas de la juventud, traza la situación actual de crisis en el envejecimiento. Se nota cierta preocupación que lo lleva a acercarse a una posible forma de validar su vejez, confrontando directamente con su juventud. Incluso en el rol social que señala como expectativa de vida, su actitud hacia su envejecimiento reviste cierto desasosiego, como también, atención hacia su propia vida.

Los discursos dominantes de la época han contribuido a la experiencia de vida, que un hombre asume. Son parte y consecuencia del entramado social de una época que ha afectado de manera notable a las personas consumidoras de tabaco, y ha influido principalmente en el deterioro de la salud y calidad de vida.

El carácter histórico y social de la época ayuda a comprender y explicar ciertas conductas social y tradicionalmente aceptadas, como lo fue el consumo de tabaco, sin que se advirtieran los riesgos, las consecuencias negativas en la salud. Al mismo tiempo, las normas de masculinidad limitaron la búsqueda de ayuda y atención médica por parte del sr. V y de los hombres de la habitación 310.



Sus nuevas experiencias deben ser el motor para dar a su vida un sentido que desafíe los prejuicios, y le permitan orientarse hacia el desarrollo y aprendizaje de nuevas habilidades, que faciliten con mayor soltura y progresivamente, el descubrir de la libertad de ser, hacer y decidir por sí mismo.

Todos queremos vivir una vida larga, es decir, un compendio de vidas hasta llegar a la vejez. Pero, cuando se transita por ella, se puede observar cómo los discursos dominantes le atribuyen a esta etapa un significado prejuicioso al asociar a la vejez con enfermedad, con escasa productividad o con pasividad. Esto nos plantea la importancia de generar experiencias que den lugar a desarrollar la sabiduría, para transitar, como ser envejeciente, las múltiples asimilaciones y acomodaciones en el último tramo de la vida humana.

Sin embargo, ¿cuáles han sido los proyectos para el último tramo de su vida? Hoy, sus decisiones pasadas impactan fuertemente en su identidad, al verse y sentirse como el ser envejeciente que es, pero no como el que quiere ser.

Sus dificultades, sin duda lo ponen a prueba. La vida no le es fácil de vivir diariamente, sus esperanzas están depositadas en la posibilidad de mantener su movilidad a futuro. Mientras tanto, con 79 años revisa los pasajes de su vida, con aciertos y desaciertos. Trabajó desde muy joven, a pesar de sus deseos, se casó y tuvo dos hijas. Hoy pasa sus días en silla de ruedas, en su casa viendo televisión en su cocina o en el patio, cuando el sol asoma con su brillo alentador en el mejor de los casos.

El no haberse anticipado a su envejecimiento, para vivir los años que le restan con buena calidad, al llegar a un momento determinado de vida, lo enfrentan a la situación actual. Debe adaptarse como buen paciente a su casa, al barrio, al hospital, al centro de jubilados, a los posibles viajes.

Ahora, debemos reconocer la importancia de priorizar un envejecimiento activo y saludable, de la importancia de la transformación en el sistema de atención integral basado en la persona, desde una mirada holística para proteger los años de vida saludable de las personas mayores y de las personas mayores con discapacidad. Las condiciones generales sociales que experimenta a diario constituyen un riesgo para él, porque no le garantizan un proceso continuo de tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos como es necesario.

El Sr.V. se pensaba de la misma manera que hace 30 años atrás, y buena parte de su vida la vivió según los mandatos sociales aceptables para las masculinidades hegemónicas imperantes. Las nuevas circunstancias de su quehacer cotidiano alteran su

continuidad, su trayectoria de vida como persona envejeciente. Los intercambios con los diversos contextos sociales en el cual se moviliza le provocan insatisfacción.

Actualmente, el Sr.V. cuenta con recursos financieros para hacer frente a los gastos que le ocasiona el cuidado de su salud. Pero probablemente, gran parte de su jubilación hoy se destine a la compra de insumos para su cuidado. El análisis del caso visibiliza la importancia de que las personas mayores accedan a servicios de salud integrales de calidad, ya que no siempre cuentan con los medios necesarios para trasladarse hacia un centro médico para recibir atención.

Por otro lado, frecuentemente, no acceden a las prestaciones médicas al quedar atrapados en una burocracia infinita, que incluye cambios en los procedimientos de atención y/o modificaciones administrativas que resultan engorrosas para las personas mayores.

La implementación de sistemas de recetas electrónicas debería facilitar la dispensa de medicamentos. Lo cierto es que en los hospitales los profesionales no cuentan con tecnología no solo para recetar, sino que deben los pacientes acercarse a su médico/a de cabecera para la prescripción de esta.

Asimismo, los tiempos en los consultorios de atención médica de cabecera para solicitar recetas electrónicas no son ágiles, debiendo esperar como en este caso, una semana para retirar el o los medicamentos en farmacia. Lo mismo ocurre con la solicitud de órdenes de prácticas médicas, estudios complementarios y consulta con especialistas.

Lo cierto es que diariamente, se puede ver la realidad que viven las personas mayores, y son múltiples y preocupantes las dificultades en el último trayecto del camino de sus vidas. Una buena manera de comenzar es detenerse, observar y reflexionar sobre cuál es la atmósfera que rodea a las personas mayores. En este sentido, somos responsables de alguna manera, de abordar algunas formas de apoyo y ofrecer oportunidad de envejecer y vivir la vejez con calidad de vida.

Para superar estos desafíos que rompan este círculo vicioso algún día, se debe garantizar la continuidad en el desarrollo humano poniendo en marcha cambios sociales para que las personas disfruten de un envejecimiento con igualdad.

Un camino posible para facilitar el desarrollo de una vida vivida con plenitud es educar en salud, es una condición necesaria para preparar a las personas para favorecer y fortalecer el desarrollo y crecimiento en cada etapa del ciclo de la vida en las variadas circunstancias que le toque atravesar.

En las últimas décadas, el envejecimiento poblacional crece continuamente, no todas las personas envejecen de igual manera, distintos determinantes afectan dicho proceso, como el entorno físico, social, económico, así como también la cultura y género. Es por ello que debemos resaltar la importancia de practicar actividad física y de disfrutar la vida activa retrasando así la dependencia. Es imprescindible ofrecer espacios de atención con mayor amplitud horaria, como en los hospitales, para brindar más consultas, ampliar los centros para rehabilitar y no dejar librado a los recursos con los que cuente la persona para hacerle frente a la situación que le toque atravesar.

Como sociedad, debemos anticiparnos para dar respuestas óptimas a los modos de afrontar el envejecimiento con recursos que brinden a las personas sostén para llevar adelante su propia vida, sin pensar en la vejez como un obstáculo en y para los diversos espacios en que habiten y se desarrollen.

La experiencia vivida por el Sr.V. me dio la oportunidad de repensar las prácticas profesionales desde una perspectiva de reconocimiento inclusivo. La expansión y multiplicidad en los procesos de envejecimiento, la diversidad, la desigualdad, las brechas tecnológicas, los cambios en los procesos de construcción de identidades, y nuevos envejecimientos, que nos plantean un escenario problemático pero desafiante.

