

Revista Argentina de Gerontología y Geriatría



Órgano de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría

Octubre 2025

TOMO XL - AÑO 39 - N° 1

ISSN 2525-1279

Expertos (no tan) cálidos: un análisis sobre el desarrollo de habilidades digitales en mujeres mayores

(Not so) warm experts: an analysis on the development of digital abilities by older women

Influencia del ejercicio físico en los Factores Psíquicos Protectores del Envejecimiento de las adultas mayores en un centro de jubilados de Piñeyro

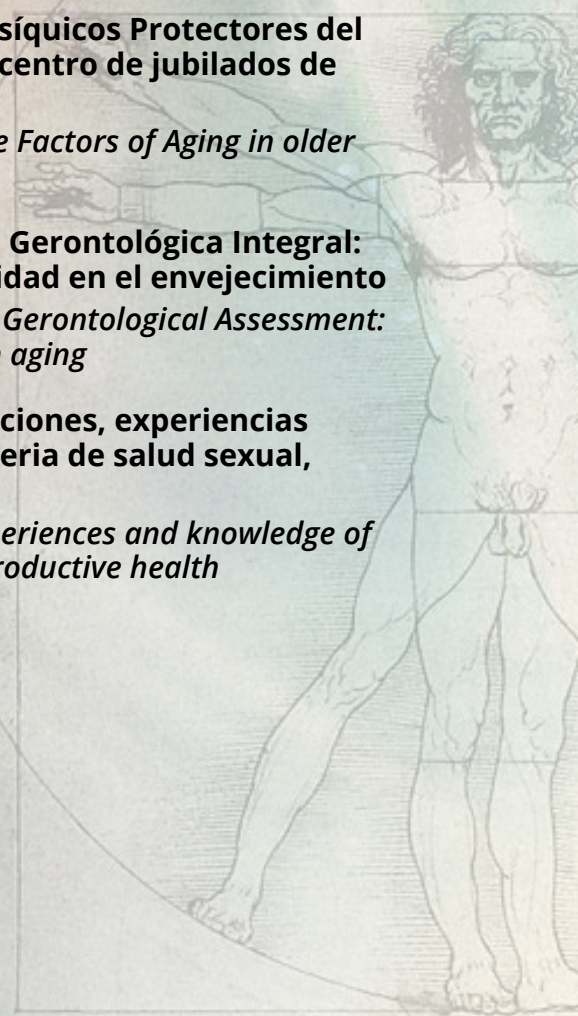
Influence of physical exercise on Psychic Protective Factors of Aging in older women at a retirement center in Piñeyro

Incorporación del FAPPREN-VA a la Valoración Gerontológica Integral: un abordaje psicogerontológico de la subjetividad en el envejecimiento

Incorporation of FAPPREN-VA into Comprehensive Gerontological Assessment: a psychogerontological approach to subjectivity in aging

Sexo maduro, sexo seguro (2015-2024): Percepciones, experiencias y conocimientos de personas mayores en materia de salud sexual, reproductiva y no reproductiva

Mature sex, safe sex (2015-2024): perceptions, experiences and knowledge of older adults on sexual, reproductive, and non-reproductive health



Revista Argentina de Gerontología y Geriatria



Órgano de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria

La Revista Argentina de Gerontología y Geriatria se distribuye exclusivamente entre los profesionales de la medicina y será editada tres veces por año.

Registro Nacional de Derecho de Autor N° 247.102.

Propiedad Intelectual perteneciente a la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria

© 2025 Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria

Reservados todos los derechos.

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones u otros sistemas de reproducción de información sin la autorización por escrito del titular del copyright.

ISSN 2525-1279

Hecho el depósito legal.

Impreso en la Argentina

El material publicado en la Revista Argentina de Gerontología y Geriatria representa la opinión de sus autores y no refleja indispensablemente la opinión de la Dirección o de la Editorial de esta revista. La Revista de la SAGG no se responsabiliza por las opiniones vertidas por el o los autores de los trabajos originales, ni de la pérdida de los originales durante su envío, ni de la exactitud de las referencias bibliográficas.

Propietarios y editores responsables:



SOCIEDAD ARGENTINA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

Av. Córdoba 1352 • C1055AAQ • Buenos Aires, Argentina.

Tel. (54 11) 4372-1689 - (54 11) 4371-8861

info@sagg.org.ar www.sagg.org.ar

Diseño gráfico

ag ARTS & GRAPHICS
11 3457 3777

CONSEJO EDITORIAL

Editor en Jefe

Dr. Moisés Schapira

*Profesor de Medicina del Adulto Mayor, Instituto Universitario CEMIC.
Profesor de Gerontología USAL. Profesor adjunto Medicina Familiar UBA.*

COMITÉ EDITORIAL

Dra. Paula Pochintesta

Doctora en Ciencias Sociales y Licenciada en Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Investigadora Asistente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) en el Programa Envejecimiento y Sociedad de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales FLACSO, Sede Argentina. Profesora Adjunta regular del Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Luján

Dra. Gladys Renzi

Doctora en Ciencias de la Educación, Especialista y Magister en Didáctica y Licenciada en Ciencias de la Educación (UBA). Especialista en Psicogerontología (UMai). Profesora titular, investigadora y extensionista, Directora de la Especialización en Envejecimiento Activo y Saludable de las Personas Mayores (EEASPM) y del Grupo de Estudios sobre Envejecimiento Activo y Saludable (GESEAS), Universidad Nacional de Avellaneda (UNDAV)

Dra. Daniela Carolina Lillo

Especialista en Medicina General. Especialista en Geriatria, Universidad Maimónides (2017). Postgrado en Salud Social y Comunitaria 3ra Cohorte (2008). Curso Superior en Psicogeriatría y Gerontología Institucional (ANA) 2022. Diplomatura Envejecimiento Activo y Saludable UNCO (2023). Médica Cabecera de PAMI

Dra. Rita Gabriela Pizarro

Médica. Máster en Gerontología especializada en Intervención Social. Universidad Europea del Atlántico. Médica especialista en Geriatria, SAGG. Residencia Geriátrica Flores de Azahares, San Juan. CAPS Dr. Carlos Bouthery, San Juan

Dra. Romanela Aguirre

Médica especialista en Clínica Médica y Geriatria. Docente curso superior de Geriatria y Gerontología de la SAGG. Coordinadora curso superior de Geriatria y Gerontología de la SAGG. Médica Hospital José Néstor Lencinas, Mendoza

Dra. María Laura Robledo

Médica especialista en Clínica Médica y Geriatria. Miembro de la Academia Latinoamericana del Adulto Mayor (ALMA). Miembro del grupo DESATAR Argentina (SAGG). Directora Médica Sanatorio Incor, La Rioja. Docente, maestría en Gerontología Clínica, Universidad Barceló. Coordinadora educativa Curso Demencias en el Adulto Mayor (Editorial Médica Panamericana - SAGG)

Dr. Matías Manzotti

Médico especialista en Clínica Médica, Gerontología y Geriatria. Profesor Adjunto en la Maestría en Gestión de Servicios de Gerontología de la Universidad Isalud. Jefe de la Sección de Geriatria del Servicio de Clínica Médica del Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina

Dra. Cecilia Cabello

Médica Clínica. Especialista en Geriatria. (SAGG). Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional. Jefa del Servicio de Gerontología de la Unidad Asistencial César Milstein

Prof. Dr. José Ricardo Jauregui

Doctor en Medicina. Profesor Adjunto Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de La Matanza. Director y Fundador de la Unidad de Investigación en Biología del Envejecimiento (UIBE) del Hospital Italiano de San Justo Agustín Rocca. Director Médico de We Care. Presidente de la IAGG

Prof. Dra. Margarita R. Murgieri

Doctora en Medicina. Médica Especialista Consultor en Geriatria. Magíster en Gerontología Social Aplicada (Universidad de Barcelona). Secretaria Académica de la Universidad de Morón

COMITÉ ASESOR CIENTÍFICO

Ricardo Allegri

Doctor en Ciencias Médicas y Profesor de Neurología (UBA), Jefe de Neurología Cognitiva, Neuropsiquiatría y Neuropsicología (Fleni) Buenos Aires, Argentina

Antonio A. Burgueño Torijano

Médico especialista en Medicina Preventiva, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, España

Gustavo Duque

Doctor en Medicina, Jefe Departamento de Medicina Interna y Director del Instituto Australiano de Ciencias Músculo-esqueléticas Universidad de Melbourne y Western Health, Australia

Fernando Gómez Montes

Profesor Titular Sección de Geriatria Clínica, División de Medicina Interna. Departamento Clínico Quirúrgico. Programa de Medicina. Facultad de Ciencias para la Salud, Universidad de Caldas. Director grupo de Investigación en Gerontología y Geriatria, Grupo A Colciencias. Universidad de Caldas, Colombia

Luis Gutiérrez Robledo

Doctor en Ciencias Médicas por la Universidad de Burdeos, Especialista en Geriatria por la Universidad. de Grenoble y Director General Instituto Nacional de Geriatria de los Institutos Nacionales de Salud de México, México

Marianela F. de Hekman

Médica Geriatra. Centro do Envelhecimento Hosp. Moinhos de Vento, Hospital São Lucas - PUC - RS, Brasil

Roberto Lourenco

Doctorado, Instituto de Medicina Social, Universidad do Estado do Rio de Janeiro, Academia Latinoamericana de Medicina del Adulto Mayor (ALMA), Miembro del Comité Ejecutivo, Brasil

Carlos Musso

Doctor en Medicina, Profesor de Fisiología Humana de Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires, Jefe de las áreas de diálisis peritoneal y fisiología clínica del Servicio de Nefrología del Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

Dr. Julio Nemerovsky

Presidente Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria. Profesor Titular en Instituto Universitario Fundación Barceló. Jefe de Trabajos Prácticos en Universidad Nacional de La Matanza. Profesor Adjunto en Universidad Maimónides. Investigador en Instituto Universitario Fundación Barceló y Universidad Maimónides. IAGG Council Member por SAGG

M. Julieta Oddone

Profesora Titular de Sociología de la Vejez, Facultad de Ciencias Sociales de la UBA y de la Carrera de Relaciones del Trabajo. Investigadora Principal del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de la Nación Argentina (CONICET) Buenos Aires, Argentina

Leocadio Rodríguez Mañas

Doctor por la Universidad Autónoma de Madrid. Profesor Titular de Geriatria en la Universidad Europea de Madrid. Jefe de Servicio de Geriatria, Hospital Universitario de Getafe, España

Susana Rubinstein

Licenciada en Terapia Ocupacional. Directora Nacional de Políticas para Adultos Mayores. Secretaria Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, Buenos Aires, Argentina

Marcelo Schapira

Director de la Carrera de Especialista en Geriatria, Universidad de Buenos Aires. Jefe Unidad de Evaluación Funcional de Anciano - Sección Geriatria, Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina

Dra. María Florencia Tartaglino

Doctora de la UBA, Facultad de Medicina, en el área de Humanidades Médicas. Investigadora Adjunta CONICET. Coordinadora del Programa Acompañando al Cuidador, Fundación Ineba. Instituto de Neurociencias Buenos Aires – INEBA

Dra. Carolina Feldberg

Licenciada en Psicología Facultad de Psicología, UBA. Especialista en Neuropsicología Clínica. Facultad de Psicología, UBA. Doctora en Humanidades Médicas, Facultad de Medicina, UBA. Investigadora CONICET. Docente Facultad de Psicología, UBA

Prof. Dr. Hugo Norberto Catalano

Jefe del Servicio Clínica Médica, Hospital Alemán. Centro Afiliado Red Cochrane IberoAmericana. National partner of the MacGRADE Centre. Miembro Grupo GRADE. Profesor Adjunto de Medicina Interna. SubDirector Carrera Médico Especialista Universitario en Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Facultad de Medicina, UBA

Lic. Paulina Czyzyk

Licenciada en Kinesiología y Fisiatria, UBA. Profesora titular Cátedra de Psicomotricidad y Neurodesarrollo, Carrera de Kinesiología, Facultad de Medicina, UBA

Acad. Dr. Jorge Alberto Neira

Médico intensivista. Miembro de Número de la Academia Nacional de Medicina. Fellow American College of Critical Care Medicine. Fellow American Association for the Surgery of Trauma. Consultor Unidad de Cuidados Intensivos, Sanatorio de la Trinidad Palermo. Presidente de la Fundación Trauma. Presidente del Consejo de Certificación de Profesionales Médicos de la Academia Nacional de Medicina

Lic. Mónica Gottschalk

Licenciada en Fonoaudiología (Universidad del Museo Social Argentino). Doctorado cursado (Universidad del Museo Social Argentino). A cargo del Servicio de Fonoaudiología y Clínica Fonodeglutoria en Centro “Hirsch” Internación - Rehabilitación Adultos y Adultos Mayores. Coordinadora Grupo Estudio y Capacitación “Trastornos Fono-respiratorio-deglutorios en Adultos”

Prof. Dra. María Isolina Dabove

Investigadora del CONICET en la Facultad de Derecho, UBA. Profesora Titular de Derecho de la Vejez en la UBA, UNR y UNC. Directora de la Maestría en Derecho de la Vejez de la UNC. Titular de Derecho de la Vejez en la UBA, UNR y UNC. Directora de la Maestría en Derecho de la Vejez de la UNC

Dra. Diana Olga Cristalli

Doctora en Medicina Especialista Consultor en Neurología. Docente Investigador de la Cátedra de Neurología de la Facultad de Ciencias Médicas U.N.L.P. Profesor Adjunto de la Cátedra de Neurología de la Facultad de Ciencias Médicas U.N.L.P. Miembro del Grupo de Trabajo de Neurología del Comportamiento y Neurociencias Cognitivas de la Sociedad Neurológica Argentina

Dra. Cynthia Mariñansky

Médica Geriatra de Planta de la Unidad de Geriatria del Hospital Durand. Directora Ejecutiva de International Longevity Center, Argentina. Directora de la Especialización en Geriatria de la Universidad Maimónides. Docente adscripta a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires

Dra. Teresa Martínez Rodríguez

Doctora, Universidad de Oviedo. Licenciada en Psicología, Universidad Complutense de Madrid. Diplomada en Gerontología Social por la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Miembro del grupo de investigación Evaluación Psicométrica de la Universidad de Oviedo

Lic. Magalí Risiga

Licenciada en Terapia Ocupacional. Especialista en Psicogerontología. Coordinadora Programas Preventivo Terapéuticos y Asistenciales de Estimulación de la Memoria. Docente de posgrado en Universidad Maimónides y Untref

Dra. Myriam Monczor

Médica psiquiatra. Presidenta del Capítulo de Psicogeriatria de APSA. Presidenta de la Fundación de Docencia e Investigación en Psicofarmacología (FUNDOPSI). Coordinadora del Programa de Adultos Mayores de Proyecto Suma. Miembro del Capítulo de Psicogeriatria SAGG

Dra. María Inés Passanante

Doctora en Sociología. Asesora del Instituto para el matrimonio y familia de la Pontificia Universidad Católica Argentina (UCA) Buenos Aires, Argentina

Dra. Paula Daniela Hermida

Licenciada en Psicología, Facultad de Psicología, UBA. Doctora en Humanidades Médicas, Facultad de Medicina, UBA. Investigadora Asistente del CONICET Instituto de Investigaciones Cardiológicas ININCA-UBA CONICET. Jefa de Trabajos Prácticos en la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.



