



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE



Concurso de Investigación Adulto Mayor y Envejecimiento



Desarrollo de
Investigaciones
sobre vejez,
envejecimiento y
personas
mayores

Resultados de la segunda versión



CONCURSO DE INVESTIGACIÓN

Adulto Mayor y Envejecimiento

Derechos reservados ©

Pontificia Universidad Católica de Chile

Vicerrectoría de Comunicaciones

Programa Adulto Mayor

Registro de Propiedad Intelectual: A-265971

ISBN Digital: 978-956-14-1805-9

Primera edición: mayo de 2016

COLABORAN

Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA

Vicerrectoría de Investigación UC

COORDINADORES DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN 2013

Susana González

Andrés Haye

Pedro Paulo Marín

Ricardo Rosas

EDITORAS

María Camila Quinteros R.

Macarena Rojas G.

EDITOR GRÁFICO

Franco Astudillo A.

Índice

Alimentación y síndrome metabólico en adultos mayores chilenos	1
Climaterio y Menopausia en nuestra cultura: Una mirada desde la transición al envejecimiento	30
Estudios exploratorios sobre subjetividad y envejecimiento: el mito del retorno a la infancia	47
Eméritos UC: voces de construcción histórica desde un programa de reminiscencias	73

Presentación

En 2012 comenzamos con el Concurso de Investigación Adulto Mayor y Envejecimiento (AME) para dar respuesta a la escasez de investigaciones en temáticas relacionadas con la vejez y el envejecimiento.

En 2015 dimos a conocer los resultados de las primeras seis investigaciones y ahora, otras cuatro investigaciones correspondientes a la segunda versión del concurso salen a la luz con resultados muy decidores respecto de cómo se envejece en Chile, cómo se vive este periodo en términos emocionales, sociales y de salud por mencionar algunas áreas.

En las páginas que siguen encontrarán información relevante sobre cómo las mujeres viven la menopausia y el climaterio, o sobre cómo la alimentación influye en el síndrome metabólico, tan común en las personas mayores. Del mismo modo, descubrirán las percepciones que las propias personas mayores tienen sobre la vejez y el envejecimiento y lo importante que es, en esa etapa, el contar con redes familiares fuertes y afectivas. Y también encontrarán datos históricos respecto de nuestra querida Universidad a través de las voces de diversos profesores eméritos, que participaron de una novedosa investigación que buscó reconstruir desde su mirada la historia de la UC.

Para el Programa Adulto Mayor UC es un orgullo poder contar con investigaciones de primer nivel que contribuyen a incrementar el conocimiento en estas temáticas y permiten difundir a la ciudadanía los diversos aspectos que se conjugan en el proceso de envejecimiento de modo de preparar a las generaciones jóvenes y ayudarlas a vivir un envejecimiento pleno y de calidad.

Del mismo modo, esperamos que las investigaciones aquí contenidas puedan servir de base para las nuevas políticas públicas orientadas a este grupo etario y así, desde nuestra Universidad contribuir en la construcción un país en el que todas las edades tienen cabida.

Macarena Rojas G.

Directora

Programa Adulto Mayor

Pontificia Universidad Católica de Chile

El desafío de la investigación en envejecimiento

El Estado de Chile, desde la creación del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) en el año 2003, desarrolla políticas, programas y acciones que apuntan a mejorar la calidad de vida de las personas mayores, desde el enfoque de la protección, promoción y defensa de los derechos humanos de este grupo etario.

En esta etapa también SENAMA está relevando su eje de coordinación intersectorial y las alianzas con instituciones académicas, públicas y privadas que permitan avanzar en la generación de políticas eficientes que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

Con el aumento de la esperanza de vida, la transición demográfica ha ido acompañada de una transformación epidemiológica, que tiene como correlato central un aumento de las enfermedades crónicas que requieren cuidados permanentes, destacando la demencia por su alto impacto en las dinámicas familiares en las que esta enfermedad se manifiesta.

Para el logro de los desafíos que este escenario plantea, se requiere la producción de conocimiento científico sobre el fenómeno del envejecimiento y la vejez, que permita profundizar los análisis respecto a sus características y manifestaciones y a su vez, respecto a su impacto individual (emocional y psíquico) y sistémico (arreglos familiares), abordando las múltiples y complejas consecuencias que tiene el envejecimiento poblacional y la vejez individual en el campo familiar, comunitario e institucional.

La presente publicación incluye cuatro investigaciones que abordan temas esenciales en el abordaje de la vejez, tanto desde un enfoque teórico-metodológico, médico y psicosocial.

De esta manera, el abordaje multidisciplinario que las distintas investigaciones proponen, aseguran abordar la multidimensionalidad del envejecimiento y la vejez de modo integral, logrando con ello abordar su complejidad, otorgando luces y siendo relevante tanto para quehacer académico, como de las políticas públicas.

Rubén Valenzuela Fuica

Director Nacional
Servicio Nacional del Adulto Mayor



CONCURSO DE INVESTIGACIÓN

Adulto Mayor y Envejecimiento

Alimentación y Síndrome Metabólico en adultos mayores chilenos

Catalina Dussillant

Centro de Nutrición Molecular y Enfermedades Crónicas UC.

Guadalupe Echeverría

Centro de Nutrición Molecular y Enfermedades Crónicas UC.

Luis Villarroel

Departamento de Salud Pública. Escuela de Medicina UC.

CB Yun

Programa de Geriátria. Departamento de Medicina Interna. Escuela de Medicina UC.

Attilio Rigotti

Centro de Nutrición Molecular y Enfermedades Crónicas. Departamento de Medicina Interna. Escuela de Medicina UC.

Pedro Paulo Marín

Programa de Geriátria. Departamento de Medicina Interna. Escuela de Medicina UC.
Director Honorario. Centro de Estudios de Vejez y Envejecimiento, CEVE UC.

I. Resumen

Introducción: El síndrome metabólico (SM) es una patología altamente frecuente en la población de adultos mayores (AM). Factores genéticos, la obesidad y factores ambientales como el sedentarismo y una alimentación poco saludable constituyen importantes condiciones predisponentes. El objetivo de este estudio fue analizar, usando los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2009-2010, la prevalencia del SM y sus componentes en los AM de nuestro país y su asociación con el tipo de alimentación que consume este segmento de la población chilena.

Materiales y Métodos: Para este análisis utilizamos los datos correspondientes al subgrupo de 505 AM encuestados en la ENS 2009-2010 y que contaban con la información necesaria para hacer el diagnóstico de SM. Se realizó un estudio comparativo de la prevalencia de SM y sus componentes en la población general y en este subgrupo. Se analizó también el nivel de consumo de pescado, cereales integrales, lácteos, frutas y verduras y se asoció esta ingesta de alimentos con la prevalencia de este síndrome. Mediante la creación de un Índice de Alimentación Saludable (IAS), integrando la información recolectada sobre ingesta de alimentos, se describió la calidad de la alimentación de la población y se analizó su correlación con la prevalencia de SM.

Resultados: La prevalencia de SM en la población de AM en Chile es de un 57%, siendo la presión arterial elevada y la obesidad abdominal los componentes del SM detectados con mayor frecuencia en esta población (88% y 80%, respectivamente). Los AM chilenos consumen cantidades insuficientes de todos los alimentos saludables evaluados, aunque la ingesta de lácteos y frutas supera la de la población más joven. A pesar de que se observó una asociación inversa entre el consumo de cereales integrales, lácteos y un IAS ≥ 3 en la prevalencia de SM de la población general, estas relaciones no fueron estadísticamente significativas en los AM.

Conclusión: La prevalencia de SM entre los AM de Chile es elevada y no se asocia al consumo de una alimentación saludable, a diferencia de lo que ocurre en la población general.

II. Antecedentes

El síndrome metabólico (SM) consiste en la presencia simultánea de diferentes factores de riesgo para el desarrollo de diabetes o de enfermedad cardiovascular aterosclerótica (Alberti et al., 2009). Los factores de riesgo que forman parte de esta condición son triglicéridos (TG) sanguíneos elevados, colesterol HDL sérico bajo, presión arterial elevada, aumento de la glicemia y presencia de obesidad abdominal. Su prevalencia a nivel mundial es alta, probablemente como consecuencia de malos hábitos alimentarios y un excesivo sedentarismo de la población actual.

La importancia de este síndrome radica en que su presencia duplica el riesgo de desarrollar una enfermedad cardiovascular y aumenta en 5 veces el riesgo de generar diabetes (Alberti et al., 2009). Además, esta condición también es considerada como un factor de riesgo para otras enfermedades crónicas como: hígado graso, litiasis biliar y enfermedad de Alzheimer (von Bernhardt et al., 2010). Aún no existe consenso en cuanto a su etiopatogenia, aunque se ha postulado que la resistencia a la insulina o la obesidad abdominal podrían ser los eventos claves y unificadores que explicarían la presencia del resto de los factores como un conglomerado clínico distintivo (Grundy et al., 2004, Eckel et al., 2010, Margozzini et al. 2007).

1. Definición de síndrome metabólico

Hasta la fecha, han sido propuestas diferentes definiciones y criterios diagnósticos para este síndrome. En su descripción original de 1988, Reaven planteó que la presencia de resistencia a la insulina era un requisito para hacer el diagnóstico (Reaven et al., 1988). Por su parte, la Federación Internacional de Diabetes (IDF), que actualizó sus criterios en 2006, exigía la presencia de obesidad central como condición obligada, más la coexistencia de otras dos alteraciones metabólicas adicionales (IDF 2006). Los criterios del ATP III (*Adult Treatment Panel III* del Programa Nacional del Colesterol de EE.UU.), actualizados en 2005 y que son los que ocuparemos en este trabajo, difieren de los sugeridos por la IDF en que la presencia de obesidad central sea prerrequisito para hacer el diagnóstico. Existen cinco criterios propuestos por el ATP III, y el diagnóstico es hecho cuando están presentes al menos tres de ellos: 1) circunferencia de cintura (CC) ≥ 102 cm en hombres, ≥ 88 cm en mujeres; 2) colesterol HDL < 40 mg/dl en hombres y < 50 mg/dl en mujeres; 3) triglicéridos (TG) ≥ 150 mg/dl o en tratamiento; 4) presión arterial (PA) $\geq 130/85$ mm/Hg o en tratamiento y 5) glicemia de ayunas ≥ 100 mg/dl o en tratamiento (Grundy et al., 2005). En 2009, la IDF y la *American Heart Association*, en un esfuerzo por aclarar sus divergencias, publicaron un artículo en el que se acuerda como criterios diagnósticos los mismos indicados por el ATP III, pero enfatizando que diferentes puntos de corte de CC deben ser definidos y aplicados para diferentes poblaciones y etnias (Alberti et al., 2009). En Chile, Valenzuela et al. definió los puntos de corte de CC apropiados para nuestra población determinando los valores de ≥ 88 cm para los hombres y de ≥ 83 cm para las mujeres (Valenzuela et al., resultados no publicados). Estos valores son los puntos de corte para CC que consideraremos en este trabajo y que fueron usados en la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2009-2010.

2. Prevalencia de síndrome metabólico

A nivel mundial se estima que la prevalencia de SM alcanza a entre un 20% - 25% de la población adulta (Tanner et al., 2012). En Estados Unidos se ha observado un aumento de la prevalencia de este síndrome desde un 29% de la población mayor de 20 años en NHANES III (1988-1994) a un 34% en NHANES 1999-2006 (Mozumdar and Liguori, 2011).

En América Latina, por otro lado, la prevalencia estimada de SM alcanza al 25% de la población adulta, siendo ligeramente mayor en mujeres (Márquez-Sandoval et al., 2011). En Chile, utilizando una submuestra aleatoria de la ENS 2003, se estimó una prevalencia de 32%, observándose un aumento significativo con la edad de la población (Valenzuela et al., 2010).

3. El estilo de alimentación como determinante del síndrome metabólico

La predisposición genética, el sedentarismo y la obesidad son algunos de los factores determinantes en el desarrollo de SM y de enfermedad cardiovascular (Grundy et al. 2005). De esta manera, el control del peso y la actividad física son claves en su prevención y tratamiento. Aunque el rol de la dieta en el desarrollo de SM no está totalmente definido, existen alimentos o patrones alimentarios que han sido asociados con un mayor o menor riesgo de desarrollo de esta condición (Abete et al., 2011).

Así, los estudios sugieren una asociación positiva entre ingesta de carnes rojas (Babio et al., 2012), carbohidratos refinados, frituras y bebidas azucaradas con el desarrollo de SM. Por otro lado, el mayor consumo de lácteos, fibra dietética, frutas y verduras, así como de alimentos ricos en grasas monoinsaturadas podrían ser protectores (Lutsey et al., 2008; Crichton et al., 2011; Gillingham and Harris-Janz, 2011). En cuanto a patrones alimentarios, la prevalencia de SM ha sido asociada positivamente con la dieta típica occidental, rica en grasas saturadas y carbohidratos simples e inversamente con dietas más saludables, ricas en frutas, verduras, cereales integrales y legumbres (Esmailzadeh et al., 2007). Por otro lado, en estudios randomizados y controlados, la dieta DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*) mostró mejorar varios componentes del SM (Azadbakhty et al., 2005) y la dieta mediterránea mostró disminuir la prevalencia de este síndrome mejorando varios de sus componentes (Salas Salvadó et al., 2008, Babio et al., 2014).

La dieta mediterránea, una de las dietas más estudiadas y con gran beneficio demostrado sobre la salud humana, tiene un efecto protector tanto frente al desarrollo de SM como de enfermedad cardiovascular (Babio et al., 2008; Babio et al., 2014; Estruch et al., 2013). Esta dieta se caracteriza por un elevado consumo de legumbres, cereales integrales, aceite de oliva, frutas y verduras, un consumo moderado de lácteos (principalmente descremados), pescados y vino tinto, y una baja ingesta de carnes rojas, bebidas y alimentos azucarados. Este patrón alimentario aporta una cantidad importante de nutrientes con efecto antioxidante y antiinflamatorio, además de grasas monoinsaturadas, lo que podría explicar, en parte, los beneficios observados para la salud (Abete et al., 2011).

4. Síndrome metabólico en adultos mayores

El SM es muy frecuente en adultos mayores y, en el último tiempo, se le asocia no sólo con enfermedad cardiovascular sino también con deterioro cognitivo (Yaffe et al., 2009), enfermedad de Alzheimer (von Bernhardt et al., 2010) y con mortalidad total (Forti et al. 2012). En Estados Unidos, NHANES 1999-2006 evidenció que su prevalencia aumenta notoriamente con la edad, siendo la frecuencia de SM en hombres y mujeres mayores de 60 años de 52% y 54%, respectivamente (Ervin, 2009). En nuestro país, la prevalencia de SM en adultos mayores de 65 años alcanzó un 56% según los datos obtenidos en la ENS 2003 (Valenzuela et al 2010).

5. Objetivo del estudio

Este estudio tuvo como objetivo evaluar la prevalencia de SM y los diferentes componentes de su definición diagnóstica en los adultos chilenos mayores de 65 años utilizando la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010. Empleando adicionalmente los datos de consumo de alimentos (frutas, verduras, cereales integrales, pescados y lácteos) recolectados en la misma encuesta, analizamos las características de la alimentación en este subgrupo de la población y luego correlacionamos la presencia de SM y sus componentes con la calidad de ésta.

III. Metodología

1. Muestra de estudio y mediciones aplicadas

La ENS 2009-2010 abarcó una población de 5.412 personas mayores de 15 años, de ambos sexos, diferente nivel educacional y de residencia tanto urbana como rural, siendo así representativa de la población general de nuestro país. La forma de selección de esta población ya ha sido descrita en detalle previamente (ENS 2009-2010). Cada participante fue examinado por personal de salud calificado, quienes evaluaron diferentes parámetros como la antropometría y la presencia de enfermedades crónicas. Adicionalmente, se tomaron muestras de sangre para realizar algunos exámenes de laboratorio como glicemia y perfil lipídico, entre otros.

Para los análisis de prevalencia de SM en adultos mayores (AM) se utilizó una submuestra de la ENS 2009-2010 consistente en mayores de 65 años que contaban con los exámenes o la información necesaria para hacer el correcto diagnóstico de SM. Esta submuestra consta de 505 participantes y es representativa de la población general de AM del país (ENS 2009-2010).

Para los análisis descriptivos de alimentación de los AM chilenos, se utilizaron los datos del módulo de alimentación de la ENS 2009-2010, la cual fue respondida por la totalidad de la población encuestada. La población de AM que se consideró para este análisis corresponde a 1.007 participantes y, para efectos de comparación, se consideraron los datos del resto de la población mayor de 18 años (5.069 participantes). Para los análisis de asociación de alimentación con SM y sus componentes, se utilizaron solamente los datos de los 505 AM encuestados que contaban con la información necesaria para el diagnóstico de SM.

Todos los exámenes de laboratorio fueron procesados en el Laboratorio Central de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Los análisis de triglicéridos (TG) y glicemia fueron realizados con métodos enzimáticos y para ambos se exigió un ayuno mínimo de 8 horas. El colesterol HDL fue medido con método colorimétrico. La PA se midió utilizando el aparato Omron HEM 742® después de un reposo de 5 minutos y en tres oportunidades separadas por intervalos de dos minutos. La circunferencia de cintura (CC) fue medida según la técnica definida por ATP III (Grundy et al., 2005).

Los criterios utilizados como diagnósticos de SM (Tabla 1) fueron los propuestos por el ATP III (Grundy et al., 2005), pero utilizando los puntos de corte de CC calculados para la población chilena (Valenzuela et al., datos no publicados) y utilizados por la ENS 2009-2010.

Tabla 1. Criterios de diagnóstico de SM

Criterios (3 o más son diagnósticos de SM)	Puntos de corte
Presión arterial	≥130/85 mm/Hg
Circunferencia de cintura	> 88 cm en hombres, >83 cm en mujeres
Glicemia	≥100 mg/dl o en tratamiento
Colesterol HDL	< 40 mg/dl en hombres, <50 mg/dl en mujeres o en tratamiento
Triglicéridos	≥150 mg/dl o en tratamiento

FUENTE: Adult Treatment Panel III del Programa Nacional del Colesterol de EE.UU., año 2005.

2. Recolección y análisis de datos referentes a consumo de alimentos en ENS 2009-2010

Los datos referentes a la alimentación de la población evaluada por la ENS 2009-2010 se obtuvieron mediante 7 preguntas de frecuencia de consumo de alimentos considerados claves por entregar los nutrientes fundamentales de una dieta mediterránea, que hasta el momento es la más estudiada en cuanto a sus beneficios para la salud y prevención de patología cardiovascular y otras enfermedades crónicas (Babio et al., 2008; Babio et al., 2014; Estruch et al., 2013). Así, se recolectó información sobre el consumo de pescados y mariscos (por su aporte de ácidos grasos omega 3), cereales integrales (por su aporte de fibra dietética), frutas y verduras (por su aporte de fibra, vitaminas y antioxidantes) y el consumo de lácteos (orientado a definir exposición a la lactosa y en su defecto, a una dieta baja en calcio). En la Figura 1 se presenta el cuestionario que respondieron los encuestados.

Figura 1. Módulo para evaluación de la calidad de dieta en ENS 2009-2010

<p>1. ¿Con qué frecuencia come pescado o mariscos? (cualquier tipo de preparación o presentación):</p> <p>a. Más de una vez a la semana</p> <p>b. 1 vez a la semana</p> <p>c. Menos de 3 veces al mes</p> <p>d. Menos de 1 vez al mes o nunca <input type="checkbox"/></p>	<p>5. En una semana típica, ¿cuántos días come usted verduras, hortalizas o ensaladas de verduras? No considerar papas ni legumbres</p> <p>Nº de días: <input type="checkbox"/></p>
<p>2. ¿Con qué frecuencia consume leche, queso, quesillo, yogurt, postres de leche, mantequilla o margarina con leche?</p> <p>a. Tres o más veces al día</p> <p>b. Menos de 3 veces al día</p> <p>c. Una vez al día</p> <p>d. Día por medio</p> <p>e. Al menos 1 vez por semana</p> <p>f. Al menos 1 vez por mes</p> <p>g. Nunca <input type="checkbox"/></p>	<p>6. ¿Cuántas porciones de verduras u hortalizas o ensaladas de verduras come en uno de esos días? No considerar papas ni legumbres (Mostrar TARJETA 19a)</p> <p>Nº de porciones: <input type="checkbox"/></p>
<p>3. En una semana típica, ¿cuántos días come usted frutas?</p> <p>Nº de días: <input type="checkbox"/></p> <p>(Si es 0, pase a P5).</p>	<p>7. ¿Con qué frecuencia consume usted algún tipo de cereal integral como pan integral, cereal integral o alimentos que contengan harinas integrales?</p> <p>a. Más de una vez por día</p> <p>b. A diario</p> <p>c. Día por medio</p> <p>d. Al menos 1 vez por semana</p> <p>e. Al menos 1 vez por mes</p> <p>f. Nunca <input type="checkbox"/></p>
<p>4. ¿Cuántas porciones de frutas come en uno de esos días? (Mostrar TARJETA 19a)</p> <p>Nº de porciones: <input type="checkbox"/></p>	

Para efectos descriptivos, los datos se analizaron clasificando las respuestas en nivel alto, medio y bajo de consumo de cada alimento. El nivel "alto" fue considerado el ideal, o saludable, por ser el más cercano a lo recomendado por dietas saludables y con beneficios demostrados para la salud como la dieta mediterránea (Martínez-González et al., 2004). Adicionalmente, se calculó un "índice de alimentación saludable" (IAS) que consideró 4 grupos de alimentos (verduras, frutas, cereales integrales y pescados). Para cada grupo alimentario se definió un *score* que toma los valores de 1 para consumo alto; 0,5 para consumo medio y 0 para consumo bajo. El índice se calcula con la suma de los scores de cada grupo por lo que su valor varía desde 0 (dieta de peor calidad) hasta un máximo de 4 puntos (dieta más saludable). En la Tabla 2 se observa la frecuencia de consumo que define el *score* para grupo de alimento.

Tabla 2. Score por frecuencia de consumo de cada grupo alimentario para el cálculo del índice de alimentación saludable

Alimento	Score	Frecuencia de consumo
Verduras	1	≥3 porciones/día
	0,5	1 a 3 porciones/día
	0	<1 porción/día
Frutas	1	≥2 porciones/día
	0,5	1 a 2 porciones/día
	0	<1 porción/día
Cereales integrales	1	Todos los días
	0,5	>1 vez/semana
	0	<1 vez/semana
Pescados	1	≥1 vez/semana
	0,5	<3 veces/mes
	0	<1 vez/mes

FUENTE: Elaboración propia.

3. Análisis estadístico

Todos los análisis se hicieron utilizando factores de expansión para ponderar correctamente la cantidad de individuos poblacionales a los cuales representa cada persona en la muestra.

Las variables numéricas en estudio se presentan como promedio e intervalo de confianza de 95%, y las variables categóricas se presentan como número de casos y porcentajes.

Se utilizó el test Chi-cuadrado para comparar porcentajes, Test t de Student para muestras independientes y análisis de la varianza (ANOVA) para comparar promedios. Para cuantificar el riesgo de síndrome metabólico según diversos factores se usó razón de chances (OR) con intervalo de confianza de 95%.

Para determinar la asociación de consumo de alimentos con SM ajustando por el efecto de otras variables (sexo y edad) se usó la regresión logística compleja. En este caso se usó razón de chances para evaluar el riesgo de SM ajustado por el consumo de alimentos.

Se consideró significativo todo valor p inferior o igual a 0.05. Los análisis fueron hechos usando el programa estadístico SPSS v17.0 para Windows.

IV. Desarrollo y resultados de la investigación

1. Prevalencia de síndrome metabólico en la población chilena mayor de 65 años

La muestra estudiada estaba formada, en su mayoría, por mujeres (58,2%) con una edad promedio de 72.9 años. Las características de la muestra se muestran en la Tabla 3.

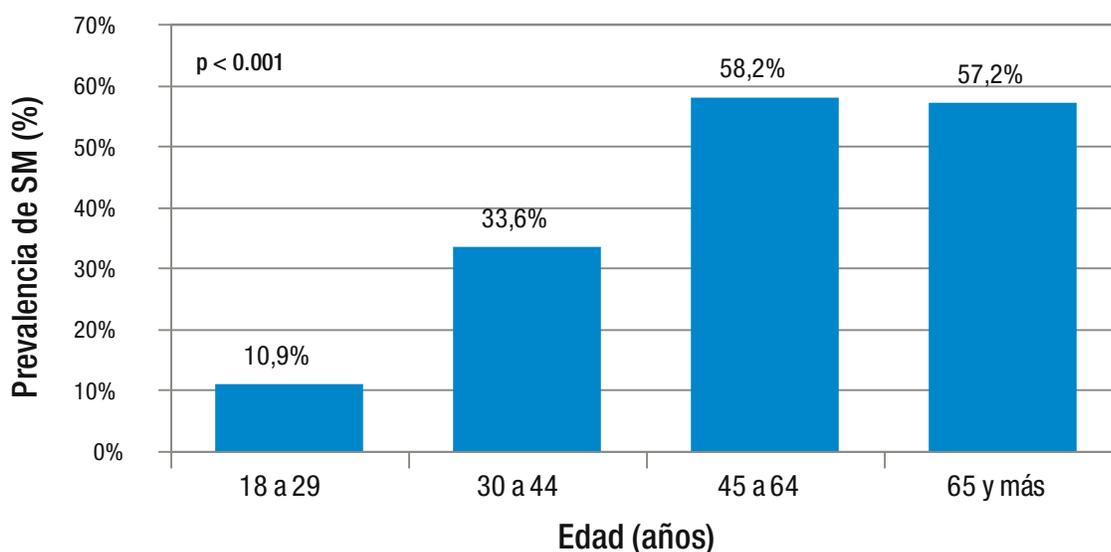
Tabla 3. Características de la submuestra de adultos mayores participantes de la ENS 2009-2010

Sexo	
Masculino (%) (IC 95%)	41.8 (34.1 – 50.0)
Femenino (%) (IC 95%)	58.2 (50.0 – 65.9)
Nivel Educacional	
Bajo (%) (IC 95%)	52.5 (44.4 – 60.6)
Medio (%) (IC 95%)	31.5 (24.4 - 39.5)
Alto (%) (IC 95%)	16.0 (9.7 – 25.2)
Edad (años) (IC 95%)	72.9 (72.0 – 73.7)
IMC (kg/m ²) (IC 95%)	28.3 (27.4 – 29.2)
ECV clínica (%) (IC 95%)	24.7 (18.4 – 32.3)
Diabetes (%) (IC 95%)	19.2 (13.8 – 26.0)
HTA (%) (IC 95%)	75.1 (67.2 – 81.6)

IC: Intervalo de Confianza; IMC: Índice de masa corporal; ECV: Enfermedad Cardiovascular; HTA: Hipertensión

FUENTE: Elaboración propia.

Según los datos de la ENS 2009-2010, la prevalencia global de SM en la población adulta (>18 años) es de 37,7%. En el Gráfico 1 se aprecia el aumento de la prevalencia de esta condición clínica con la edad, que va desde un 10,9% en la población joven entre 18 y 29 años, hasta un 58,2% en los mayores de 45 y un 57,2% en mayores de 65 años de edad. Los AM entre 65 y 74 años presentaron una prevalencia de SM mayor que los mayores de 75 años (63,7% versus 46%, $p = 0,0041$).

Gráfico 1. Prevalencia de SM en población chilena según grupo etario

FUENTE: Elaboración propia.

No se observaron diferencias significativas de prevalencia de SM según sexo o nivel educacional en la población de adultos mayores (Tabla 4).

Tabla 4. Prevalencia de SM en adultos mayores chilenos según sexo y nivel educacional

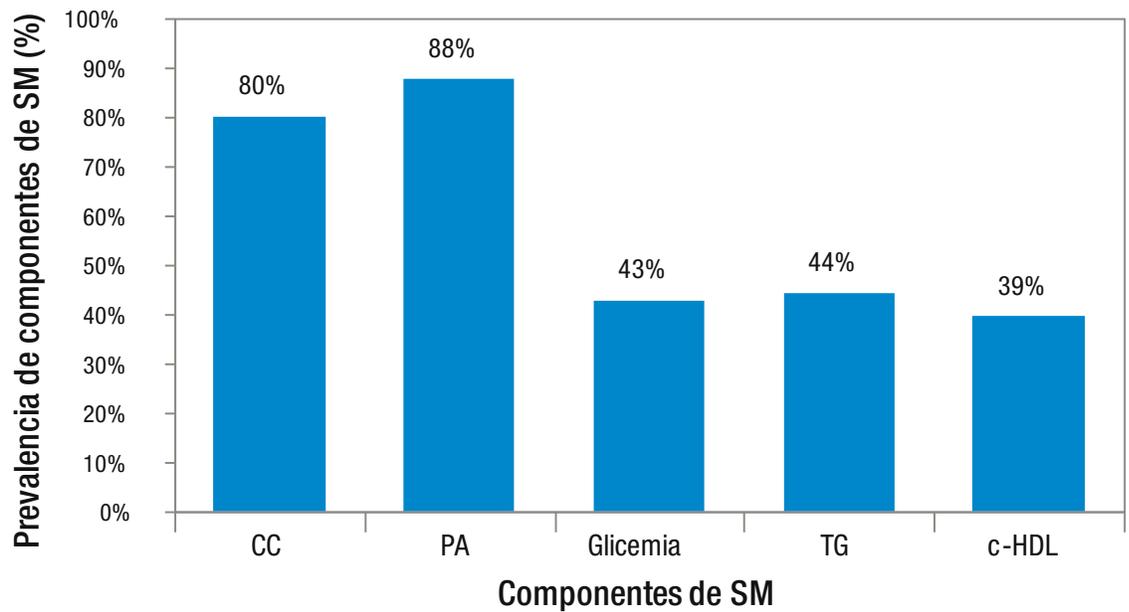
	Sexo		Nivel educacional		
	Hombres	Mujeres	Bajo	Medio	Alto
Sin SM	59,10%	47,50%	34,4%	50,5%	50,8%
Con SM	40,90%	52,50%	65,6%	49,5%	49,2%

No existe diferencia significativa en la prevalencia de SM en AM al comparar por sexo ($p=0.948$) o por nivel educacional ($p=0.218$).

FUENTE: Elaboración propia.

2. Prevalencia de los componentes de SM en AM chilenos

En cuanto a la prevalencia de los componentes de SM, se observó que los factores más frecuentemente alterados en los AM chilenos son la presión arterial (88%) y el perímetro abdominal (80%). Por otro lado, la alteración menos frecuente fue la presencia de colesterol HDL bajo (Gráfico 2). Comparando las prevalencias entre los grupos etarios de 65 y 74 años y el de mayores de 75, sólo hay diferencias significativas en lo relativo a la obesidad abdominal, la cual se encuentra alterada, con mayor frecuencia, en el primer grupo (85,9% vs 70,8%, $p=0,001$).

Gráfico 2. Prevalencia de los componentes de SM en adultos mayores chilenos

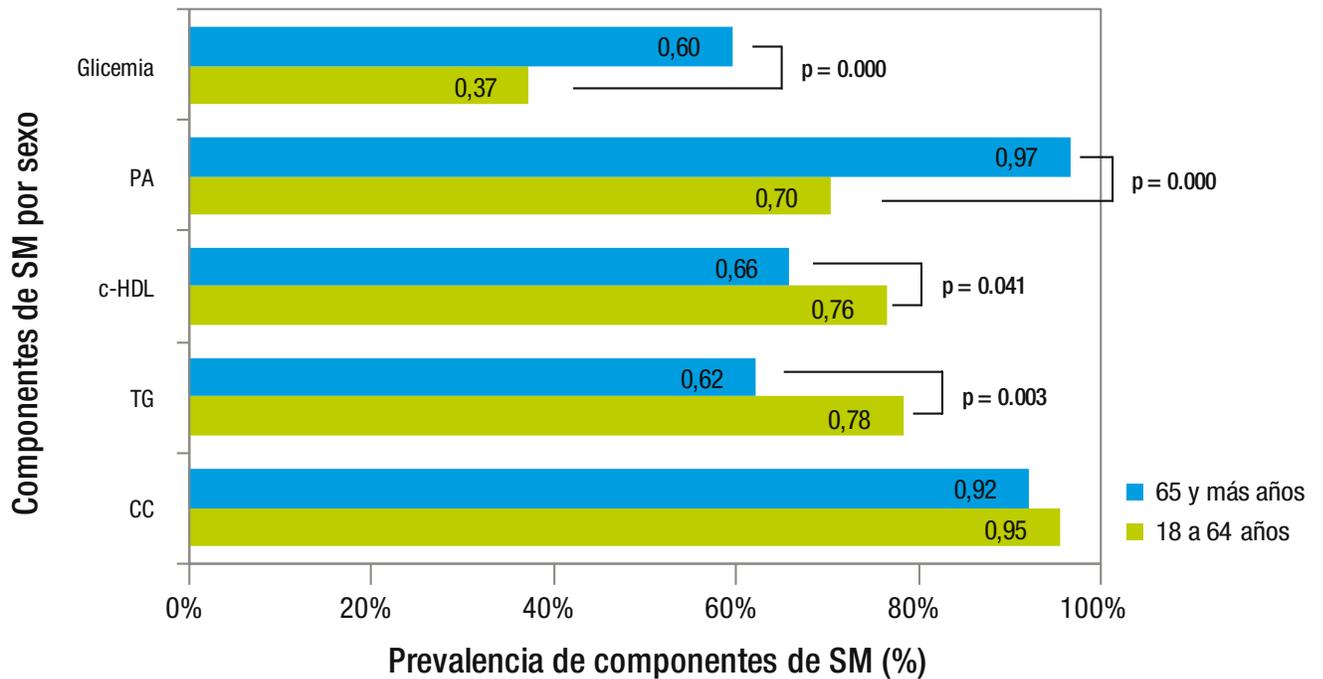
CC: Circunferencia de cintura, ≥ 88 cm en hombres, ≥ 83 cm en mujeres; PA: Presión arterial $\geq 130/85$ mm/Hg; Glicemia ≥ 100 mg/dl; TG: Triglicéridos ≥ 150 mg/dl; c-HDL: Colesterol HDL ≤ 40 mg/dl en hombres, ≤ 50 mg/dl en mujeres

FUENTE: Elaboración propia.

No se encontraron diferencias al comparar la prevalencia de los componentes de SM por sexo. Sin embargo, al compararlos por nivel educacional, se observó que el perímetro abdominal está alterado, con mayor frecuencia, en los adultos mayores de nivel educacional alto ($p=0,002$).

Al analizar la prevalencia de los diferentes componentes de SM, esta vez en la población de entre 18 y 64 años que es portadora del síndrome de versus AM (Gráfico 3), quedan en evidencia las diferencias en la distribución de los componentes entre ambos grupos. Entre los AM, la presión arterial y la glicemia elevada tienen un mayor peso para el diagnóstico de SM que en la población joven. En contraste, la dislipidemia (HDL bajo y TG elevados) es más frecuente en los jóvenes. Sin embargo, la obesidad abdominal sigue siendo una de las alteraciones predominantes en ambos grupos etarios.

Gráfico 3. Prevalencia de los componentes de SM en pacientes con SM comparando población de 18 a 64 años de edad con adultos mayores

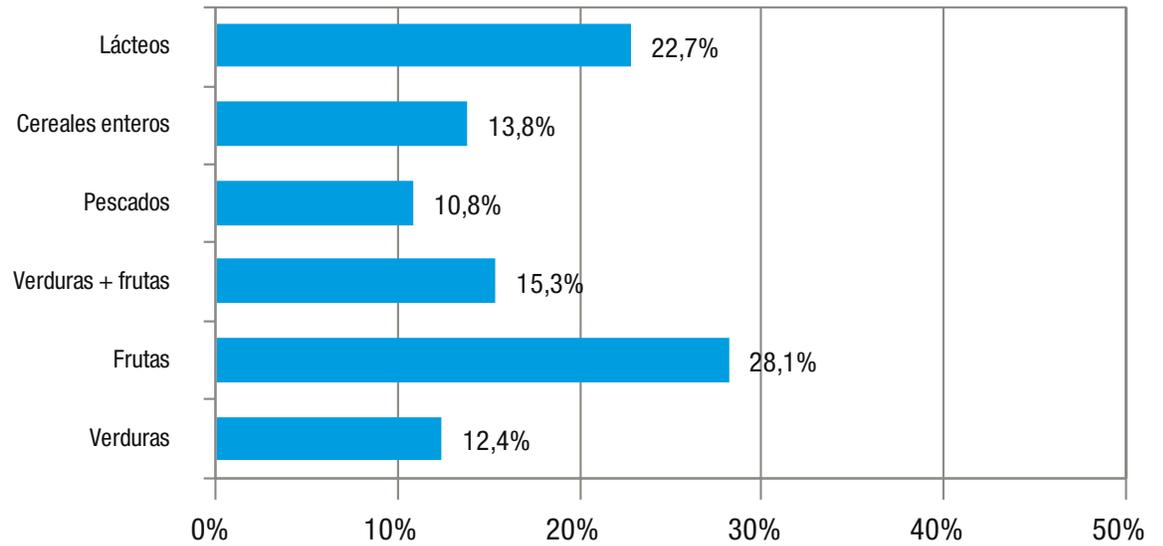


CC: Circunferencia de cintura, ≥ 88 cm en hombres, ≥ 83 cm en mujeres; PA: Presión arterial $\geq 130/85$ mm/Hg; Glicemia ≥ 100 mg/dl; TG: Triglicéridos ≥ 150 mg/dl; c-HDL: Colesterol HDL < 40 mg/dl en hombres, < 50 mg/dl en mujeres

FUENTE: Elaboración propia.