Es de esperar que los nuevos profesionales Especialistas en Envejecimiento Activo y Saludable, podamos promover y construir una mirada crítica en la perspectiva de los derechos de las personas mayores, capaces de investigar, indagar y contribuir a una sociedad que visibilice, concientice y desnaturalice las problemáticas de los grupos históricamente vulnerados, como lo son las personas mayores.

Es precisamente en la Década del Envejecimiento Saludable, que debemos abordar el envejecimiento desde una perspectiva multidisciplinaria, interdisciplinaria y transdisciplinaria con una visión holística a partir de la reflexión sobre casos concretos y la búsqueda de estrategias de mejora, generando alternativas de intervención orientadas a construir una sociedad para todas las edades.

En este complejo escenario, es en el que se inscribe la práctica del profesional Especialista en Envejecimiento Activo y Saludable. Esta nueva conceptualización reconoce que el derecho humano implica acceso universal e igualitario, con facultades concretas para su ejercicio y la posibilidad de reclamar ante posibles vulneraciones, previniendo y promocionando acciones concretas para el mejoramiento del bienestar y la calidad de vida de las personas mayores, prolongando su autonomía y disminuyendo su dependencia.

Pero, cuando se restringen las opciones de las personas mayores, para corregir las desigualdades, es el deber de los profesionales trabajar para encontrar soluciones a los desafíos del desarrollo humano, fortaleciendo las capacidades que permitan vivir dignamente a todas las personas en el curso final de vida, en base a un mayor nivel de justicia e igualdad. Es indispensable fomentar el cambio en la forma en que se piensa, siente y actúa hacia la vejez y el envejecimiento. Ciertas transformaciones sociales y culturales sin duda han venido para quedarse, las cuales suponen grandes desafíos.

## Referencias bibliográficas

- Amadasi, E. y Cicciari, MR. (2019) La capacidad de aprender en las personas mayores. 1ª. Edición. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Educa. Fundación Navarro Viola y Universidad Católica Argentina. [Libro Electronico]. <https://fnv.org.ar/wp-content/uploads/2020/04/Boletin-Tematico-IX>
- Arias, C.J., & Iacub, R. (2015). Aspectos positivos en la investigación e intervención con personas mayores. *Revista Kairós Gerontología*, 18 (Nº Especial 20), Temático: "Aspectos positivos en la vejez. Cuestiones teóricas" (pp.01-13). ISSNe 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. [https://www.researchgate.net/publication/308662313\\_Aspectos\\_positivos\\_en\\_la\\_investigacion\\_e\\_intervencion\\_con\\_personas\\_mayores](https://www.researchgate.net/publication/308662313_Aspectos_positivos_en_la_investigacion_e_intervencion_con_personas_mayores)
- Arroyo Rueda, M. C., y Soto Alanís, L. E. (2013). La dimensión emocional del cuidado en la vejez: la mirada de los adultos mayores. *Cuadernos de Trabajo Social*, 26(2) (pp 337-347).
- Asociación Argentina de Medicina Respiratoria [AAMR]. (2020). *El tabaquismo y su relación con la pandemia de COVID-19: ¿Casualidad o causalidad? [Ebook]. Buenos Aires: Asociación Argentina de Medicina Respiratoria.* [https://www.aamr.org.ar/secciones/coronavirus/covid\\_aamr\\_\\_recomendaciones\\_tabaquismo.29-3-2020.pdf](https://www.aamr.org.ar/secciones/coronavirus/covid_aamr__recomendaciones_tabaquismo.29-3-2020.pdf)
- Banco Mundial. (8 de Abril de 2019). *Argentina avanza en la lucha contra el tabaquismo.* <https://www.bancomundial.org/es/news/feature/2019/04/08/argentina-avanza-lucha-tabaquismo>
- Bermejo García, L. (2010). *Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con personas mayores.* Madrid: Editorial Panamericana.
- Bernaldo de Quiros Aragón, M. (2012). *Psicomotricidad* (1ª ed., p. 201). Madrid: Pirámide.
- Bertalanffy, L. (1968). *Teoría general de los sistemas.* México: Fondo de cultura económica. 7ma. Reimpresión 1986.
- Braun, S., Mejia, R., Ling, P., & Pérez-Stable, E. (2008). *La Publicidad del Tabaco Capta al Adolescente Argentino.* <https://www.bago.com.ar/vademecum/bibliografia/la-publicidad-del-tabaco-capta-al-adolescente-argentino/>
- Butler, R. (1969). Ageism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, volumen 9, número 4\_Part\_1, invierno de 1969, páginas 243–246, [https://doi.org/10.1093/geront/9.4\\_Part\\_1.243](https://doi.org/10.1093/geront/9.4_Part_1.243)

- Calleja, N. (2016). *Bullying y Tabaco: ¿Se Encuentran Asociados?*  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007471916300552#bib0065>
- Chetty S. (1996). The case study method for research in small- and médium - sized firms.  
 International small business journal, vol. 5, octubre – diciembre
- Díez Mintegui, C. (2003). *Tradiciones culturales y legitimación del poder masculino.*  
[https://www.ugr.es/~pwlac/G19\\_15Carmen\\_Diez\\_Mintegui.html](https://www.ugr.es/~pwlac/G19_15Carmen_Diez_Mintegui.html)
- Dulcey Ruiz, E. (2013). *Envejecimiento y vejez. Categorías conceptuales.* Bogotá, Colombia: Fundación Cepsiger para el Desarrollo Humano; Santiago de Chile: Red Latinoamericana de Gerontología
- Erikson, E. (2000). *El ciclo vital completado* Barcelona: Paidós.
- Etienne, C. (2019). *La importancia de abordar la masculinidad y la salud de los hombres para avanzar hacia la salud universal.*  
[https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14943:addressing-masculinity-and-men-s-health-to-advance-universal-health&Itemid=135&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14943:addressing-masculinity-and-men-s-health-to-advance-universal-health&Itemid=135&lang=es)
- Fernández, J. (1996). *Varones y mujeres. Desarrollo de la doble realidad del sexo y del género.* Madrid: Pirámide.
- Ferrara, F. (2021). *En Torno al Concepto de Salud. Revista De Salud Pública* (pp. 115-120). <://www.ms.gba.gov.ar/ssps/repositorio/libros/elec504.pdf>
- Fundación Interamericana del Corazón Argentina. (2019). *Reporte del Mercado de Cigarrillos en Argentina Primer Trimestre.* FIC Argentina.  
[https://www.ficargentina.org/wp-content/uploads/2019/06/190619\\_mercado\\_cigarrillos.pdf](https://www.ficargentina.org/wp-content/uploads/2019/06/190619_mercado_cigarrillos.pdf)
- Gastrón, L. (comp.) (2013). *Dimensiones de la Representación Social de la vejez.* Eudem - Universidad Nacional de Mar Del Plata. Capítulos IV, V, VI, VII, IX y Conclusiones.
- Iacub, R. (2001). *Familia y vejez: la abuelidad. Tiempo, el portal de la Psicogerontología.*  
<https://docer.com.ar/doc/nnx8ccx>
- Iacub, R. (2021). *Algo positivo de la pandemia es que podamos visibilizar la discriminación hacia la vejez.* <https://www.algec.org/ricardo-iacub-algo-positivo-de-la-pandemia-es-que-podamos-visibilizar-la-discriminacion-hacia-la-vejez/>