Comisión Directiva 2024 – 2027

Presidente:	Dr. Matías Edgardo Manzotti
Vicepresidente:	Dra. Romina Karin Rubin
Vicepresidente Gerontológico:	Lic. Edgardo Oscar Di Virgilio
Secretaria General:	Dra. Graciana Alessandrini
Prosecretario:	Dra. Fabiana Noemí Giber
Secretario de Actas:	Dra. Cecilia Elvira Cabello
Tesorero:	Dr. Mariano Alejandro Quezel
Protesorero:	Dra Mayra Villalba

Vocales Titulares

Dr. Roberto Daniel Gavazzi	Dra. Wanda Gisbert
Dra. María Clara Perret	Dr. Carlos Engel
Dr. Marcelo Carlos Schapira	Dra. Yamilia Antolini
Lic. Alejandro David Sneibrum	Dra. Olga Blanco
Dr. Miguel Angel Ciorciari	Dra. Miriam Rozenek
Mt. María Reina Guillemi	

Vocales Suplentes

Dr. Ricardo Iacub
Dr. Lucas Goldin
Dra. Claudia Pino

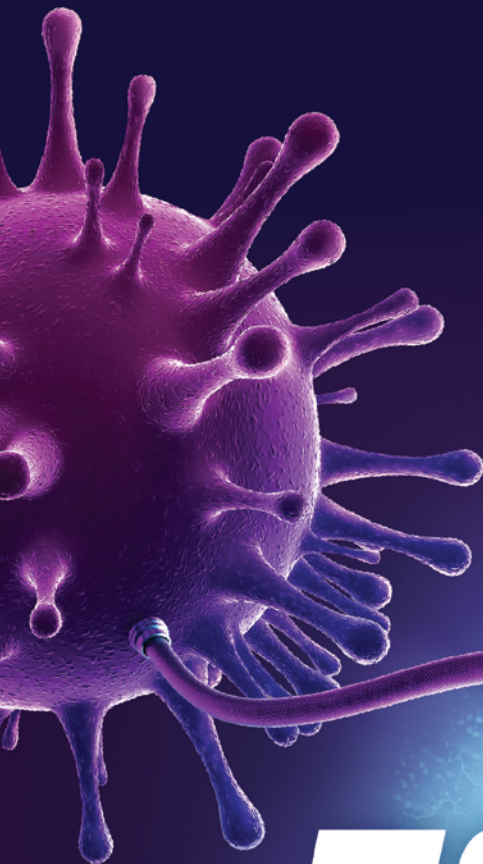
Comité Asesor

Dr. Julio Leonardo Nemerovsky
Prof. Dra. Margarita Rosa Murgieri
Prof. Dr. José Ricardo Jauregui
Dr. Hugo Alberto Schifis
Dr. Isidoro Fainstein

Tribunal de Ética 2024-2030

Prof. Dra. Adriana Maria Adela Alfano
Dr. Ricardo Alejandro Blanco
Dr. Isidoro Fainstein
Prof. Dr. José Ricardo Jauregui
Prof. Dra. Margarita Rosa Murgieri

PARA ADULTOS +65 AÑOS



Efluelda

**LA PRIMERA Y ÚNICA
VACUNA ANTIGRIpal TETRAVALENTE
DE ALTA DOSIS**

QUE HA DEMOSTRADO UNA **PROTECCIÓN SUPERIOR**
FRENTA A LA GRIPE EN ADULTOS 65+ AÑOS

VS VACUNA ANTIGRIpal DE DOSIS ESTÁNDAR ¹⁻²

Contenidos

Tomo XL - Vol. 39 - 1ª Edición. Octubre 2025

EDITORIAL

Para proyectar vejez reales hay que partir de vidas reales

Projecting real old ages requires starting from real lives

Para projetar velhices reais é preciso partir de vidas reais

M. R. Guillemi

3

ARTÍCULO ORIGINAL

Expertos (no tan) cálidos: un análisis sobre el desarrollo de habilidades digitales en mujeres mayores

(Not so) warm experts: an analysis on the development of digital abilities by older women

Especialistas (não tão) próximos: uma análise sobre o desenvolvimento de habilidades digitais em mulheres idosas

M. del R. Guzzo

Rev. Arg. de Gerontología y Geriatria;Vol 39(1);6-14

6

ARTÍCULO ORIGINAL

Influencia del ejercicio físico en los Factores Psíquicos Protectores del Envejecimiento de las adultas mayores en un centro de jubilados de Piñeyro

Influence of physical exercise on Psychic Protective Factors of Aging in older women at a retirement center in Piñeyro

Influência do exercício físico nos Fatores Psíquicos Protetores do envelhecimento das mulheres idosas em um centro de aposentados de Piñeyro

G. Renzi, M. F. Bengohechea

Rev. Arg. de Gerontología y Geriatria;Vol 39(1);15-22

15

ARTÍCULO ORIGINAL

Incorporación del FAPPREN-VA a la Valoración Gerontológica Integral: un abordaje psicogerontológico de la subjetividad en el envejecimiento

Incorporation of FAPPREN-VA into Comprehensive Gerontological Assessment: a psychogerontological approach to subjectivity in aging

Incorporação do FAPPREN-VA à Avaliação Gerontológica Integral: uma abordagem psicogerontológica da subjetividade no envelhecimento

G. Zarebski, J. Xifra

Rev. Arg. de Gerontología y Geriatria;Vol 39(1);23-32

23

ARTÍCULO ORIGINAL

Sexo maduro, sexo seguro (2015-2024): Percepciones, experiencias y conocimientos de personas mayores en materia de salud sexual, reproductiva y no reproductiva

Mature sex, safe sex (2015-2024): perceptions, experiences, and knowledge of older adults on sexual, reproductive, and non-reproductive health

Sexo maduro, sexo seguro (2015-2024): Percepções, experiências e conhecimentos de pessoas idosas em matéria de saúde sexual, reprodutiva e não reprodutiva

G. Krieger, C. Lupi, L. Weitz, C. Valeriano, M. Curia, M. Gutierrez

Rev. Arg. de Gerontología y Geriatria;Vol 39(1);33-44

33



Objetivos, alcance y misión

La Revista Argentina de Gerontología y Geriatria (R.A.G.G.) es el Órgano Oficial de difusión de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria (S.A.G.G.), dedicada al estudio y actualización de la Especialidad.

La Revista se fundó en el año 1981 y su edición en papel continuó hasta el año 2016, momento en el cual se decidió seguir editándola electrónicamente en la página web de la S.A.G.G.; se publica en los meses de abril, agosto y diciembre de cada año, en idioma castellano y con sus respectivos resúmenes en idioma inglés y portugués.

Esta publicación está dirigida a geriatras y gerontólogos y su objetivo es conseguir la difusión y actualización de los conocimientos propios de la Especialidad, buscando un intercambio académico y científico con profesionales de diversos países; otro de sus propósitos es permitir que el trabajo de los geriatras y gerontólogos de toda la Región Latinoamericana puedan dar a conocer sus producciones científicas a nivel internacional.

La Revista permite el acceso libre inmediato a su contenido (Acceso Abierto) con el fin de poner gratuitamente a disposición de los profesionales información actualizada sobre la geriatría y gerontología nacional e internacional. La R.A.G.G. adhiere a las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas y cumple los Requisitos de Uniformidad para Manuscritos enviados a Revistas Biomédicas (documento disponible en: www.icmje.org); en la actualidad es financiada por la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria.



María Reina Guillemi*

EDITORIAL

Para proyectar vejeces reales hay que partir de vidas reales

Projecting real old ages requires starting from real lives

Para projetar velhices reais é preciso partir de vidas reais

En gerontogeriatría, hablar de vejeces reales implica mirar más allá de diagnósticos, escalas o protocolos. Es reconocer que cada persona es también su época, su historia y sus entornos. Ningún síntoma existe fuera de contexto, ni trayectorias sin un tiempo en el que se vivieron. Significa considerar también sus pérdidas, sus recursos, sus vínculos y su modo de estar en el mundo. Esta editorial se centra en la figura de Bedřich Smetana, no como un caso aislado, sino como reflejo de muchos. Al detenernos en su recorrido, proponemos un ejercicio esencial para nuestra práctica: si aprendemos a mirar con profundidad una vida, estaremos más preparados para acompañar muchas otras. Bedřich Smetana nos permite leer en su historia mucho más que una biografía musical: una oportunidad para revisar cómo entendemos el envejecimiento, la enfermedad, y, sobre todo, la práctica clínica y los modelos de atención que sostenemos.

Los invito a escuchar el poema sinfónico “El Moldava” mientras avanzan con estas líneas: <https://www.youtube.com/watch?v=VW-u7jTW5LE>

Un poema sinfónico es una pieza de música orquestal, por lo general en un solo movimiento, que describe con música un tema literario, poético o un paisaje, en este caso puntual un río, el más extenso de la República Checa. Es conocido que el río es uno de los símbolos más frecuentes cuando hablamos de la vida.

Los invito a mirar la vida real de Bedřich Smetana y luego extender la mirada a otras personas.

Smetana comienza “contándonos” el Moldava desde su naciente una fría y una caliente representadas en la flauta y el clarinete, desde allí describe los paisajes, mitos y costumbres de su Bohemia natal, (que por

* Musicoterapeuta. Diplomada en Gerontología
Presidente Gerontológica XX Congreso SAGG 2024

esos años formaba parte del Imperio Austrohúngaro, y donde el alemán era el idioma "oficial") hasta su desembocadura en el Elba.

Nació el 2 de marzo de 1824 en Litomyšl (Bohemia). Su padre era comerciante y músico aficionado, quien lo estimuló desde muy pequeño a tocar el violín. Despertó en él el amor por la música folclórica checa, que más tarde influiría en sus composiciones por su fuerte identificación con el nacionalismo checo imperante.

Estudió piano y composición, trabajó como profesor de música; compuso óperas, obras para orquesta, música de cámara, coral y vocal, también obras para piano.

Se casó y tuvo cuatro hijas, de las cuales fallecieron tres. También enviudó. Luego se casó por segunda vez y tuvo dos hijos más.

La información sobre su historia clínica nos llega de su vida es a través de sus diarios y correspondencia a lo largo de los años.

A los 38 años, en una carta a su esposa, describe que a veces escucha "dos voces masculinas en sol mayor, con un profundo sonido de órgano, que desaparecían cuando sacaba la cabeza fuera del carruaje." Los acúfenos nunca lo abandonaron.

A los 42 años fue nombrado Director Principal del Teatro Provisional de Praga, cargo que ocupó durante 8 años.

A los 50 años, describe en una carta una "úlceras purulenta" en la garganta que rápidamente evolucionó a una pérdida auditiva bilateral con incremento del tinnitus. Así tenemos a otro **músico sordo**. Este es uno de los motivos que me lleva a hablar de él. Junto con Ludwig van Beethoven, Smetana es uno de los pocos compositores que continuaron creando obras musicales estando completamente sordos. Compuso "*El Moldava*", que forma parte de "*Má Vlast*" (*Mi Patria*), su ciclo sinfónico más ambicioso, en 1874, cuando ya había perdido totalmente la audición.

Su enfermedad lo obliga a renunciar a la dirección del teatro. En una carta escribe: "*No podía ni dar clases, ni dirigir, ni tocar en público, sólo podía componer.*" Su capacidad creativa estaba intacta.

Algunas frases interesantes de sus cartas:

"Escuchar sin oír." *"Sigo componiendo solo para que las personas puedan saber qué sucede en la cabeza de un músico cuando atraviesa un estado como el mío."*

Es en esos difíciles tiempos cuando en tan solo 19 días escribe la obra que, supongo, están escuchando.

Se sometió a los tratamientos de la época, muchos de ellos crueles desde nuestra perspectiva actual: moxibustión, aplicación de corriente eléctrica, ungüentos en todo el cuerpo que implicaban un mes de aislamiento, duchas de aire en el oído...

Durante esos diez años continuó componiendo, a pesar de que su estado fue deteriorándose, con alucinaciones auditivas, vértigo, ACV, demencia con pérdida de memoria a corto y largo plazo. Todos estos datos están documentados en sus cartas y diarios.

Sus últimos días los pasa en una institución. No reconocía a su familia ni a sus amigos. Las alucinaciones eran constantes, y se tornó peligroso para sí y para los otros. Mostraba una hemiparesia facial derecha y su lenguaje era incomprensible.

Fallece a los 60 años. La causa de muerte que figura en los registros es "demencia senil". Esta es la segunda razón por la que incluyo su vida en esta exposición.

El Dr. Anton Neumayr, en su libro "*Music and Medicine*", sostiene que la enfermedad de base de Smetana fue sífilis, basándose en los síntomas que describe en sus cartas y la posterior autopsia. Menciona, entre otras cosas, el adelgazamiento de las meninges y del nervio acústico en ambos lados, gris y más delgado de lo normal.

Los criterios médicos de la época evidentemente no son los actuales. Tampoco el resto de las profesiones de salud tenían formación académica formal.

Una de las indicaciones que recibió Smetana cuando tuvo lo que hoy llamaríamos un ACV fue:

“El médico me prohíbe leer más de un cuarto de hora y me ha prohibido por completo hacer cualquier cosa con la música... No debo pensar en nada. Puede que ni siquiera lea o imagine, en mi propia mente, composiciones u obras de otros.”

¿Qué indicaciones tendría hoy este paciente?

Para producir cambios es indispensable pensar fuera de la caja. ¿Estamos dispuestos a cuestionar los “porque es así”?

Fíjense que la música de Smetana hoy sigue comunicando: habla de las regiones que recorre el Moldava, la partida de caza, la fiesta con el baile de la polca, los habitantes nocturnos, el *leitmotiv* o el recuerdo de quién soy, los rápidos de San Juan, nuevamente el *leitmotiv*, igual pero distinto, la llegada a Praga, el saludo al Castillo de Vyšehrad y la fusión con las aguas del Elba para finalmente llegar al mar.

Esa persona, que tuvo una vida real, lejos de ser fácil, compuso para que un equipo, una orquesta, en este caso, toque. **Juntos**, pero cada uno con su instrumento. **Juntos**, respetando el tempo y las indicaciones del director. **Juntos**, con un mismo código.

A pesar de su deterioro, tenía una urgencia de crear. Tenía mucho que decir. Hoy nos sigue hablando, llevándonos a través de paisajes: podemos “viajar en música”.

La vejez real trae, como una mamushka, una vida pasada real, que como las composiciones de Smetana (y de tantos otros músicos), nos cuenta su historia, o una parte de ella.

Cada uno de nosotros, como miembros de un equipo gerontológico, tiene la obligación de mantener una comunicación efectiva intraequipo, lo que redundará en una mejor comunicación con el paciente y su familia.

Ya no podemos mejorar la calidad de vida de Smetana. Quienes lo atendieron actuaron correctamente según los conocimientos y protocolos de su época. Nosotros, hoy, tenemos la obligación de formarnos, actualizarlos y producir innovaciones, **con y para personas reales, para proyectar vejez reales.**

Por esa razón nos formamos y actualizamos.

Para terminar, recordemos lo dicho por Hipócrates en “Epidemias I”, Sección 23: ***“En cuanto a las enfermedades, considera al paciente y su constitución, su procedencia y sus costumbres.”***

Referencias

1. Hipócrates. (n.d.) Epidemias I, Sección 23.
2. Neumayr, A. (1997). Music and medicine: Chopin, Smetana, Tchaikovsky, Mahler (Vol. 3). Medi-Ed Press.
3. Pérez-Camacho, M. I., & García-García, F. J. (2022). Geriatria para clínicos. Editorial Médica Panamericana.
4. Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. The Gerontologist, 37(4), 433-440. <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
5. Sacks, O. (2007). Musicofilia: Relatos de la música y el cerebro. Alfaguara.
6. Wade, D. T., & Halligan, P. W. (2017). The biopsychosocial model of illness: A model whose time has come. Clinical Rehabilitation, 31(8), 995-1004. (<https://doi.org/10.1177/0269215517709890>)
7. World Health Organization. (2015). World report on ageing and health. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>
8. YouMoreTv – Cultura. (n.d.). “El Moldava” de “Mi Patria”. Bedrich Smetana [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=VW-u7jTW5LE>

ARTÍCULO ORIGINAL

Expertos (no tan) cálidos: un análisis sobre el desarrollo de habilidades digitales en mujeres mayores

María del Rosario Guzzo¹

¹Profesora en Sociología por la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (FaHCE) de la Universidad Nacional de La Plata, Centro Interdisciplinario de Metodología de las Ciencias Sociales (CIMECS - IdIHCS). Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)

Correo electrónico: rosarioguzzo91@gmail.com

Contribución de autoría y conflicto de intereses y/o financiación: Por medio de la presente manifiesto que el trabajo presentado a continuación es de mi autoría (y no han participado en la elaboración del mismo otros autores). Este surge de una investigación doctoral en curso, financiada mediante una beca interna doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). No persigue ningún interés financiero, directo ni indirecto. Tampoco ha sido publicado previamente ni se encuentra bajo consideración de publicación en otra revista; si bien se prevé que una versión revisada y ampliada del mismo pueda ser incluida como parte de la tesis doctoral en cuestión.

Recibido el 3 de enero de 2025; aceptado el 8 de mayo de 2025.

RESUMEN

Objetivo: El trabajo analiza los procesos de adquisición y desarrollo de habilidades digitales desplegados por mujeres mayores residentes en el Gran La Plata a lo largo de sus trayectorias biográficas en entornos informales de aprendizaje, interpretándolos a la luz del concepto de “experto cálido”.

Materiales y métodos: Se emplea una estrategia metodológica cualitativa, afín al enfoque biográfico. Se analizan diez entrevistas biográficas realizadas entre 2022 y 2024 con mujeres mayores participantes, en calidad de estudiantes, de talleres educativos de un programa de extensión universitaria de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (Universidad Nacional de La Plata).