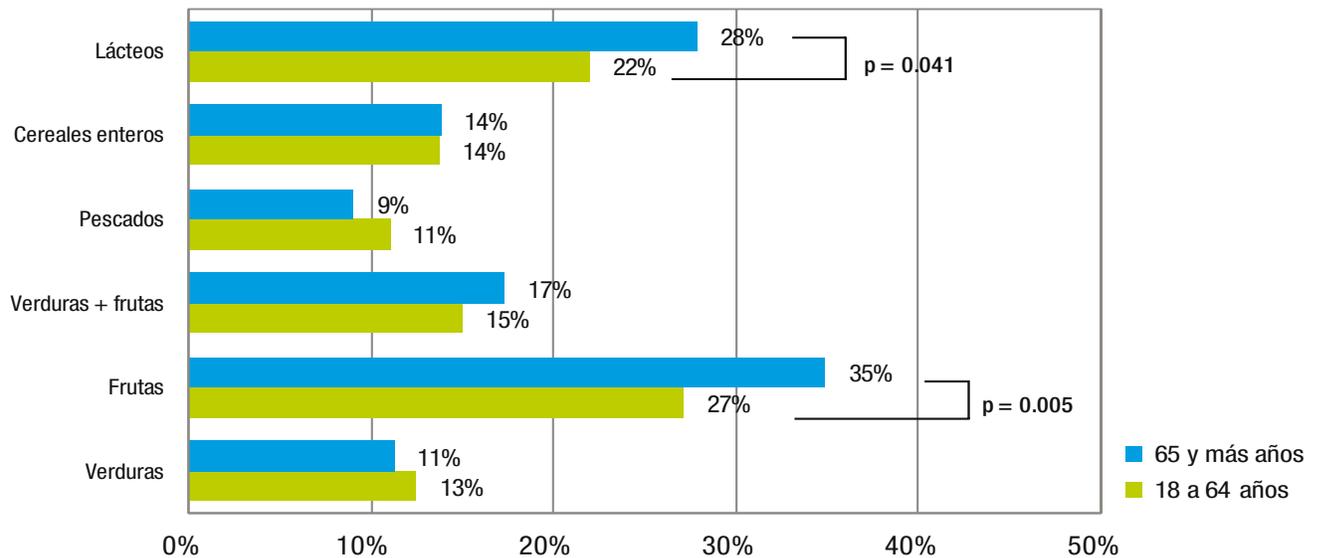
3. Alimentación de los AM chilenos

En el Gráfico 4 se observa que, por cada tipo de alimento analizado, menos de un tercio de la población adulta chilena presenta un consumo considerado saludable, siendo el pescado el alimento de menor consumo. En cuanto a los AM, el consumo de alimentos sigue la tendencia de la población general, pero se diferencia de los más jóvenes (entre 18 y 64 años) por un mayor consumo de frutas ($p=0,005$) y de lácteos ($p=0,041$) (Gráfico 5). Al comparar el consumo de alimentos entre AM de 65 y 74 años con los mayores de 75 se observa una diferencia significativa sólo en el consumo de cereales integrales y lácteos (Tabla 5). En el primer grupo etario, el consumo frecuente de cereales integrales es de un 16,9% versus un 8,9% en los mayores de 75. A su vez, al comparar el consumo de lácteos, éste es menor en el primer grupo (21,4%) que en el segundo (32,8%).

Gráfico 4. Consumo saludable de alimentos en la población adulta chilena (>18 años de edad)

Lácteos: >1 porción/día; Cereales integrales: ≥1 vez/día; Pescados: >1 vez/semana; verduras + frutas: ≥5 porciones/día; frutas: ≥2 porciones/día; verduras: ≥3 porciones/día.

FUENTE: Elaboración propia.

Gráfico 5. Consumo saludable de alimentos en población adulta chilena Comparación entre adultos de 18 a 64 años y adultos mayores

Lácteos: >1 porción/día; Cereales integrales: ≥1 vez/día; Pescados: >1 vez/semana; verduras + frutas: ≥5 porciones/día; frutas: ≥2 porciones/día; verduras: ≥3 porciones/día

FUENTE: Elaboración propia.

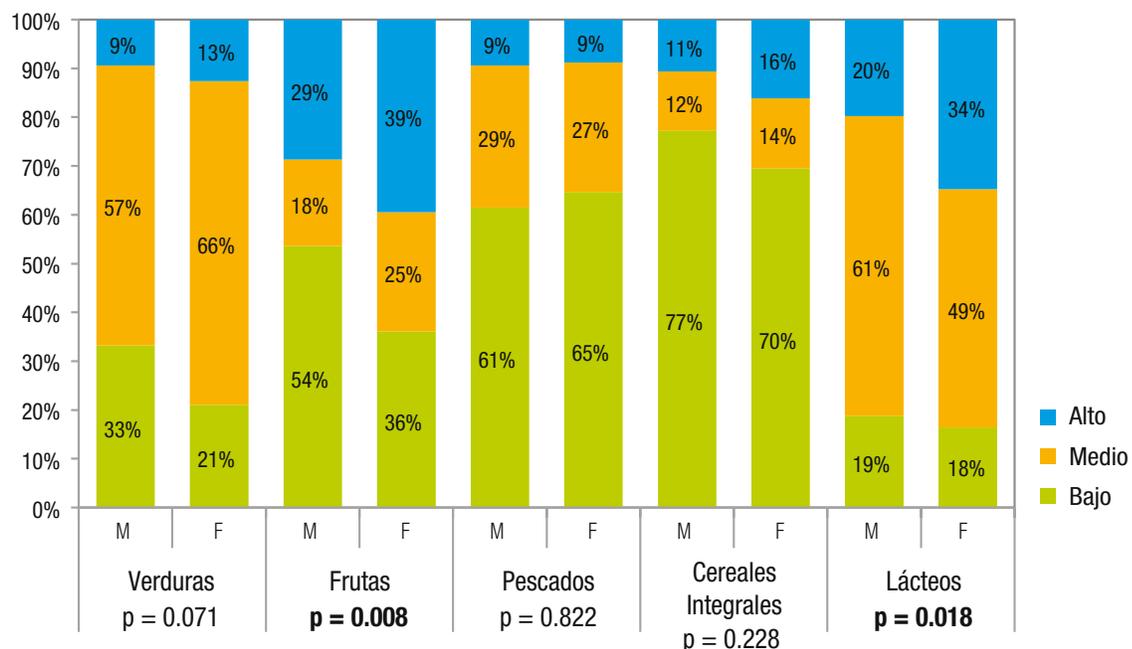
Tabla 5. Consumo saludable de alimentos en adultos mayores chilenos. Comparación por edades entre 65 y 74 años y mayores de 75 años de edad.

Alimento	Consumo alto	Edad		Valor p
		65 a 74	≥ 75	
Verduras	≥3 porciones/día	10,8%	8,1%	0.389
Frutas	≥2 porciones/día	35,7%	35,5%	0.974
Frutas y verduras	≥5 porciones/día	17,4%	15,8%	0.694
Pescados	> 1 vez/semana	9,3%	9,8%	0.866
Cereales integrales	≥1 vez/día	16,9%	8,3%	0.013
Lácteos	> 1 porción/día	21,4%	32,8%	0.030

FUENTE: Elaboración propia.

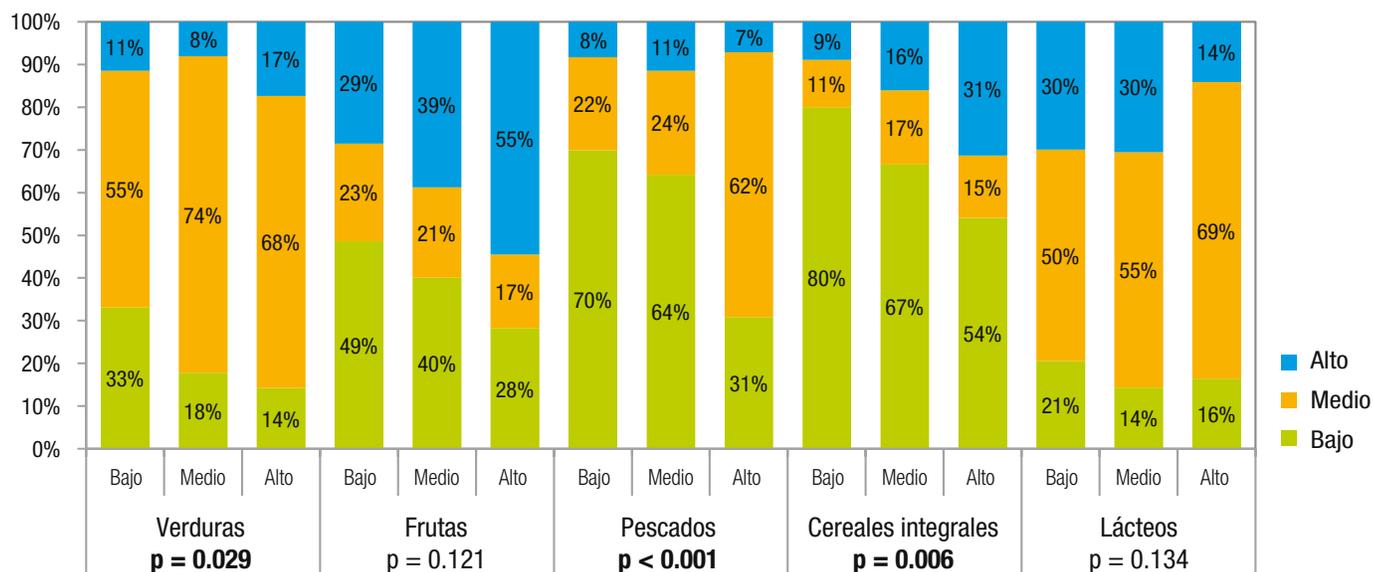
En el análisis por sexo (Gráfico 6), solamente se observaron diferencias significativas en el nivel de consumo de frutas y lácteos, siendo en ambos casos menor en los hombres. Por otro lado, al analizar según nivel educacional (Gráfico 7), se observaron diferencias en el consumo de pescados, cereales integrales y verduras, siendo el consumo de estos tres alimentos significativamente mayor en el grupo de nivel educacional alto. En este grupo, el consumo medio o alto de pescado alcanzó un 69%, versus un 35% y un 30% en los niveles educacionales medio y bajo, respectivamente.

Gráfico 6. Consumo de alimentos en adultos mayores chilenos según sexo



M: masculino; F: femenino; Verduras: consumo alto: ≥3 porciones/día, medio: 1 o 2 porciones/día, bajo: < 1 porción/día; Frutas: consumo alto: ≥2 porciones/día, medio: 1 porción/día, bajo: <1 porción/día; Pescados: consumo alto: > 1 vez a la semana, medio: 1 vez/semana o < 3 vez/mes, bajo: < 1 vez/mes o nunca; Cereales integrales: consumo alto: diariamente o > 1 vez/día, medio: día por medio o al menos una vez por semana, bajo: al menos una vez por mes o nunca; Lácteos: consumo alto: ≥3 vez/día o ≤3 vez/d, medio: 1 vez/día o día por medio, bajo: al menos una vez por semana, al menos una vez por mes o nunca

FUENTE: Elaboración propia.

Gráfico 7. Consumo de alimentos en adultos mayores chilenos según nivel educacional

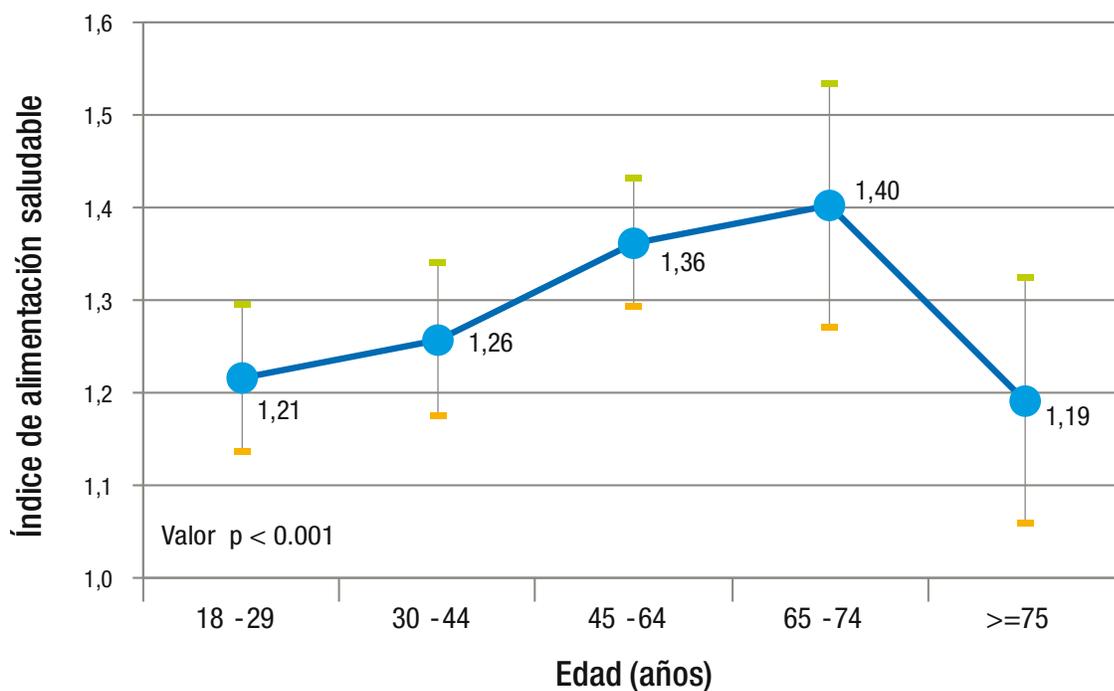
Verduras: consumo alto: ≥ 3 porciones/día, medio: 1 o 2 porciones/día, bajo: < 1 porción/día; Frutas: consumo alto: ≥ 2 porciones/día, medio: 1 porción/día, bajo: < 1 porción/día; Pescados: consumo alto: > 1 vez a la semana, medio: 1 vez/semana o < 3 veces/mes, bajo: < 1 vez/mes o nunca; Cereales integrales: consumo alto: diariamente o > 1 vez/día, medio: día por medio o al menos una vez por semana, bajo: al menos una vez por mes o nunca; Lácteos: consumo alto: ≥ 3 veces/día o ≤ 3 veces/día, medio: 1 vez/día o día por medio, bajo: al menos una vez por semana, al menos una vez por mes o nunca.

FUENTE: Elaboración propia.

4. Índice de alimentación saludable (IAS)

Al reunir los datos sobre el consumo de los diferentes alimentos encuestados para obtener un índice de alimentación saludable, se observó que, en general, el índice no alcanza un puntaje superior al 50% de lo considerado ideal (IAS de 2 puntos) a ninguna edad. Sin embargo, el Gráfico 8 muestra una tendencia de la población a comer mejor a mayor edad, evidenciándose un máximo de alimentación saludable entre los 65 y 74 años de edad para luego bajar al peor índice de toda la muestra en los AM de 75 años y más.

Al analizar por sexo (Tabla 6), se observó que la alimentación de las mujeres es significativamente mejor que la de los hombres a cualquier edad ($p < 0,001$). De la misma manera, en la Tabla 7 puede observarse que a mayor nivel educacional, la alimentación de la población es de mejor calidad en comparación con el resto de los niveles educacionales.

Gráfico 8. Índice de alimentación saludable en adultos chilenos según grupos etarios

FUENTE: Elaboración propia.

Tabla 6. Índice de alimentación saludable en adultos chilenos según sexo

Grupo etario	Masculino	Femenino	Valor p
≥18 años	1.169 (1.111 – 1.227)	1.939 (1.339 – 1.447)	< 0.001
≥65 años	1.164 (1.011 – 1.316)	1.429 (1.316 – 1.542)	< 0.001

En la tabla se presenta la media y entre paréntesis el intervalo de confianza 95%

FUENTE: Elaboración propia.

Tabla 7. Índice de alimentación saludable en adultos chilenos según nivel educacional

Grupo etario	Bajo	Medio	Alto	Valor p
≥18 años	1.106 (1.032 – 1.180)	1.240 (1.187 – 1.292)	1.521 (1.432 – 1.609)	< 0.001
≥65 años	1.127 (1.207 – 1.227)	1.428 (1.267 – 1.589)	1.914 (1.555 – 2.273)	< 0.001

En la tabla se presenta la media y entre paréntesis el intervalo de confianza 95%

FUENTE: Elaboración propia.

5. Asociación entre calidad de la alimentación y prevalencia de SM en AM chilenos

En el grupo total de población adulta chilena se observó que el bajo consumo de cereales integrales y lácteos prácticamente duplica la probabilidad presentar SM (Tabla 8), pero esta relación no se observó en la población de AM. De hecho, entre los AM no es posible establecer una asociación significativa entre el consumo de los alimentos evaluados en la ENS y la prevalencia de SM.

Tabla 8. Relación entre consumo de alimentos y SM en la población adulta chilena

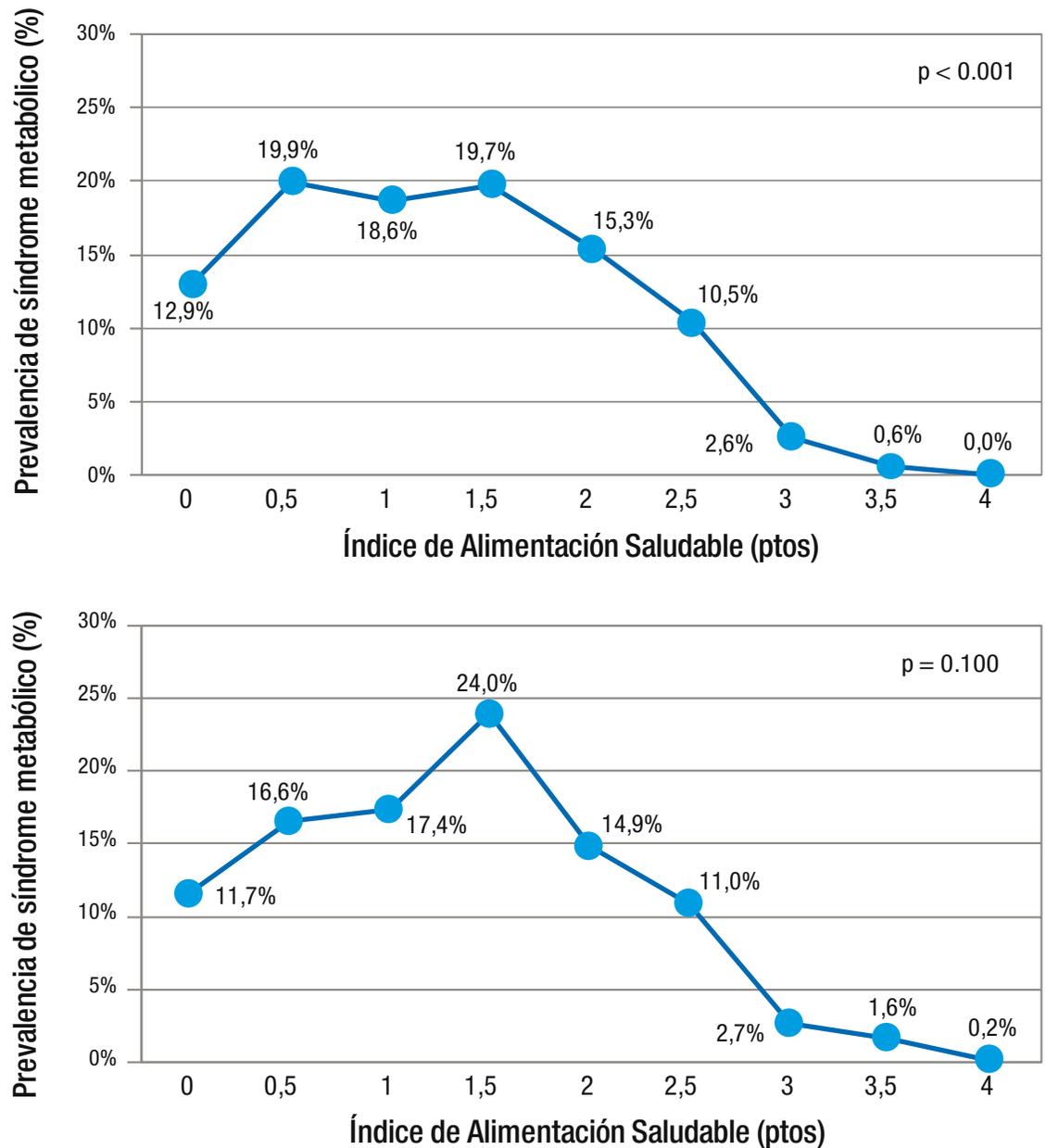
	OR (IC 95%)	Valor p
Bajo consumo de verduras	1,068 (0,665-1,714)	0.786
Bajo consumo de frutas	1,044 (0,718-1,518)	0.822
Bajo consumo de frutas y verduras	0,925 (0,571-1,497)	0.750
Bajo consumo de pescados	0,967 (1,169-2,968)	0.877
Bajo consumo de cereales integrales	1.863 (1.169 - 2.968)	0.009
Bajo consumo de lácteos	1.941 (1.298 - 2.904)	0.001

Verduras: consumo bajo: < 1 porción/día; Frutas: consumo bajo: <1 porción/día; Pescados: consumo bajo: <1 vez/mes o nunca; Cereales integrales: consumo bajo: al menos una vez por mes o nunca; Lácteos: consumo bajo: al menos una vez por semana, al menos una vez por mes o nunca.

FUENTE: Elaboración propia.

Por otro lado, la utilización del IAS evidenció una relación inversa entre el consumo de una dieta más saludable y la prevalencia de SM. En el Gráfico 9 se puede ver que, tanto en la población general como de AM, a medida que la alimentación mejora y el IAS supera los 1,5 puntos, la prevalencia de SM tiende a disminuir ($p < 0,001$ para población general). Este efecto es aún más pronunciado cuando el IAS alcanza un valor ≥ 3 , siendo significativo sólo en la población general (OR IAS < 3 vs IAS $\geq 3 = 2,794$. Valor $p = 0,003$).

Gráfico 9. Índice de alimentación saludable (IAS) y prevalencia de SM en población adulta chilena. Comparación entre adultos mayores de 18 años (A) y adultos mayores (B).



FUENTE: Elaboración propia.

En tanto, la Tabla 9 muestra que la población adulta en general mostró una asociación entre un IAS <3 con un mayor riesgo de SM (OR= 2,79), TG elevados (OR=3,04) y HDL bajo (OR=2,33), pero al evaluarla por grupos etarios no se evidencia la asociación en la población de AM.

Tabla 9. Riesgo de SM y sus componentes con IAS <3 comparado con un IAS ≥3 en adultos chilenos >18 años

	OR IAS<3 vs IAS ≥3	Intervalo de confianza (95%)		Valor p
Síndrome metabólico	2.794	1.420	5.498	0.003
CC aumentada	1.324	0.849	2.066	0.216
PA elevada	1.454	0.895	2.361	0.130
Glicemia elevada	1.325	0.774	2.269	0.305
TG elevados	3.047	1.714	5.417	0.000
c-HDL bajo	2.335	1.341	4.066	0.003

FUENTE: Elaboración propia.

V. Análisis y discusión de los resultados obtenidos

1. Prevalencia de SM y sus componentes

Según nuestro estudio, la prevalencia de SM en adultos mayores chilenos es de un 57,2%, cifra comparable a la reportada por EE.UU en NHANES 2003-2006 (Bethene, 2009), y algunos países latinoamericanos como Venezuela (Florez, 2005) y Brasil (Dutra, 2012). A su vez, la prevalencia de SM en la población mayor de 18 años es de 37,7%, cercana a las cifras reportadas por otros países latinoamericanos (Cuevas, 2011; Florez, 2005; Dutra, 2012), pero notoriamente mayor que en países desarrollados (Grundy, 2008), lo cual muestra la importancia de este síndrome en Chile en términos de salud pública y hace urgente el desarrollo de políticas públicas destinadas a su prevención desde edades tempranas y a su tratamiento en la vida adulta.

Con respecto a lo reportado en base a la ENS 2003, se observa un aumento de la prevalencia de SM en la población adulta general chilena así como en la subpoblación de adultos mayores. Aunque este aumento es concordante con lo observado y publicado en otros países (Mozumdar and Liguori, 2011), es importante recalcar que nuestros datos de prevalencia para ENS 2009-2010 no son del todo comparables con los de 2003 ya que, en esa oportunidad, se utilizó para diagnóstico de SM el corte de CC definido por ATPIII de 88 y 102 cm para mujeres y hombres respectivamente, y no los valores estimados para la población chilena de 83 y 88 cm para mujeres y hombres respectivamente (Valenzuela et al., resultados no publicados) y aplicados en la última ENS. De esta manera, el uso de puntos de corte más estrictos en nuestro estudio podría estar influyendo, al menos en parte, en el aumento de la prevalencia de SM encontrado en base a los datos de la ENS 2009-2010.

De acuerdo con lo publicado internacionalmente, nuestros datos corroboran la existencia de un aumento en la prevalencia de SM con la edad de la población analizada (Escobedo et al., 2009, Mozumdar and Liguori 2011), que en Chile alcanza un máximo entre los 45 y 64 años de edad y tiende a disminuir, levemente, en los mayores de 65 años. El hecho de que a mayor edad se incremente la prevalencia de SM así como de otros factores de riesgo cardiovascular (Bechtold et al., 2006) es ampliamente reconocido y se debe, fundamentalmente, a cambios fisiológicos que ocurren con el envejecimiento así como a un mayor tiempo de exposición a factores ambientales modificables (Kovacic et al., 2011). Así, una mayor edad se asocia a cambios en la composición corporal, un aumento en el porcentaje de masa grasa con respecto a masa magra y, también, a un incremento relativo de la grasa visceral con respecto a la subcutánea, incluso en personas con normopeso (Villareal et al., 2005). La grasa visceral, cuyo mejor indicador es el perímetro abdominal, posee características metabólicas diferentes que la hacen responsable de alteraciones metabólicas tales como elevación de triglicéridos, colesterol HDL bajo, resistencia a la insulina, hipertensión arterial y un estado proinflamatorio crónico (Després and Lemieux, 2006). Por otro lado, a mayor edad también se ha detectado una mayor infiltración de grasa ectópica en el tejido muscular y hepático, lo que favorece aún más el desarrollo de resistencia a la insulina, SM y, posteriormente, diabetes mellitus (Villareal et al., 2005). Adicionalmente, los vasos sanguíneos de los AM sufren un proceso de engrosamiento que los hace más rígidos y menos complacientes, lo que eleva la resistencia vascular periférica y con ello las cifras de presión arterial sistólica (Kovacic et al., 2011). En el último tiempo, se ha postulado que este grupo etario presenta también una particular tendencia a la deficiencia de vitamina D, que podría influir en su mayor proclividad a desarrollar SM y enfermedad cardiovascular (Oosterwerff et al., 2011). Todo esto, sumado a otros procesos como la calcificación de la íntima arterial y un estado proinflamatorio propio de la vejez, favorecen el desarrollo de SM, aterosclerosis y aumentan la probabilidad de ocurrencia de eventos cardiovasculares tromboembólicos (Kovacic et al., 2011).

Con respecto a la prevalencia de los diferentes componentes del SM, destaca que la presión arterial elevada y la obesidad abdominal están presentes en más del 80% de la población de adultos mayores chilenos. Debido a los cambios fisiológicos propios del envejecimiento, es esperable encontrar cifras tensionales elevadas en este grupo etario. De hecho, a nivel internacional se describe una prevalencia de hipertensión arterial en este grupo que bordea el 50% (Villareal et al., 2005). Sin embargo, la obesidad abdominal en nuestros adultos mayores es mucho más frecuente que en otros países vecinos (Medina-Lezama et al., 2007) y no muestra diferencias por sexo, siendo que, internacionalmente, se reporta una mayor prevalencia de esta alteración antropométrica en mujeres (Medina-Lezama et al., 2007; Marquezine et al., 2008; Marquez Sandoval et al., 2011).

Sin embargo, la interpretación de estos datos debe ser cuidadosa ya que los reportes publicados en otros países no utilizan puntos de corte de CC determinados para la población local, sino que aquellos valores propuestos por ATP III o IDF. En general, la prevalencia de SM y sus componentes depende, en gran parte, de los criterios y puntos de corte que se utilicen para su diagnóstico. El corte de CC fijado por Valenzuela et al. (resultados no publicados) podría no ser el más adecuado para la población de AM chilenos ya que este estudio se basó en las mediciones de CC de los sujetos adultos menores de 65 años encuestados en la ENS 2003. Además, el punto de corte se fijó en el nivel de CC que se asociaba a la presencia de dos o más factores de riesgo de SM, y no a un índice de masa corporal (IMC) de riesgo como lo han hecho las guías de ATP III e IDF. En este sentido, los valores de 83 cm para mujeres y 88 cm para hombres son incluso más estrictos que los valores estimados en base un IMC de 25 kg/m² en la población chilena (Valenzuela et al., datos no publicados). Además, teniendo en cuenta que los AM son considerados con sobrepeso con un IMC > 27 kg/m² (Heiat et al., 2001), es bastante probable que los puntos de corte aplicados en ENS 2009-2010 y en nuestro estudio estén sobreestimando la obesidad abdominal en esta población. Para poder verificar nuestra hipótesis realizamos, adicionalmente, el cálculo de prevalencia de obesidad abdominal en los adultos mayores usando los puntos de corte originales del ATP III y obtuvimos un valor de 48%, que es efectivamente mucho menor que el detectado (80%) y más cercano a lo publicado internacionalmente. Con estos puntos de corte es notoria la menor prevalencia de SM tanto en población adulta general como en AM (28,7% y 47,7% respectivamente).

La falta de diferencias de CC por sexo es también un efecto de estos puntos de corte tan estrictos: los cortes de 102 cm y 88 cm para CC sugeridos por el ATP III dejan en evidencia una mayor frecuencia de obesidad abdominal en las mujeres (63%) versus los hombres (28%) en Chile. Todo lo anterior da origen a la necesidad de discutir sobre la verdadera aplicabilidad de los puntos de corte propuestos por Valenzuela et al. para la población de AM chilenos.

Por otro lado, es también esperable encontrar diferencias en cuanto a prevalencia y distribución de los componentes de SM en diferentes localidades geográficas, etnias y razas, ya que los factores genéticos y ambientales de cada región ejercen una gran influencia en la forma como se manifiesta este síndrome en cada población. De esta manera, el reporte americano de NHANES III muestra importantes diferencias de prevalencia de SM según las subpoblaciones analizadas. Por ejemplo, la población blanca y mexicana presentó los niveles más elevados de obesidad abdominal, hipertrigliceridemia y colesterol HDL bajo, mientras que la población afroamericana alcanzó la frecuencia más alta de hipertensión arterial (Ford et al., 2002). De la misma manera, los reportes latinoamericanos muestran prevalencias muy variadas y factores de riesgo distribuidos diferencialmente por sexo, edad o nivel socioeconómico (Medina-Lezama et al., 2007; Marquezine et al., 2008).

Sin embargo, es importante recalcar que el aumento de la prevalencia de SM con la edad es un hallazgo consistente en la gran mayoría de los estudios publicados. Entre otras razones, esta asociación se puede explicar porque cada década después de los 30 años se correlaciona con aumentos de 1-2 mg/dl y 10-20 mg/dl en la glicemia de ayunas y postprandial respectivamente (Villareal et al., 2005). De esta manera, es esperable una elevada prevalencia de disglucemia y diabetes en las personas mayores de 65 años, lo que concuerda con el mayor impacto que mostró tener una glicemia alterada para el diagnóstico de SM entre los AM de este estudio, en comparación con los adultos de 18 a 64 años de edad. Asimismo, la PA elevada fue otro factor de mayor peso en este grupo etario, lo que coincide también con la conocida mayor prevalencia de cifras tensionales elevadas entre los AM.

2. Alimentación de los adultos mayores chilenos

Durante las últimas décadas, Chile, así como otros países en vías de desarrollo, han sufrido una importante transición nutricional caracterizada por un mayor acceso a alimentos de alto contenido energético o procesados. Por un lado, esto ha sido clave para eliminar la desnutrición, pero también ha generado hábitos alimentarios, y de vida, poco saludables que son, en gran parte, responsables de la elevada prevalencia de enfermedades crónicas en la actualidad.

Pese a que el conocimiento de las características de la dieta y forma de alimentación de una población es fundamental para poder realizar intervenciones efectivas destinadas a disminuir la morbimortalidad por enfermedades crónicas, Chile se caracteriza por contar con escasa información en esta área de estudio y, muy especialmente, para la subpoblación de AM. Por otro lado, es importante considerar que la mayor prevalencia de alteraciones cognitivas y de memoria en este subgrupo poblacional puede distorsionar la información, dando origen a datos menos confiables que en otros grupos etarios.

Dos estudios previos intentaron describir la ingesta alimentaria y de nutrientes en la población adulta mayor chilena, pero cada investigación tomó subpoblaciones de diferentes estratos socioeconómicos, lo que limitó la aplicabilidad de las conclusiones a la población general de AM chilenos (Castillo et al., 2002; Atalah et al., 1998). En este sentido, a pesar de que la encuesta utilizada para analizar la alimentación de los AM en la ENS 2009-2010 sólo apunta al consumo de determinados alimentos considerados más bien saludables, pero no de los que podrían afectar negativamente la salud, como por ejemplo, carnes rojas, frituras, carbohidratos refinados, bebidas azucaradas, éste es el primer estudio, a nuestro saber, que describe la forma en cómo la población general de AM no institucionalizados se alimenta.

El insuficiente consumo de frutas y verduras observado en este estudio, tanto en la población general como de AM, concuerda con lo observado en Estados Unidos (Nicklett and Kadell, 2013) y en otros países latinoamericanos (Restrepo et al., 2006). Como producto de la transición nutricional en curso, durante las últimas tres décadas, la mayoría de los países latinoamericanos ha disminuido el consumo de frutas, verduras, legumbres y cereales integrales, los cuales han sido reemplazados por grasas, carbohidratos refinados y alimentos procesados (Bermudez and Tucker, 2003). El alimento encuestado menos consumido en Chile, a pesar de ser un país con un largo litoral, es el pescado, lo que podría atribuirse a su elevado costo que lo hace inaccesible para una gran proporción de la población. Siendo que los componentes grasos del pescado lo hacen un alimento de alto beneficio para la salud en general debido a su probable rol protector frente a enfermedades cardiovasculares y alteraciones cognitivas (Van Gelder et al., 2007), su bajo consumo debiera ser un hecho que empuje el desarrollo de nuevas políticas que lo conviertan en un alimento más presente en los hogares chilenos.

Respecto de los lácteos y las frutas, se observa que son consumidas con mayor frecuencia por AM que por jóvenes aunque su consumo sigue siendo insuficiente en ambos grupos etarios. Con respecto a la fruta, algo parecido se ha observado en Estados Unidos, donde los AM consumen menos comida rápida y más cereales, frutas y verduras que la población más joven. Sin embargo, a pesar de que el 85% de los AM estadounidenses incorpora al menos una porción de fruta en su dieta diaria, menos de la mitad de ellos consume las cinco porciones de frutas y verduras recomendadas al día (Nicklett and Kadell 2013). En Chile, sólo un 17% de la población de AM cumple con esta recomendación. Dado los numerosos e importantes beneficios que el consumo de frutas y verduras proporciona para la prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas, y el impacto que tiene en la mortalidad derivadas de éstas, el bajo consumo de frutas y verduras de los AM chilenos pone de relieve una situación alarmante que podría estar contribuyendo a una peor calidad de vida y mayor morbilidad de este subgrupo etario (Nicklett and Kadell 2013).

Si bien los AM consumen más lácteos que la población más joven, éste es todavía bajo. En general, el consumo de lácteos en Chile, así como en otros países, es insuficiente y, siendo la principal fuente de calcio en la dieta, su bajo consumo es, en gran parte, el responsable de su inadecuada ingesta tan frecuente en la población adulta (Castillo et al., 2002). Diferentes estudios han asociado la ingesta de lácteos con un efecto protector cardiovascular y de disminución en las cifras de presión arterial (Astrup, 2014). Además, las proteínas de elevado valor biológico presentes en los lácteos podrían prevenir la pérdida de masa magra

(sarcopenia) tan frecuente y de alto impacto en la calidad de vida de los AM. Dado que en Chile el Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM) entrega mensualmente 1 kg de bebida láctea con bastante buena aceptabilidad por los usuarios, llama la atención que el reporte de su consumo sea tan bajo. Quizás otros factores, como la falta de información o las molestias digestivas que estos productos pueden producir, están dando cuenta de su bajo consumo en este subgrupo de la población.

Estudios previos, tanto chilenos como extranjeros, (Castillo et al., 2002; Atalah et al., 1998) sugieren que la alimentación de los AM difiere según el nivel socioeconómico. Acorde con lo anterior, este estudio detectó un mayor consumo de cereales integrales, pescado y verduras en los AM de nivel educacional alto. En Chile, el nivel educacional está fuertemente ligado al nivel de ingresos, por lo que es posible inferir que la población de AM más educada es también la con mayores recursos para acceder a estos productos, sobre todo a los alimentos más costosos como el pescado. Por otro lado, el hecho de que las mujeres consuman más frutas, verduras y lácteos que los hombres ha sido descrito también en otros países (Nesbit et al., 2008), reflejando la mayor conciencia que las mujeres, en general, tienen sobre la importancia de la dieta y a la preferencia que dan a alimentos más saludables.

En general, los datos obtenidos en este estudio sugieren que la alimentación de la población adulta chilena es de mala calidad, al menos en cuanto a un bajo consumo de frutas, verduras, pescados, cereales integrales y lácteos. Por otro lado, el Índice de Alimentación Saludable (IAS) permitió evidenciar una mejoría en la calidad de la alimentación con la edad, la cual alcanzaría su mejor nivel entre los AM de entre 65 a 74 años, para luego llegar a su peor índice entre los AM de más de 75 años. Este fenómeno, en que la alimentación mejora con la edad, es común a otros países donde, en general, los AM tienden a consumir menos comida rápida y más frutas y verduras que los más jóvenes (Nicklett and Kadell 2013; Nesbitt et al., 2008). Asimismo, estudios de EE.UU. muestran, con los datos de NHANES y utilizando el índice de alimentación saludable (*Healthy Eating Index*, HEI), dicen que la población come mejor a mayor edad, que las mujeres tienden a comer mejor y que la calidad de la alimentación es mejor a mayor nivel educacional (Ervin, 2011; Ervin 2008). Estos hallazgos se detectan tanto en población general como en AM y concuerdan con los hallazgos nacionales.

Por otro lado, llama mucho la atención la brusca y profunda baja en el IAS de los AM pasado los 75 años de edad. Varios cambios fisiológicos del envejecimiento hacen a los AM más vulnerables hacia un consumo inadecuado o insuficiente de alimentos como, por ejemplo, las alteraciones en el sentido del gusto y el olfato, que podrían afectar el interés por cocinar y consumir una gran variedad de alimentos (Rolls, 1998); la pérdida de la dentadura, las alteraciones de la masticación, la presencia de enfermedades y dificultades en el desplazamiento y la autonomía son también factores que pueden contribuir al empobrecimiento de su dieta. Dado que la alimentación, en esta etapa de la vida, está fuertemente influenciada por estos factores, más otros de tipo socioeconómicos, educacionales y de estado de salud (Ervin, 2008), sería necesaria una caracterización más profunda para este segmento de la población.