- Iacub, R. y Arias, C. J. (2017). *La Gerontología Comunitaria: poder, comunidad y vejez*. En Fergusson Cárdenas, I. y Rojas Jara C. (Eds.) *Gerontología. Actualizaciones y Temas Emergentes*. Talca: Universidad Católica del Maule.
- Iacub, R. y Rodríguez Reaño, R. (2015) *El empoderamiento de los pacientes adultos mayores: Hacia un cambio en los servicios de salud* (pp. 149-168) en Programa de Actualización en Cuidados del Adulto Mayor. Primer Ciclo Modulo 4. SAGG-Editorial Médica Panamericana.
- Iacub, R., & Sabatini, B. (2015). *Psicología de la Mediana Edad y Vejez*. Universidad Nacional de Mar del Plata. [//www.desarrollosocial.gob.ar/wp-content/uploads/2015/05/Gerontolog--a-Comunitaria-Modulo-31.pdf](http://www.desarrollosocial.gob.ar/wp-content/uploads/2015/05/Gerontolog--a-Comunitaria-Modulo-31.pdf)Inareps. (2021).
- ILC. (2015). *Envejecimiento Activo*. (2015). <https://www.easp.es/project/envejecimiento-activo-un-marco-politico-ante-la-revolucion-de-la-longevidad/>
- INSSJP - Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. (2021). *Orden Médica Electrónica*. <https://prestadores.pami.org.ar/ome.php>
- Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria [IECS]. (2011). *Un estudio científico demuestra que el tabaquismo potencia la inequidad social*. <https://www.iecs.org.ar/un-estudio-cientifico-demuestra-que-el-tabaquismo-potencia-la-inequidad-social/>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (2019). *4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo Resultados definitivos*. [https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr\\_2018\\_resultados\\_definitivos.pdf](https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr_2018_resultados_definitivos.pdf)
- Instituto Nacional del Cáncer. (2021). *Consumo de cigarrillo: riesgos para la salud y cómo dejar de fumar (PDQ®)– Versión para pacientes*. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/tabaco/dejar-fumar-pdq>
- Instituto Nacional del Cáncer. (2021). *Perjuicios por fumar cigarrillos y beneficios para la salud al dejar el hábito*. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/tabaco/hoja-informativa-dejar-de-fumar>
- International Journal of Developmental and Educational Psychology. (2010). *Esquema Corporal y Autoestima en la Tercera Edad. Elementos Claves para un Programa en Gerontopsicomotricidad*. [Libro Electronico] (pp. 867-872). Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832325090.pdf>

- Izaguirre, I. (1998). *Violencia social y derechos humanos*. Eudeba.  
<http://biblioteca.clacso.edu.ar/gsd/collect/ar/ar-030/index/assoc/D4563.dir/violencia.pdf>
- Izquierdo, M. et al. (2017). *Programa multicomponente de ejercicio físico para la prevención de la fragilidad y el riesgo de caídas*. Universidad Pública de Navarra (UPNA)
- Kunstmann, S., & Gainza, F. (2020). *Texto adaptado de Cardiopatía en el paciente anciano cardiovascular*. Revista Médica Las Condes. Elsevier.  
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864019301178>
- Laboratorio Bagó (s/d). *La Publicidad del Tabaco Capta al Adolescente Argentino*.  
<https://www.bago.com.ar/vademecum/bibliografia/la-publicidad-del-tabaco-capta-al-adolescente-argentino/>
- Levy B. y Banaji M. (2004). *“Viejismo Implícito” en Viejismo. Estereotipos y Prejuicios contra las Personas Mayores (Ageism. Stereotyping and Prejudice against Older Persons)*. (comp.) Todd D. Nelson. Massachusetts: The Mit Press.
- Mansinho, M., Lopes, M., Acotto, C. y Tuchmann, C. (2013). *Programa UPAMI, Universidad para Adultos Mayores Integrados – Premio Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires*. Buenos Aires, Argentina.
- Maranzano, S. (2021). *Capacidad Funcional de la Persona mayor*. [Presentación de diapositivas].
- Maranzano, S. (2021). *Esquema e Imagen Corporal. Modificaciones estructurales y funcionales* [Presentación de diapositivas]. Diseño y gestión de programas de actividad física y de salud para personas mayores. EEASAM. UNDAV
- Mendoza Post. (2015). *Las publicidades de cigarrillos no cumplen con las restricciones*.  
<https://www.mendozapost.com/nota/15683-las-publicidades-de-cigarrillos-no-cumplen-con-las-restricciones/>
- Mercer, H. (2000). *Evaluación: reflexiones acerca del tema Interface*.  
<https://www.scielo.br/j/icse/a/sRbmJRQPWGVNczy6jBNjRvx/?lang=es&format=pdf>
- Merchán Maroto, E., & Cifuentes Cáceres, R. (s/d) *Teorías Psicosociales del Envejecimiento* Castilla-La Mancha: Asociación Icerón.



<http://asociacionciceron.org/wp-content/uploads/2014/03/00000117-teorias-psicosociales-del-envejecimiento.pdf>

Merino, S. (s/d) *Senior Fitness Test. Valoración de la condición física en personas mayores*. Universidad Europea de Madrid.

Ministerio de Bienestar Social. (2021). *Revista de Salud Pública (49 ed., pp. 115-120)*.  
<https://www.ms.gba.gov.ar/ssps/repositorio/libros/elec504.pdf>

Ministerio de Desarrollo Social. (2015). *Psicología de la Mediana Edad y Vejez Psicología de la Mediana Edad y Vejez* [Libro Electronico]. Obtenido de  
<https://www.desarrollosocial.gob.ar/>

Ministerio de Desarrollo Social. (2016). *Género y Masculinidades: Miradas y herramientas para la intervención Uruguay*: FLACSO Uruguay Programa Género y Cultura.  
<https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MASCULINIDADES.pdf>

Ministerio de Salud. (2020). *COVID-19: Consulta Médica Programada* [Libro Electronico].  
Ministerio de Salud. Obtenido de  
<https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-04/covid-19-recomendaciones-consulta-medica-programada.pdf>

Ministerio de Salud. *Etapas de tratamiento*. (7 de Noviembre 2021),  
<https://www.argentina.gob.ar/inareps/guia-atencion-pacientes-amputados/etapas>

OEA. (2015). *Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores*.

OMS. (2020). *Declaración de la OMS: consumo de tabaco y COVID-19*.  
<https://www.who.int/es/news/item/11-05-2020-who-statement-tobacco-use-and-covid-19>

OMS. (2020). *Directrices de la OMS sobre Actividad Física y Hábitos Sedentarios*.