Resultados: El apoyo de expertos cálidos ha sido central a lo largo de las trayectorias de las mujeres mayores para promover sus usos y habilidades digitales, si bien en la vejez se concentra principalmente en el ámbito doméstico. Aunque este rol puede ser desempeñado por sujetos de diferentes edades y géneros, es preponderantemente ocupado por varones jóvenes, indicando que se asienta sobre relaciones de desigualdad estructural. Asimismo, las mujeres desarrollan una visión crítica sobre este vínculo, identificando tensiones y disputas.

Discusión: Se observa que esta forma de socialización del conocimiento supone tanto relaciones de cooperación como de conflicto, tomando distancia de la formulación original del concepto. En tanto ese conflicto se interpreta en clave generacional se lo considera una expresión de viejismo digital.

Conclusión: Aunque la asistencia de expertos cálidos puede mitigar el alcance de las desigualdades digitales en la vejez, en virtud de su carácter informal, presenta también fuertes limitaciones.

Palabras clave: tecnología digital; desigualdad social; habilidades digitales; género; edadismo.

(Not so) warm experts: an analysis on the development of digital abilities by older women

ABSTRACT

Objective (Purpose): This paper analyses the processes of acquisition and development of digital abilities deployed by older women living in Gran La Plata throughout their biographical trajectories in informal learning environments, interpreting them in the light of the concept of ‘warm expert’.

Materials and Methods: A qualitative methodological strategy related to the biographical approach is deployed. The paper analyses ten biographical interviews conducted between 2022 and 2024 with older women who participated, as students, in educational courses of a university extension programme of the Faculty of Humanities and Educational Sciences (National University of La Plata).

Results: The support of warm experts has been key throughout the trajectories of older women to promote their digital uses and abilities, although in old age it concentrates heavily on the domestic sphere. Although this role can be performed by subjects of different ages and genders, it is preponderantly carried out by young men, indicating that it is based on relations of structural inequality. At the same time, the interviewed women develop a critical view on this social link, identifying tensions and disputes.

Discussion: It is noted that this form of socialisation of knowledge involves both cooperative and conflictual relations, departing from the original definition of the concept. As such conflict is interpreted in generational terms, it is considered an expression of digital ageism.

Conclusion: Although warm expert assistance can mitigate the extent of digital inequalities in old age, it also entails strong limitations by virtue of its informal nature.

Key words: *digital technology; social inequality; digital literacy; gender; ageism.*

Especialistas (não tão) próximos: uma análise sobre o desenvolvimento de habilidades digitais em mulheres idosas

RESUMO

Objetivo: O trabalho analisa os processos de aquisição e desenvolvimento de habilidades digitais empregados por mulheres idosas residentes na Grande La Plata ao longo de suas trajetórias biográficas em ambientes informais de aprendizagem, interpretando-os à luz do conceito de “especialista próximo” (warm expert).

Materiais e métodos: Utiliza-se uma estratégia metodológica qualitativa, em conformidade com o enfoque biográfico. São analisadas dez entrevistas biográficas realizadas entre 2022 e 2024 com mulheres idosas participantes, na qualidade de estudantes, de oficinas educativas de um programa de extensão universitária da Faculdade de Humanidades e Ciências da Educação (Universidade Nacional de La Plata).

Resultados: O apoio de “especialistas próximos” tem sido fundamental ao longo da trajetória das mulheres idosas para promover seus usos e habilidades digitais, embora na velhice ele se concentre principalmente no âmbito doméstico. Ainda que esse papel possa ser desempenhado por sujeitos de diferentes idades e gêneros, ele é predominantemente ocupado por homens jovens, indicando que se baseia em relações de desigualdade estrutural. Da mesma forma, as mulheres desenvolvem uma visão crítica sobre esse vínculo, identificando tensões e disputas.

Discussão: Observa-se que essa forma de socialização do conhecimento supõe tanto relações de cooperação quanto de conflito, distanciando-se da formulação original do conceito. Na medida em que esse conflito é interpretado em termos geracionais, ele é considerado uma expressão do etarismo digital.

Conclusão: Embora a assistência de “especialistas próximos” possa mitigar o alcance das desigualdades digitais na terceira idade, devido ao seu caráter informal, ela também apresenta fortes limitações.

Palavras-chave: *tecnologia digital; desigualdade social; habilidades digitais; gênero; etarismo*

Introducción

Al calor de la masificación de las tecnologías digitales (en adelante, TD)⁽¹⁾ –en particular, Internet, la computadora y el teléfono celular– se ha consolidado un campo de estudios preocupado por analizar las maneras en que la desigual distribución de bienes y habilidades

(digitales podría incidir sobre la (re)producción de desigualdades sociales². Así, la investigación sobre desigualdad digital ha advertido que la difusión de estas tecnologías y de los saberes relativos a ellas tiende a acoplarse con jerarquías sociales preexistentes, diferenciándose según factores como la clase social, el género o la edad. Con respecto a esta última, se ha identificado recurrentemente a las personas mayores entre los sectores más susceptibles a esta forma de exclusión³. Diversos estudios cuantitativos de alcance

(1) Siguiendo a Zukerfeld¹ se entiende por tecnologías digitales al subgrupo de tecnologías de la información y la comunicación capaz de almacenar, procesar, transmitir y convertir información digital.

internacional⁴, regional^{5,6} y nacional^{7,8} han evidenciado la persistencia de asimetrías en los niveles de acceso y uso de TD para esta población. Sin embargo, con frecuencia dichas asimetrías han sido interpretadas de manera estática y compartimentada, favoreciendo la representación de los vínculos generacionales con las tecnologías como estados permanentes y homogéneos al interior de cada grupo de edad⁽ⁱⁱ⁾.

Buscando abordar estos procesos en su carácter dinámico y relacional, la literatura especializada recientemente ha recobrado interés por el concepto de “experto cálido” (*warm expert*). En su formulación original esta noción, acuñada por Bakardjieva¹⁴ a comienzos de los 2000, se orientaba a identificar el rol que actores más experimentados en el uso de la computadora e Internet jugaban brindando apoyo intensivo e informal a usuarios nóveles –típicamente mayores–, con quienes mantenían una estrecha relación personal, cuando estas tecnologías se incorporaban en sus hogares. La autora destacaba que esa asistencia no era meramente instrumental ya que, en tanto procesos de “socialización de conocimiento subjetivo”¹⁵, también involucraba la transmisión de la significatividad social de esas tecnologías. En la actualidad, nuevas aproximaciones a este concepto han revalorizado su potencial para aprehender la incidencia de las relaciones inter e intrageneracionales al interior de las familias en los procesos de adopción de TD por personas mayores^{5,16,17,18}.

Abonando a estas reflexiones, el presente trabajo analiza los procesos de adquisición de conocimiento y desarrollo de habilidades digitales desplegados por mujeres mayores residentes en el Gran La Plata en entornos informales de aprendizaje en sus vidas cotidianas, interpretándolos a la luz del concepto de “experto cálido”⁽ⁱⁱⁱ⁾. En este marco, se plantea los siguientes objetivos específicos: situar esos procesos

en contextos de uso particulares al interior de sus trayectorias biográficas, destacando sus transformaciones en diferentes etapas del curso vital; caracterizar a los actores que han desempeñado o desempeñan el rol de “expertos cálidos”, así como a los vínculos que comparten con estas mujeres; e interpretar las construcciones sociales relativas a la vejez que se movilizan en dichos procesos. Con este fin, se nutre de aportes de diferentes tradiciones teóricas, entre las que se destacan: el enfoque socio-antropológico de la apropiación de TD^{19,20}, el constructivismo social de la tecnología²¹ y el análisis interseccional impulsado por la gerontología feminista²².

Materiales y método

La investigación se inscribe en una estrategia metodológica cualitativa, basada en el enfoque biográfico-narrativo²³. Este se propone conocer los procesos de cambio social desde las biografías de los actores, entendiéndolas como resultado de la articulación entre sus acciones y las condiciones objetivas derivadas de las posiciones que ocupan en la estructura social²⁴. Asimismo, en la medida en que se inscribe en un paradigma epistemológico interpretativo, se centra en los marcos de referencia a través de los cuales los sujetos construyen narraciones y dan sentido a sus vidas²⁵.

Conforme explican Lemus y Benítez Larghi²⁰, este enfoque resulta productivo para abordar los procesos de apropiación de TD porque abona a su comprensión como resultado del entrecruzamiento de múltiples dimensiones a través del tiempo y el espacio. Desde una mirada diacrónica, permite relevar cómo se construyen y significan las experiencias con tecnologías a lo largo de las trayectorias vitales, situándolas en entramados culturales específicos que las condicionan y posibilitan.

Para responder a los objetivos planteados, en este artículo se analizan diez entrevistas biográficas²⁴, realizadas de forma presencial entre los años 2022 y 2024. La selección de las participantes se basó en un muestreo intencional, que consideró como principal criterio de inclusión su asistencia, en calidad de estudiantes,

(ii) Este sesgo puede atribuirse, en buena medida, al predominio de nociones que se sustentan en presupuestos homogeneizantes –y, en última instancia, edadistas– como las de “brecha digital gris”, “brecha generacional”¹⁶ e “inmigrantes digitales”¹¹. Una revisión crítica de los presupuestos teóricos que subyacen a este entramado conceptual puede encontrarse en Benítez Larghi et al.², Bayne y Ross¹² y Benítez Larghi y Guzzo¹³.

(iii) Cabe mencionar que este trabajo forma parte de una investigación doctoral en curso. Esta se propone comprender las trayectorias de apropiación de TD que despliegan a lo largo de sus recorridos biográficos mujeres mayores del Gran La Plata, rastreando en ellas la co-constitución de desigualdades sociales y digitales.

Tabla 1. Composición de la muestra

Nombre de fantasía	Edad	Ocupación principal	Condición de actividad actual	Composición actual del hogar
Silvia	61	Docente	Inactiva	Multipersonal mixto
Gabriela	62	Docente	Inactiva	Multipersonal puro
Andrea	64	Empleada de comercio/Comerciante	Activa	Multipersonal puro
Graciela	67	Docente	Inactiva	Unipersonal
Gloria	70	Docente	Inactiva	Multipersonal mixto
Carmela	72	Empleada administrativa	Inactiva	Unipersonal
Eloísa	72	Empleada administrativa	Activa	Multipersonal puro
Viviana	73	Docente	Activa	Multipersonal mixto
Claudia	75	Docente	Inactiva	Unipersonal
Blanca	79	Docente	Inactiva	Unipersonal

Fuente: Elaboración propia

al Programa de Educación Permanente de Adultos Mayores (PEPAM) de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata. Las entrevistadas concurrían a talleres distribuidos en tres de las sedes donde se dicta el programa, a saber: el casco urbano de La Plata y los barrios de Los Hornos y El Dique (Ensenada). La participación en estos talleres aportó fundamentos tanto para la delimitación del recorte espacial, como para presuponer la auto-adscripción a la categoría etaria de interés.

Conforme se indica en la tabla 1, en términos analíticos, la clasificación de los perfiles de las entrevistadas consideró los siguientes criterios: edad cronológica al momento de la entrevista (en un rango de 60 a 80 años); la ocupación principal desempeñada durante el período de actividad laboral, aclarando la condición de actividad actual frente al mercado laboral; y la composición actual del hogar. Para ello, se definieron tres tipos de hogares, recuperando la clasificación de Amadas y Ciccari²⁶: unipersonal; multipersonal puro (compartido con otra persona mayor); multipersonal mixto (compartido con personas de otros grupos de edad)^(iv). Asimismo, abonando a la caracterización de la muestra, cabe señalar que el nivel educativo de las entrevistadas

oscila entre secundario completo y universitario completo. Por último, siguiendo el esquema de clases de Torrado²⁷, en función de su categoría socio-ocupacional pertenecen a una clase media asalariada.

Resultados

De entre las TD consideradas, la computadora fue la primera en introducirse en las vidas cotidianas de las entrevistadas, seguida prontamente por Internet. En líneas generales, estas tecnologías se hicieron presentes durante su adultez, primero en el ámbito laboral (mayormente entre mediados y fines de los '90) y luego en el ámbito doméstico (entre fines de los '90 y principios de los 2000). En lo que respecta a los teléfonos celulares, si bien algunas refirieron haber contado con un acceso temprano a ellos, para la mayoría se produjo recién hacia la década de 2010.

El acceso a la computadora e Internet en el trabajo no se tradujo linealmente en su uso efectivo. Uno de los factores que influyó en la diferenciación de estas trayectorias fue el puesto de trabajo. Así, para quienes se desempeñaban como empleadas administrativas en los años '90, la digitalización de las tareas laborales revistió un carácter más drástico e imperioso que para quienes trabajaban como docentes o comerciantes. En consecuencia, aquellas comenzaron más temprana-

(iv) Si bien se emplea esta clasificación en términos operativos, en lo que sigue el análisis considera las "redes de relaciones" a través de las cuales se extiende la unidad familiar, que comprenden pero no se reducen a los arreglos residenciales del hogar²⁷.

mente a usar estas TD de forma autónoma, movidas por una amenaza –más o menos explícita– de exclusión laboral¹⁹.

Si bien para las entrevistadas el entorno laboral fue un primer espacio de desarrollo de habilidades digitales, incluso en los casos en que accedieron a capacitaciones formales, este se explicó principalmente por la asistencia cotidiana e informal de expertos cálidos, representados típicamente por colegas más jóvenes. Aún más, se reitera la referencia en varios relatos a un compañero –varón joven– identificado como “el que sabía” de computadoras e Internet. La siguiente cita de Carmela (72, empleada administrativa, inactiva, hogar unipersonal) es particularmente interesante, porque añade una forma de contrapartida simbólica en esta socialización de conocimiento subjetivo; práctica que ya había sido identificada por Bakardjieva¹⁴.

Trajeron la computadora y un profesor. (...) En esa época estaba Germán, un chico que después se recibió de periodista (...). Él tenía unas ganas... Le fascinaba y aprendía todo. (...) Y por ahí le decíamos “Germán, ¿cómo es esto?”, “ah, ¡no prestan atención!”. Era el más chico de nosotros. Había pasado a ser nuestro papá, viste, porque... Lo comprábamos. Le traíamos algo rico. Porque le gustaban los bizcochitos de grasa. Entonces yo sabía que a tal hora él pedía permiso y yo le decía “no, no podés salir porque yo te traje bizcochitos, pero traete el mate y decime...” Entonces lo compraba yo.

Lejos de circunscribirse a este momento inicial, la asistencia de colegas en tanto expertos cálidos puede rastrearse a lo largo de la trayectoria laboral de las entrevistadas, extendiéndose incluso en su vejez. De esta forma, cuando Viviana (73, docente, activa, hogar multipersonal mixto) decidió comprar una notebook en 2019 acudió al profesor de Informática de la escuela donde trabaja para que le indique “qué era lo que tenía que buscar”. Con todo, luego de la jubilación, el apoyo de los y las colegas como expertos cálidos tiende a interrumpirse, en la medida en que el vínculo pierde cotidianidad. Conforme han señalado otras investigaciones¹⁶, las consultas en materia de tecnologías se

presentan entrelazadas con otras tareas cotidianas, por lo que la accesibilidad directa e inmediata a los expertos es una condición fundamental para sustentar este tipo de vínculo.

En consecuencia, durante la vejez, para estas mujeres mayores el rol de expertos cálidos es ocupado principal –y, en muchos casos, exclusivamente– por miembros de su familia. Acorde a la tipología y tendencias identificadas por Taipale¹⁷, quienes lo desempeñan principalmente son familiares de la generación inmediata más joven (hijos/as, yernos, sobrinos/as), seguidos por familiares de una “generación salteada” (nietos/as, sobrinos/as nietos/as); y, en menor medida, pares generacionales (parejas, hermanos/as, cuñados/as). En las entrevistas analizadas se observa para la primera y tercera categoría un marcado sesgo de género –semejante al ya registrado por Bakardjieva¹⁴– sugiriendo una mayor incidencia de familiares varones. A su vez, el análisis procesual indica que el peso relativo de estas categorías queda sujeto a las variaciones de composiciones familiares heterogéneas y dinámicas. Por ejemplo, en el caso de Claudia (75, docente, inactiva, hogar unipersonal), mientras que este rol había sido ocupado originalmente por su hija, luego de la emigración de esta pasó a recaer en su cuñado. En referencia a este indicaba: “el día que yo no lo tenga a él, no sé qué voy a hacer (...) mis conocidas, cuando les pasa algo, llaman al técnico, tienen algún lugar. Yo no, yo siempre es él”.