3. Asociación entre alimentación y prevalencia de síndrome metabólico en adultos mayores chilenos

La alimentación es uno de los factores ambientales que jugaría un papel en el desarrollo y la manifestación clínica del SM. Es claro que una ingesta calórica excesiva, que lleve a la acumulación de grasa corporal, sobrepeso u obesidad, se asocia estrechamente a la incidencia de este síndrome (Grundy 2004), pero el efecto de determinados alimentos o patrones alimentarios en su etiología es menos clara y, actualmente, fruto de ardua investigación.

La mayoría de los patrones alimentarios considerados saludables incluyen entre sus recomendaciones un alto consumo de frutas y verduras que, según diversos estudios, se asocian a importantes beneficios para la salud de la población general y de los AM en particular, en los cuales un mayor consumo de frutas y verduras está asociado a una menor mortalidad y a una menor prevalencia de enfermedad cardiovascular y

cáncer. Asimismo, un alto consumo de frutas y verduras se asocia a la protección contra el deterioro cognitivo y físico protegiendo así la autovalencia y mejorando la calidad de vida de este grupo etario (Nicklett and Kadell, 2014).

Con respecto a SM, existen estudios que asocian un alto consumo de frutas y verduras con una menor prevalencia de SM (Esmailzadeh et al., 2006) y otros que no. En el estudio prospectivo ARIC (*Atherosclerosis Risk in Communities Study*), Lutsey et al no observaron un efecto beneficioso del consumo de frutas y verduras sobre la incidencia de SM, aunque sí lo encontraron con la ingesta de lácteos (Lutsey et al., 2008). Asimismo, nuestro estudio no observó una relación entre un mayor consumo de frutas y verduras y la prevalencia de SM metabólico, tanto en población adulta general como en AM. Es probable, sin embargo, que el consumo general tan bajo de estos alimentos no permitiera observar sus beneficios a nivel poblacional. Por otro lado, es importante recalcar que los patrones alimentarios que mayor evidencia tienen como protectores frente al desarrollo de SM, como la dieta mediterránea (Babio et al., 2008) y la dieta DASH (Azadabakht et al., 2005), son siempre ricos en frutas y verduras, por lo que el efecto beneficioso de estos alimentos puede adquirir un mayor impacto cuando son incluidos en un patrón alimentario global saludable, más que considerados aisladamente.

En nuestro estudio, solamente se observó una asociación beneficiosa del consumo de cereales integrales y de lácteos con una baja prevalencia de SM en la población adulta general, pero esta asociación no se detectó en el análisis específico del grupo de AM. El consumo de cereales integrales y de fibra ha sido previamente asociado con efectos beneficiosos cardiovasculares tanto en población general como de AM. El estudio prospectivo de Mozaffarian et al. mostró que un alto consumo de fibra proveniente de cereales integrales confiere un 21% menos de riesgo de presentar un evento coronario en la población de AM (Mozaffarian et al., 2003). Asimismo, Sahyoun et al. observaron una relación inversa entre consumo de cereales integrales y prevalencia de SM y mortalidad por enfermedad coronaria en este grupo etario (Sahyoun et al., 2006). Además, la dieta mediterránea recomienda el consumo frecuente de cereales integrales, ya que su alto contenido de fibra soluble los hace beneficiosos para la salud cardiovascular, mejora el colesterol LDL, la resistencia a la insulina, la presión arterial y disminuye el sobrepeso u obesidad (Mozaffarian et al., 2003). Es importante recalcar que tanto el consumo de cereales integrales como de frutas y verduras, ha sido asociado a un estilo de vida global más saludable, a un menor peso corporal y a una mayor práctica de actividad física (Mozaffarian et al., 2003), por lo que no podemos saber con certeza si los beneficios observados en nuestro estudio de la población general se deben a efectos de los cereales integrales por sí mismos o a estos otros factores confundentes.

El consumo de lácteos y su rol en la salud cardiovascular es aún controvertido. Muchos estudios asocian su mayor consumo a efectos protectores frente a enfermedades crónicas como diabetes, obesidad, hipertensión, infarto y SM (Astrup, 2014), mientras que otros varían entre no mostrar asociación alguna o encontrar una relación positiva entre consumo de lácteos enteros y SM (Crichton et al., 2011). Si bien, los lácteos son ricos en grasas saturadas y han sido consistentemente asociados con efectos perjudiciales en el perfil lipídico y en enfermedad coronaria, es posible que su alto contenido de calcio proteja contra los efectos adversos de las grasas saturadas sobre el peso y perfil lipídico disminuyendo su absorción a nivel intestinal. De esta manera, los efectos positivos de los productos lácteos mediados, principalmente, por su alto contenido de calcio y la presencia de péptidos con capacidad vasodilatadora e inhibitoria del sistema renina-angiotensina con efecto regulador de la presión arterial, predominen por sobre los efectos adversos de las grasas saturadas, proporcionando un efecto sumatorio beneficioso y observable en estudios epidemiológicos (Astrup, 2014; Abete et al., 2011)

El hecho de que en la población de AM no se hayan observado los efectos beneficiosos esperables de un mayor consumo de cereales integrales y lácteos no es exclusivo de nuestro estudio. Bruscato et al. no encontraron asociación entre ingesta alimentaria y SM en una población de AM mujeres (Bruscato et al., 2010). Aunque el análisis de este grupo fue con respecto a nutrientes y no a alimentos, estos hallazgos sugieren que quizás el rol protector de la alimentación sobre la salud de los AM se manifiesta de una forma diferente a la población general. En este sentido, es posible hipotetizar que los beneficios de la alimentación sobre el SM en los AM podrían tener un menor impacto que en la población joven ya que, el proceso de envejecimiento, trae consigo una serie de cambios fisiológicos naturales que favorecen el desarrollo de

resistencia a la insulina, obesidad abdominal e hipertensión (Villareal et al., 2005). La influencia de estos cambios en el desarrollo de alteraciones metabólicas en esta etapa avanzada de la vida puede ser más difícil de contrarrestar sólo mediante medidas ambientales. Por otro lado, varios estudios han fallado en demostrar los beneficios de los alimentos por separado, pero es posible que, al incluir estos alimentos dentro de un patrón o dieta global, la suma e interacción de sus componentes sí tenga un impacto significativo.

La dieta típica occidental, rica en grasas, carbohidratos refinados y alimentos procesados ha sido consistentemente asociada a una mayor prevalencia de SM (Lutsey et al., 2008; Esmailzadeh et al., 2007). De modo contrario, la dieta DASH y la mediterránea han mostrado tener efectos beneficiosos en cuanto a riesgo y tratamiento de este síndrome. Azadbakht et al. evaluaron el efecto de la dieta DASH sobre los componentes del SM en 116 pacientes y tras 6 meses de adherencia a esta dieta levemente hipocalórica, rica en frutas y verduras, cereales integrales y lácteos descremados, se observó una disminución en los valores medios de todos los componentes del SM, incluso tras controlar por peso corporal (Azadbakht et al. 2005). En cuanto a la dieta mediterránea, Babio et al. mostró que una mayor adherencia a este tipo de dieta se asociaba a una menor prevalencia de SM y a un menor riesgo de presentar TG elevados y colesterol HDL bajo (Babio et al. 2008). En otro estudio reciente, el mismo autor evidenció una mayor tasa de reversión de SM y sus componentes entre los que siguieron una dieta mediterránea en el contexto del estudio PREDIMED (Prevención con Dieta Mediterránea). Dado que este estudio no observó cambios en el peso de los participantes, el efecto de esta dieta sobre el SM puede atribuirse a las propiedades intrínsecas de los alimentos recomendados por este estilo de alimentación (Babio et al., 2014). Esposito et al. mostraron también en un estudio prospectivo y randomizado que, tras dos años de adherencia a una dieta mediterránea, los pacientes portadores de SM presentaban una mayor tasa de mejoría en sus componentes y, a la vez, una reducción en los niveles de marcadores de disfunción endotelial e inflamación (Esposito et al., 2004). Estos hallazgos indicarían algunos de los mecanismos responsables de los beneficios cardiovasculares observados con el consumo de este patrón alimentario.

El índice de alimentación saludable (IAS) utilizado en nuestro estudio intenta representar, con los datos de alimentos disponibles en la ENS 2009-2010, el grado de aproximación de la dieta de las personas evaluadas con algunas de las recomendaciones de la dieta mediterránea, las que se encuentran resumidas y formando parte de índices previamente validados (Martínez-González et al., 2004). Es importante considerar, al momento de analizar los resultados, que el índice está construido con información respecto a un número limitado de alimentos (frutas, verduras, cereales integrales y pescado) y, en algunos de los ítems, el consumo calificado como máximo sigue siendo insuficiente al compararlo con las recomendaciones originales de esta dieta (p.e., el máximo consumo de pescado para este índice es más de una vez por semana siendo que la dieta mediterránea recomienda la ingesta de ese alimento tres veces por semana). Por otro lado, los lácteos no fueron considerados en el índice ya que la dieta mediterránea recomienda un consumo frecuente de lácteos descremados, pero en la ENS 2009-2010 no se hizo diferencia entre lácteos enteros y descremados. A pesar de estas falencias, el índice nos proporciona información valiosa en cuanto a una elevada ingesta de fibra, antioxidantes y ácidos grasos con efectos beneficiosos para la salud.

Como era de esperar, una dieta más rica en estos nutrientes se asoció en forma inversa con la prevalencia de SM. En la población general, así como de AM, la prevalencia de este síndrome tiende a disminuir gradualmente cuando la calidad de la dieta mejora, siendo máximo el impacto cuando la dieta alcanza un IAS ≥ 3 puntos. Asimismo, pudo evidenciarse que una dieta menos saludable (IAS < 3) otorga un mayor riesgo de SM, TG altos y colesterol HDL bajo en la población general. Esta asociación no se observó en los AM, lo que nuevamente sugiere un rol e impacto diferente de la dieta como factor ambiental sobre la expresión del SM en esta población. Sin embargo, existen estudios que muestran beneficios de una dieta tipo mediterránea en este grupo en particular (Roman et al., 2008). Quizás el IAS utilizado en nuestro estudio no logró identificar adecuadamente una mayor adherencia a la dieta mediterránea debido a los pocos ítems que evalúa o, no se alcanzó un consumo suficiente de los alimentos claves de este patrón alimentario como para que sus beneficios fueran observables. Por otro lado, este estudio es de corte transversal y, es posible que la alimentación, en décadas previas de la vida de los AM, sí se correlacione con la prevalencia de SM en la vejez. Sin embargo, este tipo de análisis requiere un diseño de cohorte con seguimiento prospectivo.

VI. Conclusiones

El SM es una entidad clínica prevalente cuya etiología aún no ha sido totalmente aclarada. Su manifestación clínica dependería de factores tanto genéticos como ambientales, entre los que la alimentación podría jugar un rol importante.

Su presencia confiere un riesgo de diabetes y enfermedad cardiovascular aumentados. Actualmente, la prevalencia de este síndrome en la población adulta mundial es elevada, probablemente como consecuencia de los altos índices de obesidad y sedentarismo del mundo actual, así como de una dieta occidentalizada poco saludable, alta en grasas, carbohidratos refinados y alimentos procesados.

La incidencia de este síndrome aumenta con la edad debido a cambios fisiológicos propios del proceso de envejecimiento que facilitan el desarrollo de resistencia a la insulina, hipertensión arterial y dislipidemia. De esta manera, la prevalencia de SM entre los AM puede llegar a doblar la prevalencia en poblaciones más jóvenes, por lo que este grupo corre un riesgo mayor de sufrir eventos cardiovasculares y otras patologías asociadas.

En Chile la prevalencia de SM en los AM es mayor que la reportada por países vecinos y otras regiones desarrolladas. Además, según nuestros datos, un 80% de la población de AM presentaría obesidad abdominal, sin diferencias entre hombres y mujeres. Sin embargo, es importante considerar que los exigentes puntos de corte de CC utilizados en este estudio podrían estar sobreestimando la obesidad abdominal de la población de AM y, con ello, la prevalencia del síndrome en general, lo que lleva a cuestionar la validez de estos valores para el diagnóstico de obesidad abdominal en esta población específica. Por otro lado, la PA elevada fue otro de los componentes más frecuentes en esta población, lo que concuerda con la conocida alta prevalencia de cifras tensionales elevadas en la población de adultos mayores.

La alimentación de la población adulta chilena es de mala calidad. El consumo de los alimentos saludables evaluados fue insuficiente en la población general y de AM, mientras que un IAS ≥ 3 puntos estuvo presente sólo en un 6% de la población evaluada. Por otro lado, y en concordancia con lo observado en otros países, la calidad de la alimentación mejora con la edad, siendo más saludable en la población de AM comparada con los más jóvenes. En nuestro estudio, se evidenció un mayor consumo de frutas y lácteos en este grupo etario comparado con la población de 18 a 64 años. Es importante destacar también que los adultos mayores de 75 años presentaron el peor IAS de la población, lo cual es preocupante y debe llevar a aclarar con mayor detalle las condiciones socioeconómicas y de salud que vive esta población de edad más avanzada.

Los beneficios observados a partir de la mayor ingesta de cereales integrales y lácteos sobre la prevalencia de SM fue sólo evidente en la población adulta general. Al analizar los efectos de su consumo en la población de AM no se pudo observar ninguna asociación. Asimismo, la población adulta general mostró un mayor riesgo de SM con una dieta de menor calidad (IAS <3), pero esta asociación tampoco fue significativa entre los AM. Estos resultados sugieren que el rol de la alimentación en la prevención o tratamiento de SM podría ser diferente en la población mayor de 65 años con respecto a los más jóvenes.

Una hipótesis al respecto plantea que la alimentación por sí sola no sería un factor suficiente para modificar, en esta etapa de la vida, la fuerte predisposición fisiológica de los AM al desarrollo de alteraciones metabólicas como resistencia a la insulina, hipertensión arterial y dislipidemia. Es posible también, que en este grupo etario se requiera una alimentación de mucho mejor calidad que la encontrada en este estudio para poder observar beneficios sobre la prevalencia del SM.

Sin embargo, es importante recalcar que la alimentación sí tuvo un efecto positivo evidenciable en la población más joven, los que podrían proyectarse a edades más avanzadas de la vida. Además, sabemos que existen estudios que han mostrado importantes beneficios de la dieta mediterránea sobre el SM así como en muchos otros aspectos de la salud de la población añosa, incluyendo deterioro cognitivo, autovalencia y cáncer (Roman et al., 2008). Por lo tanto, y dado la elevada prevalencia de este síndrome así como de otros factores de riesgo cardiovascular en este subgrupo poblacional, la alimentación es y debe ser un factor a modificar y mejorar entre los AM chilenos.

VII. Aportes y proyecciones de la investigación

Nuestro estudio es, a nuestro saber, el primero trabajo en Chile que describe la alimentación de la población de AM no institucionalizados. En este sentido, aporta información valiosa en cuanto a la calidad de alimentación de un grupo altamente vulnerable y que genera elevados costos en salud para nuestra sociedad.

Nuestro estudio deja en claro la necesidad de desarrollar programas o políticas destinadas a educar y mejorar la alimentación de este grupo, disminuyendo así su morbilidad y mejorando su calidad de vida. La dieta mediterránea es, a nuestro parecer y apoyados en la evidencia científica disponible, el patrón alimentario más acertado para fomentar en la población general así como en este subgrupo en particular.

La información presentada da pie para evaluar el real beneficio de los programas ya implementados a nivel nacional como el PACAM ya que el bajo consumo de productos lácteos entre los AM, pese a que su acceso es gratuito, hace necesario analizar el verdadero impacto de este programa en esta población.

Este estudio servirá como punto de partida para el análisis futuro del impacto de programas de salud pública que ya están siendo implementados por el gobierno, como el Programa Elige Vivir Sano, y que debieran tener repercusiones positivas en los hábitos alimentarios y en la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en la población de adultos mayores de nuestro país.

La particular mala alimentación de los adultos mayores de 75 años es preocupante, y debe llevar a indagar con mayor detalle acerca de las condiciones de salud y el estado socioeconómico de este grupo de manera de identificar, y corregir, aquellos factores que puedan estar limitando su acceso a una alimentación variada y saludable.

La elevada prevalencia de SM y obesidad abdominal encontrados en este estudio hacen necesario cuestionarse si los cortes de CC recomendados y utilizados en base a los datos de las ENS 2003 y 2009-2010 son, efectivamente, los más adecuados para este grupo etario y la población en general.

Para una mejor caracterización de la alimentación de los AM chilenos sería necesario la realización de futuros estudios que cuenten con un cuestionario de alimentos más amplio que el usado en la ENS 2009-2010, de manera de poder hacer correlaciones más exactas con su estado de salud, bienestar y riesgo de enfermedades crónicas.

VIII. Referencias bibliográficas

1. Abete I., Goyenechea E., Zulet M.A., and Martínez J.A., 2011. Obesity and metabolic syndrome: Potential benefit from specific nutritional components. *Nutr, Metab Cardiovasc Dis*, 21:B1-B15
2. Alberti, K.G.M.M., Eckel R.H., Grundy S.M., et al., 2009. Harmonizing the Metabolic Syndrome. A Joint Interim Statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. *Circulation*, 120:1640-1645.
3. Astrup A., 2014. Yogurt and dairy product consumption to prevent cardiometabolic diseases: epidemiologic and experimental studies. *Am J Clin Nutr*, 99:1235-1242
4. Atalah E., Benavides X., Barahona S. and Cárdenas R., 1998. Características alimentarias de adultos mayores de comunas pobres de la Región Metropolitana. *Rev Méd Chile*, 126:489-496
5. Azadbakht L., Mirmiran P., Esmailzadeh A. et al., 2005. Beneficial effects of a Dietary Approaches to Stop Hypertension eating plan on features of the metabolic syndrome. *Diabetes Care*, 28:2823-2831
6. Babio N., Bulló M., Basora J. et al., 2008. Adherence to the Mediterranean diet and risk of metabolic syndrome and its components. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*, 19:563-570
7. Babio N., Sorlí M., Bulló M. et al., 2012. Association between red meat consumption and metabolic syndrome in a Mediterranean population at high cardiovascular risk: Cross-sectional and 1-year follow-up assessment. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*, 22:200-207
8. Babio N., Toledo E., Estruch R. et al., 2014. Mediterranean diets and metabolic syndrome status in the PREDIMED randomized trial. *CMAJ*. pii: cmaj.140764. [Epub ahead of print]
9. Bechtold M., Palmer J., Valtos J. et al., 2006. Metabolic Syndrome in the Elderly. *Curr Diab Reports*, 6:64-71
10. Bermudez O.I. and Tucker K.L., 2003. Trends in dietary patterns of Latin American populations. *Cad Saude Publica*, 19:S87-S99
11. Bethene E., 2009. Prevalence of Metabolic Syndrome Among Adults 20 years of Age and Over, by Sex, Age, Race and ethnicity, and Body Mass Index: United States, 2003-2006. *Natl Health Stat Report*, 13:1-7
12. Bruscato N.M., da Costa Vieira J.L., do Nascimento N.M.R. et al., 2010. Dietary intake is not associated to the metabolic syndrome in elderly women. *North Am J Med Sci*, 2:182-188
13. Castillo O., Rozowsky J., Cuevas A. et al., 2002. Ingesta de nutrientes en adultos mayores de la comuna de Providencia, Santiago de Chile. *Rev Med Chile*, 130:1335-1342
14. Crichton G.E., Bryan J., Buckley J. and Murphy K.J., 2011. Dairy consumption and metabolic syndrome: a systematic review of findings and methodological issues. *Obes Rev*, 12:e190-201
15. Cuevas A., Alvarez V. and Carrasco F., 2011. Epidemic of metabolic syndrome in Latin America. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. 18:134-138
16. Després J-P. and Lemieux I., 2006. Abdominal obesity and metabolic syndrome. *Nature*, 444:881-887
17. Dutra E.S., de Carvalho K.M., Miyazaki E., Hamann E.M. and Ito M.K. 2012. Metabolic syndrome in central Brazil: prevalence and correlates in the adult population. *Diabetol Metab Syndr* 4(1):20
18. Eckel, R.H., Grundy S.M. and Zimmet P., 2010. The metabolic Syndrome. *Lancet* 375:181-183
19. ENS 2009-2010. Ministerio Nacional de Salud (Minsal) Chile, Departamento de Epidemiología, Encuesta Nacional de Salud 2009-2010. <http://epi.minsal.cl/epi/html/frames/frame3.htm>.
20. Ervin R.B., 2008. Healthy Eating Index Scores Among Adults, 60 Years of Age and Over, by Sociodemographic and Health Characteristics: United States, 1999-2002. *Adv Data*, 395:1-16
21. Ervin R.B., 2009. Prevalence of Metabolic Syndrome Among Adults 20 Years of Age and Over, by Sex, Age, Race and Ethnicity, and Body Mass Index: United States, 2003-2006. *Natl Health Stat Report*, 5:1-7
22. Ervin R.B., 2011. Healthy Eating Index-2005 Total and Component Scores for Adults Aged 20 and Over: National Health and Nutrition Examination Survey, 2003-2004. *Natl Health Stat Report*, 44:1-9
23. Escobedo J., Schargrofsky H., Champagne B. et al., 2009. Prevalence of the Metabolic Syndrome in Latin America and its association with sub-clinical carotid atherosclerosis: the CARMELA cross sectional study. *Cardiovasc Diabetol*, 8:52
24. Esmailzadeh A., Kimiagar M., Mehrabi Y. Et al., 2007. Dietary patterns, insulin resistance, and prevalence of the metabolic syndrome in women. *Am J Clin Nutr*, 85:910-918

25. Esposito K., Marfella R., Ciotola M. et al., 2004. Effect of a Mediterranean-Style Diet on Endothelial Dysfunction and Markers of Vascular inflammation in the Metabolic Syndrome. A Randomized trial. *JAMA*, 292:1440-1446
26. Estruch R., Ros E., Salas Salvadó et al., 2013. Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet. *N Engl J Med*, 368:1279-1290
27. Florez H., Silva E., Fernandez V., Ryder E., Sulbaran T., Campos G. et al. 2005. Prevalence and risk factors associated with the metabolic syndrome and dyslipidemia in White, Black, Amerindian and Mixed Hispanics in Zulia State, Venezuela. *Diabetes Res Clin Pract* 69(1):63-77
28. Ford E.S., Giles W.H. and Dietz W.H., 2002. Prevalence of the Metabolic Syndrome Among US Adults. Findings From the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *JAMA*, 287:356-359
29. Forti P., Pirazzoli G.L., Maltoni B., Bianchi G. Et al., 2012. Metabolic syndrome and all-cause mortality in older men and women. *Eur J Clin Invest*, 42:1000-1009
30. Gillingham L.G. and Harris-Janz S., 2011. Dietary Monounsaturated Fatty Acids Are Protective Against Metabolic Syndrome and Cardiovascular Disease Risk Factors. *Lipids*, 46:209-228
31. Grundy S.M. et al., 2004. An American Heart Association; National Heart, Lung, and Blood Institute. Definition of metabolic syndrome: Report of the National Heart, Lung, and Blood Institute/American Heart Association conference on scientific issues related to definition. *Circulation*, 109:433-438.
32. Grundy S.M., 2008. Metabolic Syndrome Pandemic. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*, 28:629-636
33. Grundy S.M., Cleeman J.I., Daniels S.R. et al., 2005. Diagnosis and Management of the Metabolic Syndrome: An American Heart Association/National Heart, Lung and Blood Institute Scientific Statement. *Circulation*, 112:22735-52
34. Heiat A., Vaccarino V. and Krumholz H.M., 2001. An Evidence-Based Assessment of Federal Guidelines for Overweight and Obesity as they Apply to Elderly Persons. *Arch Intern Med*, 161:1194-1203
35. International Diabetes Federation 2006. The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome, http://www.idf.org/webdata/docs/MetS_def_update2006.pdf (visto en octubre 11, 2014)
36. Kovacic J.C., Moreno P., Nabel E.G. et al., 2011. Cellular Senescence, Vascular Disease and Aging: Part 2 of a 2-Part Review: Clinical Vascular Disease in the Elderly. *Circulation*, 123:1900-1910
37. Lutsey P.L., Steffen L.M. and Stevens J., 2008. Dietary Intake and the Development of the Metabolic Syndrome. The Atherosclerosis Risk in Communities Study. *Circulation*, 117:754-761
38. Margozzini P., Rigotti A., Ferreccio C. Et al., 2007. Hypertension and the cardiometabolic síndrome in Chile: a review of concepts and consequences for the developing world. *Ther Adv Cardiovasc Dis*, 1:83-90
39. Márquez-Sandoval F.M., Macedo-Ojeda G., Viramontes-Hörner D. Et al., 2011. The prevalence of metabolic syndrome in Latin America: a systematic review. *Public Health Nutr*, 14: 1702-1713
40. Marquezine G.F., Oliveira C.M., Pereira A.C. et al., 2008. Metabolic syndrome determinants in an urban population from Brazil: Social class and gender-specific interaction. *Int J Cardiol*, 129:259-265
41. Martínez-González M.A., Fernández-Jarne E., Serrano-Martínez M. et al., 2004. Development of a short dietary intake questionnaire for the quantitative estimation of adherence to a cardioprotective Mediterranean diet. *Eur J Clin Nutr*, 58:1550-1552
42. Medina-Lezama J., Zea-Díaz H., Morey-Vargas O.L. et al., 2007. Prevalence of the metabolic syndrome in Peruvian Andean hispanics: The PREVENCIÓN study. *Diabetes Res Clin Pract*, 78:270-281
43. Mozaffarian D., Kumanyika S.K., Lemaitre R.N. et al., 2003. Cereal, Fruit, and Vegetable Fiber Intake and the Risk of Cardiovascular Disease in Elderly Individuals. *JAMA*, 289:1659-1666
44. Mozumdar A. and Liguori G., 2011. Persistent Increase of Prevalence of Metabolic Syndrome Among U.S. Adults: NHANES III to NHANES 1999-2006. *Diabetes Care*, 34:216-219
45. Nesbitt A., Majowicz S., Finley R. et al., 2008. Food consumption patterns in the Waterloo Region, Ontario, Canada: a cross-sectional telephone survey. *BMC Public Health*, 8:370
46. Nicklett E.J. and Kadell A.R., 2013. Fruit and vegetable intake among older adults: a scoping review. *Maturitas*, 75:305-312
47. Oosterwerff M.M., Eekhoff E.M.W., Heymans M.W. et al., 2011. Serum 25-hydroxyvitamin D levels and the metabolic syndrome in older persons: a population-based study. *Clin Endocrinol*, 75:608-613
48. Reaven G.M., 1988. Role of Insulin Resistance in Human Disease. *Diabetes*, 37:1595-1607
49. Restrepo S.L., Morales R.M., Ramirez M.C. et al., 2006. Nutritional habits in senior adults and its relationship with protective or deteriorating effects in health. *Rev Chil Nutr*. 33:500-510

50. Rolls B.J. 1999. Do chemosensory changes influence food intake in the elderly. *Physiol Behav.* 66: 193-197.
51. Roman B., Carta L., Martínez-González M. and Serra-Majem L., 2008. Effectiveness of the Mediterranean diet in the elderly. *Clin Interv Aging*, 3:97-109
52. Sahyoun N.R., Jacque P.F., Zhang X.L. et al., 2006. Whole-grain intake is inversely associated with the metabolic syndrome and mortality in older adults. *Am J Clin Nutr*, 83:124-131
53. Salas Salvadó J., Fernández-Ballart J., Ros E. et al., 2008. Effect of Mediterranean Diet Supplemented With Nuts on Metabolic Syndrome Status. One year Results of the PREDIMED Randomized Trial. *Arch Intern Med*, 168:2449-2458
54. Tanner R.M., Brown T.M. and Muntner P., 2012. Epidemiology of Obesity, the Metabolic Syndrome, and Chronic Kidney Disease. *Curr Hypertens Rep*, 14:152-159
55. Valenzuela A.A., Arteaga A.A., Rigotti A.G. et al. Waist circumferences cut-off point for Chilean adults. Datos no publicados
56. Valenzuela A.A., Maiz A., Margozzini P. Et al., 2010. Prevalencia de síndrome metabólico en población adulta chilena: Datos de la Encuesta Nacional de Salud 2003. *Rev Med Chile*, 138:707-714
57. Van Gelder B.M., Tijhuis M., Kalminjn S. and Kromhout D., 2007. Fish consumption, n-3 fatty acids, and subsequent 5-y cognitive decline in elderly men: the Zutphen Elderly Study. *Am J Clin Nutr*, 85:1142-1147
58. Villareal D.T., Apovian C.M., Kushner R.F. and Klein S., 2005. Obesity in older adults: technical review and position statement of the American Society for Nutrition and NAASO, The Obesity Society. *Am J Clin Nutr*, 82:923-934
59. Von Bernhardt R., Zanlugo S., Arrese M. et al., 2010. The metabolic syndrome: from aggravating condition to a pathogenic risk factor for chronic diseases. *Rev Med Chil*, 138:1012-1029
60. Yaffe K., Weston AL., Blackwell T. and Krueger K.A., 2009. The Metabolic Syndrome and Development of Cognitive Impairment among older Women. *Arch Neurol*, 66:324-328



CONCURSO DE INVESTIGACIÓN

Adulto Mayor y Envejecimiento

Climaterio y menopausia en nuestra cultura:

Una mirada desde la transición al envejecimiento

Ma. Teresa Urrutia

Enfermera-Matrona. PhD. Departamento de Salud de la Mujer, Escuela de Enfermería UC.

Alejandra Araya

Enfermera-Matrona. PhD. Departamento de Salud de la Mujer, Escuela de Enfermería UC.

Angelina Dois

Enfermera-Matrona. Magíster en Psicología de la Salud. Departamento de Salud del Adulto y Senescente. Escuela de Enfermería UC.

Paola Carrasco

Enfermera-Matrona. Magíster en Educación mención Evaluación. Departamento de Salud del Adulto y Senescente. Escuela de Enfermería UC.

I. Resumen

La menopausia es consecuencia de la claudicación de las gónadas femeninas, que comienza con la disminución de la fertilidad y termina con la senectud. Dicha definición conecta, claramente, un evento fisiológico/biológico como es el cese de la función ovárica con uno cultural/social como es el término de la fertilidad y el comienzo del envejecimiento. El objetivo de este artículo es describir la experiencia de la menopausia y su relación con el envejecimiento a través de un estudio cualitativo basado en entrevistas en profundidad a 15 mujeres post-menopáusicas. El análisis se hizo mediante análisis de contenidos. La investigación fue aprobada por los comités de ética correspondientes.

Los resultados de la investigación, muestran que el significado de la menopausia para las mujeres tiene relación con el fin de la reproducción y crianza de los hijos. Es una etapa que si bien se reconoce como parte del ciclo vital, está conectada a más aspectos negativos que positivos del periodo. Las mujeres describen síntomas físicos desagradables, asocian esta etapa al envejecimiento, escuchan y transmiten historias de otras mujeres que refuerzan los aspectos negativos, viven esta etapa en un contexto de soledad y, además, cargado de una dualidad que les impide disfrutar de aquellos aspectos positivos que fueron identificados en el transcurso de este estudio como el cese de la menstruación y la ausencia de síntomas propios de la menopausia. Durante esta etapa se describe una ausencia clara de apoyo social y educación para enfrentarla de mejor manera, lo que les impide compartir la experiencia. Las mujeres identifican el cese de la menstruación como un hito que las sitúa y las enfrenta con la última etapa del ciclo vital, la etapa de la adultez mayor, cargada de significados negativos.

A modo de conclusión, se puede sostener que las representaciones sociales construidas en torno a la menopausia sitúan un evento fisiológico, que es el cese de la menstruación, como un evento social y culturalmente cargado de significados negativos. La asignación de aspectos negativos a esta etapa hace cuestionar los valores que nuestra cultura ha transmitido y cuáles de ellos están siendo validados en la actualidad. La asociación que se hace con el envejecimiento, y la carga negativa que se describe al respecto, puede hacer que la mujer pierda la oportunidad de transformar este proceso en una etapa positiva y, por tanto, que afecte su capacidad de compartir libremente la vivencia y de proyectarse en una nueva etapa de manera optimista.

II. Antecedentes

Actualmente las personas mayores (PM) representan uno de los segmentos poblacionales con mayor proyección de crecimiento en el mundo. Según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE, 2013) “para el año 2050, por primera vez en la historia de la humanidad, la cantidad de personas de edad en el mundo superará a la cantidad de jóvenes”.

Chile, según información del INE, se ha transformado en un país que continuará envejeciendo a un ritmo acelerado como consecuencia de una disminución progresiva de la tasa de natalidad y un aumento sostenido de la esperanza de vida al nacer explicados, en gran medida, por los avances científicos, tecnológicos y socio-sanitarios de nuestro país (Instituto de Sociología UC, 2011). La proporción de PM, en relación al total de la población, ha aumentado consistentemente durante los últimos años. Según datos preliminares del CENSO 2012, en Chile hay 67 personas mayores de 60 años por cada 100 menores de 15 años, siendo el 56% del total de PM mujeres. Se estima que para el 2020, la población de PM será prácticamente un 20% de la población total del país (INE, 2013).

Uno de los eventos vinculados al envejecimiento en las mujeres es la menopausia, hito que conecta claramente un evento fisiológico/biológico como es el cese de la función ovárica, con uno cultural/social como es el cese de la fertilidad/maternidad y el comienzo del envejecimiento. Dicha conexión y, por ende, la vivencia que la mujer experimenta, es el foco del presente artículo.

La menopausia es definida como el cese definitivo de la menstruación; puede ser de carácter natural o quirúrgica, esta última producida por la extracción de los ovarios antes del término natural de su función hormonal. El promedio de edad de la menopausia es a los 49 años, lo que implica que en la actualidad existe un importante número de mujeres en el periodo peri-menopáusico (Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), 2013).

La menopausia conlleva una serie de síntomas comandados por los cambios hormonales (MINSAL, 2013) a los que se les suma los significados culturales que esta etapa tiene. “La compleja interrelación de factores explica lo multifacético e individual de las expresiones del síndrome climatérico” (MINSAL, 2013). La percepción que la mujer tenga de este periodo vital, estará fuertemente influenciada por la cultura y, por ende, el enfrentamiento que la mujer haga de esta etapa biológica dependerá también de ella (Im et al., 2010b; Im et al., 2013) y de las estrategias que pueda usar durante este periodo. Cabe señalar que la vivencia que experimenta una mujer con menopausia natural, en relación a los síntomas menopáusicos, es diferente de aquella cuya menopausia es quirúrgica dado el cese abrupto de la función ovárica (Crowe et al., 2011).

El hecho de que las mujeres perciban que la menopausia es el inicio de su envejecimiento (Rich et al., 2012; Wong et al., 2012) sumado a la ausencia de investigaciones sobre la vivencia de mujeres chilenas en esta etapa, hace que el estudio de la experiencia vivida sea relevante al momento de proponer intervenciones culturalmente válidas en este grupo de mujeres. A lo anterior se agrega que la conexión menopausia y envejecimiento es relevante de conocer para poder promover en ellas un envejecimiento saludable, no tan solo desde la perspectiva física, sino también social y psicológica.

El envejecimiento trae consigo una serie de adaptaciones físicas, sociales y psicológicas, pudiendo afectar su estado de ánimo. El estado de ánimo bajo es una condición que puede contribuir a que una persona mayor sea calificada como frágil (Blaum et al., 2005) y, por ende, más susceptible de presentar enfermedades. En este sentido, entender la vivencia conlleva indagar en las preocupaciones que las mujeres tienen y cómo ellas las enfrentan durante este periodo (Kafanelis et al., 2008). Al respecto, un estudio realizado en Malasia señala que las principales preocupaciones de las mujeres en esta etapa son el envejecimiento físico, el impacto que la menopausia tiene en la sexualidad, el cuidado de los padres y las crisis vitales asociadas a este periodo, todo esto, nuevamente, en un contexto asociado al envejecimiento (Wong et al., 2012).

El envejecimiento de la población representa uno de los grandes desafíos para los servicios de salud y sociales, siendo uno de sus grandes desafíos la feminización del mismo (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2002). “la meta sanitaria 2011-2020 definida por el Ministerio de Salud considera un programa de manejo del climaterio para mejorar la calidad de vida de las mujeres en esta etapa” (MINSAL, 2013), la presente investigación pretende contribuir con dicha meta sanitaria, develando la experiencia que las mujeres perciben en torno a la menopausia y cómo ese evento se relaciona con el envejecimiento y con las estrategias de enfrentamiento, todo esto con el propósito de diseñar intervenciones clínicas y educativas que promuevan un proceso de envejecimiento físico, psicológico y socialmente saludable en mujeres chilenas y, al mismo tiempo, asegurar una buena calidad de vida a la mujer mayor, potenciando además algunos de los objetivos de la Política Integral de Envejecimiento Positivo impulsada por el Servicio Nacional del Adulto Mayor (Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), 2012), en términos de contribuir a aumentar la prevalencia de factores protectores para la salud en la mujer adulta mayor a través de la estrategias de afrontamiento del periodo del climaterio y menopausia y aumentando el número de investigaciones en temas relacionados al envejecimiento de las mujeres chilenas.

El objetivo del presente artículo es describir la experiencia de un grupo de mujeres post-menopáusicas y su relación con el envejecimiento.

III. Metodología

Se realizó un estudio cualitativo, de análisis de contenido, en quince mujeres en periodo post- menopáusico. Las mujeres ingresadas al estudio pertenecen al Centro de Salud Familiar (CESFAM) San Alberto Hurtado de la Red Áncora-UC, adscrito al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Aquellas mujeres que tuvieron menopausia precoz o menopausia quirúrgica fueron excluidas del estudio, dado que la vivencia es diferente a la de las mujeres con menopausia natural.

La selección de la muestra fue por conveniencia y el tamaño muestral fue determinado por la saturación de los datos. El reclutamiento de las mujeres fue realizado de manera individual en las dependencias (salas de espera) del CESFAM San Alberto Hurtado, durante junio y julio de 2014, por ayudantes de investigación del proyecto externos al centro de salud.

La recolección de los datos fue realizada mediante entrevistas en profundidad. Cada una de estas entrevistas fue direccionada mediante las siguientes cinco preguntas: (a) *¿Cuál es el significado que tiene para usted la menopausia?* (b) *¿De qué manera usted enfrentó esta etapa? ¿Qué estrategias le sirvieron?* (c) *¿Cuáles fueron las necesidades de apoyo/ayuda durante este periodo?* (d) *¿Cuáles fueron los aspectos positivos de esta etapa?* (e) *¿Cuáles fueron los aspectos negativos de esta etapa?* Cada entrevista fue grabada y transcrita de manera textual.