Piaget, J., & Gracia, R. (1984). *Psicogénesis e historia de la ciencia*. México.  
<https://hum.unne.edu.ar/biblioteca/apuntes/Apuntes%20Ciencias%20de%20la%20Educacion/Sociologia/Unidad4/Piaget%20Garci%C3%A1.pdf>

Poder Legislativo Nacional (2011). *LEY 26687*. <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/html/17971.html>

Real Academia Española. (2020). *Sabiduría*. <https://dle.rae.es/sabidur%C3%ADa>

Registro Nacional de Cuidadores Domiciliarios. (2020). *La Red de Apoyo Social en la Vejez y el Vínculo con el/la Cuidador/a Domiciliario/a*. [Libro Electronico].

- Obtenido de  
[https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/la\\_red\\_de\\_apoyo\\_social.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/la_red_de_apoyo_social.pdf)
- Rieder, H. (2003). *Actividad deportiva y actividad física para las personas mayores discapacitadas*.
- Roqué, M. (2014). "Los cuidados progresivos, los derechos humanos y el rol del Estado en la Argentina." en *Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores* (pp. 183-187). México: CEPAL: Naciones Unidas.
- Salvarezza, L. (1988). *Psicogeriatría, Teoría y clínica*. Paidós.
- Secretaría de Gobierno de Salud. (2019). *Resolución 623/2019*.  
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-623-2019-321782/texto>
- Sinovas, R. y Marugán De Miguelsanz, M. (2010). *Esquema corporal y autoestima en la tercera edad. elementos claves para un programa en Gerontopsicomotricidad*. Revista Internacional de Psicología del Desarrollo y la Educación, 2 (1), 867-872. ISSN: 0214-9877. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832325090>
- Sociedad Americana Contra El Cáncer. (2018). *Riesgos para la salud debido al tabaquismo*. <https://www.cancer.org/es/saludable/mantengase-alejado-del-tabaco/riesgos-para-la-salud-debido-al-tabaquismo/fumar-tabaco.html>
- Soler Vila, A. (2009) *Practicar ejercicio físico en la vejez: una intervención preventiva educativa para lograr envejecer saludablemente*. INDE S.A
- Soler Vila, A. y de Febrer de los Ríos, A. (2004). *Cuerpo, dinamismo y vejez*. INDE.
- Soliverez, C., & Arias, C. (2021). *La red de apoyo social en la vejez y el vínculo con el/la cuidador/a domiciliario/a*. Ministerio de Desarrollo Social.  
[https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/la\\_red\\_de\\_apoyo\\_social.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/la_red_de_apoyo_social.pdf)
- Tamames, S. (2018). *El 70% de los fumadores sufre daños en las arterias*. Santiago Tamames. <https://cirugiageneraltamporames.com/el-70-de-los-fumadores-sufre-danos-en-las-arterias/>
- Vaiu Store. (2016). *Publicidad tabaco siglo XX - Carteles publicitarios del siglo XX*.  
<https://vaiu.es/carteles-publicitarios-del-tabaco-de-principios-del-siglo-xx/>
- WHO Quality of Life Assessment Group. (1996). ¿Qué calidad de vida? Foro mundial de la salud 1996; volumen 17 : 385-387

Zarebski, G. (1994). La vejez ¿Es una caída? Buenos Aires: Biblioteca Universidad Maimónides.

Zarebski, G. (2005). Hacia un Buen Envejecer. Buenos Aires: Biblioteca Universidad Maimónides.

Zarebski G. & Marconi A. (2013). Inventario de Factores Psíquicos Protectores para el Envejecimiento (FAPPREN).

## Anexos

### Anexo I: Ley N° 26687

PODER LEGISLATIVO NACIONAL (P.L.N.)

Regulación de la publicidad, promoción y consumo de los productos elaborados con tabaco. Deróganse las Leyes N° 23.344 y su modificatoria Ley N° 24.044.

Sanción: 01/06/2011; Promulgación: 13/06/2011; Boletín Oficial 14/06/2011.

El Senado y Cámara de Diputados reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

#### Capítulo I

##### Disposiciones generales

Artículo 1º.- La presente ley regula la publicidad, promoción y consumo de los productos elaborados con tabaco a los fines de la prevención y asistencia de la población ante los daños que produce el tabaquismo.

Art. 2º.- Son objetivos de la presente ley:

- a) Reducir el consumo de productos elaborados con tabaco;
- b) Reducir al mínimo la exposición de las personas a los efectos nocivos del humo de productos elaborados con tabaco;
- c) Reducir el daño sanitario, social y ambiental originado por el tabaquismo;
- d) Prevenir la iniciación en el tabaquismo, especialmente en la población de niños y adolescentes;
- e) Concientizar a las generaciones presentes y futuras de las consecuencias producidas por el consumo de productos elaborados con tabaco y por la exposición al humo de productos elaborados con tabaco.

Art. 3º.- Quedan comprendidos en los alcances de esta ley todos los productos elaborados con tabaco, y los que sin serlo puedan identificarse con marcas o asociarse con ellos, de origen nacional o importados.

Art. 4º.- A efectos de la presente ley, se entiende por:

- a) Consumo de productos elaborados con tabaco: El acto de inhalar, exhalar, masticar, chupar o sostener encendido un producto elaborado con tabaco;
- b) Productos elaborados con tabaco: Los preparados que utilizan total o parcialmente como materia prima tabaco y son destinados a ser fumados, chupados, masticados, aspirados, inhalados o utilizados como rapé;
- c) Humo de tabaco: La emanación que se desprende por la combustión de un producto elaborado con tabaco;

- d) Publicidad y promoción de productos elaborados con tabaco: Es toda forma de comunicación, recomendación o acción comercial con el fin, el efecto o el posible efecto de promover directa o indirectamente el consumo de productos elaborados con tabaco;
- e) Control de productos elaborados con tabaco: Las diversas estrategias de reducción de la demanda y los daños asociados al consumo de productos elaborados con tabaco, con el objeto de mejorar la salud de la población;
- f) Patrocinio de marca de productos elaborados con tabaco: Toda forma de contribución a cualquier acto, actividad, persona física o jurídica, pública o privada, con el fin, o a los efectos de promover la marca de un producto elaborado con tabaco;
- g) Empaquetado de productos elaborados con tabaco: Se aplica a todo envase, paquete, envoltorio, caja, lata o cualquier otro dispositivo que envuelva o contenga productos elaborados con tabaco en su formato de venta al consumidor final;
- h) Lugar cerrado de acceso público: Todo espacio destinado al acceso público, tanto del ámbito público como privado, cubierto por un techo y confinado por paredes, independientemente de que la estructura sea permanente o temporal;
- i) Lugar de trabajo cerrado: Toda área o sector cerrado dentro de un edificio o establecimiento, fijo o móvil, en donde se desempeñan o desarrollan actividades laborales;
- j) Medios de transporte público de pasajeros: Todo tipo de vehículo que circule por tierra, aire o agua utilizado para transportar pasajeros, con fines comerciales;
- k) Clubes de fumadores de productos elaborados con tabaco: Toda entidad constituida con la finalidad exclusiva de ofrecer un ámbito para degustar o consumir productos elaborados con tabaco;
- l) Ingredientes: Cualquier sustancia o cualquier componente distinto de las hojas y otras partes naturales o no procesadas de la planta de tabaco que se use en la fabricación o preparación de un producto elaborado con tabaco y que siga estando presente en el producto terminado, aunque sea en forma modificada, incluidos el papel, el filtro, las tintas y los adhesivos;
- m) Comunicación directa: Aquella que no es visible o accesible al público en general, y que está dirigida al público mayor de edad, identificado por el documento de identidad de cada uno de los que hayan aceptado en forma fehaciente recibir tal información.