Deben destacarse dos observaciones adicionales sobre el rol del experto cálido y las relaciones intra-generacionales. En primer lugar, esta categoría puede ser productiva para observar la incidencia de los pares generacionales extra-familiares. Para las mujeres mayores entrevistadas sus amigas desempeñan un rol central en lo que respecta a la promoción de nuevos usos y habilidades digitales. La trayectoria de Blanca (79, docente, inactiva, hogar unipersonal) resulta ilustrativa en este sentido. Sin soslayar que su hijo es su principal referente en cuestiones técnicas (asistiéndola desde la instalación de la primera PC en el hogar hasta la actualidad, cuando realiza transacciones bancarias electrónicas); los intercambios tecnológicamente mediados con sus amigas han operado como una de

sus principales motivaciones para desarrollar competencias digitales, tanto en sus primeros usos de la computadora como en sus usos actuales del celular.

Lo básico, por lo menos, me comunico. Me sé contactar con mis amigas. Me puedo contactar con mis amigas a través de la computadora, mandar los famosos WhatsApp (...) Las primeras [computadoras] enormes, esas que eran como una como un televisor (...) bueno, yo aprendí con esa, a manejarla (...) Aprendí a mandar mails con mis amigas, a mandar fotos. Nos hemos mandado unos videos con las que viajaban (...) y yo he visto videos de todo el mundo. Es como que viajé a través de la computadora.

Abonando a este argumento, cabe destacar las transformaciones registradas en los usos de los grupos de *WhatsApp* durante la pandemia. Coincidiendo con hallazgos de otras investigaciones^{18,28,29}, bajo el contexto de aislamiento, la necesidad de sostener aquellos vínculos que ya no podían desarrollarse cara-a-cara tendió a intensificar los usos preexistentes (como el envío de mensajes) e incluso a promover otros nuevos (como las videollamadas). Conforme pone de relieve el siguiente pasaje del relato de Graciela (67, docente, inactiva, hogar unipersonal), al tratarse de prácticas que involucran a otros, movilizan la socialización en códigos de uso compartidos que las estructuran y dotan de sentido²⁰.

Tengo un grupo de amigas del profesorado. Justo habíamos festejado los 40 años de recibidas en 2017 y quedó el grupo armado. Y en la pandemia, se les daba por hacer videollamada a todas. Todas teníamos "bueno, vamos a comer", "vamos a tomar un vinito".

En segundo lugar, se observa que las propias entrevistadas pueden llegar a desempeñar este rol para con otras personas mayores. De este modo, para aquellos usos digitales que realizan sin dificultad (juzgando sus propias habilidades como adecuadas o suficientes), pueden brindar asistencia a sus pares generacionales y a familiares de generaciones mayores, como sus padres y madres. Aun así, cabe advertir que no se

registraron casos donde las mujeres mayores se comportaran como expertos cálidos respecto de personas de generaciones más jóvenes.

Ahora bien, desde la perspectiva de las entrevistadas, la asistencia de los expertos cálidos no está exenta de tensiones y conflictos. El análisis revela que la búsqueda de estos apoyos siempre lleva como contracara el temor a generar molestia o incomodidad entre sus allegados y, en última instancia, a ser percibidas como una carga para ellos. Este temor se fundamenta, en definitiva, en el reconocimiento de su propia posición relativa como desigual³⁰.

Es así que, a pesar de que los/as hijos/as suelen ser las principales fuentes de apoyo frente a los desafíos que presentan las TD, las entrevistadas se mostraron especialmente críticas respecto de cómo socializan sus conocimientos. En efecto, abundan las referencias a que sus hijos/as "no tienen paciencia", no se ajustan a sus tiempos de aprendizaje y, en términos generales, "no les saben enseñar". Como resultado, esta forma de apoyo no necesariamente logra promover usos autónomos e independientes. Este desfase entre el tipo de conocimiento al que ellas aspiran y el que sus hijos/as son capaces de proveer suele ser fuente de disputa. Así puede observarse en el relato de Gabriela (62, docente, inactiva, hogar multipersonal puro) sobre cómo su hijo y su hija resuelven sus consultas relativas al celular:

El varón, que es más docente, él te explica (...) Pero la otra te lo resuelve en dos segundos y no... Y mis amigas me cuentan lo mismo. Que cuando les preguntan a los hijos, les pasa exactamente lo mismo. Te lo hacen en dos segundos y vos no te diste cuenta cómo lo hicieron. (...) A la mayoría de las personas grandes les pasa eso. Porque no te enseñan, no te explican. (...) La segunda vez que lo tenés que hacer, tenés que volver a la misma historia. Y te dicen "¡pero ya te lo hice yo! ¿No te acordás cómo te lo hice?"

Conforme queda de manifiesto en la cita, este conflicto tiende a interpretarse explícitamente en clave genera-

cional. Esto implica que, antes que considerarse una situación aislada o excepcional, es significado como una experiencia compartida por el grupo de edad en función de su adscripción generacional.

Discusión

Coincidiendo con la literatura especializada, el concepto de “experto cálido” aporta elementos fructíferos para abordar el desarrollo de usos y habilidades digitales en la vejez. Mientras que investigaciones precedentes han comprobado su pertinencia para observar el ámbito doméstico^{5,16,17}, el análisis realizado indica que puede ser extendido a entornos de aprendizaje informal (en este caso el laboral, en virtud de la relevancia que este reviste en las trayectorias biográficas de las entrevistadas).

El potencial heurístico de esta herramienta radica en que no designa *a priori* un tipo de sujeto determinado sino un rol o figura al interior de una trama de actores y relaciones. Al abordarlo desde una perspectiva diacrónica, evidencia cómo las formas de vincularse con y a través de TD se transforman conjuntamente con la composición de ese entramado y pueden resignificarse a lo largo del recorrido biográfico. En consecuencia, permite tomar distancia de aquellas lecturas que presentan a las diferencias generacionales en los usos y competencias digitales como propiedades intrínsecas (y, por lo tanto, invariables) de cada grupo de edad.

Ahora bien, mientras que esta noción reconoce la existencia de un diferencial en los conocimientos y habilidades digitales de usuarios expertos y no expertos, para poder explicarlo es preciso observar qué formas asume, en contextos de uso específicos, la distribución de estos roles y cómo esta se liga con las posiciones ocupadas en la estructura social. En esta clave, un primer hallazgo que surge del análisis es que el rol de experto cálido es desempeñado de forma preponderante por jóvenes y varones; tendencia que se repite en el ámbito laboral y doméstico, a lo largo de las trayectorias de las entrevistadas. Así, se reconoce que la jerarquización de ciertos actores como “expertos” se alinea con los sesgos de edad y género que atravie-

san al marco tecnológico²¹ en el que se inscriben estas tecnologías, el cual desde su propio diseño las orienta hacia un modelo de “usuario ideal” caracterizado por ser joven y varón^{3(v)}. Esta desigualdad digital se revela, a su vez, como una desigualdad social si se reconoce que los actores que se encuentran en esa intersección acumulan mayores “recursos y capacidades para responder a los requisitos y exigencias de los sistemas económicos contemporáneos” (p.66)²⁰.

Asimismo, un segundo hallazgo indica que en ese entramado no solo se desarrollan relaciones de cooperación sino también de conflicto. Como han identificado otras investigaciones^{17,18}, cuando el rol de expertos es ocupado por familiares más jóvenes éste se presenta de manera abierta y se formula explícitamente en clave generacional (aunque no necesariamente en términos de género). El énfasis en la noción de “calidez” contenido en este concepto puede contribuir a desatender esta dimensión. Sin embargo, incorporando aportes de la teoría de la privación relativa aplicada a la desigualdad digital³⁰, es lícito reconocer que las mujeres mayores asumen una posición de desventaja en relación a generaciones más jóvenes cuando de TD se trata. Ello puede ser interpretado como una expresión de viejismo digital; entendiendo por este a aquellas formas de discriminación y (auto)exclusión –frecuentemente sutiles e implícitas– que afectan a las personas mayores, basadas en las maneras como se representa y se experimenta la edad en relación con las TD³.

Finalmente, los casos analizados indican que, si bien esa posición desigual no llega necesariamente a revertirse frente a generaciones más jóvenes, puede al menos verse tensionada. En la medida en que las mujeres mayores logran desarrollar habilidades digitales y usos autónomos pueden convertirse en referentes en TD para generaciones mayores y para sus pares generacionales. Así, este último hallazgo conduce a enfatizar el carácter relacional y dinámico de las desigualdades digitales³⁰ (y sociales)²².

(v) En consecuencia, conservo en este trabajo el sesgo masculino con el que se ha difundido la traducción del concepto de *warm expert* al español porque pone de relieve esa desigualdad.

Conclusiones

La socialización del conocimiento relativo a las TD se inscribe en el marco de sociedades atravesadas por una desigual distribución de bienes y habilidades digitales que, a nivel estructural, sigue patrones relativos a la edad y al género. Esta es, en última instancia, la condición que fundamenta la emergencia de expertos –más o menos– cálidos. En virtud de ello, las mujeres mayores tienden a ocupar una posición de desigualdad relativa en cuanto a sus conocimientos y habilidades digitales.

Aun así, dichas posiciones no configuran compartimentos estancos. Las personas mayores utilizan las TD de formas heterogéneas, con diversos grados de autonomía¹⁶, a la vez que variables a lo largo de sus trayectorias biográficas. El análisis revela que el apoyo brindado por los expertos cálidos, en distintos ámbitos de la vida cotidiana, contribuye activamente a mitigar esas desigualdades. Sin embargo, indica también que, en la vejez, con el retiro del mercado laboral, este apoyo tiende a concentrarse en la esfera doméstica y a recaer de forma más intensa –aunque no exclusiva– sobre los/as hijos/as.

Las reflexiones presentadas en este trabajo sirven como fundamento para plantear al menos dos sentidos en los que este último aspecto puede resultar problemático, a fin de profundizar su abordaje en futuras investigaciones. Por una parte, esto implica que la inclusión digital de las personas mayores se ve especialmente condicionada por la composición familiar, un factor intrínsecamente heterogéneo y en constante cambio. En consecuencia, la ausencia de familiares disponibles para ocupar este rol puede incrementar las posibilidades de exclusión digital¹⁸. Por otra parte, cabe recordar que se trata de entornos informales de aprendizaje y, como tales, no conllevan un diseño orientado a atender las necesidades y capacidades específicas de las personas mayores. En relación con ello, sería interesante examinar desde una perspectiva comparada la incidencia que cursos especializados y otros espacios formales de aprendizaje pueden tener para el desarrollo de habilidades digitales de personas mayores.

Bibliografía

1. Zukerfeld M. La tecnología en general, las digitales en particular. Vida, milagros y familia de la "Ley de Moore". *Hipertextos*. 2015; 4(2): 87–115.
2. Benítez Larghi S., Lemus M., Moguillansky M., Welschinger Lascano N. Más allá del tecnocismo, más acá del miserabilismo digital. Procesos de co-construcción de las desigualdades sociales y digitales en la Argentina contemporánea. *Ensamblajes*. 2014; 1(1): 57–81.
3. Comunello F., Mulargia S., Ieracitano F. "Forever young?": Digital technology, ageism and the (non –)ideal user. En: Rosales A., Fernández-Ardèvol M., Svensson, J., editores. *Digital ageism: How it operates and approaches to tackling it*. Abingdon, Oxon: Routledge; 2023. p. 18–35.
4. Wang Y., Wu Z., Duan L., Liu S., Chen R., Sun T., et al. Digital exclusion and cognitive impairment in older people: findings from five longitudinal studies. *BMC Geriatrics*. 2024; 24(406).
5. Barrantes R., Cozzubo, A. Edad para aprender, edad para enseñar: El rol del aprendizaje intergeneracional intrahogar en el uso de la Internet por parte de los adultos mayores en Latinoamérica. Pontificia Universidad Católica del Perú. 2015. Disponible en: <http://files.pucp.edu.pe/departamento/economia/DDD411.pdf>
6. Sunkel G., Ullmann H. Las personas mayores de América Latina en la era digital: superación de la brecha digital. *Revista de la Cepal*. 2019; (127): 243 –268.
7. Pochintesta P. y Oddone J. Las personas mayores durante la Pandemia COVID-19: políticas públicas y acceso a las tecnologías de la información y comunicación en Argentina. *Anthropologica*. 2021; 39(47): 289–310
8. Galeano Alfonso S. y Pla J. Clases sociales y brechas digitales. En: Salvia A., Poy S., Pla J., comps. *La sociedad argentina en la pospandemia*. CABA: Siglo XXI. p. 175–192.
9. Millward P. The "grey digital divide": Perception, exclusion and barrier of access to the Internet for Older People. *First Monday*. 2003; 8(7).
10. Norris P. *Digital Divide: Civic Engagement, Information Poverty and the Internet Worldwide*. Cambridge: Cambridge University Press; 2001.
11. Prensky M. *Digital Natives, Digital Immigrants*. On the Horizon. 2003; 9(5).
12. Bayne S. y Ross J. The 'digital native' and 'digital immigrant': a dangerous opposition. En: *Proceedings of the Annual Conference of the Society for Research into Higher Education (SRHE)*; diciembre de 2007. Brighton, Reino Unido. Disponible en: https://www.mindmeister.com/generic_files/get_file/115922?filetype=attachment_file
13. Benítez Larghi S. y Guzzo M. del R. Desigualdades digitales y continuidad pedagógica en Argentina. Accesos, habilidades y vínculos en torno a la apropiación de tecnologías digitales durante la pandemia. *Cuestiones de Sociología*. 2022; 26, e135.
14. Bakardjieva, M. *Internet Society: The Internet in Everyday Life*. Londres: SAGE; 2005.
15. Schutz A., Luckmann T. *Las estructuras del mundo de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu; 2009.
16. Hänninen R., Taipale S., Luostari, R. Exploring heterogeneous ICT use among older adults: The warm experts' perspective. *New Media & Society*. 2021; 23(6): 1584–1601.
17. Taipale S. *Intergenerational Connections in Digital Families*. Cham: Springer International Publishing; 2019.
18. Baglione M.F. y Rodolfo N. Redes de apoyo social y uso de las TIC en personas adultas mayores. Un estudio de casos en contexto de pandemia (Buenos Aires, Argentina). *del prudente Saber y el máximo posible de Sabor*. 2023; (17): e0004.
19. Winocur R. *Robinson Crusoe ya tiene celular: la conexión como espacio de control de la incertidumbre*. México: Siglo XXI; 2009.

20. Lemus M., Benítez Larghi, S. El enfoque biográfico y apropiación de tecnologías digitales: Una propuesta teórica–metodológica. *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*. 2023; 13(25).
21. Bijker W. La construcción social de la baquelita: hacia una teoría de la invención. En: Thomas H. y Buch A., comps. *Actos, actores y artefactos: sociología de la tecnología*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes; 2013. p 63 –100.
22. Calasanti T., King, N. Intersectionality and age. En: Twigg J., Martin W., editores. *Routledge Handbook of Cultural Gerontology*. 1 ed. Londres: Routledge; 2015. p. 193–200.
23. Denzin, N. *Interpretive Biography*. California: SAGE; 1989.
24. Muñiz Terra L. El análisis de acontecimientos biográficos y momentos bifurcativos: una propuesta metodológica para analizar relatos de vida. *FQS*. 2018; 19(2).
25. Cornejo M. El Enfoque Biográfico: Trayectorias, Desarrollos Teóricos y Perspectivas. *Psyke*. 2006; 15(1): 95–106.
26. Amadasi E. y Cicciari M. R. *La capacidad de aprender en las personas mayores*. CABA: Educa; 2019.
27. Torrado S. *Familia y diferenciación social: cuestiones de método*. Buenos Aires: Eudeba; 2006.
28. Pochintesta P. y Múseres N. Acerca de los Usos, Percepciones y Valoraciones de las TIC en Personas Mayores. *Un Estudio de Casos en el Noroeste del Gran Buenos Aires, Argentina. Research on Ageing and Social Policy*; 10(2): 159–183.
29. Guzzo, M. del R. Vejece, tecnologías digitales y pandemia: sobre las (im)posibilidades de conexión en el aislamiento social. *De Prácticas y Discursos*. 2024; 13(22).
30. Helsper E.J. The Social Relativity of Digital Exclusion: Applying Relative Deprivation Theory to Digital Inequalities. *Communication Theory*. 2017; 27(3): 223–242.

ARTÍCULO ORIGINAL

Influencia del ejercicio físico en los Factores Psíquicos Protectores del Envejecimiento de las adultas mayores en un centro de jubilados de Piñeyro

Gladys Renzi¹; María Fernanda Bengohechea²

¹ Doctora en Ciencias de la Educación; Especialista en Psicogerontología; Directora de la Especialización en Envejecimiento Activo y Saludable de los Adultos Mayores de la UNDAV

² Especialista en Envejecimiento Activo y Saludable de las Personas Mayores. Profesora adjunta de Desarrollo motor, UNDAV.