Luego de la transcripción, el análisis fue realizado por las cuatro investigadoras del proyecto por separado, para posteriormente lograr un consenso en las interpretaciones. El análisis de contenido fue realizado según lo descrito por Krippendorf (2004). Tras las reuniones de análisis, y posterior a la definición de los principales hallazgos, se hizo la devolución de los resultados a cada una de las mujeres entrevistadas para asegurar que la interpretación de los datos era la correcta. Todas las mujeres estuvieron de acuerdo con el análisis realizado.

La presente investigación cuenta con la aprobación del Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica y del Comité de Ética del Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente. Cada una de las mujeres firmó consentimiento informado previo al inicio de la entrevista.

IV. Desarrollo de la investigación

En relación a las características de la muestra, el promedio de edad de las mujeres fue de 61 años, con un rango entre 55 y 71 años de edad. En relación al estado civil, 2 eran solteras, 2 viudas, 9 casadas y 2 separadas. De las 15 mujeres entrevistadas 5 no tenían pareja. Al analizar el tiempo de convivencia en pareja de las mujeres, el promedio fue de 34 años. Del total de mujeres 2 no tienen hijos.

En relación a las características de la menopausia, el promedio de edad en el que se presentó el cese de las reglas fue de 50 años con un rango entre 47-58 años de edad. Si se analiza el tiempo transcurrido entre la presencia de la última menstruación y la entrevista, el promedio fue de 11 años con un rango entre 2 y 29 años.

A continuación se presentan los principales resultados del estudio:

1. Significado atribuido por las mujeres a la menopausia

El significado de la menopausia para las mujeres tiene relación con lo que para ellas es el fin de una etapa centrada en tareas vinculadas a la reproducción y la crianza de los hijos.

Entrevista 4: “Para mí es el término de una etapa... y el comienzo de otra, ya más madura, ya no hay más hijos. Para mí eso es la menopausia... se termina la etapa de la procreación... para empezar una etapa de la madurez, como le dije, de la tercera edad (mujer se ríe)”.

Así mismo, reconocen que el proceso forma parte del ciclo vital de toda mujer, sin embargo este hecho es vivido de manera simultánea con significados opuestos. Por un lado, las conecta con el cese de su propia fertilidad y, por ende, con la imposibilidad de tener hijos, lo que en algunos casos provoca nostalgia; por otro lado, el hecho de no poder embarazarse provoca una sensación interna de tranquilidad que, además, les permite vivir su sexualidad de manera más libre.

Entrevista 15: “Pero yo igual tenía miedo... de embarazarme, sí, sí yo igual tenía miedo, siempre, me duró, me duró hasta cuando... yo dejé de menstruar, ahí ya, para mí ya, fui feliz ya me entregué total a él (marido), y antes como tenía miedo, entonces yo me esquivaba muchas cosas”.

Otro elemento que aparece fuertemente en los relatos se vincula con la idea de que la menopausia es un proceso normal en la vida de la mujer, sin embargo al ahondar esta idea, surge con fuerza la representación de una normalidad que incorpora el sufrimiento. Las mujeres aceptan pasivamente y como parte de “un proceso normal”, experimentar síntomas que les son muy incómodos y que en algunos casos, les dificulta continuar con sus actividades habituales, lo que podría estar reflejando la carga cultural que este proceso fisiológico conlleva y que las mujeres han asumido sin cuestionamiento.

Entrevista 12: “Esos bochornos que le vienen a uno que... de repente desesperan, porque son muchos los, las, los bochornos que vienen... pero hay momentos en que uno, se... por ejemplo yo, hay, habían momentos en que yo lo pasaba mal, pero después pensaba, como mi mamá me decía hija no se preocupe, que esto va a pasar y se va a pasar luego, y así fue po, de hecho yo le creía todo a mi mamá”... lo de la menopausia para mí fue una etapa que... que tuve que vivirla, pero... normal, para mí fue normal”.

De la misma manera que la mujer lo asume como un proceso “normal”, es también asumido por otras personas vinculadas al entorno de las mujeres, lo que refuerza el significado de sufrir esta etapa, a pesar de estar asociada a un hecho fisiológico.

Entrevista 13: “Yo era muy reservada, a mí me pueden pasar, pasar miles de cosas y yo no, ahí no más, yo sola me las aguantaba, entonces cuando se me cortó y empezaron esos malestares de bochornos, de que me perdía, vine a la matrona y la matrona me dijo no, me dijo es normal ya está usted ya... eh... le llegó la menopausia, entonces esto es normal, y... esos bochornos y todas esas cosas, se las va a tener que mamar no más, o bien tomar las pastillas, yo le dije no, me lo mamo, porque no tengo para comprar las pastillas todo los meses”.

2. Aspectos negativos y positivos de esta etapa desde la perspectiva de las mujeres

La vivencia de la menopausia se encuentra, en su mayoría, cargada de aspectos negativos: las mujeres describen síntomas físicos desagradables, asocian esta etapa a una visión negativa del envejecimiento, escuchan y transmiten historias de otras mujeres que refuerzan los aspectos negativos, viven esta etapa en un contexto de soledad y, además, cargada de una dualidad que les impide disfrutar de aquellos aspectos positivos que pudieran ser identificados.

Dentro de los síntomas que describen se encuentran alteraciones sexuales, bochornos, decaimiento e irritabilidad entre otros.

Entrevista 13: “A mí me daban muchos bochornos... eran unas calores horribles, unas calores horribles, transpiraba y me daban ganas de desmayarme”.

Así mismo, las historias o relatos que las mujeres reciben de otras mujeres también están cargados de aspectos negativos, ya sea al hablar tanto de los síntomas como de las consecuencias propia de esta etapa.

Entrevista 2: “Por las conversaciones con otras señoras, con otras personas, con mis hermanas. Que también ellas vivían el mismo proceso... entonces ¡me duele aquí! y que ¡me duele allá!, que me molesta esto, que me molesta lo otro, de repente le molestaba que el marido se le acercara”.

Por otro lado, las mujeres asocian esta etapa con el envejecimiento lo que también es vivido dentro de los aspectos negativos de la menopausia.

Entrevista 8: “Yo al principio no lo podía creer, porque yo decía no, la gente mayor tiene eso... está en esta etapa, y después me daba cuenta de que yo sí, que estaba y... y que tuve que asumirla no más po, y con la ayuda del doctor”.

Por último, las mujeres relatan sus experiencias en un entorno de soledad en este periodo, con una clara imposibilidad de compartir con otros lo que se está viviendo.

Entrevista 5: “Mire, principalmente yo no tenía una amiga... Ya... principalmente, yo no tenía, yo tengo dos hermanas y mi mamá pero, pero, yo con ella tampoco tocábamos este tema porque ellas vivían solas en sus casas y nos veíamos esporádicamente. Tampoco tuve una amiga que fuera confidencial no, yo lo viví muy sola, sola, sola, sola.”

En relación a los aspectos positivos que las mujeres identifican, por un lado se encuentra el cese de la menstruación como hecho biológico y, por otro, la ausencia de síntomas molestos propios de la menopausia.

Entrevista 7: “Ha sido muy beneficioso, para empezar ya no preocuparse de las toallitas, y que viene, que todo, y... y además que andar así con las toallitas es medio incómodo”.

Si bien, no todas las mujeres viven la menopausia con síntomas, aquellas que no los presentan son las que lograron recordar esta etapa de manera más positiva.

Entrevista 1: “Ni un cambio que yo me acuerde, no. Por eso le digo yo, que cuando nos juntamos con las amigas y conversamos yo les decía que yo no tengo nada. Que a mí no me pasó nada. Pero cómo, que no, que era mentira. Y yo sé que no”.

Sin embargo, estos aspectos positivos son vivenciados por la mujer con dudas, ya que no están seguras de que el proceso que ellas están viviendo sea un proceso normal o esperado.

Entrevista 1: “Es que la menopausia, yo no supe cuando tuve menopausia... porque me enfermaba, me enfermaba un mes, después me enfermaba poquitito, después de un día para otro ya no me enfermaba. Pero yo nunca supe eso, que me decían, que me iban a dar bochornos. Yo no supe lo que era eso” [ENTREVISTADOR: “¿Nunca sintió ninguna molestia?”] Nunca sentí ninguna molestia de la menopausia. Entonces yo decía, a lo mejor no me llegaba la menopausia. Porque todos dicen que le dan dolores de cabeza y que tienen que darle remedios”.

3. Necesidades de apoyo que las mujeres vivencian durante el periodo

Durante la menopausia se observa una ausencia del apoyo social para enfrentar esta etapa de la vida. Queda en evidencia que las mujeres, en una gran mayoría, viven solas el proceso y no comunican su vivencia.

Entrevista 5: “Sola, yo lo viví sola porque, como le contaba, yo quedé, me separé de mi esposo y yo seguí adelante con mis niños luchando por ellos... ni siquiera tenía tiempo los chiquillos estudiando, yo trabajando... de..., no tenía tiempo de sentarme a conversar este, este tema ¿ya? Los niños tampoco preguntaban si ellos tenían ni idea, pero lo viví bien sola”.

La justificación para no compartir lo vivido es expresada como que dicho proceso es parte de su intimidad. Esta situación frena las posibilidades de conversar la vivencia con alguna persona de la familia o amigas.

Entrevista 12: “Es que yo era como muy recatada entonces no, no, no, no, trataba de que él no se, se diera cuenta de que yo andaba con eso”.

Así también, señalan no percibir apoyo con información y educación sobre el tema.

Entrevista 5: “Sí, se debiera informar, eh, y yo creo que debe ser en pareja, tanto hombre como mujer, el esposo, la pareja, ya sea conviviente, esposo o pololo, creo que tiene que ser en pareja porque al hombre hay que informarle, al hombre hay que... por eso le digo que no hay cultura, no hay información. Nadie lo educa”.

Dentro de las temáticas a informar o educar, el aspecto sexual es uno de los elementos que sugieren considerar.

Entrevista 4: “Cómo llevar la parte sexual... hacer reuniones donde se pudiera ver cómo llevar la parte sexual. A las que les dan más deseos y a la que les dan menos deseos. Entonces cómo llevar, esa, esa parte. Porque uno tiene pareja, y sea como sea... a uno siempre le está pidiendo... cómo llevar eso, cómo uno puede hacer para poderse con ese nivel de ellos y poder tener deseos al menos una vez a la semana!!!

Las mujeres reconocen que los profesionales deberían hacerse cargo de apoyarlas con instancias de educación y formación de manera periódica durante esta etapa.

Entrevista 11: “Yo pienso un control mensual. Es tan importante, yo pienso en un control mensual en ese aspecto, eh... eso de... la explicación que dé un doctor es muy importante”. Esa cercanía entre el doctor y la, el paciente, que te dé confianza para que la persona pueda, pueda abrirse y contar sus cosas, porque muchas de las personas las ocultan, ¿te fijas?”.

4. Relación que las mujeres establecen entre menopausia y envejecimiento

Los resultados muestran que las mujeres identifican a la menopausia como un momento muy particular del envejecer; las mujeres sienten que la menopausia, es decir, el cese de la menstruación, es un hito que las sitúa y las enfrenta con la última etapa del ciclo vital, la etapa de la adultez mayor.

Entrevista 2: “Para mí el ir envejeciendo, el no creerme siempre lola... Hay mujeres que quieren vivir en una eterna juventud. No es posible, porque tenemos que vivir este proceso, tenemos que ir envejeciendo. El proceso de envejecimiento conlleva muchas cosas, una de esas cosas es la menopausia”.

Reforzando el concepto de envejecimiento, hay relatos que hacen énfasis en la percepción de las mujeres que identifican el hito de la menopausia como la separación entre la etapa adulta, reproductiva y/o de crianza de los hijos(as) de la etapa de la vejez en vida de la mujer.

Entrevista 4: “Para mí es el término de una etapa y el comienzo de otra, ya más madura, ya no hay más hijos. Para mí eso es la menopausia, se termina la etapa de la procreación para empezar una etapa de la madurez, como le dije, de la tercera edad”.

V. Análisis y discusión de los resultados obtenidos

La construcción del significado que las mujeres dan a la etapa de la menopausia se ve influida por elementos culturales y por sus propias vivencias. La cultura atribuye ciertas características a la etapa que se sostienen en las representaciones sociales que se han construido en torno al fenómeno del cese de la menstruación. Algunas de estas representaciones refuerzan la idea que la menopausia es un periodo de carencias en el funcionamiento fisiológico de la mujer originadas en la falla de la función ovárica y que por lo mismo, debe ser medicalizada (Ballard et al., 2009), otras en cambio, se inclinan hacia una comprensión de la etapa como un evento que es parte del ciclo vital y que, por lo mismo, puede desarrollarse sin la ocurrencia de complicaciones (Pelcastre et al., 2001; Ballard et al., 2009). Según los resultados de este estudio, se observa que las mujeres tienen una aproximación al periodo de la menopausia que considera la normalización de la etapa como parte del ciclo vital, sin embargo, también considera la presencia de síntomas que producen incomodidad permanente, pero no al punto de necesitar medicalizar la representación que sostienen de ella.

Por otro lado, el significado personal, derivado de la experiencia vivida, modela la vivencia otorgándole sentido a la historia individual. El sentido atribuido puede influir en la percepción de control sobre la propia vida y en la habilidad o falta de ésta para hacer frente a las amenazas de la imagen corporal, personal y social vinculadas a hechos determinados (Place, 1993).

Las mujeres que participaron del estudio plantean que, para ellas, la menopausia es una etapa que esperaban como parte de la vida y, al igual que en otros estudios, es una etapa que les significa un alivio asociado al fin de una época centrada en tareas vinculadas a la reproducción y crianza de los hijos (Pelcastre et al., 2001; Hvas, 2006; Lindh-Astrand et al., 2007).

Sin embargo, también es posible rescatar desde sus discursos, que este proceso considera, como inherentes a él, la presencia de síntomas desagradables que incomodan y que muchas veces interfieren en las vidas de las mujeres. En ese sentido, se releva un enfoque centrado en el deterioro que este periodo provoca y, por lo mismo, una aproximación que “enferma” a la mujer durante una etapa normal de su ciclo vital, situación que también ha sido reportada por otros autores (Pelcastre et al., 2001; de Oliveira et al., 2007; Lindh-Astrand et al., 2007; Ballard et al., 2009).

Aun así, las participantes del estudio dan cuenta de algunos aspectos vinculados con su experiencia personal y que para ellas cobran gran importancia. Uno ellos es la posibilidad de desarrollar su sexualidad con una mayor tranquilidad dado que no existe temor al embarazo ni la necesidad de preocuparse por métodos de control de la natalidad. Esta asociación entre la menopausia y una mejoría en la esfera de la sexualidad ha sido también reportada por varios investigadores en el área (Pelcastre et al., 2001; Hvas, 2006; Lindh-Astrand et al., 2007; Gómez et al., 2008; Mahadeen et al., 2008).

Otro de los aspectos que las mujeres rescatan de su experiencia de menopausia se vincula a un cierto grado de ambigüedad que experimentan, en algunos casos, al enfrentar el hecho de no poder tener más hijos, pese a no tener deseos de conseguir un nuevo embarazo. Para Gómez et al. (2008) la explicación se fundaría en la concepción del rol social de la mujer asociado a la maternidad por sobre otras potencialidades y que la enfrenta con algún grado de quiebre en su identidad. En tanto, para Ballard et al. (2009) este tipo de experiencias se habría ido modificando en virtud del desarrollo de métodos de planificación familiar, sobre todo en las mujeres que escogieron opciones más radicales para evitar el embarazo mucho antes de que ocurriera su menopausia y que han construido una identidad que no incorpora su potencial reproductivo.

Al analizar los diferentes significados negativos que se presentan en este grupo de estudio, la literatura es concordante en alguno de ellos. En lo que respecta a la incomodidad de los síntomas, otros autores también lo han reportado (Pelcastre et al., 2001; Bertero, 2003; Lindh-Astrand, 2007; de Oliveira, 2007; Gómez Martínez, 2008; Mahadeen et al., 2008; Trench y Etsuko da Costa, 2008; Goncalves y Merighi, 2009; Mota et al., 2009; Dare, 2011; Prior, y Pina, 2011; Doubova et al., 2012; Pimenta et al., 2011; Rubinstein y Foster, 2012; Jurgenson et al., 2014), fundamentalmente asociado a la incomodidad que los bochornos producen en la mujer y a los cambios de ánimo que esta etapa conlleva. Cabe señalar que la sintomatología y, por ende, el significado que la mujer les asigna, está también claramente asociado al significado que la mujer y su cultura le den a la menopausia. Al respecto, es interesante señalar que en estudios realizados con mujeres orientales, la sintomatología reportada como negativa es mucho menor si se compara con mujeres occidentales (Mackey et al., 2015). La interpretación que la mujer le asigne a la sintomatología presentada hace, a su vez, que determine si es o no necesario consultar a un profesional de la salud (Saka et al., 2012). En el presente estudio las mujeres no consideraron al profesional de salud como una solución a sus síntomas, lo que podría explicarse por la asociación que en nuestra cultura existe entre médico y medicamentos, causa que podría haber alejado a la mujer del profesional, evento que ha sido descrito en otras investigaciones (Im, et al., 2013).

“La menopausia es el envejecimiento del sistema reproductivo a un estado no funcional, más tempranamente que otros sistemas, y en un momento en el cual la mujer aún es sana” (Herzig, 2012), dicha definición deja establecida la asociación de la menopausia a la vejez. Sin embargo, que esa asociación sea reflejada solo como algo negativo es un fenómeno que llama la atención en este estudio, fundamentalmente porque no se describieron aspectos que en otras investigaciones sí han sido consideradas como positivas por las mujeres.

Es interesante señalar que el significado de pasar a otra etapa en otras culturas ha sido un sinónimo de ascenso, ya que se cambia de rol, se tiene más tiempo (Im et al., 2010b; Jurgenson et al., 2014) y se gana respeto en la sociedad (Jurgenson et al., 2014), situándolas en una posición de mayor sabiduría, conocimiento y capacidad de sostener sus propias opiniones en relación a las mujeres más jóvenes (Hvas, 2006; Prior y Pina, 2011; Herzig, 2012). Las mujeres post menopáusicas son más competentes (Hvas, 2006) y gozan de un estatus privilegiado en la sociedad (Saka et al., 2012; Jurgenson et al., 2014); son capaces de educar a mujeres más jóvenes (Herzig, 2012) y tienen más confianza en sí mismas (Rubinstein y Foster, 2012). La transición a otra etapa, y por ende la entrada a la vejez, se transforma en un premio (Jurgenson et al., 2014), situación que en este estudio no se ve reflejada en los relatos. Dichos resultados hacen reflexionar sobre la posibilidad de que una de las causas sea que debido a que en la sociedad occidental, donde se valora la apariencia de la mujer, la producción y el vigor de la juventud, se dejen de lado las cualidades de la madurez y la experiencia que esta etapa conlleva (Mota et al., 2009). La falta de consideración con la madurez puede llevar a la mujer a perder el poder de seducción, sentir que ha cumplido su papel y que ya no tiene motivos para rehacer la vida (Mota et al., 2009), todos aspectos que la hacen mirar esta etapa como algo negativo.

El efecto que las historias de otras mujeres tienen en las experiencias relatadas por este grupo de estudio es otra fuente de negatividad. Son las historias de otras mujeres las que refuerzan aún más los significados negativos que este periodo puede tener. Dichas historias surgen de manera espontánea o son buscadas por las propias mujeres como fuente de información primaria (Mackey et al., 2015) y, a diferencia de otros estudios (Doubova et al., 2012), las participantes de esta investigación parecen asumir dichas historias como ciertas,

validándolas a pesar de que les hacen daño, dada la falta de conocimiento que tienen al respecto (Doubova et al., 2012). El aprendizaje sobre esta etapa se hace en base a lo que otras mujeres, amigas o familiares señalan (Prior y Pina, 2011; Odiari y Chambers, 2012) perpetuándose, por lo tanto, la falta de conocimiento.

La vivencia de soledad que aparece en las mujeres de este estudio como forma de enfrentamiento, ha sido descrita también por otros investigadores (Mahadeen et al., 2008; Im 2009; Im et al., 2010a; Doubova et al., 2012; Im et al., 2013; Jurgenson 2014; Mackey, 2015). La menopausia se expresa como un fenómeno de la vida que es muy personal y no es culturalmente usual hablar del tema con otros (Mahadeen, 2008), incluso con las propias madres. Sin embargo, en esta investigación llama la atención que, a diferencia de las experiencias descritas por otros investigadores (Im et al., 2013), estas mujeres no señalan como fuente de apoyo a los profesionales de la salud. Esta situación obliga a cuestionar las razones de dicha situación y cómo debiera, en el futuro, revertirse. Optar por la soledad puede ser producto del significado que para la mujer tiene esta etapa, ya que se ha descrito que algunas la consideran como algo privado, por ende no lo comparten (Mackey et al., 2015). Por otro lado, las mujeres prefieren no hablar de los síntomas, ya que les da vergüenza (Im et al., 2010b; Im et al., 2013) dado el estigma que conlleva (Doubova et al., 2012). La privacidad de esta etapa se comprueba ya que solo se habla con amigas y familiares, cargada de tabúes y falsa información (Prior y Pina, 2011); no se conversa con las madres, por lo que no se aprende de ellas a vivir esta etapa como un momento más de la vida de una mujer (Im et al., 2010 b). Así tampoco con las hermanas, familia o amigas, por lo que al silencio se suma el desconocimiento.

El apoyo social es un elemento ausente en las mujeres que viven la menopausia. Este periodo está reservado para ser vivido en la intimidad, en silencio y no compartido y, por lo mismo, lleva a que las mujeres interpreten de manera personal e incierta los signos y síntomas que viven. Esta situación pudiera revertirse si accedieran a otras fuentes de apoyo e información como revistas, televisión, libros o folletos, sin embargo, en las mujeres participantes se comprobó una escasa búsqueda de información en este tipo de fuentes, comportándose del mismo modo que lo descrito en la literatura (Im, 2009; Mackey et al., 2015).

Los resultados de esta investigación revelan que las mujeres esperan pasivamente recibir información y educación sobre la menopausia, y que la educación e información se constituiría en un método de apoyo necesario para vivir el proceso, lo que actualmente es percibido como inexistente.

No se observaron, en este estudio, expresiones en que las mujeres se refirieran a la búsqueda de información de manera espontánea. Por el contrario, las mujeres entrevistadas señalan que no hay información disponible y nadie les enseña, no hay ayuda, lo que favorecería la ocurrencia de los errores que se comenten frente a este asunto.

Tanto la literatura revisada como los hallazgos de este estudio coinciden en que la información y la educación sobre temas relacionados con la menopausia son medios de apoyo necesarios para vivirla (Im et al., 2009; Im et al., 2010 a; Mackey et al., 2015). Dentro de los temas a abordar sugeridos por las mujeres de este estudio, se encuentran aquellos vinculados con la relación de pareja e interacción con hijos sin embargo, la literatura revisada refiere temas asociados a la sintomatología de la menopausia.

La educación a las mujeres para vivir de buena manera la menopausia y los síntomas que la acompañan favorecería, entre otras cosas, el aumento de la auto eficacia al momento de vivirla, aclarar aspectos relativos a la esfera sexual así como los cambios que en ella se producen (Jurgenson et al., 2014).

Esta investigación identifica una clara vinculación entre la menopausia y la conceptualización, por parte de la mujer, del inicio del envejecimiento, convirtiendo a la menopausia en un sinónimo de vejez, y relacionando la falta de menstruaciones con la entrada a la etapa de la adultez mayor. Este resultado concuerda con lo reportado en la literatura donde las mujeres de distintas culturas y países identifican el hito biológico de la menopausia como una señal de envejecimiento (Ballard et al., 2009; Im et al., 2009; Lindh-Astrand et al., 2007; Pimenta et al., 2011; Herzig, 2012; Rubinstein y Foster, 2012; Saka et al., 2012; Ferreira et al., 2013; Jurgenson et al., 2014; Mackey et al., 2015), reconociéndolo como un proceso natural de la vida (Im et al., 2010b; Odiari y Chambers, 2012) y marcando, de manera categórica, el término de una etapa y la transición al envejecimiento de características positivas y negativas (Lindh-Astrand et al., 2007).

En este estudio, un hallazgo importante es que la mujer se sitúa reconociendo distintos tipos de pérdidas conforme entra a esta nueva etapa del ciclo vital, siendo las más llamativas aquellas relacionadas con la imagen corporal, la pérdida de la fertilidad y el término de la crianza de los hijos(as). Estos resultados concuerdan con lo descrito en la literatura, ya que distintas investigaciones reconocen que las mujeres identifican al hito de la menopausia con el comienzo de pérdidas físicas, biológicas y psicológicas, dentro de las cuales se destacan: dolores, pérdida de vitalidad, fluctuaciones hormonales, pérdida de femineidad, de la forma e imagen corporal, entre otras (Hvas, 2006; Lindh-Astrand et al., 2007; Pimenta et al., 2011; Prior y Pina, 2011; Herzig, 2012; Odiari y Chambers, 2012;).

En relación al término de la crianza de los niños, “*nido vacío*” o etapa en la cual los hijos se van de la casa y dejan el núcleo familiar, las mujeres de este estudio lo reconocen como una etapa sin connotación positiva o negativa. Lo anterior contrasta con lo reportado en la literatura, en la que este hecho es un aspecto de maduración en el cual las mujeres reconocen la independencia de sus hijos(as) como consecuencia del cese de la tarea de crianza y, por lo mismo, un aspecto que influye en su percepción de libertad (Hvas, 2006) y de volver a centrar la atención en sí mismas (Dare, 2011). Esta diferencia puede deberse al rol que el género femenino puede adquirir en distintas culturas. Este hallazgo es notorio, ya que en culturas latinas el rol femenino está muy ligado al concepto de maternidad y sus tareas asociadas y, al terminar el rol de crianza con la salida de los hijos(as) del núcleo familiar, termina la razón de ser de muchas mujeres quedando sin un rol que cumplir en la sociedad.

El contraste entre las pérdidas y la entrada a la etapa del envejecimiento hace que la mujer tenga una visión negativa del proceso de envejecimiento, centrada en aquellos aspectos que no volverán como, por ejemplo, la juventud, la capacidad de tener hijos, las reglas, sentirse más vital, etc. Estos resultados concuerdan con otras investigaciones donde las mujeres identifican el término de sus menstruaciones como el inicio del envejecimiento, condición marcada por pérdidas en salud, autonomía, posicionamiento social (Ferreira et al., 2013), fertilidad, atractivo y dejar de ser socialmente visibles (Dobova et al., 2012).

En relación a los aspectos positivos, la sensación de alivio de no tener que vivir la incomodidad de las reglas es una descripción que coincide con investigadores internacionales (Bertero, 2003; Hvas, 2006; Gómez Martínez et al., 2008; Im et al., 2009; Dare, 2011; Prior y Pina, 2011; Rubinstein y Foster, 2012; Lindh-Astrand et al., 2007). El alivio se vio también reforzado por la tranquilidad que el cese de la menstruación implica en lo que respecta a no embarazarse, situación que también ha sido descrita por investigaciones en el área (Pelcastre et al., 2001; Bertero, 2003; Hvas, 2006; Gómez et al., 2008; Mahadeen et al., 2008; Prior y Pina, 2011; Jurgenson et al., 2014) y que en este estudio, lamentablemente, fue uno de los pocos aspectos percibidos como positivos de esta etapa.

VI. Conclusiones

La menopausia es una etapa normal del ciclo vital de la mujer, marcada por el cese de la función ovárica. Sin embargo, más allá de este hecho biológico, en la comprensión de este periodo juegan un rol central las representaciones sociales construidas en torno a él, que han transformado un evento fisiológico en un evento social y culturalmente cargado de significados, que desplazan a las mujeres hacia la esfera de las carencias, donde se enfatiza una aproximación centrada en los déficit y sitúa en posición de víctima a la mujer que transita por él.

Aun cuando se ha avanzado en el camino de naturalizar este proceso, modificar las representaciones sociales es una tarea que traspasa a una mujer, o a una generación determinada, e involucra, necesariamente, a toda la sociedad ya que en ella se anidan significados profundamente arraigados respecto del rol social de la mujer y que, necesariamente, influyen en los significados particulares que éstas atribuyen a su propia experiencia.

En este sentido, los equipos de salud tienen la obligación de reconocer la forma en que estos supuestos culturales operan en la construcción de las experiencias de las mujeres durante el periodo de menopausia,

ya que solo desde esta comprensión se pueden planificar acciones promocionales y preventivas en pro de una mejor calidad de vida para las mujeres.

La no identificación de los aspectos positivos es una de las grandes preocupaciones de los resultados encontrados. La menopausia se vive fundamentalmente como una etapa cargada de aspectos negativos, todos ellos transmitidos de generación en generación y, lamentablemente, sin una clara intervención por parte de los profesionales de la salud para revertir esa transmisión.

La asignación de aspectos negativos a esta etapa del ciclo de vida de la mujer hace cuestionar sobre los valores que la cultura ha transmitido y cuáles de ellos están siendo validados en la actualidad. Por un lado, que el cese de la menstruación se transforme en un alivio para la mujer, asociado a la tranquilidad de no embarazarse, señala que su presencia durante toda su etapa reproductiva ha sido vivenciada de manera negativa, situación que también debe alertar a los profesionales de la salud.

Por otro lado, que la menopausia sea vinculada negativamente a la vejez se asocia a la extrema valorización de la juventud, relegando a las mujeres de mayor edad a un status de menor producción y, por ende, de menor importancia. La ausencia de aspectos positivos asociados a la vejez hace reflexionar sobre la urgente necesidad de relevar esta etapa como una oportunidad para la mujer de seguir desarrollándose, ya “liberada” de la responsabilidad de procrear o criar, y cargada de la experiencia y sabiduría que la edad trae consigo.

Por otro lado, la clara transmisión que se hace, entre mujeres, de los aspectos negativos de la menopausia, refleja la poca intervención que el sector salud ha tenido en “positivar” esta etapa en la cultura. Al mismo tiempo, refleja el bajo impacto que las intervenciones preventivas, si es que han existido, han tenido en las mujeres durante esta etapa.

La vivencia que las mujeres post menopáusicas entrevistadas tienen sobre las necesidades de apoyo durante el periodo, es expresada desde la soledad que experimentan al entrar en la menopausia. La necesidad de ser apoyada es evidente debido a que es un tema que del no se habla, no se conversa, no se enseña y no se informa. A partir de esto, se señala que la educación y la información son indispensables como elementos de apoyo para vivir la menopausia.

Una similitud de las experiencias de las mujeres en relación a la menopausia es el concepto de envejecimiento, es decir, las mujeres de distintas culturas y países perciben que la llegada de la menopausia es la señal que las enfrenta a una etapa distinta de la vida como es la adultez mayor. Este es un concepto en el cual se requiere profundizar con investigaciones que nos permitan generalizar los resultados. Sin embargo, esta investigación nos orienta a que para las mujeres esta etapa es sinónimo de entrada a la de persona mayor. Es decir, el hito de la menopausia marcaría la transición entre la etapa de adultez y la adultez mayor. Este ingreso anticipado a la etapa del envejecimiento, diez años antes de los rangos de edad que se han determinado para definir esta etapa, debiera hacernos cuestionar la edad de cambio de etapa del ciclo vital, ya que por un lado está la definición clásica de edad que determina el inicio del envejecimiento y, paralelamente, otra “edad subjetiva” que sitúa a las mujeres de lleno en la etapa de la adultez mayor.

Este estudio demuestra que, si bien la menopausia en sí es un hito biológico que se produce en todas las mujeres, es la cultura la que marca el significado de este hito y más importante aún, la transición de la etapa reproductiva a la vejez. Cabe destacar que en esta investigación no se encontraron relatos positivos asociados al envejecimiento. En este sentido, el significado que la sociedad le otorga a la vejez marcará el cómo la mujer enfrentará y vivirá esta nueva etapa de su vida. Si la cultura identifica a la vejez con aspectos negativos, esto marcará la vivencia de las mujeres en este periodo.

El reconocimiento solo de las características negativas que trae el envejecimiento y la mantención de los estereotipos negativos asociados a esta etapa del ciclo vital, puede hacer que la mujer pierda la oportunidad de transformar el proceso de envejecer en una experiencia positiva, afectando la capacidad de compartir libremente las vivencias de este periodo no solo con su grupo cercano, sino que también con los profesionales que las atienden.

VII. Aportes y proyecciones de la investigación

Dada la metodología de investigación utilizada, los resultados del presente estudio deben ser analizados con cautela, puesto que no son generalizables a toda la población de mujeres chilenas. Por otro lado, por las características de la muestra se logra una mirada parcial del fenómeno, puesto que solo son mujeres beneficiarias del sistema público de atención en salud, cuya vulnerabilidad socioeconómica las puede situar en esta etapa de la vida con mayor cantidad de dificultades que otros grupos de mujeres. Sin embargo, si bien la metodología de estudio limita en su generalización, favorece en la profundidad lograda tras analizar cada una de las entrevistas y, por lo tanto, después de develar la experiencia que cada una de las 15 mujeres describió en torno a la menopausia. Dicha riqueza se transforma en una de las fortalezas de esta investigación.

Una segunda fortaleza es que el presente estudio es el primero en su tipo que describe la experiencia de mujeres chilenas en relación a la menopausia, lo que sin lugar a dudas señala el inicio de futuras investigaciones en el área que permitan profundizar en diferentes aspectos de esa etapa del ciclo vital, así como también intervenir en los diferentes factores asociados a ella.

Los resultados de esta investigación abren una serie de nuevas interrogantes y, por lo tanto, la necesidad de nuevas investigaciones en el área. Algunas de las líneas de investigación sugeridas son: ¿Cuál es el significado que tiene la menopausia en otros estratos culturales y/o económicos? ¿Cómo será la vivencia en mujeres sometidas a una menopausia quirúrgica? ¿Cuál será el significado de la menopausia en mujeres que libremente decidieron no tener hijos? ¿Cuál es la conceptualización que tienen las mujeres en edad fértil de la menopausia? En este sentido se hace necesario conocer también la visión que tienen los profesionales de salud en su fuero íntimo, “no científico”, de esta etapa y cómo esa visión puede influir en la atención entregada a las mujeres.

Si se trata de proyectar futuras intervenciones educativas en esta población objetivo, aquellas del ámbito preventivo y de promoción de la salud, ya sea enmarcado en los programas de salud familiar o en intervenciones dirigidas a grupos etarios específicos, pueden ser una de las líneas de acción que esta investigación incentive. La necesidad de educación, apoyo y compañía por parte de las mujeres llama a desarrollar intervenciones donde esas necesidades puedan ser satisfechas. Las metodologías que deben ser utilizadas para apoyar a la mujer en esa etapa es otra área de futuras investigaciones.

La información que las mujeres requieren debe ser de fácil acceso, explicándoles de manera clara y sencilla los síntomas propios de esta etapa, lo que contribuiría a mejorar la literacidad en salud. Por otro lado, también debe disponerse de orientaciones respecto de las formas de enfrentamiento, muchas de ellas sencillas, pero desconocidas, evitando el riesgo de “medicalización”, descrito por otros autores, de un proceso que es natural y parte del ciclo de vida de toda mujer.

Así mismo, las intervenciones también debieran estar dirigidas a los propios profesionales de la salud, ya que la invisibilidad de sus intervenciones resultó ser preocupante al analizar los resultados de esta investigación. Si bien no se puede asegurar que actualmente dichos profesionales no están interviniendo a las mujeres en esta etapa, hizo falta relatos que describieran una intervención educativa asertiva que orientara a la mujer y le permitiera desmitificar este periodo y, sobretodo, “descargarlo” de significados negativos, permitiéndoles ver con mayor optimismo la nueva etapa que el cese de la regla traía consigo. Se hace necesario que los resultados de este estudio sean leídos y analizados por profesionales del área para transmitir que la perspectiva que la mujer tiene de un proceso “normal”, como es la menopausia, puede estar cargada de vivencias dolorosas que requieren de una intervención profesional. Quizás esa reflexión debiera ser trasladada también a las aulas de pre y postgrado de las distintas carreras profesionales.

Finalmente, se sugiere desarrollar nuevas instancias de estudio, discusión, reflexión para analizar la conceptualización de envejecimiento que en esta cultura se ha estado transmitiendo y que, por lo tanto, se está viviendo. A través de esta investigación se presentaron solo aspectos negativos asociados al envejecer, desfigurando una etapa biológica sana y transformándola en un evento de pérdida de los aspectos positivos, asociados por ende a la juventud. Esa simple asociación señala la necesidad de desarrollar intervenciones con el objetivo de mostrarles a las mujeres que esta, o cualquier otra etapa de madurez, puede asociarse a aspectos positivos. Dicha conceptualización requiere de un cambio cultura y, por ende, que pasen algunas generaciones. Sin embargo, si no se interviene pronto para favorecer dicho cambio, seguirán existiendo mujeres que vivan esta etapa en ausencia de una significación apropiada.