## Capítulo II

### Publicidad, promoción y patrocinio

Art. 5º.- Prohíbese la publicidad, promoción y patrocinio de los productos elaborados con tabaco, en forma directa o indirecta, a través de cualquier medio de difusión o comunicación.

Art. 6º.- Exceptúase de la prohibición establecida en el artículo anterior, a la publicidad o promoción que se realice:

- a) En el interior de los lugares de venta o expendio de productos elaborados con tabaco, conforme a lo que determine la reglamentación de la presente ley;
- b) En publicaciones comerciales destinadas exclusivamente a personas o instituciones que se encuentren involucradas en el negocio del cultivo, fabricación, importación, exportación, distribución, depósito y venta de productos elaborados con tabaco;
- c) A través de comunicaciones directas a mayores de dieciocho (18) años, siempre que se haya obtenido su consentimiento previo y se haya verificado su edad.

Art. 7º.- En todos los casos la publicidad o promoción deberá incluir uno de los siguientes mensajes sanitarios, cuyo texto estará impreso, escrito en forma legible, prominente y proporcional dentro de un rectángulo de fondo blanco con letras negras, que deberá ocupar el veinte por ciento (20%) de la superficie total del material objeto de publicidad o promoción:

- a) Fumar causa cáncer;
- b) Fumar causa enfisema pulmonar;
- c) Fumar causa adicción;
- d) Fumar causa impotencia sexual;
- e) Fumar causa enfermedades cardíacas y respiratorias;
- f) El humo de tabaco es causa de enfermedad y muerte;
- g) La mujer embarazada que fuma causa daños irreparables a su hijo;
- h) Fumar causa muerte por asfixia;
- i) Fumar quita años de vida;
- j) Fumar puede causar amputación de piernas.

En todos los casos se incluirá un pictograma de advertencia sobre el daño que produce el hábito de fumar, el que será establecido para cada mensaje por la autoridad de aplicación de esta ley.

Art. 8º.- Prohíbese a los fabricantes y comerciantes de productos elaborados con tabaco, realizar el auspicio y patrocinio de marca en todo tipo de actividad o evento público, y a través de cualquier medio de difusión.

Art. 9º.- Encomiéndase a la Autoridad Federal de Servicios de Comunicación Audiovisual la fiscalización y verificación del cumplimiento de las disposiciones del presente capítulo por los prestadores de servicios de comunicación audiovisual y radiodifusión, conforme a lo previsto en el artículo 81 inciso j) de la ley 26.522, disponiendo la aplicación de las sanciones que correspondan en caso de infracción, de acuerdo a lo establecido en el Título VI de la misma norma, sin perjuicio de las que correspondan por aplicación de la presente ley.

### Capítulo III

#### Empaquetado de los productos elaborados con tabaco

Art. 10.- Los empaquetados y envases de productos elaborados con tabaco llevarán insertos una imagen y un mensaje sanitario que describa los efectos nocivos del consumo de productos elaborados con tabaco, de conformidad con el listado expuesto en el artículo 7º de la presente, que será actualizado por la autoridad de aplicación con una periodicidad no superior a dos (2) años ni inferior a un (1) año.

Art. 11.- Cada mensaje sanitario y su correspondiente imagen serán consignados en cada paquete y envase individual de venta al público de los productos elaborados con tabaco. El mensaje sanitario estará escrito en un (1) rectángulo negro, sobre fondo blanco con letras negras, y ocupará el cincuenta por ciento (50%) inferior de una (1) de las superficies principales expuestas. La imagen ocupará el cincuenta por ciento (50%) inferior de la otra superficie principal. Las empresas industrializadoras de productos elaborados con tabaco lanzarán sus unidades al mercado, garantizando la distribución homogénea y simultánea de las diferentes imágenes y mensajes sanitarios, en la variedad que hubiere dispuesto la autoridad de aplicación para cada período.

Art. 12.- Los paquetes y envases de productos elaborados con tabaco deberán incluir además, en uno (1) de sus laterales, información sobre el servicio gratuito para dejar de fumar que suministre el Ministerio de Salud.

Art. 13.- En los paquetes y envases de productos elaborados con tabaco no podrán utilizarse expresiones tales como "Light"; "Suave", "Milds", "bajo en contenido de nicotina y alquitrán", o términos similares, así como elementos descriptivos, marcas de fábrica o de comercio, signos figurativos o frases, que tengan el efecto directo o indirecto, de crear la falsa, equívoca o engañosa impresión de que un determinado producto elaborado con tabaco es menos nocivo que otro o que pueda inducir a error con respecto a sus características, efectos para la salud, riesgos o emisiones.

Art. 14.- Prohíbese la colocación o distribución de materiales o envoltorios externos que tengan la finalidad de impedir, reducir, dificultar o diluir la visualización de los mensajes, imágenes o informaciones exigidas por esta ley.

### Capítulo IV

#### Composición de los productos elaborados con tabaco

Art. 15.- La composición de los productos elaborados con tabaco que sean cigarrillos o cigarritos destinados al comercio en el mercado nacional, deben ajustarse a los estándares prescriptos por esta ley. A estos fines los productos mencionados deben emanar como máximo:

- a) once miligramos (11 mg) de alquitrán por cigarrillo o cigarrito, a partir del primer año de vigencia de la presente ley, y diez miligramos (10 mg) de alquitrán por cigarrillo o cigarrito, a partir del segundo año de vigencia de la misma;
- b) un miligramo con un décimo de miligramo (1,1 mg) de nicotina por cigarrillo o cigarrito, a partir del primer año de vigencia de la presente ley, y un miligramo (1 mg) de nicotina por cigarrillo o cigarrito, a partir del segundo año de vigencia de la misma;
- c) once miligramos (11 mg) de monóxido de carbono por cigarrillo o cigarrito, a partir del primer año de vigencia de la presente ley, y diez miligramos (10 mg) de monóxido de carbono por cigarrillo o cigarrito, a partir del segundo año de vigencia de la misma.

Los contenidos de alquitrán, nicotina y monóxido de carbono de los cigarrillos y cigarritos se medirán según las normas ISO 4387; ISO 10315 e ISO 8454, respectivamente o las que en el futuro se dicten. La medición de agua se hará de acuerdo a la norma ISO 10362-1, o la que en el futuro se dicte.

La exactitud de las mediciones relativas al alquitrán, la nicotina y el monóxido de carbono se comprobarán según la norma ISO 8243 o las que en el futuro se dicten.