Correo electrónico: grenzi@undav.edu.ar

Conflictos de Interés y/o Financiación: Las autoras declaran no presentar conflictos de interés.

Esta investigación se realizó como parte de tesina de grado en el marco de un proyecto de vinculación tecnológica financiado por la Secretaría de Política Universitaria (SPU) de Argentina, en el marco de la convocatoria Universidades Agregando Valor 2018, de la Dirección Nacional de Desarrollo Universitario y Voluntariado; por Res. 109/ 2018. APN-SECPU#MECCYT; Código: VT42-UNAV12058, con Sede en el GESEAS, del Departamento de Salud y Actividad Física de la UNDAV. Asimismo, la Esp. Bengohechea recibió una beca ProBeVoc (Programa de Becas de Estímulo a las Vocaciones Científicas - Convocatoria 2019) Res. N° 1049/19 CS. UNDAV, cuyo plan de trabajo fue: "Entrenamiento físico multicomponente y hábitos saludables para un buen envejecer" dirigido por la Dra. Renzi.

Agradecimientos: Se agradece a las personas mayores "las Chicas de Nervo" que asistían (y continúan asistiendo), al centro de jubilados y pensionados Amado Nervo de Piñeyro, Avellaneda, Buenos Aires, Argentina, por su participación, confianza y compromiso para formar parte de la muestra de esta investigación

Recibido el 27 de abril de 2025; aceptado el 29 de mayo de 2025.

RESUMEN

Introducción: Esta investigación se propuso analizar la influencia de la práctica de ejercicio físico en los Factores Psíquicos Protectores del Envejecimiento (FAPPREN), desde una concepción biopsicosocial y un abordaje integral del envejecimiento saludable, en un grupo de 16 mujeres adultas mayores que asistían a un centro de jubilados en Piñeyro, localidad del conurbano bonaerense.

Objetivo: Identificar la influencia del entrenamiento multicomponente en los FAPPREN de las mujeres adultas mayores que participaron de un plan de ejercicio físico en un centro de jubilados de Piñeyro, Avellaneda, en el conurbano bonaerense de Argentina.

Metodología: Fue un diseño de tipo cuasi-experimental, prospectivo y de corte longitudinal, a pequeña escala y sin grupo control. Se evaluó la capacidad funcional y se administró el inventario FAPPREN a las participantes al inicio. Se diseñó e implementó un plan de entrenamiento multicomponente durante tres meses a una muestra de 16 adultas mayores. Se volvió a evaluar al final del entrenamiento.

Resultados: Después del entrenamiento, se comprobó que las adultas mayores mejoraron sus factores psíquicos protectores, pues de 44% con escasos y moderados factores protectores registrados al inicio, pasaron a 70% con elevados factores protectores al final. El mayor incremento se observó en los factores: Posición anticipada frente a la propia vejez y Autocuidado y autovalidez.

Conclusiones: Los resultados evidencian una correlación positiva entre el entrenamiento multicomponente y los FAPPREN y en todas las participantes. El incremento final de los promedios generales del FAPPREN junto con el aumento en los porcentajes individuales, demostró que el ejercicio físico influyó en la mejora de los sus factores psíquicos protectores de las adultas mayores.

Palabras clave: Mujeres adultas mayores, Factores Psíquicos Protectores del Envejecimiento, ejercicio físico, entrenamiento multicomponente, envejecimiento saludable.

Influence of physical exercise on Psychic Protective Factors of Aging in older women at a retirement center in Piñeyro

ABSTRACT

Objectives: To analyze the existence of relationships between violence and social support in adults and older people undergoing hemodialysis treatment.

Introduction: This research aimed to analyze the influence of physical exercise on Psychic Protective Factors of Aging (PPFA), from a biopsychosocial perspective and a comprehensive approach to healthy aging, in a group of 16 older women attending a retirement center in Piñeyro, a town in Buenos Aires conurban.

Objective: To identify the influence of multicomponent training in the FAPPREN of older women who participated in a physical exercise plan in a retirement center in Piñeyro, Avellaneda, in the Buenos Aires conurban of Argentina.

Methodology: This was a quasi-experimental, prospective, longitudinal, small-scale design with no control group. Functional capacity was assessed, and the PPFA inventory was administered to participants at the beginning. A multicomponent training plan was designed and implemented for three months in a sample of 16 older women. A re-assessment was made at the end of the training.

Results: After the training, it was found that the older women improved their psychic protective factors, from 44% with few to moderate protective factors at the beginning, to 70% with high protective factors at the end. The greatest increases were observed in the factors: Anticipated Position Regarding One's Old Age and Self-Care and Self-Valuation.

Conclusions: The results show a positive correlation between the PPFA and the multicomponent training in all participants. The final increase in the overall PPFA averages, along with the increase in the individual percentages, demonstrated that physical exercise influenced the improvement of the older women's psychic protective factors.

Key words: *Older women, Psychic Protective Factors of Aging, physical exercise, multicomponent training, healthy aging.*

Influência do exercício físico nos Fatores Psíquicos Protetores do envelhecimento das mulheres idosas em um centro de aposentados de Piñeyro

RESUMO

Introdução: Esta pesquisa teve como objetivo analisar a influência da prática de exercício físico nos Fatores Psíquicos Protetores do Envelhecimento (FAPPREN), a partir de uma concepção biopsicossocial e uma abordagem integral do envelhecimento saudável, em um grupo de 16 mulheres idosas que frequentavam um centro de aposentados em Piñeyro, localidade da região metropolitana de Buenos Aires.

Objetivo: Identificar a influência de treinamento multicomponente nas FAPPREN de mulheres idosas que participaram de um plano de exercício físico em um centro de aposentados do Piñeyro, Avellaneda, na região metropolitana de Buenos Aires, Argentina.

Metodologia: Consistiu em um projeto de tipo quase experimental, prospectivo, longitudinal, de pequena escala e sem grupo controle. Foi avaliada a capacidade funcional e foi administrado o inventário FAPPREN aos participantes no início do estudo. Um plano de treinamento multicomponente foi elaborado e executado ao longo de três meses para uma amostra de 16 mulheres idosas. Uma nova avaliação foi realizada no final do treinamento.

Resultados: Após o treinamento, verificou-se que as mulheres idosas melhoraram seus fatores psíquicos de proteção, pois de 44% com fatores protetores escassos e moderados registrados no início, passaram para 70% com fatores protetores elevados no final. O maior incremento foi observado nos fatores: Posição antecipada diante da própria velhice e Autocuidado e autossuficiência.

Conclusões: Os resultados mostram uma correlação positiva entre o treinamento multicomponente e os FAPPREN em todas as participantes. O incremento final nas médias gerais do FAPPREN, juntamente com o aumento dos percentuais individuais, demonstrou que o exercício físico influenciou na melhora dos fatores psíquicos de proteção das mulheres idosas.

Palavras-chave: *Mulheres idosas, Fatores Psíquicos Protetores do Envelhecimento, exercício físico, treinamento multicomponente, envelhecimento saudável.*

Introducción

Frente al desafío que representa la longevidad para el futuro de la humanidad, es necesario concebir al proceso de envejecimiento desde un abordaje integral y complejo. Esto requiere una aproximación holística al sujeto envejeciente a partir de los aportes que las

diferentes ciencias del envejecimiento pueden hacer para profundizar la comprensión gerontológica.

Así, esta investigación se propuso enfocar la concepción de envejecimiento saludable como un "proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez"¹ (p.30), desde una

perspectiva biopsicosocial. La intención fue analizar sí a partir de la ejercitación de las capacidades intrínsecas físicas, era posible incidir en las capacidades psicológicas afectivas (factores psíquicos protectores) para contribuir con la preservación de la capacidad funcional y promover un envejecimiento saludable.

Desde un abordaje biogerontológico, Izquierdo *et al.*² plantean que un envejecimiento es saludable cuando las personas mayores pueden preservar su capacidad funcional, es decir, pueden seguir realizando las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) por sí mismas sin ayuda de terceros, más allá de las enfermedades no transmisibles o comorbilidades que puedan presentar. El objetivo durante la vejez, es mantener un nivel de independencia funcionalidad que permita la mayor autonomía posible en cada caso³. Para eso, diseñaron el "Programa Vivifrail"², basado en el entrenamiento físico multicomponente, que combina la ejercitación de las capacidades intrínsecas físicas: fuerza, resistencia cardiovascular, equilibrio y flexibilidad, con el propósito de prevenir la fragilidad y caídas en personas mayores. Además, comprobaron que contribuye a mejorar el estado cognitivo, bienestar emocional y fomentar la socialización mientras se envejece.

Desde una concepción psicogerontológica, Zarebski⁴ considera que el envejecimiento normal involucra un proceso de declive biológico que demanda un trabajo psíquico para elaborar gradualmente, los cambios estructurales y funcionales que conlleva el paso del tiempo, mientras se intenta sostener la propia identidad, dando por resultado distintas maneras de posicionarse frente al envejecer y de vincularse con el entorno. Plantea que la persona posee factores psíquicos protectores (FP), es decir, recursos psíquicos necesarios para afrontar esos cambios. Entonces, transitará un envejecimiento satisfactorio si logra internalizar la idea de finitud y el sentido de trascendencia, acepta la diferencia intergeneracional y tiene capacidad de autocrítica. Estos FP brindan flexibilidad para ser resiliente frente a distintos eventos, pues favorecen el desarrollo psicosocial, la salud física y men-

tal, y contribuyen con el bienestar general. Para conocer los FP del buen envejecer, Zarebski y Marconi⁵ elaboraron un instrumento para relevar los Factores Psíquicos Protectores del Envejecimiento denominado inventario FAPPREN que permite identificar aspectos que favorecen un envejecimiento satisfactorio, y también, aquellos que implican el riesgo psíquico de un envejecimiento insatisfactorio.

Partiendo de una concepción integral de envejecimiento saludable, esta investigación buscó dar respuesta al siguiente interrogante: *¿es posible identificar alguna relación entre los FP y el ejercicio multicomponente que realizan las personas mayores en un centro de jubilados?"*

El estudio se desarrolló durante 2019 y 2020, como una tesina de grado de la Licenciatura en Actividad Física y Deporte de la Universidad Nacional de Avellaneda (UNDAV) en el contexto de un proyecto de investigación macro denominado "Promoviendo un buen envejecer"⁶. A continuación, se presentan su concreción y resultados.

Objetivo general

- Identificar la influencia del entrenamiento multicomponente en los FAPPREN de las mujeres adultas mayores que participaron de un plan de ejercicio físico en un centro de jubilados de Piñeyro, Avellaneda, en el conurbano bonaerense de Argentina.

Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas y sanitarias de las adultas mayores mujeres (AMM) participantes.
2. Identificar los FAPPREN que presentan las AMM al inicio de la experiencia.
3. Diferenciar las variaciones en los puntajes obtenidos en el FAPPREN de las AMM después del período de entrenamiento.
4. Reconocer la relación entre la variación de los puntajes del FAPPREN de las AMM y el plan de ejercicios realizado durante el entrenamiento multicomponente.

Materiales y método

Se realizó una investigación cuantitativa, basada en un diseño cuasi-experimental, prospectivo, de corte longitudinal, a pequeña escala y sin grupo control. La muestra fue intencional, compuesta por personas mayores en su totalidad de género femenino, que concurrían a realizar ejercicio físico, en un centro de jubilados ubicado en Piñeyro, localidad del partido de Avellaneda, en el Conurbano Bonaerense, y que cumplieron con los criterios de inclusión:

- tener 60 años o más,
- responder al inventario en la toma inicial y final y a la valoración de la capacidad funcional,
- participar dos veces por semana de las clases en el periodo de entrenamiento,
- firmar el consentimiento informado de su participación.

Las variables analizadas fueron:

- **Variable dependiente:** los factores psíquicos protectores del envejecimiento de las AMM.
- **Variable independiente:** el plan de ejercicio físico multicomponente.
- **Variables intervinientes:** las características socio demográficas (edad, género y nivel de estudios alcanzado) y el estado de salud de las AMM.

Como instrumentos de registro de datos, se utilizaron: el Inventario FAPPREN⁵, los test de la valoración de la capacidad funcional (SPPB) y riesgo de caídas y el plan de ejercicio físico multicomponente basados en el Programa Vivifrail.

El Inventario FAPPREN⁵ (versión completa) comprende 80 indicadores, 79 son afirmaciones que se responden de manera dicotómica (SI/NO), y una pregunta (ítem 80) con opciones, agrupados en 10 dimensiones, que representan los factores psíquicos protectores estudiados y se enuncian y explicitan sintéticamente a continuación:

- Flexibilidad y disposición al cambio (el grado de flexibilidad o de rigidez para aceptar o no, los cambios que implica el envejecimiento para la propia identidad),

- Auto-cuestionamiento (posibilidad de replantearse rasgos y actitudes, rígidamente sostenidos, y de enfrentarse a las propias fallas),
- Autoindagación, reflexión y espera (asociado al encuentro consigo mismo, que faculta pensar antes de actuar –tolerar la espera– y hacer un balance interno);
- Riqueza psíquica y creatividad (acceso a fantasear, imaginar, jugar, desear y soñar, poniendo en palabras afectos, angustias y preocupaciones);
- Pérdidas, vacíos, compensación con ganancias (lograr disminuir el impacto negativo de las pérdidas a partir de nuevas adquisiciones o formas de valoración de lo perdido);
- Autocuidado y autovalidez (estar atento a los límites propios en el desempeño corporal, durante el envejecer y hacerse cargo del cuidado de la propia salud);
- Posición anticipada respecto a la propia vejez (reflexionar anticipadamente sobre la condición futura y elaborando las marcas biológicas y sociales del envejecer)
- Posición anticipada respecto a la finitud (aceptación de todo el curso vital, incluida la finitud y la muerte como el gran límite de la vida);
- Vínculos intergeneracionales (reconocer las diferencias entre generaciones para asegurar su continuidad, ubicándose en la cadena generacional);
- Diversificación de vínculos e intereses (implicación social con la familia y amigos, manteniendo redes de apoyo y proyectos relacionados a diferentes actividades luego del retiro).

El análisis de los datos se realiza con instrumentos específicos, y se interpreta a partir del marco conceptual⁵ de sus autoras, siguiendo estos puntajes de corte:

Tabla 1. Puntaje de corte FAPPREN

Factores protectores (FP)	Puntaje	Tipo de envejecimiento
Escaso FP	< 53	Riesgo envejecimiento insatisfactorio
Moderado FP	53 a 63	Moderada satisfacción
Elevado FP	> 63	Envejecimiento satisfactorio

(Fuente: Zarebski y Marconi, 2017)

Tabla 2. Distribución del puntaje percentil (PP)

PP	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	PT
5	3,00	4,00	4,00	3,00	3,00	4,00	4,00	4,00	3,00	3,85	45,00
15	4,55	4,00	5,00	4,00	5,00	5,00	5,00	4,55	4,00	5,00	49,55
25	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,25	5,00	4,00	5,00	52,00
45	6,00	5,00	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	5,00	6,00	58,00
50	6,00	6,00	7,00	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	5,00	6,00	59,00
65	7,00	6,00	7,00	6,00	7,00	6,00	7,00	6,00	5,00	7,00	63,00
75	7,00	6,75	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	6,75	6,00	7,00	64,00
85	7,00	7,00	8,00	7,00	8,00	7,00	8,00	7,00	6,00	7,00	67,45
95	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	7,00	8,00	71,00

(Fuente: Zarebski y Marconi, 2017)

Asimismo, cada una de las diez dimensiones de los FAPPREN se analiza de acuerdo a la siguiente distribución percentil (ver Tabla 2).

Los puntajes de percentiles (PP) = <25, evidencian baja prevalencia de FP y permiten inferir un factor de riesgo psíquico de envejecimiento insatisfactorio en esa dimensión. Los PP = >75, indican mayor presencia de FP.

Implementación

La investigación comenzó con la valoración de la capacidad funcional de las AMM usando la Batería corta de desempeño físico conocida por sus siglas en inglés SPPB (*Short Physical Performance Battery*), para reconocer el grado de fragilidad, y pruebas complementarias para indicadores de riesgo de caídas². Esa evaluación facilitó el diseño de un plan de ejercicio físico multicomponente acorde con la guía del Programa Vivifrail², con actividades personalizadas que respetaron las tipologías según los niveles de fragilidad identificados en cada AMM⁷.

Conjuntamente, se administró el inventario FAPPREN⁵ (con modalidad auto administrada). Luego, se implementó el plan de ejercicio físico diseñado durante tres meses. Completaron ese periodo de entrenamiento 16 adultas mayores, a quienes se volvió a aplicar el inventario.