VIII. Referencias bibliográficas

1. Ballard, K, Elston, MA. y Gabe, J., 2009. Private and public ageing in the UK. *Current Sociology*, 57 (29), 269-290
2. Blaum, CS., Xue, QL., Michelon, E., Semba, RD. y Fried, LP., 2005. The association between obesity and the frailty syndrome in older women: the Women's Health and Aging Studies. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(6), 927-34.
3. Bertero, C. 2003. What do women think about menopause? A qualitative study of women's expectations, apprehensions and knowledge about the climacteric period. *International Council of Nurses*, 50 (2),109-118.
4. Crowe, M., Burrell, B. y Whitehead, L., 2011. Lifestyle risk management – a qualitative analysis of womens descriptions of taking hormone therapy following surgically induced menopause. *Journal of Advanced Nursing*, 68 (8), 1814-1823.
5. Dare, J., 2011. Transitions in midlife women's lives: contemporary experiences. *Health Care for Women International*, 32 (2), 111-133.
6. De Oliveira, I., Hecker, M. y Kohlrausch, S.C. 2007. Knowledge, perceptions and assistance to women's health in the climateric. *Revista Brasileira Enfermagem*, 60 (3), 299-306.
7. Doubova, S.V., Infante-Castañeda, C., Martinez-Vega, I. y Pérez- Cuevas, R., 2012. Toward healthy aging through empowering sel-care during the climateric stage. *Climateric*, 15 (6),563-572.
8. Ferreira, V.N., Chinelato, R.S.C., Castro, M.R. y Ferreira, M.E.C., 2013. Menpaua: Marco biopsicosocial landmark of female aging. *Psicología y Sociedade*, 25 (2), 410-419.
9. Gómez Martínez, A., Ramos, M., Díaz, L., Hernández, S., García, LL., y Carrión, C., 2008. Representaciones socio-culturales sobre la menopausia. Vivencias del proceso en mujeres residentes en Albacete (España). *Index de Enfermería* [online], 17 (3). Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000300002&lng=es. [Acceso 9 abril 2015]
10. Goncalves, R. y Merighi M.A., 2009. Reflections on Sexuality during the climacteric. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 17(2), 160-166.
11. Herzig, L., 2012. Woman'S Voice as her lfe changes. *World Futures: The Journal of New Parading Research*, 68 (7), 518-534.
12. Hvas, L. 2006. Menopausal women's positive experience of growing older. *Maturitas*, 54 (3), 245-251
13. Im, E.O., Lim, H.J., Lee, S.H., Dormire, S., Chee, W. y Kresta, K., 2009. Menopausal Symptom Experience of Hispanic Midlife Women in the United States. *Health Care for Women International*, 30 (10), 919-934.
14. Im, E.O., Lee, B., Chee, W., Dormire, S. y Brown, A., 2010. National Multiethnic Online Forum Study on Menopausal Symptom Experience. *Nursing Research*, 59, (1), 26-33 a
15. Im, E.O., Lee, H. y Chee, W., 2010. Black women in menopausal transition. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing*, 39 (4), 435-443. (b)
16. Im, E.O., Ko, Y., Hwang, H. y Chee, W., 2013. "Symptom-specific or holistic": menopausal symptom management. *Health Care for Women International*, 33 (6), 575-592.
17. Instituto de Sociología UC. Chile y sus mayores, 2011. *Resultados de la segunda encuesta de calidad de vida 2010*. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile.
18. Instituto Nacional de Estadísticas (INE), 2013. *Demográficas y vitales*. Disponible en: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/familias/demograficas_vitales.php. [acceso 30 mayo 2013].
19. Jurgenson, J.R., Jones, E.K., Haynes, E., Green, C. y Thompson, S.C., 2014. Exploring Australian Aboriginal Women's experiences of menopause: a descriptive study. *BMC Women's Health*, 14, 47.
20. Kafanelis, B., Kostanski, M., Komesaroff, P. y Stojanovska, L., 2008. Being in the script of menopause: Mapping the complexities of coping strategies. *Qualitative Health Research*, 19 (1), 30-41.
21. Krippendorff, K., 2004. *Content analysis: An introduction to its methodology*. Thousands Oaks: Sage Publications
22. Lind-Astrand, L., Hoffman, M., Hammar, M. y Kjellgreen, K., 2007. Women's conception of the menopausal transition-a qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 16 (3), 509-517.
23. Mackey, S., Swee, Hong Teo S., Dramusic, V., Khim, Lee H. y Boughthon, M., 2015. Knowledge, Attitudes, and Practices Associated With Menopause: A Multiethnic, Qualitative Study in Singapore. *Health Care for Women International*, 35 (5), 512-528.
24. Mahadeen, AI., Halabi, JO. y Callister, LC, 2008. Menopause: a qualitative study of Jordanian women's perceptions. *International Nursing Review*, 55 (4), 427-433.

25. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), 2013. *Orientaciones técnicas para la atención integral de la mujer en edad de climaterio*. Disponible en <http://web.minsal.cl/portal/url/item/dab6d09c5a3852eae04001016401264a.pdf>. Versión borrador. [Acceso 30 mayo 2013]
26. Mota, M.F., Araujo, C.M., Campos, M.L., Santos, G., Leite de Silva, A. y Takase, L., 2009 The living process and being healthy for women and climacteric. *Escola Anna Nery*, 13(2), 305-12.
27. Odiari, E. y Chambers, A., 2013. Perceptions, attitudes, and self-management of natural menopausal symptoms in Ghanaian women. *Health Care for Women International*, 33 (6), 560-574.
28. Organización Mundial de la Salud (OMS), 2002. Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 37(S2),74-105
29. Place, B., 1993. Entender el significado de la enfermedad crónica: un prerrequisito para cuidar. En Gaut, D., ed. 1993. *Una Agenda Global de Cuidado*. New York: National League for Nursing Press.
29. Pelcastre-Villafuerte, B., Garrido-Latorre, F. y León-Reyes, V., 2001. Menopausia: representaciones sociales y prácticas. *Salud Pública de México*, 43, (5), 408-414.
30. Pimenta, F., Lea, I., Maroco, J. y Ramos, C., 2011. Representations and perceived consequences of menopause by peri- and post-menopausal portuguese women: a qualitative research. *Health Care for Women International*, 32(12),111-1125.
31. Prior, R. y Pina, F., 2011. El logro de la Madurez Femenina: la experiencia del climaterio en un grupo de mujeres. *Enfermería Global* [online], 10 (3) Disponible en <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/132101>. [acceso 9 abril 2015]
32. Rich, J., Wright, S. y Loxton., D., 2012. "Patience, hormone replacement therapy and rain!" Women, ageing and drought in Australia: Narratives from the mid-age cohort of the Australian longitudinal study on women's health. *The Australian journal of rural health*, 20 (6), 324-328.
33. Rubinstein, H. y Foster, J., 2012. 'I don't know whether it is to do with age or to do with a stage in your life': Making sense of menopause and the body. *Journal of Health Psychology*, 18(2), 292-307.
34. Saka, M.J., Saidu, R., Jimoh, A., Akande, A., y Olatinwo, A.W., 2012. Behavioral pattern of menopausal Nigeria women. *Annals of Tropical Medicine and Public Health*, 5 (2), 74-79.
37. Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), 2012. *Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile 2012-2025*.
38. Trench, B. y Etsuko da Costa Rosa, T., 2008. Menopausa, hononios, envelhecimento: discursos de mulheres que vivem em um bairro na periferia da cidade de Sao Paulo, Estado de Sao Paulo, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 8 (2), 207-216.
39. Wong, LP., Awang,H. y Jani, B., 2012. Midlife crisis perceptions, experiences, help-seeking, and needs among multi-ethnic Malasyan women. *Women & Health*, 52 (8), 804-819.



CONCURSO DE INVESTIGACIÓN

Adulto Mayor y Envejecimiento

Estudios exploratorios sobre subjetividad y envejecimiento: El mito del retorno a la infancia

Andrés Haye

Alejandro Reinoso

Vladimir López

Ana María Solís

Escuela de Psicología UC.

I. Resumen

A pesar de que la investigación y la intervención en tercera edad y envejecimiento es, tanto para investigadores como para profesionales, un campo complejo y compuesto de múltiples variables, la dimensión subjetiva propia del envejecimiento ha sido escasamente considerada. Además, continúa siendo dominante una visión que representa a la tercera edad en términos negativos, lo que contrasta con la representación de juventud como una condición privilegiada. Diversos estudios, sin embargo, sugirieron que la representación de la vejez como un declive vital puede ser cuestionada. En el presente estudio nos preguntamos, precisamente, por la manera en que son sentidas y significadas las singularidades que constituyen la identidad personal y etaria de las personas de edad avanzada en Chile. Traer la voz de los adultos mayores a la investigación es un desafío contemporáneo y es en él donde se inscribe el presente estudio.

Esta investigación se propuso explorar aspectos subjetivos claves del envejecer a través de personas mayores que, habiendo cursado ya unos años del proceso de envejecimiento, puedan narrar su experiencia tanto para sí mismos como para compartirla en grupo. Para este fin, el estudio contempla metodologías de producción de relatos y conversaciones que sean susceptibles de ser posteriormente analizadas como discurso.

El estudio tuvo como resultado la identificación de organizaciones discursivas mediante las cuales se construye el fenómeno de la vejez en diálogo con discursos sociales sobre los adultos mayores. Dichas organizaciones gramáticas y semánticas permiten concluir que el envejecer es construido como una exterioridad, pues es algo que acontece en la dimensión de la corporalidad, tanto del cuerpo directamente vivido como del cuerpo como relación al otro (vivencia del otro), pero al mismo tiempo la vejez es atribuida por otros o a otros, y por tanto no es sentida como propia. Nos parece que esta experiencia del desconocimiento y del envejecer como una afectación mediada por la atribución del otro, es crucial para comprender la subjetividad del proceso de envejecimiento. En primer lugar, respecto de la condición sociocultural de la experiencia biográfica, la exterioridad y el desconocimiento subjetivo del envejecimiento se manifiesta en una resistencia o malestar respecto de los discursos y etiquetas dominantes en la sociedad. Respecto del eje de la estructuración psíquica del sujeto que envejece, esta tesis sitúa lo inconsciente en el centro de la pregunta por la vejez y la experiencia íntima del envejecimiento. En tercer y último lugar, la relación entre subjetividad y salud es compleja: por un lado el mantenimiento de la salud aparece como un factor positivo para la prolongación de la vida, que es la principal concepción del envejecer que emerge de las entrevistas, pero por otro lado las tecnologías biomédicas aparecen como artificios impuestos desde afuera, por la sociedad tecnificada. Los resultados destacan la necesidad de incluir mejores dispositivos de escucha a los adultos mayores en estos tres planos.

II. Antecedentes

La investigación y la intervención en tercera edad y envejecimiento es, para investigadores y profesionales, un campo complejo y compuesto de múltiples variables (Baltes, 1987; Baltes, 1993; Muñoz, 2002). No obstante, la dimensión subjetiva propia del envejecimiento ha sido escasamente considerada, apareciendo en la investigación sobre el tema como mero complemento fenomenológico de estudios sobre demencia y depresión, o en relación a preferencias respecto de políticas de bienestar. Es así que, en el campo de la investigación e intervención en tercera edad y envejecimiento, continúa siendo dominante en nuestro medio una visión que representa a ambos conceptos en términos negativos, en tanto se trata del continuo contraste de la vejez con la juventud como condición privilegiada. Este punto de vista reproduce en el debate científico las representaciones sociales comunes sobre la vejez (Featherstone & Hepworth, 2005), y ve en ella un declive o, incluso, un residuo de lo que una vez fue el ocaso de una plenitud perdida. El envejecimiento es concebido en términos negativos, literalmente, como el proceso en que se pierde la juventud.

Ahora bien, economistas han descubierto que, en la medida en que las personas envejecen, tienden al mismo tiempo a reportar mejores índices de felicidad o bienestar subjetivo (Blanchflower & Oswald, 2008). Otros estudios otorgan perspectivas similares (Herrera et al., 2011), sugiriendo que la representación de la vejez como un declive vital puede ser cuestionada. Así, la investigación en el problema del envejecimiento está comenzando a exigir una perspectiva distinta, comprensiva: considerar no solo lo que se pierde al envejecer, sino también lo que se gana y permite la conformación de una vejez que no sea una mera carencia de juventud, sino un momento autónomo y pleno (Rowe & Kahn, 2007; Zarebski, 2005). El presente estudio va, precisamente, en esta dirección. De ahí que su pregunta central apunte a la manera en que son sentidas y significadas las singularidades que constituyen la identidad personal y etaria de las personas de edad avanzada en Chile.

El ámbito de pertinencia de la pregunta por la subjetividad en el envejecimiento lo constituyen los procesos de cambio en capacidades específicas como memoria, atención, conducta orientada a metas, autorregulación, detección y reconocimiento de claves sociales o emocionales, motricidad y relación con el propio cuerpo, etc. El envejecimiento está asociado, sin duda, al estereotipo de un declinar continuo e ineludible de las capacidades cognitivas. Ello se contrapone con la visión del proceso madurativo con la que se analizan otras etapas de la vida y que presupone que, en la medida en que se gana experiencia, hay una creciente especialización y un uso más eficiente de los recursos cognitivos. El declinar cognitivo, junto al cambio en las capacidades físicas y sus implicaciones, es considerado, con frecuencia, el principal cambio psicológico asociado al envejecer. Ello es especialmente palpable en aquellos procesos que involucran la memoria episódica, las funciones ejecutivas de orden superior y las tareas que requieren altas velocidades de procesamiento (Grady, 2012). Esta noción se apoya en la vasta literatura dedicada al estudio del Deterioro Cognitivo Leve y la Demencia, pero además existe evidencia que sugiere que las quejas subjetivas a este respecto resultan buenos predictores de los cambios de la memoria y el funcionamiento cerebral en ancianos (Hohman et al., 2011). Sin embargo, la evidencia muestra que este consenso sobre el declinar de las funciones cognitivas es solo aparente. No todas las funciones psicológicas de orden superior declinan con la edad (Mather & Carstensen, 2005): mientras que la memoria episódica y la memoria de trabajo parecen declinar, otros procesos como el conocimiento de mundo (memoria semántica) y la regulación emocional no parecen verse afectados (Grady, 2012). Esto último es consistente con una mirada asociada en forma común al envejecimiento: la acumulación de experiencia y la sabiduría (Diersch et al., 2012; Featherstone & Hepworth, 2005; Hess & Auman, 2001). El bienestar subjetivo y los indicadores de felicidad también parecen recuperarse en las edades avanzadas. Uno de los focos de la presente investigación es este contraste. Pretendemos explorar entre adultos mayores y ancianos su discurso a la luz de los aspectos afectivos que enraízan percepciones y estrategias con respecto a las capacidades y dificultades que caracterizan su envejecimiento.

La concepción de un envejecimiento activo es lo que se promueve hoy en día en la mayoría de las políticas públicas de diversos estados nacionales. Ahora bien, esto sugiere que el envejecimiento individual está por un lado producido socialmente mediante discursos y prácticas y, por el otro, participando de la producción de estos mismos discursos y prácticas (Holstein & Minkler, 2003; Coupland, 2009; Powell & Hendricks, 2009; Nikander, 2009; Norrick, 2009; Wilinska & Anbäken, 2013). Así como el envejecimiento de la población es más que un mero fenómeno demográfico estadístico, de profunda implicación en muchos aspectos fundamentales de la sociedad, el envejecimiento de los individuos es más que un fenómeno psicobiológico; al mismo tiempo, es una construcción social y cultural. Cada sociedad define quién es viejo y quién no lo es, y qué debe hacer o no una persona mayor dentro de la organización social (Orellana, 2004). Es en este sentido que los discursos sobre envejecimiento, y los discursos de constitución de propia subjetividad por parte de las personas mayores, forman parte de un proceso social mediante el cual los cambios en nuestros cuerpos y comportamientos son objetivados mediante dichas prácticas y discursos, y así se tornan socialmente relevantes (Katz, 1996; Wilinska & Anbäken, 2013). Estas operaciones de objetivación implican la configuración de actitudes, es decir, posiciones valorativas respecto de la vejez, y sus múltiples facetas. El conocimiento de estas operaciones discursivas y prácticas mediante las cuales se construye el fenómeno de la vejez, tanto en su objetividad como en su valoración, es el campo dentro del cual se enmarca nuestra investigación.

La pregunta por la subjetividad, por lo tanto, no se dirige a conocer una presunta intimidad individual subyacente a las expresiones y formación en el discurso, ni se restringe a recopilar y ordenar las percepciones y evaluaciones de los adultos mayores, sino que busca interpretar modos relevantes de afectación de los sujetos mayores a través de las operaciones discursivas que articulan su propio hablar y pensar con las representaciones dominantes y políticas culturales de la vejez. Otro de los campos en los que se ha desarrollado la investigación en subjetividad del envejecimiento desde un punto de vista cultural incluyen procesos de identidad en sociedades modernas (Norrick, 2009), desarrollo de espiritualidad y buen envejecer (Boswell & Boswell-Ford, 2010; Helmeke, 2006; Humboldt, Leal, & Pimenta, 2014; Lewis, 2001; Lowis, Jewell, Jackson, & Merchant, 2011; Snodgrass & Sorajjakool, 2011), o diferencias interculturales sobre recursos de afrontamiento asociados a religión, sabiduría o cosmovisión (Bailly & Roussiau, 2010; De Jager Meezenbroek, Garssen, van den Berg, van Dierendonck, Visser, & Schaufeli, 2012; Hallaj, Rafiey, Yadollah Abolfathi Momtaz, Teimori, Qholamreza Qaed Amini Haroni, & Sahaf, 2014; Perkins, 2010). Sin embargo, existe una gran variabilidad en estos estudios en torno a la teoría y la operacionalización de la subjetividad, así como de las nociones de discurso y cultura. Además, gran parte de la investigación en envejecimiento considera la subjetividad solamente como el rango de variación entre individuos respecto de contenidos pre definidos, sin atender a cómo estos contenidos se organizan para formar operaciones de toma de posición entre sujetos a través del lenguaje, por lo tanto, tampoco consideran cómo dichos contenidos afectan positiva o negativamente en función del lugar del sujeto en el discurso. Por ejemplo, la investigación sobre bienestar subjetivo, que mide la reacción de individuos frente a escenarios de la vida cotidiana para inferir el grado de satisfacción sentida ante la vida, solo obtiene de vuelta una imagen pasiva de lo que dicta el sentido común, sin cuestionar los discursos sociales del bienestar que estructuran la investigación o, al menos, sin darle la palabra al sujeto mismo. La subjetividad se entiende aquí como la condición de ser sujeto hablante, de poder enunciar una posición propia frente a otros, de ser un agente del discurso y de la cultura. Este concepto es relevante en el contexto de una relativa carencia de investigación sobre la subjetividad y el discurso del envejecimiento, que nos motiva a incursionar, aunque sea de manera exploratoria, en este terreno.

En síntesis, en el presente estudio nos hemos propuesto explorar algunas dimensiones subjetivas claves del envejecer, a través de personas mayores que, habiendo cursado ya unos años de envejecimiento, puedan narrar su experiencia tanto para sí mismos como para compartirla en grupo.

III. Metodología

El estudio se propuso explorar algunas dimensiones subjetivas del envejecer a través de relatos y conversaciones de personas mayores de diversas edades. Para este fin, se han contemplado metodologías de producción de relatos y conversaciones que permiten analizar la subjetividad en el discurso. Esto implica recurrir a una identificación de las representaciones, posicionamientos, afectos y problemas que ofrecen los relatos y las conversaciones de los mismos sujetos sobre su vejez, es decir, desde su propia voz. El estudio pretendió entregar una primera cartografía de los discursos predominantes en la vejez del Chile contemporáneo, entendiendo por discurso el entramado de temáticas, gramáticas, semánticas y problemáticas que articulan las conversaciones y relatos sobre la vejez propia.

Adicionalmente, para complejizar la indagación de aspectos psicológicos claves de la subjetividad asociada al envejecimiento, se ha diseñado un abordaje transdisciplinario, involucrando un diálogo sistemático entre escuelas teóricas y subdisciplinas diferentes: investigación social, psicoanálisis y neurociencias.

El estudio consistió en la realización de cuatro entrevistas grupales de tipo focal, dos en Santiago y dos fuera de Santiago, dos solo de mujeres, una solo de hombres y una mixta, todas con participantes entre los 67 y 86 años. Se analizaron los principales temas que emergen a propósito de la vejez y las posiciones subjetivas respecto de tales temas, así como de las grandes metáforas y motivaciones que subyacen y los articulan.

1. Caracterización de entrevistas

Nº1. Está compuesta por cinco mujeres entre los 77 y los 87 años. Residen en Osorno, Región de Los Lagos, y pertenecen a la clase social media-alta. El tono general de la entrevista es de una superficialidad fluida y el ritmo es acelerado debido al poco tiempo con el que se disponía en el momento de su realización (una hora aproximadamente). El grupo, amigas entre sí, fue contactado a través de una de las entrevistadas, quien era conocida de la entrevistadora.

Nº2. Está conformado por ocho personas: cuatro mujeres y cuatro hombres, todos miembros de un grupo de teatro de la comuna de Machalí, Región del Libertador General Bernardo O'Higgins. En general, el nivel socio-económico de los participantes es medio bajo y sus edades fluctúan entre los 68 y 85 años. El tono de la entrevista fue muy animado, reflexivo y participativo. El contacto con el grupo fue realizado a través de uno de sus integrantes.

Nº3. Está compuesta por tres mujeres entre los 73 y 83 años. Residen en Santiago, Región Metropolitana, y pertenecen a la clase social media-baja. El tono general de la entrevista es de una conversación fluida, con bastantes risas y complicidad femenina. El grupo se conformó con participantes de varios talleres de adultos mayores de la Municipalidad de Santiago, contactadas directamente desde la Oficina el Adulto Mayor.

Nº4. Fue realizada a cuatro hombres vinculados a distintos talleres realizados por la Oficina del Adulto Mayor de la Municipalidad de Santiago, Región Metropolitana. Sus edades varían entre los 69 y 83 años y todos pertenecen a un nivel socio-económico medio. La entrevista, que contaba con un entrevistador hombre, además de la presencia de la entrevistadora de los otros grupos, estuvo marcada por el humor y complicidad masculina que dirigían muchas veces la conversación a un plano más bien banal. El contacto con el grupo fue realizado mediante la encargada de la Oficina del Adulto Mayor, quién a su vez contactó a los participantes (al igual que la entrevista N°3). Uno de los entrevistados debió abandonar la conversación por un imprevisto personal en el minuto 41 de entrevista.

2. Método de análisis

Sobre la base de un análisis temático de las cuatro entrevistas realizadas se identificaron las principales organizaciones tópicas de contenido que emergieron a partir del esquema temático de la entrevista. Posteriormente, se complementó el análisis de contenido con el de las posiciones subjetivas frente a las temáticas desplegadas en las entrevistas, así como el de las metáforas que subyacen y articulan dichas temáticas. Esta segunda fase, de carácter selectivo y relacional, de elaboración de las entrevistas buscó describir en profundidad, a través de un análisis interpretativo de discurso, no tanto qué se dice sino cómo se dice, los aspectos de la forma del discurso que, en todo caso, no son independientes de los contenidos y la forma en la que se articulan los contenidos. Metodológicamente, ésta ha sido una fase de análisis muy densa, volviendo una y otra vez sobre el mismo material con categorías analíticas diversas, triangulando los análisis en un equipo multidisciplinario. En su conjunto, el análisis produjo una caracterización de cuatro componentes del discurso de la vejez. El primer componente corresponde a las temáticas que se exponen por separado en cada una de nuestras entrevistas, de modo de dejar expuestas las peculiaridades de cada grupo. Los productos de la segunda fase de análisis son problemáticas (tensiones y preocupaciones que animan el discurso), gramáticas (formas retóricas y sintácticas de organizar el discurso transversales a los contenidos) y, finalmente, semánticas (temas o motivos profundos que permiten conectar significativamente unas gramáticas con otras), que se expondrán como sucesivas integraciones involucrando similitudes y diferencias entre las entrevistas.

A lo largo de todos los análisis se han intencionado preguntas y puntos de vista en tres ejes: la condición sociocultural de la experiencia biográfica, la estructuración psíquica del sujeto del envejecimiento y, la relación entre subjetividad y salud.

IV. Desarrollo de la investigación

1. Entrevista N°1

En esta entrevista el envejecer es entendido como un “seguir la vida”, continuar con otra etapa en donde se tiene que (re)aprender a vivir. Las hablantes no se sienten personas “viejas” en tanto aquel significante es significado por ellas de manera negativa: como alguien que ya no puede desarrollarse solo, que está “decrépito” y “amargado”. No obstante, se reconocen viejas en tanto están obligadas a asumir una representación, impuesta por un tercero, que las categoriza como individuos en el declive de la vida según un criterio meramente etario. Para ellas el envejecimiento es una experiencia dual, es parte de la trayectoria del ciclo vital, pero también de un contexto donde están siendo leídas sistemáticamente mediante estereotipos, homogeneizaciones y desvalorizaciones.

▶ *“Cuando una vez en la calle quedé en pana y me bajé del auto a mirar y pasa un joven en bicicleta... ‘abuelita quedaste en pana’, chuta me dijo a mí, yo... soy abuelita [risas] me sentí vieja”.*

Para las entrevistadas, parte del envejecer pasa exclusivamente por habituarse a ser leídas de dicho modo y por más de un interlocutor. El proceso de envejecimiento es también elaborado en términos de un “buen envejecimiento” y un “mal envejecimiento”. El buen envejecimiento está ligado a la idea de actuar de manera autónoma, para lo cual es requisito prepararse, principalmente física y económicamente. En contraste, el mal envejecimiento, se asocia al vivir dependiendo de los demás, cuya máxima expresión se encontraría en depender de un estado benefactor.

La manera en que, para las participantes, aparece más sistemáticamente la temporalidad es a través de la toma de conciencia acerca de sus propios cuerpos. Perciben, entre otras cosas, cómo sus organismos se van agotando, sus movimientos se hacen más lentos y parsimoniosos. Sin embargo, este desajuste no se limita sólo al cuerpo, sino que también sobreviene ante un mundo que va acelerando sus ritmos. Estos nuevos ritmos sobrepasan la habilidad de las entrevistadas para adecuarse a ellos. Por ejemplo, deben adaptarse a nuevos fenómenos culturales, como la educación que tienen los jóvenes o las configuraciones familiares actuales.

▶ *“Nuestra época fue mejor que la tienen hoy día los jóvenes (...) porque nosotros a los 18 años ya teníamos la cabeza, ya que sabíamos lo que queríamos (...) sabíamos cómo iba a ser nuestro futuro, hoy día los jóvenes llegan a los treinta años y todavía no saben nada”.*

▶ *“Pero es que ahora la vida es distinta, o sea que nosotros los viejos hemos aprendido a aceptar cómo es la juventud, porque antiguamente si mis hijos hubiesen pololeado, convivido, cuatro, cinco años con la polola y después se casan, me hubiese desmayado y mi suegra igual, pero hoy es como (...) mis nietas viven seis años, después se casan, y bien”.*

Para ellas, lo que caracteriza al envejecimiento en términos afectivos es que surgen demandas de una mayor atención, tolerancia, cuidado y paciencia. Demandas que, se espera, la familia pueda satisfacer. El relacionarse con las nuevas generaciones, nietos y bisnietos, se considera una ganancia afectiva ya que brinda la oportunidad de poder cuidar a nuevos familiares, con los que se pueden crear lazos diferentes a los que se tuvieron con los hijos. Otro aspecto central en la experiencia de envejecer es la pérdida de las

obligaciones vinculares con sus esposos. Esta pérdida, que ocurre debido a que sus esposos han muerto, no es vivida como un duelo inacabable, sino como una experiencia liberadora, pues las salva de la responsabilidad de tener que cuidarlos, pudiendo dedicar su tiempo en otras actividades.

Por último, los afectos relacionados con la alegría disminuyen en su exteriorización, pero no en como son sentidos. Esta nueva forma de experimentar los afectos referidos a la alegría ocurre, en parte, ya que los principales otros (esposos y amigas) con los que se relacionaban las hablantes han muerto, o ya no pueden convivir con ellos de la misma forma en que lo hacían antes entre otras cosas, ya no pueden salir ni realizar las mismas actividades que hacían en conjunto debido a imposibilidades, principalmente, físicas.

▶ *“Pero ahora último, por ejemplo, las amigas, yo tenía amigas que yo hablaba todos los días por teléfono, entonces digo voy a llamar... ¡Oh! De veras que no está”.*

2. Entrevista N°2

Para los entrevistados el envejecer se comprende, principalmente, de dos maneras. Por un lado, lo sienten como parte de un proceso *normal*, vital, una etapa más de muchas otras por las que han transitado. Por otro, se sienten violentados por la imposición de una categoría -“vejez”- por parte de un otro institucional que establece, de acuerdo a una arbitraria decisión temporal, un antes y un después en múltiples aspectos de sus vidas. De acuerdo a estos hombres y mujeres, es el ámbito laboral de sus vidas, y productivo en general, uno de los que se ha visto obstaculizado continuamente por dicha categorización y la respectiva imposición de ciertas prácticas y nuevas condiciones que ello conlleva. Se sienten despojados de lo que por trabajo y esfuerzo les pertenece y, al mismo tiempo, desplazados a un segundo plano de exclusión total, de “inexistencia”. Por otra parte, sienten su condición de envejeciente como una “carga” para cuyo sostén deben “prepararse”, a la cual deben hacer frente y ante la cual deben resistir. Cargan negativamente el significativo “viejo” y reivindican al “adulto mayor” en una lógica invertida de resistencia, pues no logran darse cuenta de que es aquella la categoría madre entregada por un Estado al que insisten en criticar.

▶ *“Yo entiendo, perdón pero si me preguntan a mí, envejecer es porque tengo que adecuarme, tengo que cambiar los roles porque la sociedad me lo exige. Y además que por ley me dicen una fecha, y de ahí para adelante yo tengo que cambiar de situación etaria”.*

▶ *“Cuando logran conseguir algo que ellos quieren (refiriéndose a los nietos) y después el abuelo pasa a la trastienda (...) a un segundo plano (...) a la inexistencia”.*

La temporalidad se cuela sutilmente y aparece mediante la marca de un *cambio de época*. Surge lo que los entrevistados denominan “abuelos de antes” y “abuelos de ahora”, estableciendo una distancia importante entre ambas representaciones y situándose, con seguridad, en el segundo grupo. Insisten, principalmente, en la diferencia de autonomía que existe actualmente respecto a esos “viejos”, pues aquellos eran sabios, pero inmóviles, se convertían en un estorbo al transcurrir los años, eran “monumentos” intocables e imperiturbables. En cambio ellos, los “viejos de ahora”, que se adjudican el saber y la praxis, intentan ubicarse de un nuevo modo al ritmo acelerado de la época actual

▶ *“(...) Porque los jubilados de ahora que nos miran en menos qué se yo, son un montón de profesionales, con una educación diferente, con una salud diferente, gente totalmente diferente que no... somos nuevas, viejos nuevos somos, para Chile somos viejos nuevos y Chile no tiene nada preparado para nosotros”.*

En cuanto a la afectividad, los entrevistados despliegan múltiples ámbitos en donde lo afectivo se pone en juego. Configuran un campo en el que la pérdida y la ganancia adquieren relevancia similar. Aparece la pérdida de compañeros de vida, de amistades y contemporáneos como un evento sustantivo. Una huella imborrable del proceso de envejecimiento, huella que, aseguran, dibuja un “vacío” profundo en ellos. No obstante, como un reverso, aparece también la ganancia, la adquisición de nuevos afectos que contrapesan aquellos que se han perdido y se seguirán perdiendo. Son los nietos y bisnietos quienes aparecen encabezando estos nuevos afectos. A través de ellos, los entrevistados sienten que pueden “prolongar su vida” entregando todas aquellas experiencias que han acumulado durante años de vivencias. Más aún, el entregar se convierte, para estos sujetos, en una necesidad imperiosa, como si la imposibilidad de aquello fuese sinónimo de *muerte*.

▶ *“Entonces a mí no me gusta mucho mirar para atrás porque no sé de qué me sirve porque, quiero saber qué es lo que pasa para adelante para sentirme viva. Y claro, veo eso de que todos esos proyectos se hicieron, lo que hice, lo que hice, lo que hice, las amigas, los amigos, y todo eso quedó, y eso como que duele un poco el alma, eso hay un vacío ahí. Ahí duele el alma (...) muchas cosas hechas y queda el vacío después”.*

3. Entrevista N°3

Las entrevistadas plantean el envejecer como una “prolongación” de las diferentes etapas de la vida. Durante dicha prolongación se acumularía un conocimiento diferente, pero más profundo, que el que se adquirió en momentos anteriores. La vejez se vive como una experiencia de la cual no se tiene consciencia de origen, no se sabe cuándo ni cómo comenzó. Más bien es algo que se constata a través de la propia imagen marcada por el deterioro corporal y, también, por la mirada de un otro social y familiar que clasifica de acuerdo a criterios etarios. Sin embargo, las hablantes no se consideran “viejas”, pues se sienten bien tanto física como cognitivamente, manteniendo además una actitud “positiva” ante la vida. Sentirse viejas sería, principalmente, ser sujetos dependientes y sin motivación alguna. Es así como a lo largo de la entrevista surge, reiteradamente, el “quererse a uno mismo” como requisito fundamental para “estar bien” durante esta “etapa”. Pues aquello posibilitaría el auto-cuidado necesario para el buen funcionamiento corporal, cognitivo y social. A su vez, el poder preocuparse y ocuparse de sí mismas sería mucho más fácil de llevar a cabo en este tiempo cuando las responsabilidades de crianza ya no apremian.

▶ *“Envejecer es vivir una prolongación de toda una vida, de la niñez, la juventud, todo. Son períodos que van pasando en la vida y uno no se da cuenta.” / “Y a mí me gustaría como último decir (...) que le sacaran como quien dice el jugo a los adultos mayores que están más potentes en su lucidez, en su profesión y lo extrajeran todo eso y lo tomaran en cuenta...”*

▶ *“Por eso lo que yo digo es quererse (...) Entonces a quererse uno, uno va a ir al médico, se va a tomar los remedios a sus horas y se va a cuidar. Eso se llama quererse”.*

Entre las entrevistadas hay un consenso en que se está viviendo una época diferente a la que ellas conocían. Se vive un periodo que las va sobrepasando. Los avances técnicos y tecnológicos, junto con las nuevas costumbres sociales, se vuelven difíciles de seguir. A pesar de su dificultad para adecuarse a ellos, los cambios deben *aceptarse*. Las hablantes se ven obligadas a seguir un ritmo cada vez más acelerado y a hacerlo con un cuerpo que ya no se mueve de la misma forma que antes, por lo cual no pueden cumplir las metas que se proponen con la rapidez que lo hacían en su juventud. Por último, ellas mencionan que viven en una “temporalidad prestada”, están viviendo de más puesto que ya criaron a sus hijos y ayudaron

a cuidar a los nietos. En esta sobre-vida deben buscar nuevas tareas y motivaciones a las cuales dedicarse, enfocándose en mantenerse sanas.

▶ *“En vez de ser los primeros, somos los últimos”.*

Las hablantes plantean que al envejecer se genera una mayor sensibilidad. Hay un acuerdo en que, con esta mayor sensibilidad, aumenta la necesidad cariño, principalmente por parte de los familiares. Este cariño es perpetuado mediante relaciones afectivas dentro de la familia, ya que para recibirlo es necesario haberlo dado, por ejemplo, al haber cuidado y tratado con ternura a la descendencia. Si no se dio cariño, éste no se puede esperar de vuelta. El dar cariño es una estrategia para lograr conseguir el afecto que se necesita durante la vejez. Paradojalmente, se debe mantener una especie de independencia con respecto a la familia, una distancia óptima con respecto al otro familiar, de lo contrario, podrían ser excluidas. Para estar bien afectivamente, plantean que deben tener la “mente positiva”, *estar siempre contentas*. Aun así, se hace patente cierta tristeza al hablar del cuerpo, en cuanto se compara con un mecanismo que va dejando de funcionar.

▶ *“No, y es muy natural. Si tú has dado cariño, vas a recibir cariño. Si no has dado cariño, difícilmente recibes cariño. Y el cariño es más importante que los regalos. Mucho, mucho más importante que los regalos”.*

▶ *“Tiene que decir: no me la va a ganar, no me la va a ganar. Yo todavía puedo, yo puedo”.*

4. Entrevista N°4

Los hablantes describen el envejecer como un proceso donde se empieza a funcionar más lento y, por lo cual, prima la inactividad. El “achacarse” y permanecer inactivo es entendido como un “acercarse a la muerte”. Los entrevistados mencionan que se mantienen luchando para seguir tan activos como en su juventud, aspecto central para *vivir bien*. Su forma de permanecer activos es realizar diferentes actividades, tales como asistir a talleres o grupos folclóricos, hacer reparaciones en su hogar, etc. Por otra parte, viven la vejez como una *pérdida* implícita, tanto de sus facultades corporales como cognitivas, que buscan paliar mediante una amplia gama de conductas como, por ejemplo, ejercitando su cuerpo y su memoria. Esta pérdida no se logra elaborar explícitamente durante la entrevista, se vive como una experiencia cuya exposición prefiere interrumpirse o alivianarse, por ejemplo, mediante la risa. Por último, el envejecer es una etapa amarga, donde se lamentan por no haber logrado todas sus metas y, a la vez, un tiempo que permite el surgimiento de metas nuevas: obrar en beneficio de otras personas, compartir la experiencia que se acumuló durante la vida, etc.

▶ *“Entonces, cuando uno tiene esa manera de tener algo que hacer, porque la persona que no tiene nada que hacer, se hunde. Se hunde (...) Pero entonces, esa gente es la que uno tiene que tratar de incentivarlos para que vivan. Porque no están viviendo, están esperando la muerte. Y eso es lo que uno no debe hacer. Algún día va a llegar, pero mientras tanto no llegue, yo vivo”.*

Los entrevistados concuerdan en que durante la vejez se vive un cambio de ritmo respecto del cuerpo y la época. En el primer caso ocurre que lo que se hacía habitualmente, durante la juventud, deja de poder realizarse con la misma facilidad y rapidez. Sin embargo, se puede hacer y conocer lo mismo que durante la juventud, sólo que de forma lenta y desde una nueva perspectiva. El cambio de época, en tanto, refiere

a una pérdida con respecto a los valores de antes. Cobra aquí fundamental importancia el respeto y cómo es que éste ha sido dejado de lado por los jóvenes de ahora, situándose como objeto de crítica constante por parte de ellos.

Los entrevistados coinciden en que al envejecer se emocionan con más facilidad que antes. El emocionarse produce una sensación especial en la vida, la cual adquiere un tono afectivo que antes no tenía. Se vuelven más empáticos con los demás, se entiende mejor a las personas al ponerse en su lugar, cosa que era menos frecuente durante la juventud. Se tienden a emocionar más rápidamente ante los mismos hechos que en la juventud. Esta mayor sensibilidad viene acompañada de lo que ellos llaman “incontinencia emocional”, es decir, la mayor expresión de sus afectos y su más difícil contención. Esta “incontinencia emocional” la viven como un derecho que aparece con la vejez y que les permite emocionarse fácilmente, no así en la juventud, donde la facilidad de emociones no era bien vista. La pareja tiene una importancia fundamental en la vida de los participantes, sus esposas les brindan compañía y apoyo. Emocionalmente dependen de ellas, en ningún momento se plantean ni su muerte, ni su abandono. Por último, disfrutan y valoran la vida en comunidad que han adquirido en las instancias donde se acompañan entre sí miembros de los diferentes talleres de los cuales son parte.

V. Análisis y discusión de resultados

Expondremos los resultados analíticos en dos grupos: (1) los problemas en torno a los cuales gira el discurso de los entrevistados y que, implícita o explícitamente, motivan o energizan la subjetividad del envejecer y, (2) las formas de hablar y pensar relativamente repetitivas y compartidas que organizan las conversaciones en términos de lugares comunes y metáforas maestras.

1. Problemáticas subjetivas del envejecer

1.1. Autonomía/Dependencia

Entrevista N°1: Las entrevistadas asocian la autonomía con un ideal de “buena vejez”. Articulan la autonomía como la posibilidad de movilizarse voluntariamente, de actuar y poder realizar, sin ayuda, las rutinas habituales. Estas articulaciones hablan de un estado, corporal y mental, en que puedan seguir activas mediante sus propios esfuerzos. Un “mal envejecer” sería uno que estaría lejos de la configuración de autonomía que tienen las participantes. Depender de otros es entendido como un problema para ellas y sus familiares. Sienten que se volverían una “carga” para sus familiares si tuvieran que depender de ellos.