Los laboratorios que realicen las mediciones deberán poseer acreditación bajo la norma ISO 17.025, o las que en el futuro se dicten, para cada uno de los análisis contemplados en las normas anteriormente mencionadas.

Art. 16.- El Ministerio de Salud, basándose en estándares, que estén aceptados internacionalmente, establecerá:

- a) Los métodos de verificación de los estándares conforme lo normado en el artículo anterior;
- b) La información que los fabricantes deberán proveer a la autoridad de aplicación y al público acerca de los ingredientes utilizados en los productos elaborados con tabaco; de modo tal que queden protegidos los secretos industriales y de fórmulas de los fabricantes;
- c) La prohibición del uso de determinados ingredientes siempre que se demuestre de acuerdo a criterios científicos objetivos y estándares internacionales, que los mismos incrementan la toxicidad total inherente de los productos bajo análisis.

## Capítulo V

### Venta y distribución

Art. 17.- Queda prohibida la venta, exhibición, distribución y promoción por cualquier título, de productos elaborados con tabaco en los siguientes lugares:

- a) Establecimientos de enseñanza de todos los niveles, estatales y privados;
- b) Establecimientos hospitalarios y de atención de la salud, públicos y privados;
- c) Oficinas y edificios públicos;
- d) Medios de transporte público de pasajeros;



e) Sedes de museos o clubes y salas de espectáculos públicos como cines, teatros y estadios.

Art. 18.- Se prohíbe la venta, distribución, promoción, y entrega por cualquier título, de productos elaborados con tabaco a menores de dieciocho (18) años para su consumo o para el de terceros. A tales fines, el vendedor o expendedor deberá verificar la edad del comprador, debiendo exigir la exhibición del documento que la acredite.

Art. 19.- El responsable de la venta, distribución, promoción y entrega por cualquier título, de productos elaborados con tabaco, tendrá la obligación de hacer cumplir las disposiciones establecidas en los artículos 17 y 18 según corresponda a su actividad.

Art. 20.- En el interior de los lugares de expendio de productos elaborados con tabaco, así como en los puntos de venta, distribución y entrega por cualquier título, deberá exhibirse en lugar visible un (1) cartel con la siguiente leyenda "Prohibida la venta, distribución, promoción o entrega, bajo cualquier concepto de productos elaborados con tabaco a menores de 18 años", y el número de la presente ley.

Art. 21.- Se prohíbe la venta, ofrecimiento, distribución, promoción y/o entrega, por cualquier título de productos elaborados con tabaco:

- a) En paquetes abiertos;
- b) En paquetes cerrados con menos de diez (10) unidades;
- c) A través de máquinas expendedoras;
- d) Por cualquier medio que impida verificar la edad del receptor.

Art. 22.- Se prohíbe la venta, distribución, publicidad, promoción y entrega por cualquier título, de artículos y productos, de uso y consumo corriente que aun no siendo productos elaborados con tabaco, puedan identificarse o asociarse con ellos a través de la utilización de logotipos, emblemas o nombres de marcas de productos elaborados con tabaco.

## Capítulo VI

### Protección ambiental contra el humo de productos elaborados con tabaco

Art. 23.- Se prohíbe fumar en:

- a) Lugares de trabajo cerrados protegidos por la ley 19.587 de Higiene y Seguridad del Trabajo;
- b) Lugares cerrados de acceso público;
- c) Centros de enseñanza de cualquier nivel, inclusive instituciones donde se realicen prácticas docentes en cualquiera de sus formas;
- d) Establecimientos de guarda, atención e internación de niños en jardín maternal y de adultos en hogares para ancianos;
- e) Museos y bibliotecas;

- f) Espacios culturales y deportivos, incluyendo aquellos donde se realicen eventos de manera masiva;
- g) Medios de transporte público de pasajeros;
- h) Estaciones terminales de transporte;
- i) Áreas en que el consumo de productos elaborados con tabaco generen un alto riesgo de combustión por la presencia de materiales inflamables, estaciones de expendio de combustibles, sitios de almacenamiento de los mismos o materiales explosivos o similares;
- j) Cualquier otro espacio cerrado destinado al acceso de público, en forma libre o restringida, paga o gratuita, no incluido en los incisos precedentes.

Las personas no fumadoras tendrán el derecho de exigir al propietario, representante legal, gerente, administrador o responsable a cualquier título del respectivo local o establecimiento, comine al infractor a cesar en su conducta.

Art. 24.- Se exceptúan de la prohibición establecida en el artículo anterior:

- a) Los patios, terrazas, balcones y demás áreas al aire libre de los espacios destinados al acceso de público en forma libre o restringida, paga o gratuita, mientras no se trate de establecimientos de atención de la salud o de enseñanza, excluidos los del ámbito universitario;
- b) Los lugares de trabajo cerrados privados sin atención al público y sin empleados que cumplan funciones en esa misma dependencia;
- c) Los clubes de fumadores de productos elaborados con tabaco o tabaquerías con áreas especiales habilitadas por autoridad competente.

Art. 25.- En los lugares en que rija la prohibición de fumar, deberán colocarse carteles que indiquen dicha prohibición. La respectiva leyenda deberá estar escrita en forma legible y prominente, en letreros de un tamaño no inferior a treinta (30) centímetros de lado colocados en un lugar visible, en letras negras sobre fondo blanco, con las demás características que establezca la reglamentación.

Art. 26.- La autoridad de aplicación, con la finalidad de facilitar las denuncias por incumplimiento de las disposiciones de la presente ley, habilitará como mínimo un (1) número telefónico gratuito y una (1) dirección de correo electrónico, que deberán ser difundidos a través de los medios masivos de comunicación y expuestos en forma visible en los lugares de venta de los productos elaborados con tabaco y en aquellos donde se prohíba su consumo.

## Capítulo VII

### Autoridad de aplicación

Art. 27.- Será autoridad de aplicación de la presente en el orden nacional el Ministerio de Salud.

Las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires actuarán como autoridades locales de aplicación, ejerciendo el control y vigilancia sobre el cumplimiento de la presente ley y sus normas reglamentarias. A ese fin determinarán los organismos que cumplirán tales funciones, pudiendo los gobiernos provinciales delegar sus atribuciones en los gobiernos municipales.

La autoridad de aplicación ejercerá su función sin perjuicio de la competencia de otros organismos en sus áreas específicas. En tal sentido el Ministerio de Salud actuará con el apoyo de los Ministerios de Educación, de Economía y Finanzas Públicas, de Producción, de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios y de la Secretaría de Medios de Comunicación.

## Capítulo VIII

### Educación para la prevención

Art. 28.- La autoridad de aplicación deberá formular programas de prevención y abandono del consumo de productos elaborados con tabaco, destinados a implementarse en los establecimientos educativos, centros de salud, lugares de trabajo, entidades deportivas y todo otro tipo de organización que exprese su voluntad de participar en acciones contra el tabaquismo.

Art. 29.- La autoridad de aplicación, en colaboración con el Ministerio de Educación, promoverá la realización de campañas de información, en establecimientos educacionales, acerca de los riesgos que implica el consumo de productos elaborados con tabaco.