Finalmente, se compararon los resultados del FAPPREN pre y post entrenamiento en base al análisis realizado con estadística descriptiva.

Resultados

La muestra presentó las siguientes características sociodemográficas:

- *Género*: Todas se autopercebieron como género femenino.
- *Edad*: Osciló entre 60 y 81 años. Edad media: 69 años. 63% tenía menos de 70 años.

Tabla 3. Edad de las AMM

Edades	AMM	%
60-64	6	38,00%
65-69	4	25,00%
70-74	1	6,00%
75-79	4	25,00%
80 y más	1	6,00%
TOTAL	16	100%

(Fuente: Elaboración propia)

- *Nivel de escolaridad alcanzado*: 44% de las AMM finalizó el nivel secundario, 31% nivel terciario, y 25% nivel primario.
- *Estado civil*: 50 % de AMM estaba casada, 38% viuda, y 12 % soltera o divorciada
- *Enfermedades pre-existentes y contraindicaciones*: la hipertensión arterial fue la patología recurrente. Se detectaron: artrosis, gastritis, hipotiroidismo, divertículos, hernia de disco, escoliosis y artroplastia de cadera y tobillo. Ninguna de las patologías referidas

representaba una contraindicación relativa o absoluta para participar del Programa Vivifrail.

- **Capacidad funcional inicial:** 81% de las AMM (13) presentó funcionalidad de persona robusta, sin limitación o con limitación mínima, 19% presentó funcionalidad prefrágil y 44% evidenciaron riesgo de caídas.

Respecto de los Factores Psíquicos Protectores (FP), en los resultados iniciales del Inventario FAPPREN, el promedio de puntajes parciales de las AMM fue 62, es decir, presentaban moderados FP.

El análisis por dimensiones demostró que las que obtuvieron promedios más altos fueron:

- **6,7⁽ⁱ⁾**. Posición anticipada respecto propia vejez
- **6,6**. Pérdidas y vacíos. Compensación con ganancias
- **6,6**. Diversificación de vínculos e intereses

Las dimensiones con promedios más bajos fueron:

- **5,4**. Vínculos intergeneracionales
- **6,1**. Auto-cuestionamiento
- **6,2**. Flexibilidad y disposición para el cambio

En los puntajes individuales de las AMM, se observó que:

- 56%, presentaron elevados FP, con puntaje igual o superior a 63 puntos
- 25%, moderado FP, con puntajes entre los 53 y 63 puntos
- 19%, escasos FP y riesgo de envejecimiento insatisfactorio, con puntajes menores a 53 puntos.

Los puntajes por quintiles demostraron que 57% de las AMM con moderados o escasos FP, tenían 75 años o más. En cambio, 78% de las AMM con elevados FP tenían menos de 70 años. Se infirió que los FP de las AMM disminuía con la edad.

Luego de los 3 meses de entrenamiento⁽ⁱⁱ⁾, el promedio de los puntajes finales del Inventario FAPPREN de las AMM fue de 65, ascendió tres puntos, por tanto, mejoraron sus FP, pasando de presentar moderados FP (62 en la toma inicial) a elevados FP en la toma final.

En la evaluación final, las dimensiones con promedios más altos fueron:

- **7,1**. Posición anticipada respecto de la propia vejez
- **6,9**. Autocuidado y autovalidez
- **6,8**. Posición anticipada respecto de la finitud

Las dimensiones con promedios más bajos fueron:

- **6**. Vínculos inter-generacionales, (aunque fue uno de los puntajes que más mejoró)
- **6,1**. Auto-cuestionamiento
- **6,1**. Riqueza psíquica y creatividad

En los puntajes finales individuales de las AMM, se observó que:

- 69% presentaron elevados FP
- 25% moderados FP y
- 6% escasos FP.

Los puntajes por quintiles de la evaluación final fueron más altos en los menores de 70 años, coincidiendo con la tendencia de la toma inicial. Esto permite afirmar que en esta muestra de AMM, los FP disminuyen con la edad.

Tabla 4. Comparación resultados FAPPREN inicial y final

FP	Toma Inicial		Toma Final		Cambios
	AMM	%	AMM	%	
< 53	3	19	1	6	-2
53 a 63	4	25	4	25	4
> 63	9	56	11	69	+2
Total	16	100	16	100	

(Fuente: Elaboración propia)

Al comparar los promedios de los puntajes de cada dimensión en cada toma del inventario, se observó que en la final, seis de las dimensiones obtuvieron más puntajes que en la inicial, destacándose:

- VII. Posición anticipada respecto de la propia vejez
- VI. Autocuidado y autovalidez
- VIII. Posición anticipada respecto a la finitud
- III. Auto-indagación, reflexión y espera
- I. Flexibilidad y disposición al cambio
- IX. Vínculos inter-generacionales

Sólo una dimensión obtuvo el mismo puntaje:

- IV. Riqueza psíquica y creatividad

(i) Indica el promedio parcial de cada dimensión evaluada.

(ii) Se realizó entre los meses de agosto a octubre inclusive de 2019, periodo en que las AMM asistieron a dos clases por semana de una hora.

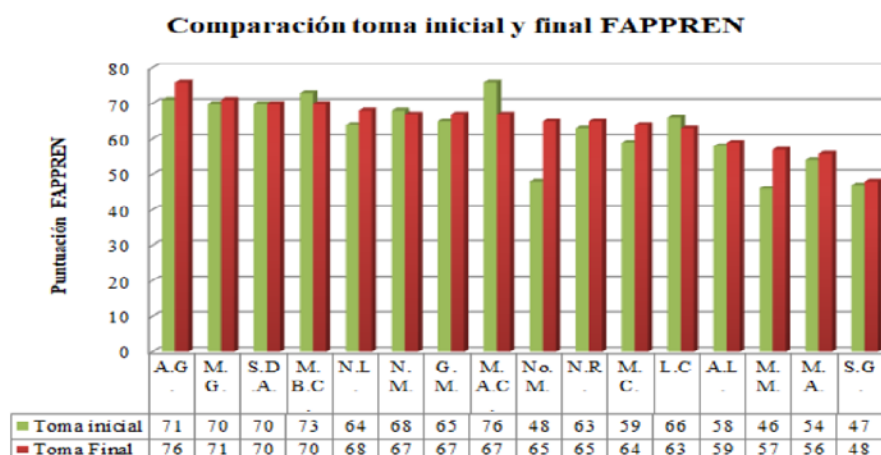


Gráfico 1. Comparación de resultados FAPPREN inicial y final

(Fuente: Elaboración propia)

Tres dimensiones obtuvieron un puntaje menor:

- V. Pérdidas y vacíos. Compensación con ganancias
- X. Diversificación de vínculos e intereses
- II. Auto-cuestionamiento

Los puntajes finales de las dimensiones permite inferir que el ejercicio físico tuvo mayor influencia en:

- VII. *Posición anticipada respecto de la propia vejez*; porque brindó a las AMM la oportunidad de detenerse a evaluar y elaborar las marcas del envejecer, pensar sobre su condición futura y la posible conservación de la independencia funcional.
- VI. *Autocuidado y autovalidez*; al tomar conciencia de los cambios del propio cuerpo, aceptarlos y reconocer la necesidad de hacerse cargo del autocuidado y asumirse como responsable del sostén de su salud, adhiriendo al ejercicio físico como hábito saludable, para seguir “funcionando” (Zarebski, 2005) de manera independiente.
- VIII. *Posición anticipada respecto a la finitud*, porque contribuyó a: admitir que el curso vital tiene un límite: la muerte propia, incorporar que no se puede “ser o tener todo siempre” (Zarebski, 2017), y buscar qué cambios hacer para mantener expectativas de longevidad.

Discusión

Al administrar el inventario FAPPREN, se evidenció la dificultad de comprensión de algunas personas que sólo cuentan con educación primaria. Entonces, cabe

plantearse si este instrumento ¿es aplicable en todas las vejez?

Si la administración se hubiese realizado como entrevista, -otra de las posibles modalidades- ¿Hubiera presentado resultados diferentes a los obtenidos en esta investigación?

Dado que el periodo de entrenamiento finalizó ¿Cómo incide la discontinuidad en la práctica del ejercicio físico en los FAPPREN?

Conclusiones

La comparación de los puntajes iniciales y finales del FAPPREN de las AMM demostró que luego del periodo de entrenamiento, su promedio aumentó pasando de escasos y moderados FP a elevados FP. Al analizar sus puntajes individuales, se observó que en la evaluación inicial 44% de las AMM evidenciaron escasos (19%) y moderados (25%) FP. En cambio, en la evaluación final, ese porcentaje se redujo a un tercio, y que el 70% alcanzó elevados FP.

Por consiguiente, el incremento final de los promedios del FAPPREN y el aumento de FP en los porcentajes individuales de las participantes, mostraron que el entrenamiento multicomponente influyó en la mejora de los FP. Estos resultados aportan evidencia a favor de una respuesta afirmativa al objetivo general de

Dimensión	FAPPREN	Flexibilidad y disposición al cambio	Auto-cuestionamiento	Auto-indagación, reflexión y espera.	Riqueza psíquica y creatividad	Compensación de Pérdidas y ganancia	Autocuidado y autovalidez	Posición anticipada respecto propia vejez	Posición anticipada respecto a la finitud	Vínculos intergeneracionales	Diversificación de vínculos e intereses	Total
		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	
Promedio	1°T	6,2	6,3	6,3	6,1	6,6	6,3	6,7	6,3	5,4	6,6	62
Promedio	2°T	6,25	6,1	6,4	6,1	6,5	6,9	7,1	6,8	6	6,5	65

Gráfico 2. Comparación de promedios FAPPREN

(Fuente: Elaboración propia)

esta investigación, pues se encontró una correlación positiva entre los FAPPREN y el entrenamiento multi-componente en todas las AMM de la muestra.

A través del plan de entrenamiento diseñado⁸, las AMM ejercitaron sus capacidades físicas, comprometiéndose sus capacidades psicológicas (su aparato psíquico), ya que las llevó a revisar la relación con su propio cuerpo. Se infiere que el ejercicio físico les ofreció la posibilidad de elaborar sus declives físicos y las limitaciones en la ejecución de determinadas actividades corporales propias del envejecer. Al realizar ejercicios adecuados a sus posibilidades actuales y mejorar sus capacidades físicas remanentes, disminuyó el impacto negativo que genera el declive funcional. Acceder a vivencias de competencia personal y al disfrute en el hacer físico, les permitió recuperar la confianza en sí mismas, aceptar sus limitaciones, y reconocer que ahora (en la vejez) pueden, pero de distinta forma (Zarebski, 2005), mejorando sus FP.

Además, la implementación grupal de un plan de entrenamiento, que al mismo tiempo contempló sus necesidades personales, permitió seguir indagando sobre las ventajas de un abordaje del envejecimiento desde una perspectiva holística e integral y comprobar que, para promover un envejecimiento saludable, no es posible trabajar sobre el cuerpo sin influir sobre la mente, o a la inversa, “trabajar sobre la mente sin

que esto incida en el cuerpo”⁸ (p. 27), confirmando las afirmaciones de Salvarezza⁹.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. 2015. Ginebra. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186468>
2. Izquierdo, M., Casas-Herrero, A., Zambom-Ferraresi F. Fabricio, Martínez-Velilla N., Alonso-Bouzon C. Rodríguez-Mañas L. Programa de ejercicio físico multicomponente Vivifrail. Guía práctica para la prescripción de un programa de entrenamiento físico multicomponente para la prevención de la fragilidad y caídas en mayores de 70 años. 2017. Consorcio Vivifrail. <https://vivifrail.com/wp-content/uploads/2019/11/VIVIFRAILESP-Interactivo.pdf>
3. Casas-Herrero, A., Cadore, E., Martínez Velilla, N., Izquierdo, M. El ejercicio físico en el anciano frágil: una actualización. Rev. Esp. de Geriatria y Gerontología. 2015; 50(2):74–81. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-el-ejercicio-fisico-el-anciano-S0211139X14001590>
4. Zarebski, G. Hacia un buen envejecer. 2005. Bs. As.: Univ. Maimónides.
5. Zarebski, G. y Marconi, A. Inventario de Factores Psíquicos Protectores del Envejecimiento (FAPPREN). 2017. España: Académica Española.
6. Renzi, G., Almada, C., Alberti, P., Bengochea, MF., Morales Rosillo, D., Basavilbaso, MA. Promoviendo un buen envejecer. Diseño e implementación de un programa de ejercicio físico y hábitos saludables, como estrategia para la preservación de la capacidad funcional de los adultos mayores de Avellaneda. [Proyecto de Vinculación Tecnológica: Convocatoria: Universidades Agregando Valor 2018]. 2019. UNDAV.
7. Renzi, G. M., Almada, C. E., y Bengochea, M. F. La preservación de la capacidad funcional de las personas mayores a través del entrenamiento físico multicomponente. 2022. Rev. Arg. de Gerontología y Geriatria; Vol 36(1):27-35. Disponible en: https://sagg.ar/wp-content/uploads/2022/05/RAGG_1_2022_web.pdf
8. Renzi, G., Almada, C., Morales Rosillo, D., y Bengochea, MF. Promoviendo un buen envejecer. 2022. Avellaneda: Ediciones UNDAV. Disponible en: <https://ediciones.undav.edu.ar/?product=promoviendo-un-buen-envejecer>
9. Salvarezza, L. (comp.) La vejez, una mirada gerontológica actual. 1998. Bs. As.: Paidós.

ARTÍCULO ORIGINAL

Incorporación del FAPPREN-VA a la Valoración Gerontológica Integral: un abordaje psicogerontológico de la subjetividad en el envejecimiento

Graciela Zarebski¹, Julia Xifra²

¹ Doctora en Psicología, Universidad de Buenos Aires. Directora del Instituto Iberoamericano de Ciencias del Envejecimiento (InICiEn)

² Mg. en Psicogerontología. Licenciada en Terapia Ocupacional. Directora del Departamento de Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata

Correo electrónico: graciela zarebski@gmail.com

Contribución de autoría:

Perla Bronstein, Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Silvia Bidart, Mar del Plata, Provincia de Buenos Aires

Rosa V. Campos, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Mauricio Lorca, Santiago de Chile.

Jorgelina Ricchezza, Mar del Plata, Provincia de Buenos Aires

Teresa Román Sandoval, Santiago de Chile.

Romina Rubín, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Silvana Stábile, Luján, Provincia de Buenos Aires

Conflictos de interés/Financiación: No existen.

Recibido el 12 de julio de 2025; aceptado el 5 de septiembre de 2025.

RESUMEN

Este estudio se propuso identificar la presencia de factores psíquicos protectores/de riesgo para el envejecimiento valorados a través del FAPPREN (VA), detectar, a través del relato de vida a partir de la entrevista en profundidad, la presencia de factores protectores/de riesgo en el modo en que fue resolviendo los distintos avatares del curso vital, así como también analizar cómo los relatos obtenidos en las entrevistas complementan y respaldan los resultados cuantitativos identificados a través del instrumento mencionado.

Metodología: Estudio cuali-cuantitativo, de alcance exploratorio descriptivo. Se utilizaron un cuestionario para variables sociodemográficas y de evaluación subjetiva, el Inventario FAPPREN (VA) y entrevistas en profundidad. La muestra quedó conformada por 36 personas de 55 a 92 años.

Resultados: Se observó un alto grado de factores psíquicos protectores para el envejecimiento ($M=24.66$, $DS=3.57$). En todos los casos evaluados se ha detectado que las narrativas del curso de vida exploradas a partir de las entrevistas en profundidad respaldan, complementan y amplían los datos obtenidos en el FAPPREN (VA) al dar cuenta de cómo fue elaborando la persona el proceso de su envejecimiento.

Discusión: aplicar la Valoración Gerontológica Integral incorporando el FAPPREN(VA), le permitirá al profesional obtener indicadores acerca de los factores protectores/de riesgo a fin de planificar estrategias de prevención y tratamiento.

Conclusiones: se propone la versión abreviada del FAPPREN como herramienta a incorporar a la Valoración Gerontológica Integral, de modo de abarcar los aspectos subjetivos, además de los considerados tradicionalmente.

Palabras clave: Valoración Gerontológica Integral - Instrumentos - Psicogerontología

Incorporation of FAPPREN-VA into Comprehensive Gerontological Assessment: a psychogerontological approach to subjectivity in aging

ABSTRACT

This study aimed to identify the presence of protective/risk factors for aging assessed through the FAPPREN (VA), detect, through life stories based on in-depth interviews, the presence of protective/risk factors in the way in which the different vicissitudes of life were resolved, as well as to analyze how the accounts obtained in the interviews complement and support the quantitative results identified through the aforementioned instrument.