▶ *“Hay que buscarse alguna entretención, uno está más bien sola, porque los hijos se casan, tienen su familia, tienen su otra juventud, entonces uno tiene que entretenerse”.*

▶ *“Yo pienso que uno a veces tiene que conformarse y no ser demasiado exigente, porque si los chicos a veces no te pueden atender o no están, no están nomás, hay que pescar un libro, hay que mirar la tele, hay que conformarse”.*

Entrevista N°2: Para los hablantes, la autonomía aparece como el elemento principal de una suerte de *reivindicación de un lugar*. Exigen un espacio para poner en práctica una independencia, de la que se sienten aún capaces. La dependencia, sea por imposibilidades físicas o cognitivas, les parece deleznable, pero tienen claro que es una posibilidad futura. Ante dicha posibilidad, no dudan en pensar en la eutanasia como un derecho. Poder elegir morir cuando ya no puedan hacer nada por sí solos les parece una opción justa.

▶ *“Porque uno no sabe, la mente cómo te puede traicionar. Entonces mientras tú estés lúcida y tengas uso de razón como le digo a mi hijo, al menor síntoma de que yo ya esté cagada, por favor póngame al tiro en un hogar, al tiro, yo no quiero ser cacho de nadie”.*

Entrevista N°3: Tanto la autonomía como la dependencia se articulan, principalmente, en torno a la familia. Se espera ser autónomo ante los parientes, pero también se desea poder depender de ellos. Se depende ya que para envejecer bien se necesita recibir más afecto, cariño y cuidado, por lo que se vuelve necesario mantener buenas relaciones afectivas con sus familiares. Al mismo tiempo, las entrevistadas se imponen la tarea de volverse más autónomas respecto a su familia, manteniendo el contacto “justo” con ellos. Esta autonomía permite que puedan preocuparse por ellas y re-dirigir las atenciones, antes brindadas a sus hijos, hacia su propia salud. También se depende fuertemente de un estado benefactor, el cual las ayuda mediante planes como el GES y otras asistencias sociales.

Entrevista N°4: La idea de la autonomía surge en enunciados que tienen relación con la idea de envejecer bien. La autonomía se configura como un estado donde se tienen las energías para actuar sin ayuda. Las actividades más relacionadas con la autonomía, en el discurso de los hablantes, son: salir, aprender y poder compartir con su comunidad. Mediante estas actividades ellos pueden seguir realizando proyectos y buscar nuevas oportunidades para desarrollarse, algunas de las cuales no se tuvieron durante la juventud. El mantenerse autónomamente posibilita ayudar a sus esposas, a sus familiares y a sus conocidos en distintos tipos de tareas, principalmente domésticas, como lavar, planchar o cuidar el jardín. El depender de cuidados ajenos, según los hablantes, los igualaría a “estorbos” y los acercaría a la muerte, la cual caracterizan como un estado de inactividad. Para mantener su estilo de vida activo dependen fuertemente de instancias comunitarias, como los talleres que realizan. Por último, también dependen de beneficios estatales hacia la categoría del “adulto mayor”, como, por ejemplo, rebajas en la locomoción o en la salud. Beneficios no tan efectivos como les gustaría, pero que les permiten poder continuar su vida de la forma en que acostumbran.

1.2. Aceptación/Resistencia

Entrevista N°1: Hay una aceptación progresiva del proceso de envejecimiento, mediante una habituación a esa experiencia. Pero esta habituación es aceptada cuando ocurre mediante un “buen envejecimiento”, el que se configura, entre otras cosas, mediante aspectos que ayudan a sobrellevar la experiencia de la vejez tales como un contacto afectivo con la familia, el contar con dinero y la mantención de la autonomía personal. Se acepta el envejecimiento, pero no hay una resignación ante ese proceso. Saben que ya dejaron de ser funcionales y productivas, pero eso no les preocupa. Esta aceptación de la vejez pasa, en gran parte, debido a la importancia que le dan al espacio propio, un dominio propio de la vejez y que ellas reclaman como tal. Aquel espacio -tan simbólico como real- se encuentra lejos del ajetreo del mundo y de los jóvenes. Por otra parte, las entrevistadas coinciden en haber aceptado la muerte de sus maridos, experiencia que en general les resulta liberadora en tanto la enfermedad que los aquejaba podría -con mucha seguridad- haber implicado el cuidar de ellos durante su vejez, una carga extra que agradecen no llevar.

► *“Yo pienso que el envejecimiento hay que irse preparando con tiempo... y aceptar, aceptar y tratar de mantenerse lo mejor posible. No encerrarse”.*

Finalmente, las entrevistadas se resisten a la homogeneización que se hace sobre la categoría etaria de la vejez, compuesta por individuos arrugados, decrépitos y con otras características semejantes de connotación negativa. Activamente se resisten a estas lecturas mediante la mantención de rutinas que les permitan ejecutar las actividades que ellas consideran habituales. Por último, se resisten a que el Estado se haga cargo de ellas, pues identifican su precariedad y poca funcionalidad. Lo anterior no les resulta problemático pues poseen los recursos económicos necesarios para no recurrir a su asistencia.

Entrevista N°2: La problemática aceptación v/s resistencia es la que cobra mayor fuerza en este grupo de hablantes, pues los tensiona al momento de preguntarse sobre lo que ellos consideran no sólo un *buen envejecimiento* sino también cuando se les cuestiona por su comprensión general acerca del *envejecer*. Reflexionan en torno al lazo social que los configura como sujetos y dan cuenta de un profundo malestar en relación a un otro estatal que los categoriza y los separa, que no les da lugar y que, junto a un *otro joven*, los relega a un lugar de “inexistencia”. No obstante lo anterior, que se erige en el discurso como un modo de resistencia, resulta paradójico aquello que estos sujetos son capaces de aceptar. Si bien es cierto que, por una parte, son críticos frente a un sistema que configura un discurso dominante acerca de la vejez, naturalizándola, reificándola y materializándola en asuntos concretos, varias de sus reivindicaciones tienen que ver con alcanzar un ideal que aquel discurso les impone y que se vincula a *la funcionalidad y la productividad*. En esta misma línea, se puede apreciar una provocación constante a la entrevistadora, quien es ubicada como agente de dicho sistema y responsable indirecta de sus demandas. Finalmente, resisten también el discurso biomédico, aceptando sólo parcialmente el intervencionismo práctico y respaldando aquello en un saber basado en su experiencia. La resistencia aquí tiene que ver con el no pensarse como “viejos”, una resistencia a lo que ellos mismos han denominado “exterminio”.

Entrevista N°3: Hay una relación dual con el envejecimiento, se busca aceptar la idea de ir envejeciendo, como algo natural de la vida, pero se resisten activamente a reconocerlo en sí mismas. Plantean que hay que aceptar los límites corporales que vienen con la edad, y adecuarse a los ritmos más lentos del cuerpo. Sin embargo, actúan mediante auto-imposiciones que tienen como finalidad mantenerlas, idealmente, tan activas como en su juventud. Hay una aceptación que pasa por apropiarse del discurso dominante, que prescribe una buena conducta durante la vejez a través de la adscripción a diversas normas sociales como, por ejemplo, aceptar el discurso biomédico. En opinión de las hablantes, quienes no aceptan estas normas tienen la responsabilidad sobre cualquier dificultad que les pueda acontecer como, por ejemplo, el enfermarse. Las participantes se resisten a reconocer que los años puedan producir modificaciones en ellas y tratan de no quejarse de los cambios que les ocurren tanto física como mentalmente. Por ello hay una dificultad patente al confrontar la idea de que progresivamente pueden ir perdiendo sus facultades corporales y cognitivas.

► *“Yo primero digo que nosotras, las personas mayores, en primer lugar tenemos que querernos. Querernos. (...) Por lo tanto controlarnos la salud, ir a los controles, hacer lo que el médico dice, cuidar la alimentación, que es muy importante, la alimentación es muy importante...”.*

Entrevista N°4: Se habla de forma paradójica acerca de la condición de personas mayores. Esta condición se acepta cuando aparece en enunciados donde es entendida como una oportunidad para aprender, compartir experiencias y habilidades, entre otras ocupaciones asociadas con la autonomía. A lo que se resisten es a aceptar la condición de personas mayores asociada al deterioro físico y mental. La forma que toma esta resistencia es seguir realizando actividades. No dejando de hacer cosas que consideran importantes ni rechazando nuevas oportunidades, aunque cumplirlas implique un esfuerzo mayor, debido al enlentecimiento del ritmo corporal.

► *“Las cosas que hacía antes, las hace más lenta. Tiene menos movilidad. Bueno, depende de cada uno si quiere salir o no salir. Todas esas cosas. Estudiar, refrescar la memoria, es lo principal. La memoria activa, para que... no achacarse, estar ahí postrado en la casa. Lo mejor es salir y entretenerse en algo”.*

2. Gramáticas del envejecer

Hemos identificado tres principales *juegos de lenguaje* en los que, o por medio de los que, se habla del envejecer con sus afecciones, temporalidades y alteridades: el lenguaje de la lucha, del desfase y del funcionamiento. Tras describir resumidamente cada una de estas formas genéricas de hablar sobre el envejecimiento, se analizan por separado comparando las cuatro entrevistas.

Primero, los entrevistados usan metáforas que dan cuenta de una especie de batalla por aferrarse a la vida que consiste en un esfuerzo de adaptación, en una resistencia a fuerzas que cruzan la experiencia de envejecer, y un prepararse para la vejez reuniendo diferentes tipos de recursos (por ejemplo, económicos y técnicos) que sirven de armas en el contexto de una situación de envejecimiento que es sentida como una tensión. Esta tarea se vuelve un imperativo para un buen envejecer, ya que para no pasar penurias uno debe saber “armarse” para enfrentar esta nueva etapa. En la medida en que los hablantes se posicionan desde un lugar de resistencia, la gramática de la lucha cruza los relatos de manera transversal; significantes como “misión”, “preparación”, “exterminio”, etc., son parte de este entramado. Los hablantes se paran frente a la vejez desde una trinchera propia. En último término, la lucha está intrínsecamente ligada al no estar activo: se puede seguir viviendo mientras se siga luchando. En el discurso de los hablantes la vida se identifica con la actividad, y esta última se configura como una lucha contra la muerte.

En segundo lugar, encontramos múltiples formas de desfase, temporal y epistemológico, que se consideran propias de la experiencia de envejecer, donde el desfase epistemológico se relaciona con el no entender a los jóvenes. Los hablantes se ven desplazados respecto del lugar que ocupan los jóvenes, sienten que pasan a ocupar el último lugar en la sociedad. Con respecto a las relaciones familiares aparece la idea de que le han entregado todo lo que podían, por lo cual se vive en un sobre-tiempo. Sin embargo, dicho sobre-tiempo se experimenta en un mundo que no se comprende del todo, que no es fácil de aprehender para ellos. Por último, los entrevistados dan cuenta del desfase como un enlentecimiento propio, que los ha dejado atrás, en otra época. Se habla, por tanto, del envejecimiento en términos de un desfase no sólo temporal, sino también generacional, cultural y epistémico.

Tercero, el discurso del funcionamiento y el disfuncionamiento articula una serie de enunciados que caracterizan a “los viejos” como personas que ya no funcionan fisiológica ni cognitivamente porque caminan lento, no se pueden movilizar ni pueden coordinar sus ideas adecuadamente. Esta gramática está estrechamente relacionada a la autonomía que los entrevistados buscan mantener. Procuran permanecer activos, tanto física como cognitivamente, realizando distintos tipos de actividades grupales e individuales. El aspecto cognitivo aparece con fuerza mediante esta gramática. Sin embargo, se habla del cuerpo análogamente a como se habla de una máquina que funciona, pero que llega a un punto donde sus engranajes se detienen.

2.1 La metáfora de la lucha

Entrevista N°1: Las participantes usan metáforas que dan cuenta de una especie de lucha para aferrarse a la vida, que consiste en prepararse para la vejez reuniendo diferentes tipos de recursos como, por ejemplo, económicos y técnicos. La vejez se vuelve un momento donde ya no se pueden acumular más recursos al no poseer las mismas habilidades, o la misma vitalidad, que tuvieron cuando jóvenes. Esta tarea se vuelve un imperativo para un buen envejecimiento, ya que para no pasar penurias, explicitan, uno debe ser inteligente y “armarse” para esta nueva etapa. Un arma que cobra relevancia, en una lucha contra la vejez, es la dimensión del humor, se ríen de sí mismas y de lo que les ocurre, por lo cual no lo viven como una tragedia, sino que lo des-dramatizan.

Entrevista N°2: Esta gramática es la que cobra mayor relevancia en el discurso de los entrevistados. Cruza el relato de manera transversal en tanto los hablantes se posicionan desde un lugar de resistencia. Significantes como “misión”, “meta”, “preparación”, “exterminio”, etc., son parte de su discurso. Su enemigo no es sólo un *otro estatal*, sino también un *otro familiar*, aquellos que son parte de su propio círculo de relaciones íntimas y que los desplazan a segundos y terceros planos.

► *“Por eso que te digo que yo todavía no cumplo con la misión... no tengo la misión cumplida, todavía me queda mucho que dar. Dios quiera que me pueda dar vida y salud, para poder lograr lo que anhelamos entre nosotros como personas. Porque eso es bonito, vivir la vida así de esa manera, a uno le dan deseos de seguir adelante”.*

Entrevista N°3: En esta entrevista no hay una idea de lucha explícita, ellas no hablan del envejecer dentro de una lógica de conflicto. Sin embargo, coinciden en que habría sido mejor prepararse acumulando armas y recursos para lograr envejecer bien. Para las entrevistadas uno de los mayores conflictos tiene que ver con la soledad que suele gobernar la vejez y cómo se pueden armar estrategias para afrontarla.

Entrevista N°4: En este grupo los participantes usan metáforas que tienen que ver con una especie de preparación para una lucha que consiste en aferrarse a la vida, donde se deben acumular los recursos necesarios para sobrellevar una nueva condición etaria. Para poder *envejecer bien*, los hablantes plantean que se debe haber conseguido recursos, tales como una casa y una jubilación. Este proceso de acumulación únicamente se puede lograr durante la juventud, ya que en la vejez no se tienen las fuerzas necesarias para hacerlo. La metáfora de la lucha aparece, más explícitamente, al hablar de las pérdidas de diferentes habilidades y recursos que se tenían en un tiempo anterior y que les permitían cumplir con sus objetivos. Sin embargo, frente a estas dificultades se debe luchar con dedicación y esfuerzo, dando la pelea hasta el final.

No hay que preocuparse de la victoria o la derrota, solo importa la satisfacción ganada durante la lucha. Esto, en último término, lo convierte en una lucha contra la muerte, la cual está intrínsecamente ligada al no estar activo. Se puede seguir viviendo mientras se siga luchando, independiente del resultado de estas batallas. En el discurso de los hablantes la vida se identifica con la actividad y, esta última se configura como una lucha contra la muerte.

-
- ▶ *“Yo primero quería reiterar eso, que yo considero que es indispensable la preparación, igual como se prepara una persona que no es atleta, pero que quiere participar en una maratón. A nosotros se nos viene una maratón, que vamos a tener que todos correr como adulto mayor, entonces yo considero que es indispensable prepararnos o que los adultos mayores se preparen, sean preparados, para poder correr esa maratón, preparación física y psicológica fundamentalmente”.*
-

2.2 La noción de desfase

Entrevista N°1: Esta gramática predomina en la entrevista, lo cual posiblemente ocurre debido al lugar geográfico donde viven las participantes. Vivir en el sur del país configura un estilo de vida más tranquilo que el de las grandes urbes. Este desfase se da en la percepción que tienen las entrevistadas sobre la velocidad de las cosas. Sienten que sus cuerpos tienen un ritmo más lento que en su juventud, mientras que perciben cómo el mundo cambia de forma acelerada. Debido a que les es más difícil desplazarse, ellas ya no pueden relacionarse con el entorno de la misma forma que lo hacían antes, entre otras cosas, porque no pueden utilizar escaleras o movilizarse en los mismos lugares donde solían hacerlo por la dificultad de hacerlo sin ayuda. Sin embargo, tienen su propio espacio de la vejez, lejos del ajetreo de la juventud y los ritmos acelerados del mundo. Un espacio que les es cómodo y desde el cual pueden aceptar este desfase.

-
- ▶ *“Hay que aprender a vivir la vejez, porque es otra etapa, otra etapa de la vida que uno no se ha imaginado que iba a ser así, ya... entonces uno tiene otra manera, otros horarios para levantarse, otro horario para comer todo eso como que ya no ocurre como era cuando éramos más jóvenes”.*
-

Entrevista N°2: Esta gramática pierde relevancia al interior del discurso de los hablantes, pues si bien es cierto identifican y acusan un desplazamiento feroz por parte de *otro*, ellos se presentan como “abuelos de ahora” e insisten en que, en gran medida, depende de sí mismos el no quedarse fuera, el no ser “tirados al precipicio”. Sin embargo, el desfase se observa decisivamente en otro plano: la escasa conciencia del propio proceso, como si la vida estuviese desfasada de sí misma.

-
- ▶ *“Yo creo que uno como que toma poca conciencia cuando empieza el proceso de envejecer. Por lo menos para mí ha sido así, uno no se da cuenta, como que no percibe que se está metiendo en una nueva etapa hasta que ciertas cosas se lo van indicando”.*
-

- ▶ *“Yo entiendo, perdón pero si me preguntan a mí, envejecer es porque tengo que adecuar-me, tengo que cambiar los roles porque la sociedad me lo exige”.*
-

- ▶ *“Eran otras épocas, yo nací en el campo y era un solo respeto que se le tenía a los padres, a los abuelitos. Para nosotros era un monumento un abuelito, porque estaba lleno de cosas interesantes”.*
-

Entrevista N°3: En la entrevista hay múltiples formas en que se habla del desfase. En primer lugar tiene que ver con el no entender a los jóvenes. Los jóvenes son una alteridad que se ha configurado de forma distinta a como ellas fueron configuradas por sus condiciones sociales. Las hablantes se ven desplazadas respecto del lugar que ocupan los jóvenes, sienten que pasan a ocupar el último lugar en la sociedad. La experiencia de desfase epistemológico con las nuevas generaciones las remite a un mundo cultural que les resulta extraño, ajeno. La tecnología escasamente se usa y son conscientes sobre lo nociva que puede resultar para la vida. Hay un desfase en el saber y en la práctica de los valores que a ellas les enseñaron, pero que ya no se perpetúan.

▶ *“¿Cómo le vamos a pedir a los niños que sean como nosotros si ellos están viviendo otro mundo, están viviendo otra vida?”.*

Entrevista N°4: Los participantes dan cuenta del desfase como un enlentecimiento propio, que los ha dejado atrás, en otra época. En primer lugar ellos se representan como “una especie en extinción”, debido a que el mundo donde se configuraron como sujetos va quedando en el pasado, debido a que se ha dejado de perpetuar la educación que ellos recibieron. Además, en este mundo no hay panoramas pensados para ellos, las formas de entretención públicas están orientadas hacia los más jóvenes, relegándolos a optar por escasos pasatiempos como, por ejemplo, los que tienen lugar en los centros para los adultos mayores. La llegada de nuevas tecnologías es vivida, en primera instancia, como un cambio que altera la forma en que son llevadas a cabo diferentes labores a las cuales se habían adecuado, por lo que les cuesta acostumbrarse a estas nuevas formas. Sin embargo, también es una oportunidad para adaptarse, ya que la tecnología abre un espacio en el que continuar aprendiendo.

▶ *“La Ley te dice a los 60 y te tiran para el precipicio”.*

▶ *“Para mí es un proceso de... es un proceso de la vida. A algunos llega a veces jóvenes, otros logramos pasar y llegamos a una edad de adulto, y después pasamos a otra etapa que es de la tercera edad, y en la cual a mí me ha dejado por conclusión que es una etapa muchas veces de olvido, que a la persona de la tercera edad como que se la aísla, como que está en el rincón, como que no tiene opinión”.*

▶ *“El vocabulario del chileno, la manera de hablar, cada día es peor. Nosotros, yo me acuerdo, nos sentábamos en la mesa y pobre que habláramos mal. Y todos a la hora. Ahora cualquiera hace lo que quiere (...) Había un respeto, a lo mejor era excesivo, pero la casa tenía otra forma”.*

▶ *“Ese es el viejo inútil, entre comillas también. Ese es el viejo inútil. Pero una persona que está activa, un hombre que está activo, que llegue a la casa y ‘mira, pinté aquí, puse este clavo, puse este cuadro’, uno sabe que está vivo. Pero si está sentado en una silla ahí, mirando cómo pasan las moscas...”.*

2.3 El lenguaje del (dis)funcionamiento

Entrevista N°1: Esta gramática cobra fuerza en los momentos donde las entrevistadas hablan acerca de cómo representan el envejecer. Se articula una serie de enunciados que caracterizan a “los viejos” como personas que ya no funcionan fisiológica ni cognitivamente, que caminan lento, que no se pueden movilizar con facilidad ni pueden coordinar sus ideas adecuadamente. Las entrevistadas intentan diferenciarse de esta representación del “viejo” disfuncional. En primer lugar, lo hacen señalando que funcionan bien cognitivamente, o “de arriba”. En segundo lugar, buscan atenuar los efectos del envejecimiento mediante rutinas, como el establecimiento de horarios para dormir y comer, que les permitan seguir funcionando en distintos aspectos.

El *disfuncionamiento* se configura como la incapacidad de mantener diversas actividades necesarias para vivir como caminar, pensar o levantarse de la cama, entre otras. Sin embargo, al estar envejeciendo en un sistema que estructura la vida desde la óptima funcionalidad, se les prohíbe realizar diferentes actividades que, si bien es cierto ya no realizan como antes, sí son capaces de llevar a cabo por sí solos, pero que les son vedadas debido a límites etarios impuestos por una exterioridad estatal.

► *“Y claro, mira, si yo hace treinta años atrás hubiera sabido que no me podría mover, que me tenían que bajar de ahí de mi piso 18, cuatro o cinco escalas, los chicos en silla de ruedas, más abajo también, porque no tienen ramplas en mi edificio, porque el caballero se ahorró, entonces piso por medio que no hay ascensor, entonces qué pasa: que paso encerrada, el único día que yo tengo, es cuando vengo aquí... entonces eso es lo que a mí me molesta”.*

Entrevista N°2: En este grupo, la gramática del (dis)funcionamiento está estrechamente relacionada a la autonomía que los entrevistados buscan mantener. Procuran permanecer activos, tanto física como cognitivamente, realizando distintos tipos de actividades grupales e individuales. El aspecto cognitivo aparece con fuerza mediante esta gramática, pues saben que tienen que ejercitar su mente y que aquella es la única forma de *seguir siendo útiles*. A su vez, la enfermedad física es el mayor símbolo del no-funcionar o funcionar mal. Por ello se cuidan y rehúyen de ella. El ser funcionales les asegura una prolongación de su vida y mantener a raya la muerte. El ser funcionales les permite resistir, pero también los somete.

Entrevista N°3: En el discurso de este grupo, la autonomía se configura mediante el funcionamiento social y corporal. Las participantes tienen conciencia de que, en la vejez, se camina más lento y de que se olvida más fácilmente. Sin embargo, tratan de no exteriorizar, o de no mencionar, esta experiencia de deterioro. Para lograrlo expresan que realizan ejercicios mentales, reiterando que físicamente “se encuentran bien”. No obstante, se habla del cuerpo análogamente a como se habla de una *máquina que funciona*, llegando a un punto donde sus engranajes se detienen. Esta objetualización del cuerpo, que se enuncia mediante la metáfora de la máquina, implica que llegará un momento en el que no se podrá hacer lo que antes era habitual, momento en el que “fallarán” los engranajes.

Entrevista N°4: Esta gramática aparece cuando los hablantes utilizan la metáfora de la máquina para comparar sus cuerpos con artefactos que dejan de funcionar como antes, ya que inevitablemente el tiempo los “oxida” y no les permite movilizarse más. Mediante esta metáfora hacen alusión a cómo han vivido experiencias que hacen patente su deterioro corporal. Sienten que sus cuerpos ya no funcionan como antes, por ejemplo, al caminar más lento o al recordar menos. Si no hacen nada - si “se dejan estar”-, este deterioro se vuelve más rápido e inevitable.

► *“Entonces, cuando uno tiene esa manera de tener algo que hacer, porque la persona que no tiene nada que hacer, se hunde. Se hunde”.*

► *“Una de las cosas que yo siempre con mi señora hacíamos en clases de folclor, porque ella baila bastante. Lo que más le marcábamos a la gente, es que la persona que se queda, el adulto mayor que se queda atrapado, es igual que una máquina. Si tú tomas una máquina y la dejas en el patio, un invierno y después no camina más”.*

► *“Hay una pérdida de la... Uno está acostumbrado a un ritmo. Y resulta que de repente tú, por ejemplo, te levantabas a las 7 de la mañana, salías, o a las 8 de la mañana, salía a las 9. Y de repente te paran eso, y uno se queda, y se queda, y parece que empieza a sentir todos los dolores, todo lo que no escuchaba antes, parece que le empieza a... Los años no pasan. No pasan, sino que se le van quedando. [Risas] Esa es la verdad. Parece que uno va llenando una mochila, entonces siente un peso en los hombros”.*

VI. Conclusiones

La temática emergente más general en todos los grupos, que responde directamente a la pauta de entrevista, es el *padecimiento* del envejecer, que aparece como una experiencia dual: es parte de la trayectoria del ciclo vital, pero también de un contexto donde están siendo leídos sistemáticamente mediante estereotipos, homogeneizaciones y desvalorizaciones. Por un lado la experiencia corporal y por otro, de manera inextricable, la experiencia cultural. En su complejidad biológica, psicológica y social, sienten el envejecer como una “carga”, para cuyo sostén deben “prepararse” y a la que deben hacer frente y resistir. Los entrevistados mencionan que se mantienen luchando para seguir tan activos como en su juventud, aspecto central para *envejecer bien*. Pero, al mismo tiempo, viven la vejez como una *pérdida implícita*, tanto de sus facultades corporales como cognitivas, que buscan paliar a través de una amplia gama de conductas como, por ejemplo, ejercitando su cuerpo y su memoria. La ambivalencia o dualidad del envejecer aparece también bajo la amargura de envejecer, donde se lamentan por no haber logrado todas sus metas, pero, al mismo tiempo, ven en este periodo el surgimiento de nuevas metas nuevas como actuar en beneficio de otras personas, compartir la experiencia que se acumuló durante la vida, etc.

Esta observación integrativa de la experiencia del envejecer como una experiencia problemática puede especificarse en términos de tres componentes del discurso de los entrevistados. Un primer componente refiere a las formas predominantes de la alteridad, es decir, a lo otro de sí frente a lo cual y por relación al cual se toma posición subjetiva. Todo discurso está simbólicamente estructurado en relación a un otro. ¿Cómo se construye la alteridad en el caso del discurso del envejecer? Los otros dos componentes refieren a formaciones simbólicas que se usan para intentar resolver las problemáticas y para conectar entre sí las gramáticas que motivan y organizan la conversación, en términos de construcciones semánticas o teorías implícitas en el discurso.

1. Relación al otro

De manera transversal a los grupos de entrevista, la relación al otro aparece como un problema, dada su profunda ambivalencia. El *otro institucional* (el Estado) y el *otro joven* se configuran de forma paradójica, ya que por un lado constituyen una alteridad que, por ejemplo, les permite aumentar su tiempo de vida con los avances médicos o les brinda un mejor envejecimiento, sumado a la entrega de los recursos mínimos para su manutención. Por otro lado, este otro les impone diferentes restricciones, como la posibilidad de realizar diversas actividades al enmarcarlas en la categoría “adulto mayor”. Por todo aquello, la alteridad aparece en el discurso del envejecer como paradójica: habilita y restringe al mismo tiempo.

Entrevista N°1: En la entrevista surgen enunciaciones que configuran una relación problemática con otro, principalmente un *otro joven* y un *otro Estado*. Este otro Estado se configura de forma paradójica, por un lado les permite aumentar su tiempo de vida con los avances médicos y es legitimado debido a que puede brindarles un mejor envejecer al entregarles los recursos mínimos para seguir viviendo, Sin embargo, no se desea depender de él. Por otra parte, este otro les impone diferentes restricciones, como el restringirles la posibilidad de realizar diversas actividades, al relegarlas a la categoría de “adulto mayor”. La segunda otredad que se distingue del propio sujeto se da en la forma de *lo joven* que, muchas veces, da cuenta de la vejez al señalar algún tipo de disfuncionalidad como lentitud física o fallas en la audición. Por último, aparece el *otro familiar*, que se vuelve una oportunidad de vivir una nueva dimensión afectiva y que para las entrevistadas es una característica de la vejez pues permite relacionarse con las nuevas generaciones de nietos y bis-nietos.

Entrevista N°2: En este grupo de entrevista, los sujetos demandan a *otro Estatal* y a *otro joven* un trato distinto, un trato mejor. Critican firmemente a esos otros, pero no quieren marginarse de ellos. Por una parte, se le exige a ese otro Estatal ser garante de su bienestar general, principalmente en el ámbito económico y de la salud. Por otra, se insta a ese otro joven a recibir lo que ellos tienen por entregar, pues cuentan con un saber basado en la experiencia personal que consideran invaluable para el porvenir de la juventud.

- ▶ *“Y nosotros, los adultos mayores, tenemos sentimientos que a veces son sentimientos que son chocados con el choque grande que hay de la juventud, que nosotros, al menos yo, no lo acepto. Porque no hay respeto, somos mal mirados, muchas veces nos utilizan, entonces hay cosas que nos molestan”.*
- ▶ *“O no somos viables para el hospital, no somos viables para el Ministerio no somos viables. O sea que si me toca hospitalizarme, me mandan a una salita de los abuelos, porque esta cuestión de tratarte de abuela y no de señora también pica, pica muchísimo”.*
- ▶ *“Porque acá en Chile no están preparados los Gobiernos para atender al adulto mayor, aunque ha avanzado bastante, pero no está preparado, debiera de haber... por lo menos tomar más en cuenta al adulto mayor, porque no todos se enferman de la cabeza, pueden ser minusválidos, pero tienen su mente lúcida y pueden dar opiniones”.*

Entrevista N°3: Se establece una relación problemática con un *otro joven*, condición que en muchas ocasiones ven en sus nietos, a quienes describen como sujetos poco preocupados por ellas. Este otro joven está ubicado en el lugar de un *no saber*, saber que ellas sí poseen y que desean poder entregarles, pero que aquel otro no está dispuesto a recibir. También se configura una relación con un *otro Estado*, del cual se depende para poder *vivir bien* ya que entrega las herramientas, recursos y ayudas sociales que permiten mantener una vida saludable. Las participantes se apropian del discurso dominante -que prescribe una buena conducta durante la vejez- mediante la adscripción de diversas normas sociales como, por ejemplo, aceptar el discurso biomédico o avanzar con una actitud positiva en la vida.

- ▶ *“Yo, lo que yo le diría a la juventud, es que tengan paciencia con los viejos, y que los escuchen. Es tan importante escuchar a los viejitos que se desahoguen cinco minutos, y quedan como... Qué importante, qué importante...”.*
- ▶ *“Así que me las he ido puro paseando. Hago los dos viajes del tour de la tercera edad. Tenemos derecho a dos viajes en el año. Yo hago los dos viajes, con todos los tour opcionales”.*

Entrevista N°4: En el discurso, los entrevistados dan mucha importancia a la relación con *sus esposas*, pues son ellas quienes los apoyan y escuchan continuamente, configurándose como un otro del cual dependen en gran medida. La relación con la sociedad, o diferentes instancias institucionales, se valora en cuanto se puede funcionar y trabajar con ella, pero pasa a una relación dominada por la vergüenza cuando se observan como un estorbo, y no se sienten productivos. Otra relación es la que se tiene con los jóvenes, quienes, aseguran, los niegan como interlocutores válidos, utilizando expresiones que denostan su condición etaria. Por su parte, los hablantes envidian la mayor vitalidad y aptitudes de la juventud, características que ellos ya no tienen, pero que según su percepción, muchos jóvenes tienden a desperdiciar.

- ▶ *“Tengo una gran envidia por los jóvenes, pero no, no estoy enojado contra ellos, porque generalmente la persona de edad está enojada con los jóvenes, porque son jóvenes, porque se mueven, porque tienen otras actitudes. Porque uno tiene que aprender, cuando tiene más edad, comprender a los demás. Lo que antes a uno le ofuscaba, tratar de entenderlo, tratar de ponerse en el lugar de otra persona”.*

2 Semántica de la preparación

El análisis condujo a identificar dos articulaciones de pensamiento que permiten conectar, en la conversación, las distintas gramáticas y metáforas maestras, así como responder de algún modo a las problemáticas constitutivas del discurso del envejecer. La primera de estas semánticas remite a una anticipación respecto de la experiencia de vejez en la forma de un nivel previo al actual y que cumple una función de favorecer, de antemano, las condiciones del propio envejecer.

Entrevista N°1: La semántica de la preparación se da en formas de hablar sobre el envejecer que unen las gramáticas de la lucha y el (dis)funcionamiento. Esto implica haber acumulado ciertos recursos que les puedan servir para resistir el disfuncionamiento de sus cuerpos, tanto físico como mental. Esta semántica, entonces, une maneras de hablar que permiten enlazar las ideas de una vejez que implica, además de un disfuncionamiento corporal, cierta preparación mediante la acumulación de recursos. Los recursos más mencionados son los económicos, tecnológicos y materiales. La acumulación de estos se debe haber logrado durante la juventud, cuando había un funcionamiento corporal adecuado a las condiciones de producción laboral o material. Las entrevistadas están conscientes de no haber acumulado todos aquellos recursos, vale decir, de “no haberse preparado para la vejez”, lo que implicaría depender de la asistencia estatal. No obstante, y en paralelo, reconocen la suerte de no necesitar de aquello debido a su solvencia económica y a la de sus familiares directos.

▶ *“Yo creo que lo ideal es prepararse económicamente para la vejez, eso es importante, porque... una jubilación no sirve (...) Entonces si uno es inteligente puede armarse, puede tener algo”.*

▶ *“Yo creo que imposibilita si es que uno no se prepara para eso, y si uno tampoco no hace contacto con la familia, yo creo que la unión de la familia ayuda a tener un envejecimiento más sano”.*

Entrevista N°2: La semántica de la preparación surge con fuerza en este grupo como respuesta a las problemáticas de la autonomía/dependencia y aceptación/resistencia, pero no como respuesta a cada una de ellas sino como una salida intermedia. Ante la imposibilidad de conservar eternamente la autonomía y la negación a aceptar aquello que consideran nefasto, como llegar a ser un “viejo” decrepito, de rincón, inútil y enfermo, ven la preparación física, psicológica y económica como una especie de solución de compromiso.

▶ *“Yo primero quería reiterar eso, que yo considero que es indispensable la preparación, igual como se prepara una persona que no es atleta, pero que quiere participar en una maratón. A nosotros se nos viene una maratón, que vamos a tener que todos correr como adulto mayor, entonces yo considero que es indispensable prepararnos o que los adultos mayores se preparen, sean preparados, para poder correr esa maratón, preparación física y psicológica fundamentalmente”.*

Entrevista N°3: En el discurso desplegado por las entrevistadas no hay una idea clara de preparación ante la vejez. En parte, debido a que las hablantes concuerdan en que la senectud es una época que ha “llegado muy rápido” como para poder prepararse. Debido a que en el pasado no hubo una preparación activa, lo que se hace en el presente es llevar a cabo *prácticas de mantención* que permiten luchar contra el proceso de deterioro corporal. Para esto deben estar conscientes de los cambios que ocurren en sus cuerpos, dentro de las dimensiones físicas y cognitivas. Más que haberse preparado para la vejez, ellas buscan formas de sustituir lo perdido, por ejemplo, al utilizar una agenda como sustituto de la memoria. Finalmente, mencionan condiciones que fueron vitales para asegurarse un buen envejecimiento como, por ejemplo, el haber nacido en una familia en la que no hubo separaciones conyugales.

Entrevista N°4: En este grupo, la semántica de la preparación ocurre mediante formas de hablar sobre el envejecer. En primer lugar se debe *guardar fuerzas*, porque eso les permitiría seguir activos en el mundo cumpliendo distintos objetivos y paliando el deterioro físico. Envejecer bien implica contar con recursos económicos, los que deben haber sido logrados a lo largo de la vida, ya que la vejez es, usualmente, una etapa en la que las personas enfrentan más necesidades. Por último, la preparación incluye preguntarse, en la etapa de juventud, cómo serán y qué harán cuando sean mayores. Esto, debido a que no hay nadie que les enseñe a prepararse para la vejez por lo que cada uno es responsable de su propio proceso de envejecimiento, lo que implica aprender qué factores los ayudarán a mantenerse bien y seguir con sus vidas.

► *“Uno tiene que decir ‘Cómo voy a ser cuándo viejo, qué voy a hacer’. Yo creo que es lo mismo que el casamiento, no hay nadie que te enseñe a ser una persona casada”.*

3. Semántica de la reproducción

La segunda semántica identificada remite a la función social de la vejez en el marco de la producción y reproducción de la forma de vida, incorporando una lógica del dar y recibir entre generaciones.

Entrevista N°1: Esta semántica no aparece de forma predominante en la entrevista, pero la “prolongación”, o reproducción de la propia vida, toma la forma de consejos para las nuevas generaciones. Estos consejos se entregan a través de diferentes formas discursivas y en su mayoría, apuntan a prepararlos para la vejez. Preparación que debe ocurrir con tiempo, acumulando recursos y estudiando, ya que vivirán más años que ellas en un mundo donde hay una alta expectativa sobre el éxito individual. Otros consejos, de menor ocurrencia, explicitan que se debe vivir la juventud aprovechándola al máximo, ya que “no hay nada más lindo que vivir”, pero *vivir bien*, lo cual sólo se lograría mediante una preparación activa para la vejez.

Entrevista N°2: Esta semántica se puede evidenciar con claridad a lo largo de todo el discurso que despliegan los entrevistados, pues el poder “entregar” su experiencia a otros les resulta vital. Aquello conecta las experiencias que han acumulado a lo largo de su vida con un futuro que es posible. Aparece aquí la idea de hacerse responsable por las nuevas generaciones son, pues se asume que ellos fueron sus predecesores y modelos.