Art. 30.- Las carreras profesionales relacionadas con la salud deberán incluir en sus contenidos curriculares el estudio e investigación de las patologías vinculadas con el tabaquismo, su prevención y tratamiento.

Art. 31.- El Ministerio de Salud, en coordinación con el Ministerio de Educación, promoverá la información y educación de las nuevas generaciones, con el fin de prevenir y evitar la iniciación en el consumo de productos elaborados con tabaco.

Asimismo se pondrá especial énfasis en el peligro que significa el tabaquismo tanto para la mujer embarazada y la madre lactante, como para la salud de su hijo.

## Capítulo IX

### Sanciones

Art. 32.- Las infracciones a las disposiciones de la presente ley serán pasibles de las siguientes sanciones, las que se aplicarán con independencia de la responsabilidad civil o penal que pudiere corresponder:

a) Multa en moneda de curso legal, equivalente al valor al consumidor final de entre doscientos cincuenta (250) y un mil (1000) paquetes de veinte (20) cigarrillos de los de mayor precio comercializados en el país en caso de incumplimiento cuando se

incumpliere lo normado en los Capítulos V y VI. En caso de reincidencia dicha multa podrá alcanzar un valor de hasta dos mil quinientos (2500) paquetes con las mismas características;

b) Multa en pesos equivalente al valor de venta al consumidor final de diez mil (10.000) a cien mil (100.000) paquetes de veinte (20) cigarrillos del mayor valor comercializado en el país, en caso de violación de lo dispuesto en los Capítulos II, III y IV. En caso de reincidencia, la multa se puede elevar hasta el valor equivalente a un millón (1.000.000) de paquetes de los antes enunciados;

c) Decomiso y destrucción de los materiales y los productos elaborados o comercializados que se encuentren en violación de las disposiciones establecidas por esta ley;

d) Clausura del local, institución o cualquier otro establecimiento donde se contravenga lo pautado en la presente ley.

Art. 33.- Las infracciones a las disposiciones de la presente ley serán juzgadas y ejecutadas por las jurisdicciones locales.

El monto de las multas percibidas por cada jurisdicción será destinado al financiamiento de los gastos que demande el cumplimiento de la presente ley. Las sanciones establecidas en el artículo precedente podrán acumularse y se graduarán con arreglo a su gravedad o reiteración.

Art. 34.- Las sanciones que se establecen por la presente ley serán aplicadas, previo sumario que garantice el derecho de defensa, a través de las autoridades sanitarias o de comercio, nacionales o locales, cuando correspondiere, sin perjuicio de la competencia de otros organismos en la materia.

Art. 35.- El Ministerio de Salud creará un registro nacional de infractores de esta ley, y lo mantendrá actualizado coordinando sus acciones con las demás jurisdicciones involucradas en el cumplimiento de esta ley.

## Capítulo X

### Disposiciones finales

Art. 36.- El gasto que demande el cumplimiento de la presente ley se financiará con los recursos provenientes de:

a) El producido de las multas establecidas;

b) Las sumas que a esos fines se asignen en el Presupuesto de la Administración Nacional;

c) Las donaciones y legados que se efectúen con ese destino específico.

Art. 37.- La presente ley entrará en vigencia a partir del día siguiente al de su publicación, con excepción de lo dispuesto por los artículos 10, 11, 12 y 13, que lo harán un (1) año después.

Art. 38.- La instrumentación de los artículos 5º, 6º, 7º y 8º empezará a regir a partir de los ciento ochenta (180) días de la publicación de la presente ley.

Art. 39.- Invítase a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a sancionar, para el ámbito de su exclusiva competencia, normas de similar naturaleza a las dispuestas por la presente para el ámbito nacional.

Art. 40.- El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley dentro de los ciento ochenta (180) días de publicada.

Art. 41.- Se deroga la ley 23.344 y su modificatoria ley 24.044.

Art. 42.- Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.

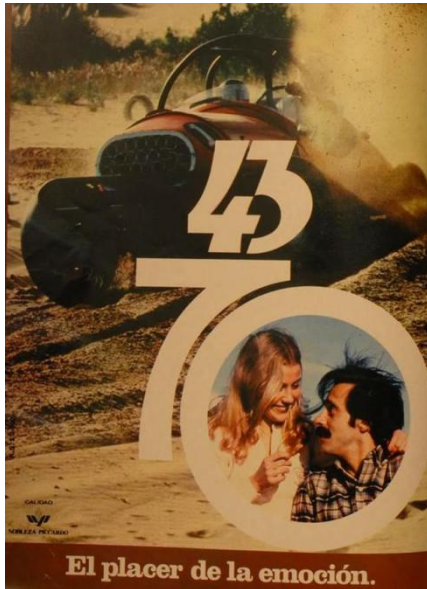
DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, EL DIA PRIMERO DE JUNIO DEL AÑO DOS MIL ONCE. - REGISTRADO BAJO EL N° 26.687 -

José J. B. Pampuro; Eduardo A. Fellner; Enrique Hidalgo; Juan H. Estrada.

## Anexo II: Registro Fotográfico

### Figura 1

Hombres fumadores apreciados socialmente

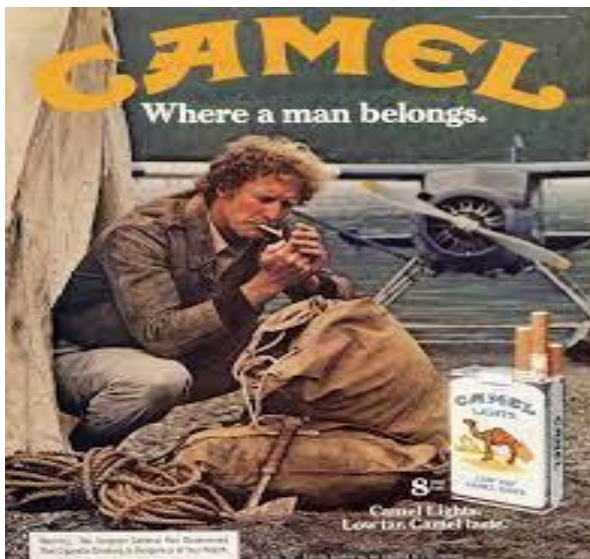


De La Mar en Coche a una marca de cigarrillos: folletería de Gesell.

<http://www.pulsogeselino.com.ar/de-la-mar-en-coche-a-una-marca-de-cigarrillos-folleteria-de-gesell/>

### Figura 2

Hombres fumadores protagonistas de aventuras



El Rubius de Camel (1982). (2014).

[Blog].

<https://elgranlibrodelasmarcas.blogspot.com/2014/12/el-rubius-de-camel-1982.html>

### Figura 3

Mensaje sanitario en los paquetes de cigarrillos acorde a la Ley N° 26687



(2011). <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/180000-184999/183207/norma.htm>

### Anexo III: Consentimiento Informado



Posgrado

Yo V. R., ejerciendo mi libre poder de elección y mi voluntad expreso por este medio que doy mi consentimiento para que mi historia sea objeto de investigación desde la observación no participante. Tengo claro que la información será utilizada con fines académicos.