Methodology: qualitative-quantitative study, with a descriptive exploratory scope. A questionnaire was used for sociodemographic variables and subjective evaluation, the FAPPREN Inventory, in its abbreviated version, and in-depth interviews. The sample was made up of 36 people from 55 to 92 years old.

Results: a high degree of protective psychological factors for aging was observed. In all cases evaluated, it was found that the life course narratives explored in the in-depth interviews support, complement, and expand on the data obtained in the FAPPREN (VA) by accounting for how the person developed their aging process.

Discussion: by applying the Comprehensive Gerontological Assessment incorporating the FAPPREN (VA), it will allow the professional to obtain indicators about the protective/risk factors in order to plan prevention and treatment strategies.

Conclusions: the abbreviated version of FAPPREN is proposed as a tool to be incorporated into the Comprehensive Gerontological Assessment, in order to cover the subjective aspects, in addition to those already considered traditionally.

Keywords: *Comprehensive Gerontological Assessment - Instruments - Psychogerontology*

Incorporação do FAPPREN-VA à Avaliação Gerontológica Integral: uma abordagem psicogerontológica da subjetividade no envelhecimento

RESUMO

Este estudo teve como propósito identificar a presença de fatores psíquicos protetores/de risco para o envelhecimento avaliados através do FAPPREN (VA); detectar, por meio do relato de vida a partir de entrevista em profundidade, a presença de fatores protetores/de risco na maneira em que foram resolvendo as diferentes vicissitudes do curso vital; bem como analisar como os relatos obtidos nas entrevistas complementam e respaldam os resultados quantitativos identificados por meio do instrumento mencionado.

Metodologia: Estudo quali-quantitativo, de alcance exploratório descritivo. Foram utilizados um questionário para variáveis sociodemográficas e de avaliação subjetiva, o Inventário FAPPREN (VA) e entrevistas em profundidade. A amostra foi composta por 36 pessoas com idades entre 55 e 92 anos.

Resultados: Observou-se um alto grau de fatores psíquicos protetores para o envelhecimento. Em todos os casos avaliados, detectou-se que as narrativas do curso da vida exploradas a partir das entrevistas em profundidade corroboram, complementam e ampliam os dados obtidos no FAPPREN (VA), na medida em que mostram como a pessoa foi elaborando o processo do seu envelhecimento.

Discussão: Aplicar a Avaliação Gerontológica Integral incorporando o FAPPREN (VA) permitirá ao profissional obter indicadores sobre os fatores de proteção/risco, a fim de planejar estratégias de prevenção e tratamento.

Conclusões: Propõe-se a versão resumida do FAPPREN como ferramenta a ser incorporada à Avaliação Gerontológica Integral, de modo a abranger os aspectos subjetivos, além dos tradicionalmente considerados.

Palavras-chave: *Avaliação Gerontológica Integral - Instrumentos - Psicogerontologia*

Introducción

Desde una perspectiva cronológica, a las personas mayores, se los identifica con rasgos tales como fragilidad y dependencia. Sin embargo, el envejecimiento como proceso universal no se ciñe a un concepto estrictamente temporal y se complejiza, tanto con fenómenos biológicos y sociales, como personales y subjetivos, convirtiéndose en una experiencia individual moldeada con un patrón heterogéneo. Este proceso se desarrolla a lo largo de toda la vida y resulta de un delicado balance entre factores protectores y de riesgo para un envejecimiento saludable.

Los factores de riesgo sanitarios y sociales son bien conocidos, pero son pocos los estudios que han identificado los factores protectores y de riesgo subjetivos. El Inventario de Factores Psíquicos Protectores en el envejecimiento (FAPPREN)⁽¹⁾, permite evaluar los factores subjetivos protectores y de riesgo para un buen envejecer⁽²⁾. Los primeros favorecen el desarrollo psicosocial, la salud física y mental y la calidad de vida, en tanto que los segundos operan de manera inversa. De la articulación de ambos surge el grado de vulnerabilidad o resiliencia frente a los cambios asociados al envejecimiento. La Teoría de la Identidad Flexible como factor protector para el cur-

so de la vida, se constituye en el marco teórico que los fundamenta⁽³⁾.

La primera versión del Inventario FAPPREN se desarrolló con 80 ítems dicotómicos distribuidos en 10 sub escalas de 8 ítems cada una y ha sido sometido a estudios de validez y confiabilidad demostrando alta consistencia interna (α de Cronbach=.89) y estabilidad temporal test-retest ($r=.65$). El análisis de respuesta al ítem mostró adecuada bondad de ajuste e invariancia a lo largo del rasgo latente ($\chi^2=32.04$, $df=287$, $p=.02$) pudiendo ser aceptado como parte de un constructo unidimensional. Si bien el FAPPREN es un inventario con robustas propiedades psicométricas, su extensión condujo a explorar versiones abreviadas que mantengan la confiabilidad y validez original pero que puedan aplicarse en ámbitos de trabajo con limitaciones de recursos humanos y de tiempo.

El FAPPREN Versión Abreviada (FAPPREN-VA) ha demostrado ser una herramienta robusta en términos de la consistencia de sus ítems, su validez y confiabilidad. Se considera de relevancia el constructo evaluado por el inventario abreviado y sus dimensiones, en tanto permiten dar cuenta de aspectos de personalidad asociados a la calidad del envejecimiento⁽⁴⁾.

Numerosos estudios han utilizado el FAPPREN aportando a la robustez psicométrica del mismo^(5, 6, 7). Por otro parte, la administración del FAPPREN (VA) ha evidenciado alto grado de fiabilidad del instrumento y el menor tiempo de administración, como ventaja, respecto a la primera versión^(8, 9, 10, 11).

Dado que el sostén teórico de esta investigación es la Teoría de la Identidad Flexible⁽³⁾ como factor protector nodal de la construcción de un envejecimiento saludable, con las 10 dimensiones de factores protectores que son sus indicadores, se espera que la narración del curso de vida que realice el entrevistado, brinde testimonio de la presencia de estos factores protectores o bien su contrapartida, factores de riesgo en el curso de vida, que den cuenta de la construcción y del arribo a un envejecimiento saludable o bien, problemático, con malestar.

La Valoración Gerontológica Integral (VGI)⁽¹²⁾ evalúa habitualmente, en lo que respecta a los aspectos personales, sólo la presencia o no de depresión y de deterioro cognitivo, cayendo así en el reduccionismo y fragmentación del sujeto y en el acento puesto en la detección de la patología, reafirmando la visión deficitaria del envejecimiento⁽¹³⁾.

A partir de lo expresado, los hallazgos de este estudio, aportan información valiosa para demostrar la necesidad y el valor de incorporar aspectos subjetivos habitualmente no contemplados en la admisión en distintos ámbitos de práctica gerontológica, en las cuales se puede apreciar la dificultad para avanzar y sostener el enfoque de la complejidad en la Gerontología, que incluya la subjetividad en juego en el envejecimiento⁽¹⁴⁾.

En cuanto a la valoración psicogerontológica implicada en la VGI, detectando la presencia sólo de depresión y de deterioro cognitivo, no alcanza a ser abarcada la posición de la persona frente a su envejecimiento, que permita conocer cómo lo está tramitando, la conflictiva que pudiera estar atravesando al respecto en los distintos órdenes de su vida, De tal modo, pasan desapercibidos para el equipo interviniente, distintos planos de la vida psíquica del sujeto que hacen a sus modos de vincularse, a su sufrimiento psíquico, a sus autocuestionamientos, a sus angustias, a los cuales no se da lugar a que aparezcan⁽¹⁵⁾.

Según lo planteado, cabe preguntarse: ¿se puede resolver sólo con pruebas objetivas lo que le pasa a un ser humano, en este caso con su envejecimiento, mediante herramientas que ubican a la persona según una norma esperable, como "normal" o "patológico" como único parámetro a indagar?⁽¹⁶⁾ Más allá de la postura crítica que sostenemos respecto a esta categorización cuando se aplica al envejecimiento subjetivo⁽¹⁷⁾, se deben incorporar otras herramientas.

Las entrevistas son valiosas en este sentido, pero muchas veces sus registros no resultan accesibles para otros integrantes del equipo, lo que puede generar una indagación reiterada de aspectos de la vida de las personas de edad, ocasionando agobio y merma de

la credibilidad en su accionar. En cambio, el uso del Inventario FAPPREN (VA)⁽⁴⁾, no solo da lugar a la voz de los sujetos, sino que permite detectar el grado de flexibilidad o rigidez frente a los cambios⁽³⁾, al establecer con qué factores psíquicos protectores o de riesgo cuenta esa persona. Se puede trabajar, a partir de allí con un abordaje asistencial o preventivo.

En la medida en que la narración del curso de vida, obtenida a partir de la entrevista, muestre mayoritariamente su respaldo a los resultados del FAPPREN (VA), permitirá sostener que, a fin de conocer cómo la persona ha construido su vida y la sigue construyendo como persona mayor, al momento de realizar una VGI por parte de un/a profesional o un equipo interdisciplinario del campo gerontológico, la aplicación del Inventario FAPPREN (VA) le dará acceso rápido y confiable a esta información –sin necesitar recurrir en esa primera instancia al relato del curso vital– acerca de cómo juega la subjetividad en el proceso de envejecimiento de esa persona, lo cual facilitará indicadores acerca de en qué dimensiones centrar la tarea preventiva, asistencial o de rehabilitación.

A partir de lo expresado, este estudio se propuso, como objetivo general, identificar la presencia de factores psíquicos protectores/de riesgo para el envejecimiento, valorados a través del FAPPREN (VA), como herramienta a ser incorporada a la VGI, y como objetivos específicos, en primer lugar, detectar, a través del relato de vida a partir de la entrevista en profundidad, la presencia de factores protectores o de riesgo en el modo en que fue resolviendo los distintos avatares del curso vital y, en segundo lugar, analizar cómo los relatos obtenidos en las entrevistas en profundidad complementan y respaldan los resultados cuantitativos identificados a través del instrumento FAPPREN (VA), en relación con los factores psíquicos protectores y de riesgo en el proceso de envejecimiento.

Este estudio permitirá demostrar la importancia de incorporar el Inventario de Factores Psíquicos Protectores en el Envejecimiento, en su versión abreviada, como herramienta conveniente de ser incluida en la Valoración Gerontológica Integral.

Material y Método

Desde un enfoque metodológico cuali-cuantitativo se llevó a cabo un estudio exploratorio descriptivo, con un diseño no experimental de corte transversal.

Participantes

La población estuvo constituida por personas mayores de 55 años, de ambos sexos, de distintas localidades de Argentina y Chile, participantes de emprendimientos gerontológicos en la comunidad. Se trabajó con un muestreo no probabilístico por conveniencia o accidental⁽¹⁸⁾. Respecto a las edades incluidas en la muestra, responde, en primer lugar, a un criterio gerontológico, en cuanto a que la gerontología abarca todo el proceso de envejecimiento, especialmente la mediana edad y vejez, con la finalidad de realizar una detección temprana de factores de riesgo y/o protectores a fin de promocionar un envejecimiento saludable desde edades jóvenes, e incidir preventivamente. Con ese criterio fue elaborado y validado el FAPPREN (VA), a fin de ser aplicado a partir de los 21 años y sin límite de edad⁽⁴⁾. Se estableció como criterios de inclusión que los participantes tuvieran 55 años o más, contaran con un puntaje igual o superior a 24 en el *Mini-Mental State Examination* (MMSE), y presentaran condiciones de alfabetización que les permitieran responder los instrumentos. Como criterio de exclusión, se consideró a quienes obtuvieran un puntaje inferior a 24 en el MMSE o evidenciaran dificultades para completar adecuadamente los instrumentos de recolección de datos.

La muestra estuvo conformada por 36 personas, con un rango de edad de 55 a 92 años ($M=69.67$, $DS=8.80$), siendo el 72.2% mujeres y el 27.8% varones. Con respecto a la nacionalidad 22 (61%) fueron argentinos y 14 (39%) chilenos.

El 16.7% fueron solteros, el 44.4% casados, el 30.6% viudos. Solo se registraron dos personas separadas/divorciadas. En cuanto al grupo de convivencia el 25% viven solos, el 47.2% con familiares, el 19.4 con su pareja y el 8.3% en institución. El máximo nivel de instrucción alcanzado evidenció que el 13.9% realizó la

primaria completa, el 19.4 % completó el secundario, el 8.3% finalizó el terciario y 30.6% finalizó sus estudios universitarios.

Instrumentos

Para la recolección de datos sociodemográficos y evaluación subjetiva se utilizó un cuestionario a fin de analizar las variables edad, género, lugar de nacimiento, lugar de residencia, estado civil, grupo de convivencia, escolaridad, actividad laboral. Mientras que los aspectos subjetivos pretendieron describir cómo calificarían su niñez, adolescencia, la década de los 30 a 50 años y cómo viven el envejecimiento.

Para medir los factores psíquicos protectores para el envejecimiento se utilizó el Inventario FAPPREN (VA)⁽⁴⁾. Éste evalúa los factores a través de 30 ítems agrupados en 10 dimensiones:

1. Flexibilidad y cambio
2. Auto-cuestionamiento
3. Capacidad de auto-indagación, reflexión y espera
4. Riqueza psíquica y creatividad
5. Pérdidas, vacíos, compensación con ganancias
6. Auto-cuidado para la autovalidez
7. Posición anticipada respecto a la propia vejez
8. Posición anticipada respecto de la finitud
9. Vínculos intergeneracionales
10. Diversificación de vínculos e intereses.

A cada uno de los reactivos la persona debe responder por SI o NO, siendo 14 el puntaje de corte total. 15 y más puntos representan un alto grado de factores protectores 14 y menos: bajo grado de factores protectores. Una ventaja del instrumento es que permite diferenciar puntualmente cuáles son los factores de riesgo a trabajar con la persona evaluada, con apoyo en los factores protectores detectados.

El relato del curso de la vida se exploró a través de entrevista/s en profundidad. Respecto a la entrevista, no se propuso una historia de vida por etapas. Si bien se esperaba que la persona relate aspectos familiares, de

escolaridad, trabajo, jubilación, sexualidad, vínculos y actividades sociales, hábitos y rutinas, sucesos traumáticos, etc. el enfoque no estuvo puesto en el registro de hechos sino en la perspectiva que, desde el Paradigma del Curso de la Vida⁽¹⁹⁾, nos dan las 10 dimensiones del FAPPREN, a fin de conocer cómo vivió esos sucesos, las transiciones, sus decisiones, las consecuencias, etc. En síntesis, la construcción de una identidad predominantemente flexible o rígida y las consecuencias que le fue acarreado en su proceso de envejecimiento en los distintos planos de su transcurrir vital. Se buscó explorar cómo la persona percibe en la actualidad las decisiones o posiciones que adoptó frente a determinados acontecimientos, a fin de detectar un proceso de flexibilización o bien de rigidificación a lo largo de su curso vital.

Procedimientos y aspectos éticos

Para la recolección de datos se llevó a cabo una reunión individual con el participante a fin de explicarle el propósito del estudio y el alcance de la información que se iba a ofrecer. Se garantizó el anonimato y se firmó el consentimiento informado para la participación, grabación, transcripción y publicación del relato del curso de vida. Para la elaboración del informe se utilizaron nombres ficticios.

El tiempo aproximado de la administración del cuestionario y FAPPREN (VA) fue de 20 minutos. Algunos participantes solicitaron se les leyera los instrumentos y brindara asistencia para el registro de los ítems. Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 30 a 60 minutos.

Los datos fueron informatizados y luego analizados con el Programa Estadístico para las Ciencias Sociales SPSS 21. Se llevó a cabo análisis estadístico descriptivo para las variables sociodemográficas, aspectos subjetivos y FAPPREN (VA).

Resultados

Variables sociodemográficas y aspectos subjetivos

En relación a las variables sociodemográficas, del total de la muestra (36) 27 se encuentran jubilados y 9 aún

no. 14 personas continúan trabajando, mientras que 21 ya no lo hacen actualmente.