► *“Están sobrando cosas que hay que entregarlas, está desesperada, la gente el adulto mayor está desesperado por entregar más cosas. Esa es la verdad”.*

► *“Porque no hay respeto, somos mal mirados, muchas veces nos utilizan, entonces hay cosas que nos molestan. Debiéramos ser más mirados como personas que ya llevamos una cultura encima de nosotros, y que podemos entregar mucho más, y debieran de valorar nuestros años, porque tenemos muchas cosas que entregar, y a veces no podemos entregar lo que tenemos porque llegamos a un nivel nada más, de ese nivel no podemos pasar nosotros”.*

Entrevista N°3: Una forma de reproducción que permite darle continuidad a la propia vida, pasa por estar bien con los familiares. En las entrevistadas está presente la idea de que “uno recibe el trato que da”, por lo que si se fue “buena persona” y se mantuvieron relaciones de cuidado con la familia, se recibirán de vuelta esos mismos tratos. Esto implica cierta reciprocidad esperada por parte de sus familiares más cercanos ya que, de la misma forma en que ellas cuidaron a sus hijos, estos deberán cuidar de ellas. Si alguien no entregó cariño, no se puede quejar por no recibirlo. En síntesis, dentro de la familia se imponen modelos que se tienden a reproducir, y cuya finalidad es habilitar las condiciones para ser cuidado durante la vejez.

Entrevista N°4: Esta semántica aparece de forma predominante durante la entrevista a este grupo. La “prolongación” de la propia vida ocurre cuando experiencias acumuladas, y las relaciones que las han nutrido, son comunicadas a las nuevas generaciones y también a sus pares. La vejez se entiende como un periodo en el que se pueden hacer cosas en beneficio de los parientes y de las demás personas, aun cuando sean proyectos que, quienes los realicen, no sean capaz de finalizar. Los entrevistados tienen la conciencia de que son los miembros mayores de las comunidades los que crean los caminos por los cuales transitan las nuevas generaciones y, por ello, buscan activamente ocupar este lugar, que antes fue ocupado por sus padres y abuelos. Esta forma de perpetuarse, mencionan, debería ser facilitada por instancias gubernamentales que impulsaran su participación en la comunidad, favoreciendo así la producción de cierto tipo de legado

-
- ▶ *“Nosotros debiéramos pensar que todo el tiempo vivido, que la gente con la que hemos participado, todas las experiencias que tenemos, reflejarlas cuando uno es de edad y poderse la traspasar a los que vienen detrás”.*
-
- ▶ *“Entonces poder entregar eso, poder entregar un tiempo, porque si dios le ha dado a uno mucho, uno también tiene que devolver. Y devolverlo, porque es una satisfacción interior, decir ‘Chita, mira, yo a mi edad puedo tener canas, puedo tener ya fisuras en mi cara, pero si yo puedo tener energía para poderlo entregar, ¿por qué no?. Y eso es lo que otros adultos mayores hacen, poder atender a otras personas, o sea, devolver esos conocimientos que uno tiene, poderlos entregar a los demás. Y para mí esa parte social, para mí es fundamental.*
-
- ▶ *“Decir esa persona, esa persona, si este mundo todos dicen ‘Qué, estos viejos pa’ allá y pa’ acá’, pero si por esos viejos este mundo está como está, porque esos viejos fueron los que tapizaron o embaldosaron este camino para que nosotros pasáramos. Esos viejos tienen un valor en la sociedad, y ese es el valor que no se reconoce”.*
-

VII. Aportes y proyecciones de la investigación

Plateamos primeramente la observación más general que, nos parece, se deriva con fuerza a partir de las entrevistas: *El envejecer es planteado como una exterioridad*. Por un lado, en todas las entrevistas la vejez es atribuida a otros, no es sentida como propia, o bien, es asumida como algo que es atribuido a uno por parte de otros, desde un afuera.

Por otro lado, en todas las entrevistas el envejecer es algo que acontece en el cuerpo, ocurre en la dimensión de la corporalidad, tanto del cuerpo directamente vivido como del cuerpo como relación al otro, como vivencia exterior (vivencia del otro).

En síntesis, estas dos caras del fenómeno vinculan el envejecer al otro social y la corporalidad, pero en la forma de una sorpresa o una ignorancia fundamental: en tres de las cuatro entrevistas esta exterioridad queda articulada en la experiencia de no darse cuenta del envejecer, del tomarlo a uno por sorpresa, del desconocimiento respecto de la propia condición de vejez.

Nos parece que esta experiencia del desconocimiento y del envejecer como una afectación mediada por la atribución del otro es crucial para comprender la organización de la subjetividad del envejecimiento, pues en ella se articulan de una manera significativa los tres ejes de indagación transdisciplinaria que hemos intencionado en los análisis. En primer lugar, respecto de la condición sociocultural de la experiencia biográfica, la exterioridad y el desconocimiento subjetivo del envejecimiento se manifiesta en una resistencia o malestar respecto de los discursos y etiquetas dominantes en la sociedad. Respecto del eje de la estructuración psíquica del sujeto del envejecimiento, esta tesis pone lo inconsciente en el centro de la pregunta por la vejez y la experiencia íntima del envejecimiento. En tercer lugar, y por último, la relación entre subjetividad y salud es compleja: por un lado el mantenimiento de la salud aparece como un factor positivo para la prolongación de la vida, que es la principal concepción del envejecer que emerge de las entrevistas, pero por otro lado las tecnologías biomédicas aparecen como artificios impuestos desde afuera, por la sociedad tecnologizada.

El envejecimiento vivido como una exterioridad tiene un pivote central en el discurso de los entrevistados: su relación discursiva con lo infantil. En efecto, destaca el discurso acerca de la resistencia de los hablantes mayores a su homologación al infante, toda vez que lo infantil es abordado de un modo degradado, es decir, un mal-decir sobre lo infantil en los mayores. En otras palabras, el habla, en este discurso, resalta el fácil y sutil deslizamiento de la palabra, en primer término, hacia el lugar de lo infantil en la modernidad y tres modalidades básicas de su degradación social: el capricho, la incontinencia y la dependencia. El capricho como una reducción del deseo, la incontinencia (física y emocional) entendida como descontrol y pérdida de voluntad, y la dependencia como una degradación del vínculo, de la necesidad de otros y de la interdependencia.

Los resultados y análisis de la investigación muestran las sombras de este discurso sobre los mayores, pero también su reverso. En efecto, respecto del deseo, las personas mayores enuncian la imposibilidad de situar externamente la verdad inequívoca de éste, por eso, un dispositivo de la palabra, como un grupo de investigación, abre la partida al deseo y permite ofrecer el lugar para tomar la palabra. Una pregunta es consecuencia directa: ¿Las políticas públicas, las prácticas profesionales médicas, comunitarias y afines, la investigación, entre otros campos de intercambio con personas mayores, están ofreciendo ese lugar de escucha para la puesta en escena de la posibilidad de decir algo respecto del propio deseo? Cuando ello no ocurre el terreno del capricho y la obstinación, como acciones reiterativas e insistentes, cobran su lugar y son leídas en clave de molestia por el otro.

En relación a la incontinencia, los “viejos” del discurso degradador son situados en la impotencia del control físico y emocional. De este modo, se pone en serie la metáfora de la incontinencia del control de esfínteres con el afecto a flor de piel, la hipersensibilidad emocional y la respuesta emocional directa e inmediata,

pérdidas de control y de moderación. Los hablantes ubican el efecto benéfico del acceso y experiencia de las emociones, toda una ganancia que devela la relación diversa del sujeto con el inconsciente, donde el efecto de cierta caída de la represión en algunos no produce otra cosa que un efecto de satisfacción. En este sentido, el ideal de templanza, moderación, control de impulsos y emociones, en suma, de autonomía respecto de los afectos opera desde una lógica moderna de sujeto, vale decir, del individuo que se domina a sí mismo.

La dependencia, especialmente articulada en torno a los retornos del declive de algunos rasgos de la corporalidad, es mencionada en un modo degradado. Depender es pender de un otro sin poder ejercer un mínimo de poder, de saber, de localizarse como sujetos ante un discurso que los domina. Es el reverso de la autonomía entendida como sin el otro, deja al adulto mayor y a todo aquel que hable desde la dependencia en un lugar de objeto de desecho, y de todo aquello que evoque ese lugar innombrable que se homologa a la enfermedad corruptible del cuerpo y a la muerte. En efecto, cuando emerge la figura de la enfermedad que perturba al otro y la muerte inminente o cualquier otra fórmula de dependencia total, dirigirse a la muerte parece el paso más evidente. Esta vertiente discursiva es la más compleja y es la que genera más angustia, pero al mismo tiempo, genera mayor determinación: ocupar ese lugar y buscar salir de él constituye un antes y un después, una línea de detención en la prolongación de la vida.

Estas observaciones constituyen un aporte toda vez que invitan a pensar en las perspectivas para el cuidado de sí, de los mayores y en el cuidado desde otros. En términos de esta investigación, la noción de cuidado implica considerar la potencia, uso e impacto de los discursos tanto desde el Estado como desde aquellos lugares que busquen interactuar con adultos mayores. Algunas de estas consideraciones:

- Sobre la degradación: si los mayores se sienten degradados al ser tratados como “viejos”, la lectura fácil sería decir que no lo han asumido. El problema de “empujar a asumir” es nuevamente empujar a definir desde otro lo bueno y lo malo. Este punto es un llamado de alerta a los diseñadores y ejecutores de políticas, instituciones de caridad e incluso de la investigación, a estar atentos y operar en modo prudente, incluyendo la escucha como clave de inclusión en el campo social.
- Sobre los afectos y emociones: en términos generales, el estudio evidencia la relevancia y pertenencia de dejar un lugar de enigma al deseo de los mayores y evitar sobre interpretar, desde la teoría, o desde las necesidades definidas por el otro social o político público. En el terreno de la afectividad se aprecia una ganancia que reclama un lugar.
- Una reinterpretación del don: la semántica de la reproducción implica realizar una transmisión, un desplazamiento hacia otros en términos intergeneracionales. Dejar algo a otros indica una lógica del don que no puede ser interpretada *ex ante* por otros. Un error de definición del don desde la exterioridad sería suponer qué efectivamente se debería transmitir y heredar. La lógica del don es tan variada y diversa que sólo se puede declinar en el caso a caso.
- Sobre las políticas de las edades de vida y los discursos sobre la infancia: la degradación de lo infantil emerge en los discursos de resistencia de los mayores que participaron en la investigación. En efecto, está el temor a ser homologados en ese lugar, del *infans*, del sin voz. La conjunción infancia vejez sólo se pudo develar al des-cubrir que es el “adulto maduro completo, integrado y con voz” quien queda velado en el habla, invisibilizado en términos de poder ejecutante. Si los mayores describen que la vejez les llega desde afuera, tocando la falta y la imposibilidad quiere decir que estas últimas están recubiertas en el adulto medio. Adicionalmente, es perentorio revisar el lugar que la infancia ocupa en términos de vía privilegiada para la degradación y de des-responsabilización del sujeto de la palabra.

VIII. Referencias bibliográficas

1. Baltes, P. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611-626.
2. Baltes, P. B. (1993). The aging mind: potential and limits. *The Gerontologist*, 33(5), 580-594.
3. Blanchflower, DG and Oswald AJ (2008) Is well-being U-shaped over the life cycle?, *Social Science & Medicine* 66, pp 1733-1749
4. Charles, ST and Carstensen LL.(2009) Social and Emotional Aging. *Annu. Rev. Psychol.* 61:383-409
5. Diersch, N., Cross, E. S., Stadler, W., Schütz-Bosbach, S., & Rieger, M. (2012). Representing others' actions: the role of expertise in the aging mind. *Psychological research*, 76(4), 525-541.
6. Featherstone, M., Hepworth, M. (2005). Images of Ageing: Cultural Representations of Later Life. In Malcolm Lewis Johnson, Vern L. Bengtson, Peter G. Coleman, T. B. L. Kirkwood (Eds.), *The Cambridge Handbook Of Age And Ageing* (pp. 354-362). Cambridge: Cambridge University Press.
7. Grady C. (2012) The cognitive neuroscience of ageing. *Nat Rev Neurosci.*13 (7): 491-505
8. Haye, A. & Larrain, A. (2011). What is an utterance? En E. Aveling, I. Kadianaki, M. Märtsin, B. Tyler, B. Wagoner, & L. Whittaker (Eds.) *Dialogicality in Focus: Challenges to Theory, Method and Application* (pp. 33-52). Londres: Nova Science Publishers.
9. Herrera, M. S., Barros, C., and Fernández, B. (2011). Predictors of Quality of Life in Old Age: A Multivariate Study in Chile. *Journal of Population Ageing*, 4(3), 121-139
10. Hess, T. M., & Auman, C. (2001). Aging and social expertise: the impact of trait-diagnostic information on impressions of others. *Psychology and aging*, 16(3), 497-510.
11. Hohman TJ, Beason-Held LL, Lamar M, Resnick SM. (2011) Subjective cognitive complaints and longitudinal changes in memory and brain function. *Neuropsychology* 25(1): 125-30
12. Larrain, A. & Haye, A. (2012). Discursive analysis of experience: alterity, positioning and tension. *Discourse & Society*, 23(5), 596-601. DOI: 10.1177/0957926512455882
13. Mather M, Carstensen LL. (2005) Aging and motivated cognition: the positivity effect in attention and memory. *Trends Cogn Sci.* 9(10): 496-502
14. Muñoz, J. (2002) *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Pirámide
15. Rowe, J. W., and Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37, 433-440.ç
16. Zarebski, G. (2005) *Hacia un buen envejecer*. Buenos Aires: Universidad Maimónides.



CONCURSO DE INVESTIGACIÓN

Adulto Mayor y Envejecimiento

Eméritos UC: Voces de construcción histórica desde un programa de reminiscencias

Ricardo Rosas Díaz
Marcela Tenorio Delgado
Elisa Teresita Torres Faúndez
Escuela de Psicología UC.

I. Resumen

Los “actos de recuerdo” son procesos cognitivos ejecutados a toda edad, su tarea es permitir el viaje mental en el tiempo que impulsa el dateo temporal y hace posibles los juicios de ocurrencia de eventos (Suddendorf & Corballis, 2007; Tenorio & Aparicio, 2012). Esta actividad cognitiva está enriquecida en la tercera edad y, más allá de esto, exploraciones cognitivas y electrofisiológicas han demostrado que ésta es una dimensión que, no solo se sostiene en el tiempo, sino que mejora con los años (Singer, Rexhaj & Baddeley, 2008; Tenorio, 2011). Participar en actividades de reminiscencias, donde se facilitan los “actos de recuerdo”, resulta grato y estimulante para el adulto mayor, entrega un lugar privilegiado para la participación social y ayuda a mantener las funciones cognitivas por más tiempo (Conway & Pleydell-Pearce, 2000; Rubin, Rahhal & Poon, 1998; Rubin, Wetzler & Nebes, 1986). Si esta capacidad presente en los adultos mayores la unimos a la necesidad social de mantener viva la memoria histórica, a fin de preservar lo logros y corregir los errores cometidos, lo que tenemos es un espacio inigualable que nos permite lograr un impacto tanto a nivel individual como social.

En este proyecto se trabajó con un grupo de veintitrés Profesores Eméritos de la Pontificia Universidad Católica de Chile con el fin de lograr una reconstrucción de la historia de esta casa de estudios a partir de la aplicación de un programa de reminiscencias que ha sido previamente aplicado con muestras clínicas. Este es un estudio cualitativo exploratorio, de carácter descriptivo y relacional que sigue los procedimientos de la Grounded Theory (Strauss & Corbin, 2002). Los datos obtenidos en entrevistas grupales semi-estructuradas fueron procesados bajo el lente de Grounded Theory. En el discurso de los Eméritos, la identidad universitaria se aglomera en cuatro ejes de interés: (a) personajes, entendidos como actores que marcan los procesos de cambio y determinan el talante institucional; (b) transformaciones político-sociales, que mantienen la conexión universitaria con la realidad del país; (c) cambios de gestión y administración, que tienen que ver con el funcionamiento mismo de las unidades académicas y (d) epifanías, eventos singulares, muchos de ellos de tipo local, que produjeron cambios sustanciales.

Además de la reconstrucción de la historia universitaria desde sus actores, esta investigación pone bajo el lente el estado de participación de los Eméritos dentro de la comunidad universitaria actual.

II. Antecedentes

1. Eméritos: definición y casos de éxito

Según la Real Academia Española de la Lengua, emérito goza de dos acepciones: (1) (adj). Dicho de una persona que se ha retirado de un empleo o cargo y disfruta algún premio por sus buenos servicios y (2) (adj). Se dice especialmente del soldado cumplido de la Roma antigua que disfrutaba la recompensa debida a sus méritos.

Muchas instituciones universitarias confieren el título de Profesor Emérito como un reconocimiento a la labor docente. El parámetro general suele fijar tres condiciones para conferir este nombramiento: gozar del rango de profesor titular al momento del retiro, haber estado al menos los últimos diez años en la institución y haber realizado contribuciones significativas al desarrollo de su disciplina. La nominación suele ser gestionada por un Comité de Facultad que, en calidad de pares, tiene la posibilidad de establecer si el profesor nominado ha realizado destacadas contribuciones al campo; esta nominación se presenta al Rector, quien se encarga de conferir o negar el nombramiento.

Más que una despedida del mundo universitario, el nombramiento como Profesor Emérito supone una nueva forma de vinculación al medio caracterizada por nuevos derechos y deberes. Muchas universidades del mundo tienen una Facultad de Eméritos que se encarga de administrar este estatus. Harvard, Stanford, Columbia, Cornell y la Universidad de Texas lideran los casos de éxito. En el caso de Harvard, por ejemplo, cada facultad se encarga de mantener la relación con sus eméritos y, de la totalidad de Profesores Eméritos vivos, más de la mitad se mantienen vinculados con la casa de estudios en materias relativas a la docencia, escritura e investigación. Stanford, en cambio, tiene un proceso especial para acompañar el retiro estableciendo que el éxito depende de la participación activa de quien realizará el retiro, preparándose adecuadamente para ello. Los Profesores Eméritos de Stanford son propuestos por cada facultad y refrendados por el Consejo Directivo, luego pasan a ser parte del Consejo Académico donde pueden tomar la palabra y participar en los comités, pero sin gozar de voto. En tanto, la extensión de participación y vinculación, así como el gozar de privilegios como la mantención de sus laboratorios, oficinas o su participación como investigadores principales en proyectos, son asuntos que quedan a cargo de cada director de unidad.

Cornell, por su parte, desde 1982 cuenta con una asociación de Profesores Eméritos¹ que ha impulsado el trabajo de sus asociados en diversos espacios sociales y profesionales a través de diferentes programas y actividades como series de lecturas, almuerzos especiales y programas de voluntariado, entre otros. Esta asociación, además, provee información sobre los beneficios de ser reconocido como emérito según lo establecido por la oficina correspondiente, así como también entrega información general de interés. Al mismo tiempo, la Asociación de Profesores Eméritos de Cornell cuenta con dos programas que buscan mantener la memoria histórica a partir de la recuperación y conservación de documentos de interés y de la “captura de momentos en el tiempo”, lo que supone la filmación de ciertas conferencias que, dada su importancia para el quehacer universitario, deben preservarse.

Por último, vale la pena dar una mirada al ejemplo de Columbia² donde hay una cofradía social y profesional de profesores, investigadores y administrativos eméritos quienes comparten su amplia experiencia en el mundo de la educación con el fin de continuar con sus intereses intelectuales y prestar servicios a la universidad. Esta es una experiencia particular pues incluye a todos los estamentos universitarios en retiro que gozan del título de Emérito.

1. <https://www.emeritus.cornell.edu>

2. <http://www.professorsemeritus.columbia.edu>

2. Reminiscencia en adultos mayores

Las reminiscencias han sido definidas como “el recobro vocal o silente de eventos de la vida de una persona, en soledad, junto a otra persona o en grupo” (Woods, Portnoy, Head, & Jones, 1992). Es una tarea que parece resultar particularmente importante para llegar a aquello que Baltes y Carstensen (1996) han denominado “envejecimiento exitoso”, entendido éste como la obtención y maximización de los logros positivos al tiempo en que se consigue evitar, o minimizar, los aspectos negativos de la vida.

Hay varios aspectos que juegan un rol relevante en este “envejecimiento exitoso”, entre ellos el desarrollo y mantenimiento del control primario (Heckhausen & Schulz, 1995), la selectividad socio-emocional (Carstensen, 1995), la acomodación y asimilación (Brandstadter, 2002) y la optimización selectiva con compensación (Marsiske, Lang, Baltes & Baltes, 1995). Las reminiscencias parecen aportar a través de cuatro procesos que son: formación de identidad y percepción de auto-continuidad, perfeccionamiento del sentido de vida y la coherencia en la preservación de un sentido de experiencia y promoción de la aceptación y la continuidad (Bohlmeijer, Roemer, Cuijpers & Smit, 2007).

El trabajo de reminiscencias tiene metodologías que le son propias. Incluye la discusión de actividades y eventos sucedidos en tiempo pasado, normalmente con otras personas o con otros grupos de personas. Es común que se haga uso de indicaciones y guías tangibles lo que incluye fotografías, objetos familiares, entre otros pues estos facilitan el acceso a la información. Usualmente la aplicación de este método incluye reuniones semanales y cada vez es más frecuente que se vinculen familiares. Dentro de las intervenciones psicosociales, ésta es una de las más utilizadas y mejor calificadas por pacientes y cuidadores en casos de demencia. En términos generales, los estudios han documentado un impacto positivo sobre el estado de ánimo y la cognición (Woods, Spector, Jones, Orrell & Davies, 2005).

Al iniciar un proceso de trabajo basado en este método, es necesario considerar que hay diferentes tipos de reminiscencias, entre ellas están las integrativas, instrumentales, transmisivas, narrativas, escapistas y obsesivas. Solo las reminiscencias integrativas y las instrumentales han mostrado correlaciones con el “envejecimiento exitoso”. Es decir, cuando las reminiscencias se realizan con un propósito en mente, orientadas y dirigidas por un moderador externo, se convierten en predictores positivos de bienestar psicológico en quien las realiza (Cappeliez, O’Rourke and Chaudhury, 2005).

Para lograr que un programa de reminiscencia tenga franco impacto sobre la sensación de bienestar psicológico se requiere de acciones sostenidas en el tiempo. Estudios previos han demostrado que la duración de los programas, así como su frecuencia e intensidad, se correlacionan con el éxito del programa. En meta-análisis, los autores Bohlmeijer, Roemer, Cuijpers & Smit (2007) mostraron que el tamaño de efecto general para los estudios incluidos (17 grupos de contraste) fue 0,54 con una confianza de 95% para el intervalo 0,33-0,75. Con un efecto medio, las terapias de reminiscencias son factores coadyuvantes interesantes durante la tercera edad.

Más allá de la función terapéutica, las reminiscencias constituyen una técnica interesante de trabajo con personas mayores pues recluta funciones cognitivas y emocionales que parecen no declinar con el paso del tiempo. Estudios previos orientados a la comprensión de la transformación de sistemas de memoria en perspectiva de ciclo vital, han mostrado que los adultos mayores son mucho mejores que los adultos jóvenes para procesar información de relevancia histórica y social, consiguen mejor dateo y resultan más resistentes a las falsas memorias (Tenorio & Aparicio, 2012).

En síntesis, los Profesores Eméritos, en su calidad de adultos mayores, son una población en la que tiene sentido explorar el uso de un programa de reminiscencias y su aporte.

III. Metodología

Este es un estudio cualitativo exploratorio, de carácter descriptivo y relacional que sigue los procedimientos de la Grounded Theory (Strauss & Corbin, 2002). Se utilizó un método de estimulación de reminiscencia que enlaza la recuperación de información semántica y, sobre ello, se tejen recuerdos episódicos.

1. Participantes

En este proyecto participaron voluntariamente veintitrés (n=23) Profesores Eméritos de la Pontificia Universidad Católica de Chile. La muestra incluyó 19 hombres y 4 mujeres con decretos de nombramiento sucedidos entre 1999 y 2015. Estuvieron representadas las facultades de Agronomía, Arquitectura, Diseño y Estudios Urbanos, Artes, Ciencias Biológicas, Ciencias Sociales, Derecho, Educación, Filosofía, Física, Ingeniería, Medicina y Teología. El tiempo promedio de vinculación a la Universidad es de 45 años.

2. Procedimiento

Para la realización de este proyecto, en primer lugar, se construyó una base de datos con información relativa a los Profesores Eméritos UC dado que no existía un documento que consolidara la información de todos los docentes que han recibido esta distinción en la Universidad. Para ello, se estableció contacto con el Vicerrector Académico, quien solicitó apoyo al Secretario General de la Universidad quien, a su vez, se contactó con los decanos de cada facultad para recabar la información disponible sobre los Profesores Eméritos de cada unidad. El equipo de investigación recibió la información en un archivo Excel que contenía los nombres de los profesores, el año del decreto de nombramiento, la unidad académica de pertenencia y algunos datos de contacto (información no disponible en todos los casos). Finalmente, se obtuvo una nómina de 137 profesores distinguidos con la condición de Emérito a contar de 1973. La nómina de Profesores Eméritos UC se presenta en el Anexo 1.

Posteriormente, se realizó una estimación basada en el promedio de años que tienen los profesores al momento de su jubilación y el tiempo transcurrido a fin de que tuvieran no más de 90 años durante 2015, año en que se finalizó el proyecto. Una vez realizado el cálculo, se decidió trabajar con profesores cuyo nombramiento hubiera tenido lugar hasta 1989, con lo que el universo se redujo de 137 profesores a 91, de los cuales 13 fallecieron, dos declinaron participar en esta investigación por razones de salud y tres fueron inubicables.

Los 73 profesores restantes fueron contactados por e-mail, o telefónicamente, para agendar un encuentro. Finalmente, la muestra se compuso por 23 profesores que aceptaron participar de la investigación y cuyas agendas permitían su asistencia a las distintas actividades.

A todos los profesores se les invitó a participar de un almuerzo donde se dividieron en grupos de máximo siete personas. Los almuerzos se realizaron en el Campus San Joaquín de la UC y fueron liderados por los investigadores principales del proyecto. En todos los casos el almuerzo se inició con la presentación de los objetivos del proyecto y se les solicitó su autorización para grabar las reuniones. Al mismo tiempo, se aclaró que todo material publicado, donde las citas fueran presentadas con nombre propio, les sería enviado con anterioridad para su autorización.

Además, se realizó un almuerzo previo con dos profesores que se perfilan como futuros Eméritos. Con ellos se realizó una reconstrucción de eventos históricos de interés que fueron utilizados como línea de partida en las reuniones de trabajo. Este fue un encuentro metodológicamente fundamental pues de él se desprendió el conjunto central de eventos de interés y la ubicación de los mismos en términos de fecha y lugar de relevancia. A fin de facilitar la moderación de los grupos, los investigadores realizaron una revisión

exhaustiva de la historia de la universidad, aunque los documentos disponibles para esto fueron escasos (Krebs, Muñoz, & Valdivieso, 1994).

Con los Profesores Eméritos se realizaron siete encuentros, cada uno de ellos con una duración de dos horas. En los almuerzos se presentaron los hitos históricos que habían emergido como relevantes en el trabajo inicial mencionándose el descriptor del evento, (por ejemplo: "inicio del rectorado de Fernando Castillo Velasco"), y una muy breve mención a los años en que sucedió tal evento. Con esta información, en un ambiente distendido, se invitó a los profesores a realizar una reconstrucción de la historia recordada por ellos. La dinámica privilegió la aparición de nuevos temas o la profundización en eventos de interés en función de las características de cada grupo, es decir, no se forzó a realizar una reconstrucción de los eventos señalados. En términos generales, se facilitó la ampliación de información en áreas específicas cuando algo parecía particularmente preocupante para el grupo que participaba del encuentro.

Al comparar esta experiencia con trabajos anteriores hay diferencias fundamentales en dos niveles: primero, éste es un proyecto que se enfoca en el análisis de los contenidos vinculados a la experiencia de reminiscencia, no al impacto mismo de un programa diseñado e implementado sobre mediciones cognitivas o emocionales; la segunda diferencia es que ésta es una experiencia que se aprovecha de la recuperación facilitada por la reminiscencia, pero no es un programa prolongado en el tiempo.

3. Análisis de datos

Posterior a cada encuentro se transcribió la grabación. Se realizó un análisis de contenido cualitativo basado en los procedimientos de codificación abierta, axial y selectiva (Flick, 2004; Glaser & Strauss, 1967; Glaser, 1978; Strauss, 1987; Strauss & Corbin, 2002). El análisis de los datos fue triangulado entre los integrantes del equipo de investigación y terceros expertos ajenos al proyecto, implementando un proceso circular que incluyó la recolección, análisis y presentación de resultados (Milles & Huberman, 2003). La información organizada se ha sintetizado en este documento en ejes que buscan facilitar la lectura, mientras que la información detallada, asociada a cada uno de los participantes, será presentada en un libro.

IV. Desarrollo de la investigación

La voz de los Eméritos invita a pensar a la UC en función de dos ejes fundamentales de transformación: un eje temporal y un eje espacial. En lo temporal aparece una organización en dos vías que se van encontrando y distanciando en el discurso: una primera vía formada por personajes de la vida universitaria y una segunda vía que incluye los eventos transformadores. Este mismo eje surge desde el relato de los Eméritos, configurado desde sus espacios y vivencias locales. Estos relatos enriquecen, desde el punto de vista de distintas facultades y escuelas, la comprensión del desarrollo de la UC en un nivel más amplio.

En la vía espacial, en tanto, todos los Profesores Eméritos reconocen la transformación física de la Universidad, partiendo desde su infraestructura inicial en Casa Central y en el Campus 18 para llegar a los campus y la organización que conocemos actualmente.

1. Los protagonistas de la historia

La UC se construye a partir de las decisiones, opiniones, encuentros y desencuentros sucedidos entre los muchos personajes que han transitado por sus pasillos y aulas. Según los años de permanencia de cada profesor, hay unos personajes más relevantes que otros, pero, aún así, en el discurso de casi todos se repiten una y otra vez las referencias a quienes “hicieron historia” (Sujeto 1). Aunque en la narración estos personajes no emergen de manera ordenada, hacemos un recuento en orden de aparición histórica.

Monseñor Carlos Casanueva. Rector de la Universidad entre 1920 y 1953 aparece en la narración como un enviado a cerrar la Universidad en un periodo de incertidumbre, pero que termina entusiasmándose con el proyecto y sienta las bases de la institución moderna. Es considerado el “verdadero fundador del Alma Mater” (Sujeto 2), como la persona que confiere y forma el espíritu de la UC. Es un personaje que se ha transferido de generación en generación, que es reconocido tanto por los Eméritos más antiguos como por los más jóvenes. Esta transferencia se refiere así:

► *“Me estoy recordando de Juan de Dios Vial, de una opinión que él tenía, que decía: «En la historia, si tú cuentas la historia de la Universidad, tienes que contar la historia de ciertos profesores, de personajes que son como un hito dentro de su escuela». Y él mencionaba a algunos ¿ah?, que no te los podría repetir, pero cuando la institución es pequeña es la fuerza del Monseñor Casanueva” (Sujeto 3).*

Monseñor Alfredo Silva Santiago. Rector de la Universidad entre 1958 y 1967. Es un personaje cargado de controversias y anécdotas que aparece en el discurso de los Eméritos con el mote de “pomposo” debido, principalmente, a sus extravagancias y características personales. Sin embargo, es un personaje al que se le atribuye el proceso de modernización de la casa de estudios bajo dos ejes: la creación de nuevas facultades como la de Ciencias Sociales y Arquitectura y el inicio de las relaciones con Estados Unidos, que permitió la formación de los llamados “Chicago Boys”. Algunos de los entrevistados lo reconocen como “un hombre vaticano y diplomático” (Sujeto 4) y otros, en tanto, lo consideran como el hombre que jugó las cartas que, finalmente, llevaron a la toma de 1967:

► *“(…) y don Alfredo se comprometió tal fecha, y después otra fecha, y después otra fecha. Y, y un poco jugó con los dirigentes estudiantiles y por eso, los dirigentes, hicieron la toma, porque sintieron que no les había cumplido la palabra” (Sujeto 2). Algunos lo refieren como “un hombre vaticano y diplomático” (Sujeto 4).*

Fernando Castillo Velasco. Rector entre 1967 y 1973. Es el único laico, en la historia de la universidad, que fue elegido rector a través de un mecanismo de votación directa. Es recordado como un hombre “de talante político” (Sujeto 4), como un rector que buscó darle a la Universidad un espíritu francamente católico, aunque esto lo llevara a perseguir algunas “utopías”. En la voz de los Eméritos:

-
- ▶ *“Castillo tuvo en eso una preocupación por una universidad comprometida con la sociedad y con los cambios. O sea, en ese sentido, hubo un cambio eh, súper... marcado, digamos, desde la visión en la que uno entró a la universidad, en que era una... una universidad “católica”, católica con mayúscula”. (Sujeto 5)*
-

Castillo es el rector de la Reforma Universitaria y, en consecuencia, las voces políticas de los Eméritos toman forma al hablar de este personaje. Si bien, es visto por algunos como un “gestor de cambio, una magnífica persona por donde se lo mire” (Sujeto 3), otros dicen:

-
- ▶ *“Es una vergüenza cómo llegó a la Universidad Castillo Velasco. (...) ;Es una vergüenza! (...) ;Por qué? ;Por lo inmoral que era! ;Y los, y las eh, las exposiciones que hacía! Y los profesores que trajo. (...) Del rector apoyado por una serie de, de MAPU y de, y de (...) Sí, los marxistas entraron a la universidad en torbellino con esto”. (Sujeto 6)*
-

Cardenal Raúl Silva Henríquez, S.D.B. Canciller entre 1967 y 1974. Está en el centro del conflicto político del país en los años 70. Se desmarca de la influencia militar en la Universidad, lo que es interpretado por los Eméritos de la siguiente forma:

-
- ▶ *“No voy ni a hablar con ustedes, no tengo ningún diálogo, ni nada con los militares, estoy completamente en contra y, por tanto, no voy a llegar con ustedes a ningún acuerdo”. (Sujeto 4)*
-

Es visto como un miembro más liberal de la Iglesia:

-
- ▶ *“(...) como lo he expresado, en Chile predominaba una Iglesia conservadora, muy preocupada por los formalismos, ritos, procesiones y tenidas eclesíásticas, con algunas excepciones como el cardenal Silva Henríquez” (Sujeto 7)*
-

A lo largo del discurso es referido como un hombre que está en las “antípodas de Monseñor Silva Santiago” (Sujeto 8) Se refieren con esto a un hombre diferente a Monseñor Silva tanto en sus ideas políticas, sus acciones como hombre de iglesia y su rol dentro de la vida nacional y universitaria.

Cardenal Jorge Arturo Medina Estévez. Ocupó el cargo de Pro-gran Canciller entre 1974 y 1983, es descrito, en líneas generales, como “profesor en Teología, abogado, especialista en derecho canónico y, más bien, pro Gobierno Militar” (Sujeto 4). El discurso de los Eméritos es reiterativo en señalar que fue un hombre clave para mantener la estabilidad institucional durante el rectorado de Jorge Swett, es recordado como un hombre de “estrechas relaciones con el Vaticano” y en quien se juzga “poca lealtad con el Cardenal Silva Henríquez” (Sujeto 9). Para algunos se trataba de un hombre de “(...) unas peculiaridades, pero tiene una doctrina eh, impecable. Él fue redactor de la Declaración de Principios de la Universidad Católica que es una obra maestra. Y él fue uno de los redactores también del Concilio Vaticano, de algunos documentos. O sea, sí, es una inteligencia superior” (Sujeto 6).

Vicealmirante (R) Jorge Swett Madge. Rector designado por el Régimen Militar y posteriormente confirmado por la Santa Sede, estuvo en el cargo entre 1973 y 1984. Dicen los Eméritos de Swett: *“este caballero, que, que realmente se puso la insignia de la Universidad”* (Sujeto 10). Al comparar este periodo con lo sucedido en la Universidad de Chile, que tuvo varios rectores durante el régimen de Pinochet, al vicealmirante (R) Swett, se le atribuye la mantención de una relativa estabilidad al interior de la institución. Las palabras de uno de los profesores sintetiza la posición, casi unánime, sobre este personaje:

▶ *“A pesar de todo, en la Universidad Católica los conflictos fueron menores gracias al buen sentido común del rector Swett y al respeto del gobierno por una universidad de la Iglesia. Pero eso no quita que era una autoridad impuesta, sin el consenso de los académicos, luego que nuestro rector Fernando Castillo, elegido democráticamente, fuera obligado a renunciar”.* (Sujeto 7)

2. Los eventos transformadores

La historia política y social de la Universidad está marcada tanto por una serie de hitos internos, como condiciones país que parecen determinar su talante actual. Dentro de estos hitos parecen particularmente relevantes la toma estudiantil del periodo de la Reforma Universitaria en 1967, el impacto del Golpe Militar sobre la organización y el periodo de paz y estabilidad de los tres últimos rectorados a cargo de Juan de Dios Vial, Pedro Pablo Rosso e Ignacio Sánchez.

Lo toma estudiantil del 67 representa una epifanía al periodo de Reforma Universitaria, entendido éste como un proceso de transformación administrativa, social, política y académica que sufren las universidades en Chile. En el caso de la Universidad Católica, se llegó a un co-gobierno que desencadenó en la primera -y única- elección de un rector por el claustro estudiantil. Este es un evento que emerge y converge en los discursos de los Eméritos, que hacen nutridas referencias al evento en las que destaca la conexión entre lo que sucedía en la Universidad y la situación del país en ese momento:

▶ *“Porque nosotros somos una institución inserta en lo que pasaba en el país. Y la toma de la Universidad el 67 no se entiende si es que tú no estás mirando el proceso político que se estaba viviendo en Chile, que terminó finalmente con la elección de Allende, que decían, el primer presidente marxista elegido en el mundo”.* (Sujeto 3)

Se considera además un corredor que da continuidad al proceso de modernización que se había iniciado años antes y que sólo en este hito toma forma definitiva:

▶ *“(...) El hito del 67 es ;una cosa más!... de toda una... cambio de rector... tenemos un rector laico por primera vez, pero no es que ahí comienza la historia, ahí comienza la modernización no es cierto, había comenzado de antes, ¿te fijas? y en paralelo (...).”* (Sujeto 9)

▶ *“Pero déjame referirme al 67. Para mí el 67 es un cambio ;mayúsculo!”. (Sujeto 3) Y continúa: “;Es un hito en el país!”. (Sujeto 12)*

De los acontecimientos sucedidos durante esta toma y sus consecuencias posteriores, hay dos hechos que aparecen continuamente: la turbulenta elección del Rector Fernando Castillo Velasco bajo especiales

condiciones políticas y sociales, y el lienzo puesto en el frontis de la Casa Central de la Universidad con la leyenda “Chileno: El Mercurio miente”.