  
Firma y aclaración



## Anexo IV: Entrevista

1- ¿Qué significa ser viejo para usted?

Es una persona que está en su último tramo de su vida activa, que ya sus organismos, su psiquis ya no responde como tendría que responder, una velocidad correspondiente.

2- ¿Y ser abuelo?

Depende de la edad, a los 50 es una cosa y a los 80 es otra.

Vos disfrutas de los nietos a los 80 es una molestia no un nieto, a los 60 o 70 es otra cosa.

3- ¿Qué cambios notó luego que se prejubilo?

Solo el cambio de horario. Por el resto no me di cuenta, porque yo tenía otras ocupaciones y seguí en actividad.

El contexto social fue distinto, el contexto laboral no lo tenía, pero cuando vos estás jubilado y te relacionas con otra gente de tu misma condición, entonces tomas otro ritmo de camino.

De vida social, lo mantuve con otras personas.

4- ¿Viejo o abuelo cómo se representa?

Por el momento ni viejo ni abuelo, una persona activa, dentro de los límites razonables, cuantos años tiene usted, 78 años. El viejo, para mí es una persona en estado de reposo, no activa.

5- ¿La vida activa qué significado tiene para usted?

Desde lo laboral hasta comprar una pizza.

6- ¿Cómo planificó su vejez?

No planifiqué nada, yo no hice eso, la hice trabajando mi vida en un ritmo diario.

7- ¿Compró una quinta?

Sí, pero como una distracción. Un cable a tierra, nada más.

8- ¿Si tuviera que planificar su vejez?

No lo haría viviría el día a día.

9- ¿Qué edad percibe que tiene?

69 años, 70 años, porque mi edad no me la da nadie.

10- ¿Si usted no pudiera tomar decisiones, según sus palabras?

Digamos las personas más cercanas a mí, deberían tomar las decisiones.

11- ¿Cómo cree que será su futuro próximo?

Con mi grupo de amigos está dentro del centro de jubilados, que tienen las mismas problemáticas, padecimientos, alternativas.

12- ¿Cuándo empezó a trabajar?

A los 14 años con un rematador de Avellaneda, limpiaba pisos, atendía a la gente y además, como sabía escribir a máquina copiaba contratos y demás.

A los 20 años ingresé a SEGBA, y me retiré a los 59 años, cuando me ofrecieron el retiro voluntario. En esa época por trabajar en la calle te aplicaban la Ley Española de jubilación anticipada. Con ello lo que la empresa buscaba es que las personas logren hacer la transición a la vida de jubilado.

13- ¿Cómo será su vida de acá en más?

Yo pienso que, si mantengo el ritmo de hasta ahora, va a ir bien, mantendrá el vínculo del centro de jubilado, no lo dejaría, la gente jubilada se refugia en el centro porque es una contención. Ellos también tienen limitaciones.

Normalmente si me dicen abuelo no le doy pelota, no estoy mentalizado como abuelo, no le respondo, solo a mis nietos les respondo.

14- ¿Cuál fue la situación que lo conmovió más?

El nacimiento de mis hijas y de mis nietos, porque son la continuidad de la vida.

15- ¿Qué significado tiene la familia para usted?

La familia es un grupo de personas con los mismos genes.

16- ¿Planificó tener hijos?

No, no, no, vino porque vino.

17- ¿Cuándo te diste cuenta de que su papá había envejecido?

El viejo nunca envejeció, físicamente sí, internamente no. Él era activo.

18- ¿Se identifica con su papá?

En la persistencia del trabajo.

19- ¿Qué sueños tenía de joven?

Ningún sueño, nada, día a día. Pero vos rechazaste el primer llamado para entrar a SEGBA, si, si porque estaba cómodo como vendedor. Yo trabajaba con gente libre o atorrantes. Cuando yo entré a SEGBA también trabajaba como vendedor, muy gitana. Ejemplo: Un día le dije a los atorrantes ¿qué hacemos acá? Vamos a comprar papel y nos vamos a Las Flores a vender, y así hicimos.

SEGBA lo que me daba era cierta estabilidad.

20- Los vínculos laborales:

Cuando me llegó la notificación en casa no fui nunca más, ni retiré nada de lo que estaba allí. Corté todo vínculo. Nunca miré hacia atrás.

21- Vínculo familiar:

También corté el vínculo con mi hermano mediano, creo que fue peor que yo.

22- ¿Punto de inflexión?

La muerte de mi hermano menor. Mi hermano mediano estaba muy pendiente y nunca lo hablamos. Él absorbía las enfermedades. Cero miedos, él empezó una nueva vida.

23- ¿Por qué dijo que cuando se prejubilo, no volvió más?

Cuando fueron las primeras visitas que nos hicieron los psicólogos, nos recomendaron cortar el vínculo para no tener problemas posteriores psíquicos, ya que era la única manera de que la gente no se pregunte ¿qué hace con el tiempo, que no se vuelva loca, que piense por qué no trabaja.

24- ¿La familia? lo mismo, cortar y listo.

A los 78 años, ¿está mejor ahora que antes?

Son dos cosas distintas, laboralmente había tensiones, socialmente no las tengo, solo me divierto y la paso bien.

25- ¿A quién recurre cuando necesita algo?

Y bueno, a las hijas o a la señora. Lo más lógico es continuar con los mandatos sociales. Uno empieza a cambiar de ideas cuando se pone de novio, de boludear solo a tener una cosa más estable.

26- ¿Cuál fue el motivo de su casamiento?

Fue una decisión que tomé en un momento, posiblemente cansado de girar por ahí.

27- ¿De qué manera recurre a sus hijas?

Yo no lo hago. Lo hace mi mujer, señora o como quieras definirlo.

28- Usted no se siente viejo y va a un centro de jubilado.

El centro de jubilado no es para viejos, es para personas adultas, pero no viejos, es para personas adultas, donde puede hablar con sus pares, descargar, que tienen los mismos problemas o casi los mismos problemas, donde uno se divierte y habla.

29- ¿Qué rol cumplía tu hermano menor en la familia? ¿Qué relación tenían?

Siempre pegado a nosotros. Siempre venía con nosotros, viajábamos juntos a todos lados. Lamentablemente la enfermedad pudrió todo. Pero eso ya pasó.

30- ¿A qué edad empezó a fumar y por qué?

Empecé a fumar a los 14 años, dejé de fumar porque me dio una pataleta, era él o yo. Entonces elegí dejar. Hace como 20 años que dejé. Fumé por moda, de machitos y hombreritos que tenían que fumar. En aquel momento hacían publicidad para que fumes, no para que te cuides.

31- ¿Qué actividades hacías antes de la pandemia y en pandemia?

Actividades prácticamente no hice ninguna, nos manteníamos activos con el campo, con la casa y al venir la pandemia y dejarnos encerrado, por ser personas de riesgo, al no poder salir, se paró todo, hasta el momento. Las actividades como pintar, arreglar, a pesar de la cuarentena no hago casi nada. El clima, me limita bastante.

32- ¿Durante la cuarentena dejó de realizar tareas por qué motivo?  
La pierna