En todos los casos se coincide en señalar que esta toma transforma de manera drástica a la Universidad y constituye un corredor para el periodo de cambio que se mantiene hasta 1973.

El Golpe Militar sucedió en Chile el 11 de septiembre de 1973 y representa el momento en que la Junta Militar tomó el gobierno en reemplazo del presidente Salvador Allende. La Universidad fue intervenida, el Rector Fernando Castillo Velasco fue derogado y, en su reemplazo, la Junta Militar envió al Vicealmirante Jorge Swett a ocupar el cargo.

Los profesores afirman que este *“es el periodo más fijado en nuestra memoria”* (Sujeto 13). Se considera un periodo revestido de una cierta estabilidad conferida por el Rector Swett, único de los rectores designados que se mantuvo en su cargo durante los 17 años de Dictadura. Los profesores recuerdan eventos de intervención de sus unidades, grabaciones y monitoreo de sus conversaciones dentro de los campus universitarios, desvinculación de compañeros de trabajo académico y de funcionarios por sus convicciones políticas, entre muchos otros eventos característicos de este periodo.

El nivel de impacto del Golpe Militar es narrado de diferente manera por cada profesor emérito y parece depender de la unidad académica de dependencia. Facultades como Ciencias Sociales y Arquitectura, Diseño y Estudios Urbanos se vieron profundamente marcadas y transformadas en este periodo a diferencia de Medicina e Ingeniería. Las historias personales de los profesores se entretajan en sus narraciones para tomar forma dentro de las reminiscencias sobre este periodo.

La Universidad fue recuperada por la Iglesia y el primer rector de este nuevo periodo es Juan de Dios Vial. La recuperación de la Universidad toma forma en la misa de posesión del rector Vial, recordada así:

► *“Yo creo que hay una foto de este retorno, que es de la misa que se hace en la Casa Central y donde aparece el Cardenal Silva Henríquez vestido de rojo completo, ¡es íntegro! O sea, rojo, rojo, rojo y mostrando, en el fondo, la felicidad, la alegría que tenía de como recuperar la Universidad para la Iglesia”.* (Sujeto 3)

Los recuerdos de los años posteriores están asociados directamente a la figura de los rectores Rosso y Sánchez, considerados como periodos de expansión y estabilidad.

3. La mirada local

El relato de los Eméritos presenta hitos y personajes que marcaron el desarrollo local de escuelas y facultades. La reconstrucción de la historia local permite comprender, desde distintas miradas, los hitos institucionales que construyen la historia de la UC.

De esta forma, en función de la historia compartida de los Eméritos presentes en cada encuentro, surgen relatos que retratan conflictos internos, personajes clave en el desarrollo de proyectos académicos, tecnologías que cambian el paisaje de cada escuela, entre otros.

Desde la mirada de Arquitectura, y en el marco del periodo de la Reforma Universitaria, se relata lo siguiente:

► *“Ese es un hito acá, el conflicto del 69 cuando se divide la Escuela en tres departamentos (...) que daban el mismo título, pero que enseñaban de maneras distintas (...) entonces formaron tres: departamento de Arquitectura de Obras, departamento de Arquitectura, y departamento de Urbanismo”.* (Sujeto 4)

La modernización institucional puede entenderse desde desarrollos locales. Por ejemplo:

-
- ▶ *“Hay un punto que yo lo encuentro muy importante, al menos en Ingeniería, que no es tanto los edificios, ni los cambios de campus, sino que es el hecho digamos, me parece a mí, del cambio de modelo de, de... de escuela universitaria, cuando Raúl, cuando Raúl Devés determinó que en realidad había que tener profesores jornada completa”. (Sujeto 14)*
-

Y por otra parte, desde Psicología:

-
- ▶ *“Bueno, ahí nos empezamos a plantear los postgrados, hicimos el primer proyecto de postgrado que es bien parecido a lo que es ahora, con menciones y qué se yo”. (Sujeto 5)*
-

4. Cambios de territorio

La relación con el espacio marca el tránsito por la Universidad. Los campus disponibles hoy en día son producto de una expansión que ha ido sucediendo en respuesta al crecimiento y nuevas orientaciones de los proyectos que sustentan a cada unidad académica y, en consecuencia, a sus nuevas necesidades. De esta forma, los territorios que han sido habitados por los Profesores Eméritos dan contexto físico a sus reminiscencias y cuentan con una historia de desarrollo propia.

Resulta particularmente especial, en este proceso de reminiscencias, descubrir pequeños “campus satelitales” que, más que oficinas, han sido espacios donde convergían académicos y funcionarios de la Universidad dedicados a cumplir ciertas funciones y que mantuvieron sus propias reglas y formas de relación con las divisiones de los otros campus.

-
- ▶ *“(...) se había separado, físicamente, no del punto de vista ni administrativo ni formal digamos, pero físicamente primero San Joaquín se vino acá y de aquí se fue a una casita de dos pisos en Bellavista, y ahí armó su... su reino con su secretaria, un estafeta, cuidador, un técnico, un profesor joven que hacía los cálculos...”. (Sujeto 20, hablando de un antiguo profesor de Física)*
-

Así como se han transformado los campus universitarios, las modificaciones, adherencias y nuevos espacios ocupados por la Facultad de Medicina para su servicio asistencial son eventos recordados por varios miembros de la comunidad. Al referirse a este punto es cuando muchos Profesores Eméritos señalan que la misión católica de la Universidad se ha transformado. Su discurso señala que la Universidad pasó de ser un centro católico destinado a la atención y protección de los menos favorecidos a un centro de poder político y económico. En una endurecida posición dicen:

-
- ▶ *“Si la Católica fue creada con una misión determinada, esa misión la han abandonado, y han, eh, se han preferido entre otras cosas, los problemas económicos”. (Sujeto 6)*
-

Por otra parte, se observa que la relación con el territorio tiene un carácter que va más allá de la mera infraestructura y la funcionalidad que ésta tiene para cada proyecto académico. Para los Eméritos, el espacio que ellos habitaron tiene una trascendencia mayor:

-
- ▶ *“Creo que es muy importante cómo uno vive el espacio y esta es una pregunta que tiene que ver con arquitectura, pero yo hablo del espacio vivido, o sea, para mí Campus Oriente fue una experiencia espacial con todas sus oscuridades, sus luces, sus pasadizos, sus emmm... corredores, etcétera, pero te digo, a mí me sale normalmente en mis sueños todavía el Campus Oriente”. (Sujeto 1)*
-

Es por esto que los cambios de campus han tenido un impacto que los profesores hacen notar:

-
- ▶ *“La traída para acá (Campus San Joaquín) como que desvinculó a las unidades académicas del resto de las unidades. (...) Porque el Campus Oriente era un campus (...) que permitía la interacción con (...) tú conocías a la gente. Pero aquí no, esto está hecho para que no se vean. (...) ¡No hay lugares de encuentro!”. (Sujeto 15)*
-

5. Las participación de los Eméritos en la vida institucional actual

Uno de los puntos más relevantes de este proyecto se relaciona con la reacción de los Profesores Eméritos al ser contactados para participar en esta investigación. Los Eméritos sostuvieron que:

-
- ▶ *“Cuando la Universidad más o menos estaba cumpliendo cien años de vida, yo pensaba que yo llevaba prácticamente en ese tiempo como cuarenta años trabajando en la Universidad, y había estudiado seis años. O sea en el fondo, yo de los cien años de la Universidad ¡Había estado la mitad del tiempo! Había estado viviendo en la Universidad, entonces en el fondo, prácticamente no sé, me impresionaba eso, de que una institución que uno decía “cien años”, ya es una cosa como enorme, y uno prácticamente había estado la mitad de ese tiempo dentro de la Universidad”. (Sujeto 14)*
-

La acción de reminiscencia sobre la memoria histórica de la institución es juzgada como una acción necesaria y relevante, pues permite rescatar elementos cotidianos e incluso anecdóticos, no incorporados en los anales de historia oficial y que marcan el talante institucional. Los profesores se consideran a sí mismos como una fuerza institucional valiosa, pero invisible, que debería jugar un rol más activo en cuanto a participación.

V. Análisis y discusión de resultados

Los Profesores Eméritos UC forman una polifonía, una suma de ritmos diversos donde hay tantas posiciones como participantes, todos en un tono diferente, pero con igual importancia. Al ser invitados a reconstruir la historia de la Universidad emergen hitos transversales, vale decir, todos los grupos identificaron los mismos hechos como puntos epifánicos, pero con diferencias a nivel de profundidad y énfasis en unos u otros aspectos.

A su vez, esta polifonía de voces permite reconstruir con riqueza la historia de creación y desarrollo de distintas facultades y escuelas, constituyéndose así las trayectorias locales que dan paso a un desarrollo institucional mayor, articulándose en relación al territorio habitado. De esta forma, se da cuenta de un desarrollo construido en distintos niveles, siendo el sustrato principal los personajes (y los mismos Eméritos que son a la vez personajes y protagonistas), quienes proyectan la misión y visión institucional desde sus espacios de acción, lo que a su vez ha determinado el desarrollo institucional universitario desde sus inicios.

La UC no es la misma que en su fundación, tampoco es igual a la tradicional y católica universidad de principios del siglo XX. De ser una institución pobre, dedicada al servicio de la Iglesia, donde la docencia se consideraba un ejercicio de humildad con el que se honraba a Dios y a la Iglesia, pasa a transformarse en uno de los mejores centros de educación del mundo hispanohablante. De esta forma, se constata un desarrollo de la misión universitaria que ha pasado por distintas etapas, a través del establecimiento de distintos objetivos de desarrollo a lo largo del tiempo, destacándose la orientación al servicio del país y la Iglesia, el impulso académico y la creación de los postgrados. Al mismo tiempo, el incremento de la matrícula, la diversificación y especialización de los campos laborales de cada facultad, el aumento de la inversión en investigación y la creación de un sistema de créditos organizado, son algunos de los muchos cambios experimentados por la casa de estudios.

Estos elementos, que son parte del devenir del proyecto universitario, son presentados por los Eméritos quienes hacen un contraste entre los distintos momentos institucionales, rescatando aquellos que, en su espacio de acción, fueron más relevantes y, sobre todo, aquellos hitos de desarrollo institucional en el que fueron pioneros. Respecto a este punto, es generalizada la crítica a la pérdida de esa voluntad de servicio orientada a los más necesitados, lo que puede comprenderse desde el punto de vista de que esa vocación de servicio fue la que guió el proyecto universitario que ellos construyeron y vivieron en su paso por la institución.

Por otra parte, la voz de los Eméritos pone en evidencia que la institución actual se ha construido a partir de la confluencia de fuerzas internas y externas. Mientras hay movimientos que van transformando a la institución en forma natural, la realidad social del país irrumpe para constituir la amalgama de reminiscencias. La Universidad, desde su fundación hasta la época de la Reforma Universitaria, sigue una línea más tradicional, apegada a los gobiernos de turno y ratifica su dependencia del Vaticano. La toma universitaria y el posterior periodo de reforma es interpretado por algunos eméritos como el “caldo de cultivo” que fortalece la visión comunista que llegará al poder con la elección popular de Salvador Allende como Presidente de Chile. La universidad, entre 1967 y 1973, vive una especie de “experimento social”, se convierte en un espacio de intensos debates y profundas transformaciones institucionales que se ven interrumpidas con el Golpe Militar del 73. Aunque parte de la modernidad que se conoce actualmente se atribuye a este periodo y, particularmente, a la relativa estabilidad que supone, para esa época, tener un único rector designado apoyado en un vicerrector que marca la pauta en las decisiones académicas, muchos profesores se unen para señalar que el costo sobre el tejido social institucional fue tan alto que aún hay coletazos de ello. El retorno de la Universidad a la Iglesia y el retorno a la democracia, reflejan un país mucho más tranquilo y en vías de crecimiento. Parece estar gestando un nuevo periodo que se proyecta como muy relevante para la historia, pero no ha pasado el tiempo suficiente para analizarlo con perspectiva.

Dentro de esta polifonía es particularmente interesante el juego intergeneracional que se observó en este proyecto. Muchos estudiantes se reunieron con sus maestros, ahora ambos en posición de Eméritos; muchos colegas que no se habían visto durante años se reencontraron en este espacio. Algunos que jamás se

habían conocido, compartieron el espacio como parte de un proceso natural. Entre el más joven y el más viejo de los participantes hay una distancia de 32 años, tres generaciones que constituyen tiempo suficiente para que haya muy diversos recuerdos y posiciones frente a la historia. La transferencia de memoria entre profesores puede ser un espacio de investigación interesante pues a otros niveles, por ejemplo entre familias, se han documentado sistemas particulares de transferencia de valores y recuerdos (Faúndez, Cornejo & Brackelaire, 2014).

La relación con el territorio aparece también como una dimensión significativa para los Eméritos durante su trayectoria en la Universidad. Se evidencian, por una parte, los relatos en torno a la proyección y creación de los distintos campus, procesos en que muchos de los Eméritos fueron protagonistas directos desde sus espacios locales. La adquisición de nuevos terrenos, la decisión de crear y diseñar nuevos espacios e infraestructura, son elementos mencionados a lo largo de los encuentros.

Además del aspecto de diseño y proyección de los espacios, surge como relevante el cariz afectivo en la relación con los espacios habitados. El haber sido parte de la creación de ciertos espacios hace que los Eméritos los perciban como propios, como una suerte de legado al proyecto universitario.

El tránsito por distintos espacios es destacado en las historias que surgen de los Eméritos, reflejando la significación que estos tienen en sus recuerdos. La descripción de los espacios se hace con entusiasmo, destacándose el impacto que tuvo el cambio de campus para los profesores de distintas escuelas, lo que evidencia la importancia de estos en su paso por la Universidad.

La reconstrucción de la historia institucional emerge sin dificultad en los encuentros realizados con los Profesores Eméritos. La acción, donde hay una orientación natural hacia la recuperación de eventos históricos a partir de narraciones, se desarrolla en esta experiencia de manera fluida. Hay investigaciones previas que han puesto en evidencia la tendencia natural de los adultos mayores hacia la narración de eventos históricos llamándolos “rememoradores expertos” (Tenorio & Aparicio, 2012). Aunque es difícil establecer dónde se ubica el origen de esta tendencia, es posible hipotetizar que es consecuencia de que la capacidad cognitiva que soporta el proceso de recuperación de eventos socio-culturalmente relevantes, no solo se mantiene sino que mejora con la edad, tal vez, gracias a la mejora de otros procesos como la “inteligencia cristalizada”. Los adultos mayores se muestran particularmente cómodos en las tareas de reminiscencia y esta comodidad se ve reflejada, sin duda, en cada uno de los encuentros realizados en este proyecto.

Más allá del valor que tiene la recuperación de información sobre la historia universitaria, este proyecto consigue documentar la riqueza de un proceso de reminiscencia que tiene un objetivo pre-establecido y que está facilitado por moderadores externos. Estos elementos son relevantes pues confieren un carácter instrumental al proceso y, la mediación externa ayuda a controlar las emociones que pueden desbordar el proceso. Con pequeñas guías externas y un norte claramente definido, los participantes dirigen sin dificultad alguna su conducta, siendo tremendamente productivos. Elementos que son comunes durante la tercera edad como las fallas atencionales, la narración basada en pequeños detalles que no enriquecen significativamente el discurso o giros perseverativos en torno a temas únicos, no aparecen en estos encuentros de Eméritos y esto puede ser un reflejo de estos pequeños controles externos puestos sobre los procesos de narración.

Además de los elementos facilitadores del proceso, es necesario tomar en consideración las características particulares de la muestra con la que se ha trabajado. Los Profesores Eméritos representan a un grupo de adultos mayores destacados que, en la mayoría de los casos, lleva un proceso de “envejecimiento exitoso” (Baltes & Carstensen, 1996). Aunque los Eméritos son profesores retirados por definición, ninguno de los participantes reporta encontrarse totalmente apartado de la vida laboral. Todos mantienen algún tipo de vinculación con la Universidad, que se encuentra en estrecha relación con la unidad académica de dependencia. Hay desde profesores que mantienen su oficina con activa participación docente e investigativa, hasta profesores con pocas horas de dedicación destinadas, en algunos casos, a docencia y, en otros, a investigación o consultorías sin otras responsabilidades o roles. En otros casos, la calidad del envejecimiento aparece relacionada con la integridad de su identidad a partir de las actividades del pasado (Hawkey, Hughes, Waite, Masi, Thisted & Cacioppo, 2008). Todos los casos reportan estar en un momento positivo, muy conectados aún con la institución universitaria y experimentando una especie de retroalimentación en espiral donde lo que sucede en la Universidad (aún en la actualidad) marca su vida personal y viceversa.

Desde la teoría psicológica, Erikson (1979) sugiere que el adulto mayor debe enfrentar la época de la jubilación abocado a la tarea de mantener la integridad del yo, aún frente a la desesperación. Se trata de una etapa de duelos dada la pérdida de roles que estuvieron activos durante muchos años y que exigen la reconfiguración del lugar que se ocupa en el mundo. Así, la jubilación es considerada como el detonante principal de este proceso, momento en que el adulto mayor se verá desvinculado (total, o parcialmente, de sus actividades), con una merma en el ingreso económico y un aumento significativo del tiempo libre. Buena parte de este tiempo será ocupado en el establecimiento de nuevos lazos sociales, pero también en tareas de rumiación que son aquellas situaciones en que las personas invierten tiempo dando vueltas a ideas o pensamientos que no son productivos.

Si bien esta es una teoría interesante, no es aplicable a los Profesores Eméritos quienes han perdido un rol histórico, pero su estatus les lleva a ocupar un nuevo lugar. Su jubilación se ejecuta de manera parcial y el quiebre identitario, por los roles perdidos, se va produciendo de una manera diferente, ya que el rol activo que pueda jugar la institución por acompañarlos y sostenerlos en el proceso parece fundamental.

Todos los participantes expresaron su interés y deseo de mantenerse activamente vinculados a la Universidad, y no como observadores externos que ven la expansión del lugar que ayudaron a construir. Quieren continuar siendo agentes de cambio y transformación. Esta visión resulta particularmente interesante pues abre caminos para la participación en el futuro. Si bien los casos de éxito que se mencionaron anteriormente son modelos interesantes, la propia voz de los participantes permite proponer vías de participación activa a los Eméritos UC.

Ideas como la formación de una Facultad de Eméritos, que goce de algunos derechos y mantenimiento de ciertos deberes, la organización como grupo de acción coordinada al interior de la universidad, la participación en el Consejo Universitario a través de un representante, la vinculación en proyectos de investigación, tanto como parte del cuerpo académico como gestores de fondos de financiamiento que viabilicen las propuestas, tareas docentes con énfasis especial en cursos de formación básica y extensión son los puntos que destacan como propuestas de colaboración.

VI. Conclusiones

La acción de reminiscencia supone la presencia de un sujeto activo e interesado que tiene la capacidad para realizar el viaje mental en el tiempo, ese interesante proceso cognitivo que se agudiza en la tercera edad y que permite rescatar los eventos históricos que constituyen la identidad, tanto individual como colectiva.

Este trabajo nos ha permitido reconstruir la memoria individual de un grupo de Profesores Eméritos de la Pontificia Universidad Católica de Chile que han estado más de 40 años al servicio de la institución. Dados sus roles centrales dentro de la vida universitaria, han sido protagonistas de los actos transformadores del país y de la institución, de tal manera que su relato constituye un rico cuadro de anécdotas e historias. Si se siguiera la metáfora de un tejedor, podría decirse que el eje espacial referido a la transformación de los campus y el eje temporal, referido a los eventos generales y específicos, constituyen los hilos con los que juega el tejedor. Se forma una amalgama de eventos que, al observarlos en su conjunto, muestran las características propias del devenir universitario.

Más allá de lo que aporta esta investigación en términos de conocimiento de la historia universitaria, la experiencia ha sido valiosa para situar en primer plano a los Eméritos. Las nutridas experiencias exitosas que están disponibles a lo largo del mundo, ponen de manifiesto que es interesante, y que vale la pena, que los Eméritos sigan participando activamente de la vida universitaria. Por supuesto, el recambio generacional es fundamental, pero ello no debe ir en detrimento de mantener una activa participación estamentaria donde los Eméritos entreguen su memoria, acción que evitará repetir los mismos errores.

A partir de la información recopilada sugerimos que en la UC se trace como meta de desarrollo a futuro la creación de una facultad para Eméritos, que tenga presencia en los estatutos universitarios y que permita que el grupo de profesores eméritos pueda ejercer sus derechos y deberes a través de una activa participación en la vida universitaria, lo que permitirá, no solo impulsar la Institución y recuperar la memoria histórica, sino que también será una acción que impactará positivamente, a nivel personal, en cada uno de los Eméritos UC.

VIII. Referencias bibliográficas

1. Baltes, M. M., & Carstensen, L. L. (1996). The process of successful aging. *Ageing and Society*, 15, 397–422.
2. Bohlmeijer, E., Roemer, M., Cuijpers, P., & Smit, F. (2007). The effects of reminiscence on psychological well-being in older adults: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 11(3): 291–300
3. Cappeliez, P., O'Rourke, N., & Chaudhury, H. (2005). Functions of reminiscence and mental health in later life. *Aging & Mental Health*, 9, 295–301.
4. Carstensen, L. L. (1995). Evidence for a life-span theory of socio-emotional selectivity. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 151–156.
5. Conway, M., & Pleydell-Pearce, C. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, 107 (2), 261-288.
6. Erikson, E. (1979). *Dimensions of a New Identity*. Estados Unidos: W.W. Norton & Company, Inc
7. Faúndez, X., Cornejo, M. & Brackelaire, J-L. (2014). Transmisión y apropiación de la historia de prisión política: transgeneracionalidad del trauma psicosocial en nietos de ex presos políticos de la dictadura militar chilena. *Terapia Psicológica*, 32(3), 201-216.
8. Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Ed. Morata & Coruña: Fundación Paideia Galiza.
9. Glaser, B.G. (1978). *Theoretical Sensitivity: Advances in the methodology of Grounded Theory*. Sociology Press: New York.
10. Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The discovery of Grounded Theory: Strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter
11. Hawkey, L.C., Hughes, M.E., Waite, L.J., Masi, C.M., Thisted, R.A., & Cacioppo, J.T. (2008). From Social Structural Factors to Perceptions of Relationship Quality and Loneliness: The Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Journal of Gerontology, Psychological Science and Social Science*, 63(6): S375-S384.
12. Heckhausen, J., & Schulz, R. (1995). A life-span theory of control. *Psychological Review*, 102, 284–304.
13. Krebs, R., Muñoz, M.A., & Valdivieso, P. (1994). *Historia de la Pontificia Universidad Católica de Chile, 1888-1988*. Santiago, RM: Ediciones Universidad Católica
14. Marsiske, M., Lang, F. B., Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1995). Selective optimization with compensation: Life-span perspectives on successful human development. En R.A. Dixon & L. Bäckman (Eds.), *Compensating for psychological deficits and declines: Managing losses and promoting gains* (pp. 35–79). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
15. Miles, M., & Huberman, A. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Paris: De Boeck.
16. Rubin, D., Rahhal, T., & Poon, L. (1998). Things learned in early adulthood are remember best. *Memory & Cognition*, 26 (1), 3-19.
17. Rubin, D., Wetzler, S., & Nebes, R. (1986). Autobiographical memory across the life span. In D. Rubin, *Autobiographical Memory* (pp. 202-221). Cambridge: Cambridge University Press.
18. Singer, J., Rexhaj, B., & Baddeley, J. (2007). Older, wiser, and happier? Comparing older adults' and college students' self-defining memories. *Memory*, 886-898.
19. Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Bogotá (Colombia): CONTUS-Editorial Universidad de Antioquia.
20. Strauss, AL. (1987). *Qualitative Analysis for Social Scientists*. Cambridge University Press: San Francisco (CA).
21. Suddendorf, T., & Corballis, M. (2007). The evolution of foresight: What is mental time travel, and is it unique to humans? *Behavioral and Brain Science*, 30, 299-351.
22. Tenorio, M. (2011). *Los Actos de Recuerdo en perspectiva vital: evidencia desde las neurociencias cognitivas*. Tesis para optar al título de Doctor. Manuscrito no publicado.
23. Tenorio, M. & Aparicio, A. (2012). Transformaciones del rememorador: trayectoria del desarrollo y recuerdo de eventos históricos. *Revista Estudios Psicológicos*, 33(1): 113-120.
24. Woods, B., Portnoy, S., Head, D., & Jones, G. (1992). Reminiscence and life review with persons with dementia: which way forward? En B.M.L.Miesen & G. M. M. Jones (Eds.), *Care-giving in Dementia* (pp. 139-161). London: Routledge.

ANEXO 1. Nómina de Eméritos Pontificia Universidad Católica de Chile

Nombre	Facultad	Decreto de Nombramiento	Satus en Investigación
VALDIVIESO BAÑADOS MARIO	Facultad de Arquitectura, Diseño y E. Urbanos	09-04-1973	
GARCÍA-HUIDOBRO TORO FERNANDO	Facultad de Ciencias Biológicas	24-04-1973	
LARRAÍN GARCÍA-MORENO SERGIO	Facultad de Arquitectura, Diseño y E. Urbanos	19-06-1974	
MORALES MALVA JOSÉ RICARDO	Facultad de Arquitectura, Diseño y E. Urbanos	19-06-1974	
IZQUIERDO PHILLIPS ADRIANA	Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas	25-06-1974	
IZQUIERDO PHILLIPS REBECA	Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas	25-06-1974	
CHANA CARIOLA JULIO	Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas	30-09-1974	
GREZ PÉREZ CARLOS	Facultad de Filosofía	08-08-1975	
GREZ PÉREZ CARLOS	Facultad de Educación	18-12-1975	
GUERRERO GUERRERO ROBERTO	Facultad de Educación	18-12-1975	
KREBS WILCKENS RICARDO	Facultad de Educación	18-12-1975	
CASTRO GARCÍA-HUIDOBRO ALFONSO	Facultad de Agronomía e Ingeniería Forestal	19-12-1975	
CORREA VALDÉS CARLOS	Facultad de Agronomía e Ingeniería Forestal	19-12-1975	
COSTABAL ECHEÑIQUE RICARDO	Facultad de Agronomía e Ingeniería Forestal	19-12-1975	
DALGALARRANDO ARRIAGADA JORGE	Facultad de Agronomía e Ingeniería Forestal	19-12-1975	
DURAND CAUBET RAÚL	Facultad de Agronomía e Ingeniería Forestal	19-12-1975	
MONARDES OLIVARES LUIS	Facultad de Agronomía e Ingeniería Forestal	19-12-1975	
SCARPA STRABONI ROQUE ESTEBAN	Facultad de Filosofía	23-12-1975	
OCHOA ESQUIVEL GRACIELA	Facultad de Educación	13-10-1976	
LIRA PÉREZ, SS.CC. OSVALDO	Facultad de Filosofía	10-08-1977	
WEISSENBERGER RAGANZINI PRVISLAV	Facultad de Filosofía	10-08-1977	
KREBS WILCKENS RICARDO	Facultad de Filosofía	31-08-1977	
KUPAREO BERITICH RAIMUNDO	Facultad de Artes	23-10-1978	
CORTAZAR SAGARMINAGA RENÉ	Facultad de Agronomía e Ingeniería Forestal	20-11-1979	
HULLEU DE MUJICA MONIQUE	Facultad de Filosofía	12-05-1980	
HEWSTONE BUROTTO ENRIQUE	Facultad de Ingeniería	05-11-1980	
LUCO VALENZUELA JOAQUÍN	Facultad de Ciencias Biológicas	25-03-1981	
AGUIRRE SILVA JORGE	Facultad de Arquitectura, Diseño y E. Urbanos	04-12-1981	
RIVERA CRUCHAGA VÍCTOR	Facultad de Arquitectura, Diseño y E. Urbanos	04-12-1981	
CRISOSTO AGUILERA LUIS	Facultad de Ingeniería	23-08-1982	
LEIVA MONTERO CESAR	Facultad de Ingeniería	23-08-1982	
ESPINOSA WELLMANN RAÚL	Facultad de Ingeniería	08-08-1983	
DÍAZ BASTIDAS FERNÁN	Facultad de Medicina	16-04-1985	

ORTÚZAR ESCOBAR RAMÓN	Facultad de Medicina	16-04-1985
GUERRERO G. ROBERTO	Facultad de Letras	22-07-1985
HUFF H. CYRIA	Facultad de Letras	22-07-1985
PANERO M. MARTÍN	Facultad de Letras	22-07-1985
WERNER G. HILDGARD	Facultad de Letras	22-07-1985
JIMÉNEZ BERGUECIO, S.J. JULIO	Facultad de Teología	04-12-1985
RIVERA CRUCHAGA CARLOS	Facultad de Física	28-08-1986
OCHSENIUS ELGUETA VÍCTOR	Facultad de Matemáticas	10-11-1986
CIFUENTES GREZ FERNANDO	Facultad de Educación	06-11-1987
GARAY OYARZÚN OSVALDO	Facultad de Educación	06-11-1987
RYCHLOWSKI PALCZYNSKI BRUNO	Facultad de Educación	06-11-1987
DOMINGUEZ CASANUEVA JOSÉ PABLO	Facultad de Matemáticas	27-06-1988
CORTÉS PINTO HERNÁN	Facultad de Matemáticas	27-03-1992
ZAPATER EQUIOIZ HORACIO	Facultad de Historia, Geografía y C. Política	27-03-1992
HANISH ESPÍNDOLA WALTER	Facultad de Historia, Geografía y C. Política	24-08-1992
SIEGEL BORCHARDT WOLFGANG PAUL	Facultad de Educación	15-10-1992
PÉREZ DE ARCE LAVÍN MARIO	Facultad de Arquitectura, Diseño y E. Urbanos	04-12-1992
BALMES PARRAMON JOSÉ	Facultad de Arquitectura, Diseño y E. Urbanos	15-03-1993
CARREÑO MARIO	Facultad de Arquitectura, Diseño y E. Urbanos	31-05-1993
SANTA MARÍA SANTA CRUZ IGNACIO	Facultad de Arquitectura, Diseño y E. Urbanos	19-08-1994
VON MOLTKE STEAVENSON RODOLFO	Facultad de Letras	19-08-1994
VIAL URREJOLA SALVADOR	Facultad de Medicina	21-04-1995
RIESCO GREZ HERNÁN	Facultad de Arquitectura, Diseño y E. Urbanos	17-07-1995
LIVACIC GAZZANO ERNESTO	Facultad de Letras	07-08-1995
MONGE ESPÍNEIRA JUAN IGNACIO	Facultad de Medicina	22-07-1996
GEORGUDIS MAYA BASILO	Facultad de Historia, Geografía y C. Política	19-05-1997
VILLANUEVA MANSILLA FELIPE	Facultad de Matemáticas	20-01-1998
BANNEN LAY GERMÁN	Facultad de Arquitectura, Diseño y E. Urbanos	23-03-1998
GEISSE GROVE GUILLERMO	Facultad de Arquitectura, Diseño y E. Urbanos	23-03-1998
MIRANDA RODRÍGUEZ SERGIO	Facultad de Arquitectura, Diseño y E. Urbanos	23-03-1998
BORGHESI SGOLUPPI FRANCISCO	Facultad de Historia, Geografía y C. Política	21-12-1998
DE RAMÓN FOLCH JOSÉ ARMANDO	Facultad de Historia, Geografía y C. Política	21-12-1998
ARTEAGA LLONA ANTONIO	Facultad de Medicina	03-05-1999
CRUZ MENA EDGARDO	Facultad de Medicina	03-05-1999
FERRETTI DANERI RICARDO	Facultad de Medicina	03-05-1999

FORTUNE HAVERBECK JUAN	Facultad de Medicina	03-05-1999	
QUINTANA VILLAR CARLOS	Facultad de Medicina	03-05-1999	Participó
VILCHES PRIETO EDUARDO	Facultad de Arquitectura, Diseño y E. Urbanos	16-07-1999	Participó
PARADA BARRIOS RENATO	Facultad de Arquitectura, Diseño y E. Urbanos	10-09-1999	
BRAVO VALDIVIESO LUIS	Facultad de Educación	10-01-2000	Participó
VIVEROS PATRITO LILIAN	Facultad de Medicina	12-09-2000	
GONZÁLEZ ECHENIQUE FRANCISCO JAVIER	Facultad de Historia, Geografía y C. Política	15-01-2001	
ALVAREZ MARÍN JAIME	Facultad de Medicina	08-04-2002	
CHUAQUI JAHIATT BENEDICTO	Facultad de Medicina	08-04-2002	
SALVESTRINI RICCI HUGO	Facultad de Medicina	08-04-2002	
MEDINA ESTÉVEZ JORGE	Facultad de Teología	15-05-2002	
RETAMAL FUENTES MARIO FERNANDO	Facultad de Teología	15-05-2002	
ZAÑARTU UNDURRAGA SERGIO	Facultad de Teología	15-05-2002	Participó
LÜDERS SCHWARZENBERG CARL	Facultad de Ingeniería	27-11-2002	
RODRÍGUEZ CRUCHAGA JOSÉ MIGUEL	Facultad de Ingeniería	27-11-2002	
TRONCOSO TRONCOSO JORGE	Facultad de Ingeniería	27-11-2002	
RETAMAL FAVERAU JULIO	Facultad de Historia, Geografía y C. Política	03-01-2003	
VILLALOBOS RIVERA SERGIO	Facultad de Historia, Geografía y C. Política	03-01-2003	
HACHETTE DE LA FRESNAYE DOMINIQUE	Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas	17-06-2003	
MACKAY BARRIGA ALEJANDRO	Facultad de Ingeniería	26-08-2003	
NEGRONI ELLENA FRANCISCO	Facultad de Ingeniería	12-01-2004	Participó
ZAPATA ORMEÑO PATRICIO	Facultad de Medicina	12-01-2004	
GASTÓ CODERCH JOSÉ MIGUEL	Facultad de Agronomía e Ingeniería Forestal	31-05-2004	
GIL SALAYA GONZALO	Facultad de Agronomía e Ingeniería Forestal	31-05-2004	
HERNÁNDEZ MUÑOZ ALEJANDRO	Facultad de Agronomía e Ingeniería Forestal	31-05-2004	
NORERO SCHIAFFINO ALDO	Facultad de Agronomía e Ingeniería Forestal	31-05-2004	
VALDÉS EGUIGUREN ALBERTO	Facultad de Agronomía e Ingeniería Forestal	31-05-2004	Participó
VÁSQUEZ PINILLOS JORGE	Facultad de Ingeniería	31-05-2004	
SÁNCHEZ GONZÁLEZ RAFAEL	Facultad de Filosofía	02-08-2004	
CASANEGRA PRNJAT PABLO	Facultad de Medicina	05-11-2004	Participó
ARMSTRONG VERDUGO ALBERTO JORGE	Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas	09-03-2005	
COURT LOBO JAIME	Facultad de Medicina	09-03-2005	
VIAL CORREA JUAN DE DIOS	Facultad de Ciencias Biológicas	25-05-2005	
HIDALGO OYANEDEL PEDRO	Facultad de Ingeniería	10-08-2005	
FERRANDO PALACIO MIGUEL ANGEL	Facultad de Teología	13-10-2005	Participó

ALBORNOZ GALDAMEZ MARIO	Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas	14-11-2005	
VALDIVIESO DAVILA VICENTE	Facultad de Medicina	14-11-2005	Participó
PALMER TRIAS MONTSERRAT	Facultad de Arquitectura, Diseño y E. Urbanos	25-09-2006	
ALBERTINI BORTOLAMEOLLI RENATO	Facultad de Ciencias Biológicas	20-03-2007	
CAMPOS SANDOVAL MARÍA CECILIA	Facultad de Medicina	08-08-2007	Participó
COEYMANS AVARIA JUAN ENRIQUE	Facultad de Ingeniería	08-08-2007	Participó
VARAS CASTELLON EDUARDO	Facultad de Ingeniería	08-08-2007	Participó
VIAL EDWARDS CRISTIÁN	Facultad de Ingeniería	08-08-2007	Participó
FONTAINE FERREIRA-NÓBRIGA ERNESTO	Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas	04-08-2008	
BORGHERESI RAMIREZ HORACIO	Facultad de Arquitectura, Diseño y E. Urbanos	01-10-2008	
GANÁ OSTORNOL RAFAEL	Facultad de Química	24-04-2009	
DOMINGUEZ COVARRUBIAS BERNARDO	Facultad de Ingeniería	03-12-2009	
IACOBELLI GBRIELLI SERGIO	Facultad de Medicina	03-12-2009	
LOPEZ MORENO JOSE MANUEL	Facultad de Medicina	03-12-2009	Participó
IVELIC KUSANOVIC RADOSLAV	Facultad de Filosofía	06-09-2010	
HIMMEL KÖNIG ERIKA	Facultad de Educación	03-12-2010	Participó
ROSSO ROSSO PEDRO PABLO	Facultad de Medicina	16-08-2011	
WAGNER HANDWERCK GERT	Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas	16-08-2011	
RAMIREZ LEIVA RICARDO	Facultad de Física	04-11-2011	
DUARTE GARCÍA DE CORTÁZAR IGNACIO	Facultad de Medicina	30-03-2012	
CURY URZÚA ENRIQUE	Facultad de Derecho	04-06-2012	
DEL VALLE ALLIENDE JAIME	Facultad de Derecho	04-06-2012	
THAYER ARTEAGA WILLIAM	Facultad de Derecho	04-06-2012	Participó
RUDNICK VAN DE WYNGARD HUGH	Facultad de Ingeniería	02-10-2012	Participó
CASTILLA ZENOBI JUAN CARLOS	Facultad de Ciencias Biológicas	12-03-2013	Participó
OSSA SCAGLIA FERNANDO	Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas	12-03-2013	
QUINTANA GODOY HERNÁN	Facultad de Física	16-09-2013	Participó
MAJLUF SAPAG NICOLÁS	Facultad de Ingeniería	19-11-2013	Participó
AGUILERA RADIC JOSÉ MIGUEL	Facultad de Ingeniería	10-12-2013	
DIXON ROJAS JUAN	Facultad de Ingeniería	10-03-2014	
LANGÉ HAENSGEN ILTA	Facultad de Medicina	10-03-2014	Participó
ARON SVIGILSKY ANA MARÍA	Facultad de Ciencias Sociales	28-05-2014	Participó
MILICIC MÜLLER NEVA	Facultad de Ciencias Sociales	28-05-2014	Participó
FERNÁNDEZ LARRAÑAGA BONIFACIO	Facultad de Ingeniería	25-07-2014	

am
EM 2013

Concurso de Investigación
Adulto Mayor y Envejecimiento



Resultados de la segunda versión



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