Con respecto a las variables subjetivas, es decir, cómo calificarían su niñez, adolescencia, la década de los 30 a 50 años y cómo viven el envejecimiento, siendo el puntaje máximo 5 (muy buena) y el mínimo 1 (muy mala), se hallaron los siguientes resultados: la mayoría (38.1%) calificó como muy buena su niñez (14) y el 30.6 % (11) la calificó como buena, solo el 5.6% (2) calificaron su niñez como muy mala. La media fue de $M=3.89$, con un $DS= 1.19$. En relación a la calificación de la adolescencia el 47.2% (17) calificó como buena, el 22.2% (8) calificaron como muy buena. La media fue de $M=3.81$, con un $DS= 0.951$. La calificación del paso por la década del 30 a 50 años evidenció que el 47.2% (17) la consideró buena, el 33.3% muy buena. La media fue de $M=4.19$, con un $DS= 1.261$. Con respecto al envejecimiento el 47.2% (17) lo calificó como bueno, el 25% (9) como muy bueno y el 25% (9) como más o menos. La media fue de $M=3.94$, con un $DS= 0.791$.

Factores Psíquicos protectores y sus dimensiones

Los resultados de los Factores Psíquicos Protectores para el envejecimiento evidenciaron que la Media obtenida en el FAPPREN (VA) fue de $M= 24.66$ y el Desvío $DS= 3.57$. Siendo el punto de corte 14, la muestra registra un alto grado de factores psíquicos protectores.

(Tabla 1) En relación a la fiabilidad del FAPPREN, se registró un α de Cronbach= .707.

Análisis de datos de las entrevistas

En todos los casos evaluados se ha detectado que las narrativas del curso de vida exploradas a partir de las entrevistas en profundidad respaldan, complementan y amplían los datos obtenidos en el FAPPREN (VA) al dar cuenta de cómo fue elaborando la persona el proceso de su envejecimiento. A continuación, se describirán algunos casos que ilustran, a partir de sus testimonios, los valores obtenidos en el FAPPREN, evidenciando la presencia de factores protectores o de riesgo en el envejecimiento.

Tal es el caso de Paulina, con el alto puntaje (3) obtenido en las dimensiones V (Pérdidas, vacíos y compensación con ganancias) y X (Diversificación de Vínculos e Intereses), al relatar que comenzó a trabajar en la parte administrativa de la empresa de unos de sus hijos, a partir del fallecimiento de su esposo, situación que percibe como altamente positiva y que fortaleció el vínculo con sus hijos dándole un nuevo sentido a su vida.

También es el caso de Emilia, quien arrojó una baja puntuación (0) en la dimensión IV (Riqueza psíquica y Creatividad) respecto a que rechazaría participar de juegos de imaginación, no se considera una persona con buen humor y considera que con la vejez se aca-

Tabla 1: Media y Desvío del FAPPREN (VA) y sus dimensiones

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Total FAPPREN (VA)	36	16,00	30,00	24,6667	3,57771
Fac. Flexibilidad y Cambio	36	2,00	4,00	3,4167	,73193
II. Fac. Autocuestionamiento	36	,00	3,00	2,3056	,82183
III. Fac. Autoind. Reflexión y Espera	36	,00	2,00	1,6111	,59894
IV. Fac. Riqueza Psíquica y Creativ.	36	,00	3,00	2,2222	,83190
V. Fac. Pérdidas, Vacíos y Ganancias	36	2,00	3,00	2,7778	,42164
VI. Fac. Autocuidado Y Autovalidez	36	1,00	3,00	2,1389	,72320
VII. Fac. Anticipación Propia Vejez	36	,00	3,00	2,6944	,74907
VIII. Fac. Anticipacion de la Finitud	36	1,00	3,00	2,4444	,65222
IV. Fac. Vínculos Intergeneracionales	36	1,00	3,00	2,3056	,57666
X. Fac. Diversificación de Vínc. e Int.	36	1,00	3,00	2,4167	,69179

(Fuente: Elaboración propia)

ban las fantasías y el deseo sexual. Esto se correlaciona con sus expresiones respecto a su sexualidad y que sólo está dispuesta para las necesidades de la familia y del negocio familiar. Su discurso evidencia en ella dificultades para jugar, imaginar, fantasear y desear.

Osvaldo obtuvo el puntaje total de 26 puntos, siendo el más alto (4) en el I (Flexibilidad y disposición al cambio). En su infancia y adolescencia vivió experiencias enriquecedoras en su proceso formativo, relata: *“me gustaba ir al colegio, tuve muy buena experiencia porque la enseñanza la percibía muy cercana e integral”*. Este proceso de educación le facilitó la apertura a lo nuevo, identificar y decidir sobre sus propios intereses, lo que se manifiesta cuando debió decidir sobre su educación en la enseñanza media: *“mi padre me hizo postular a la Escuela Normal, salí aprobado, estuve un año y sabía que no era lo que yo quería para mi futuro, le pedí a mi abuelo que convenciera a mi padre sobre mi decisión de cambiarme a la Escuela Industrial, a mí me gustaba lo electrónico, feliz hice mi enseñanza media y salí con mi título de Técnico en Electricidad Industrial, luego continué mi formación universitaria en la misma especialidad”*.

Enrique obtiene el puntaje más alto de un total de 28 puntos en las dimensiones I y II, con 4 y 3 puntos respectivamente. Dice haber aprendido a reforzar su carácter y su personalidad para enfrentar a sus compañeros, que tenían distintos intereses, motivaciones y formación familiar: *“tuve que tener cuero duro, tenía que cuidarme para que no me hicieran ‘bullying’. Todo este aprendizaje me hizo enfocarme en mis estudios y mis logros. Empecé a trabajar a los 21 años. Una experiencia muy linda porque aprendí mucho, descubrí muchas facetas comunicacionales en mí que me llevaron a motivarme para estudiar una carrera que tuviera contacto con distinto público o audiencia y me ayudara a relacionarme”*.

Por su parte, Susana, con un total de 26 puntos, con el puntaje más alto en las dimensiones I (4), VII (3) y X (3), relata que luego de los 40 años continuó sus estudios de enseñanza técnico-profesional, Una vez separada se reinventó, además de estudiar, tomó el rol de jefe de hogar sin ayuda de su marido, educó a su hija. Refiere: *“empecé a trabajar a los 17 años con autoriza-*

ción de mis padres, luego me casé y he ido trabajando con interferencia en distintas actividades que me ayudaron a enfrentar mi separación”. Además, refiere: *“no pienso retirarme aún del trabajo, me siento bien, tal vez lo haga a los 65 años, me motiva seguir trabajando para ayudar a educar a mi nieto, tal vez decida trabajar en una ONG al final, cambiar de ciudad, vivir en una parcela con una huerta”*.

Se puede observar en Aurora, que obtiene un puntaje alto, de 23 puntos, una posición flexible y la capacidad de adaptarse a nuevas situaciones, así como desde niña tuvo que adaptarse a un nuevo país, con un idioma diferente, soportar las contradicciones de lo que significó la huida de su lugar de origen junto a su familia, recuerda la tristeza de su madre, y las dificultades con el idioma. Como otros inmigrantes de esa época, sin recursos, pudo adaptarse a los cambios, afrontar con trabajo y esfuerzo proyectos educativos, laborales, cambios económicos y familiares: *“Vinimos con una mano adelante y otra atrás”*; *“A los 8 empecé el colegio, el idioma bien no lo sabía”*.

Aurora arroja también un puntaje alto en la dimensión VI (3), es capaz de decidir sobre su propio cuidado y hacerse responsable de su propia salud, identifica y proyecta sus intereses, lo que permite seguir funcionando autónomamente y la enmarcan con características de personalidad flexible: *“En mi caso me sé imponer en lo que yo deseo, enfrento las cosas, no me quedo callada”*. *“En este momento el proyecto es seguir bien mientras pueda”*. *“Cuando hay música me gusta, al cine voy mucho, trato de tener un proyecto y estar ocupada”*.

Otra consideración a tener en cuenta es que, en los casos en que han obtenido puntajes intermedios y altos (más de 20 puntos), resultó interesante detectar aquellas dimensiones con puntajes bajos, lo que fue indicador de los puntos de riesgo a trabajar.

Puede ejemplificarse con el caso de Beatriz, quien obtuvo 27 puntos. A pesar de que en todas las dimensiones logra valores altos, obtiene bajo puntaje en la dimensión III (1) (Autoindagación, Reflexión y Espera) y en su entrevista relata que ha renunciado a muchas

actividades en su vida, *“siempre conformando a todo el mundo”, “hubiera querido escribir desde muy joven, pero nunca fui a ningún curso, ni taller”*. Suele hacer mención de estar siempre en segundo plano.

Juana, con valores totales altos, presenta en la dimensión VI (Autocuidado para la Autovalidez) el más bajo puntaje (1). No refleja conciencia de la importancia del autocuidado, dedica mucho tiempo a su marido enfermo quien depende 100% de su cuidado. Al preguntarle por su salud responde: *“me siento extraña, a veces voy al médico, pero no tengo tiempo para seguir el tratamiento que me indica... ya tendré tiempo para preocuparme de mí”*.

Es, asimismo, el caso de Demetrio, quien obtuvo una valoración alta en el FAPPREN (VA), de 25 puntos. Sin embargo, al momento de responder al inventario, reconoce que le cuesta modificar su punto de vista, correspondiente a la Dimensión Flexibilidad y Cambio (1), lo cual se corresponde con lo que relata de sus relaciones familiares cotidianas (con hijos y esposa). Pudo decir al respecto que siente que esa actitud interfiere entre ellos. Es interesante, por ser un varón, que puede reflexionar sobre ese aspecto.

Del mismo modo, por el contrario, en los casos en que el puntaje total obtenido resultó bajo (menos de 19 puntos) se consideró importante detectar las dimensiones que arrojaron puntajes altos, como indicadores de los factores protectores con que cuenta la persona, que permitieron apoyarse en ellos a fin de promover cambios en los puntuados como factores de riesgo.

Es el caso de Ada, con un puntaje total de 18, la cual manifiesta que la esfera laboral era su único apoyo y objetivo en su vida, considera que al dejar de trabajar su vida se derrumbó y cuenta en general con una postura viejista: *“llegar a viejo es ser descartable”*. Sin embargo, se detectó en las dimensiones I (3), II (3) y III (2), la posibilidad de flexibilidad y de autocuestionamiento, a partir de una actitud reflexiva y de autoindagación.

También es el caso de Agustina, con 17 como puntaje total. Sin embargo, en la Dimensión X (Diversificación de vínculos e intereses) obtiene puntaje alto (3) y se

observa que en su relato expresa haber perdido a sus padres de pequeña y haber aprendido a seguir adelante, sin necesidad de ver finalizada la vida ante la pérdida de figuras significativas, ya que se abrió a nuevos vínculos.

Discusión

Se pudo evidenciar que en la muestra hay alto grado de factores psíquicos protectores, lo cual se corresponde con aspectos subjetivos, cómo se autoperciben y cómo calificarían su niñez, adolescencia, adultez y vejez. En general calificaron positivamente cada etapa y en relación a la autopercepción se observa que eligen características que expresan flexibilidad.

En la VGI, para poder detectar fragilidad en todos los órdenes y generar a través de la misma una atención centrada en la persona desde un equipo interdisciplinario, se debe incorporar una visión integral del sujeto envejeciente⁽²⁰⁾.

Como se sabe, en la VGI, respecto al área emocional/mental, sólo se evalúa la presencia de deterioro cognitivo o depresión, reafirmando la visión deficitaria del envejecimiento, al poner el acento en la detección de la patología. Esto se deja de lado, no alcanzando a conocer cómo está tramitando diversas cuestiones que van a predisponer a la fragilidad. Es decir, factores de riesgo psíquico que pueden desencadenar depresión y/o deterioro cognitivo.

Si desde una atención centrada en la persona se propone, desde el equipo, a partir de la valoración, empezar a conocer las preferencias de la persona de acuerdo a su biografía, lo que tiene sentido para ella, como plantea la propuesta del Decenio del Envejecimiento Saludable de la OMS⁽²¹⁾, de acompañar a la persona en el rediseño de su plan de vida, evaluar deterioro cognitivo y depresión realmente no alcanza a dar datos suficientes al profesional de referencia que se ocupará de trabajarlo con la persona. Será necesario, en primer lugar, desde el equipo, desde profesionales capacitados, evaluar los factores predisponentes a la fragilidad que pueden detectarse preventivamente.

Fortalezas y limitaciones

Teniendo en cuenta lo beneficioso y oportuno que representa brindar un espacio para la escucha del curso vital, los hallazgos de este estudio han evidenciado un resultado positivo a favor de incorporar el FAPPREN (VA) en la VGI, ya que se concluye que la aplicación de este instrumento en ocasión de la admisión, actuaría como una guía de entrevista en profundidad.

Hubiera sido deseable una muestra más amplia que hubiera permitido además de aplicar estadística descriptiva aplicar estadística inferencial, medidas de correlación.

Conclusiones

Los antecedentes sobre el el FAPPREN (VA)^(5,6,7,8,9,10,11) han demostrado que el Inventario es una herramienta robusta en términos de la consistencia de sus ítems y su validez y confiabilidad.

Se considera de relevancia el constructo evaluado por el inventario y sus dimensiones, en tanto permiten dar cuenta de aspectos de personalidad asociados a la calidad del envejecimiento⁽⁴⁾.

El Inventario FAPPREN (VA), con treinta ítems que se responden por Sí o por No, es la herramienta que se propone para poder detectar estas cuestiones aquí desarrolladas. Sin tener que indagar toda la biografía en una VGI, da cuenta de los aspectos fundamentales que aparecen en el curso de la vida de la persona acerca de cómo está posicionada frente a su envejecimiento, de cómo fue resolviendo, de modo flexible o rígido, los avatares de su curso de vida.

Se trata de que advenga el sujeto en el trabajo interdisciplinario, que no quede como sumatoria de partes evaluadas, para lo cual habrá que flexibilizar los dispositivos, adecuar la VGI a los distintos ámbitos y flexibilizar a los profesionales a través de una formación interdisciplinaria que abarque la complejidad del envejecimiento^(22, 23).

Los resultados de este estudio han permitido observar que, desde el comienzo de su aplicación en la admisión, el uso del FAPPREN (VA) por parte del profesional puede enriquecer la comunicación y la construcción del vínculo con el consultante, ya que apela a la perspectiva del sujeto en cuestiones de su biografía que viabilizan el relato y la evocación de aspectos relevantes de sí para las intervenciones.

Para el sujeto envejecido, según la experiencia realizada, es “llevadero” y “fácil de responder”. El contenido de cada ítem implica el recorrido por temas que dan cuenta de interés por lo genuino de esa vida.

Además, obliga a virar a un cambio de paradigma desde la dimensión psicogerontológica. No sólo se deben evaluar déficits, sino identificar y valorar la presencia de factores en esa dimensión que permiten compartir con otros profesionales aquellos aspectos que pueden ser fortalezas o dificultades en la forma en la que cada sujeto afrontó y afronta las cuestiones de su envejecer.

El costo humano, familiar y para la salud pública que conlleva la fragilidad en la vejez debe conducir a replantear las políticas y programas, de modo de encarar la prevención desde equipos inter-transdisciplinarios que detecten, con herramientas adecuadas, todos los factores de riesgo, incluidos los subjetivos, predispuestos a ese desenlace.

En un momento en el cual es notorio cómo la vida se extiende en años, es fundamental detectar a tiempo aquellos aspectos psicológicos que pudieran interferir en un envejecer con calidad, más allá de las afecciones físicas y condiciones socio-ambientales. Las herramientas breves y de rápida administración como el FAPPREN (VA), permiten valorar de manera inmediata el riesgo e implementar estrategias de abordaje para su prevención y tratamiento.

Se propone la versión abreviada de FAPPREN como herramienta a incorporar a la Valoración Gerontológica Integral, de modo de abarcar los aspectos subjetivos, además de los ya considerados tradicionalmente.

Bibliografía

1. Zarebski G. Marconi A. Serrani D. (Comp). Inventario de Factores Psíquicos Protectores en el Envejecimiento (FAPPREN). Manual de Aplicación, Evaluación e Interpretación [Internet]. Buenos Aires: INICIEN; 2017. Recuperado a partir de: <https://www.inicien.com/libros-y-publicaciones>.
2. Zarebski, G. Factores Psíquicos Protectores para el Envejecimiento. En: Araceli Marconi. Narcisismo, resiliencia y factores protectores en el envejecimiento. Nuevos aportes al campo de la intervención e investigación en Psicogerontología. Bs. As: Gerontólogos Argentinos. MAC; 2013. p. 31-57. Recuperado a partir de: <https://www.inicien.com/libros-y-publicaciones>.
3. Zarebski, G. de Grado, C. Fajn, S. Kabanchik, AB. Lahuerta, G. Salatino, L. et al. La Identidad Flexible como Factor Protector en el Curso de la Vida [Internet]. Bs. As: Ed. UMAI; 2019. Recuperado a partir de: <https://www.inicien.com/libros-y-publicaciones>
4. Zarebski, G. Marconi, A. Serrani. D. Inventario de Factores Psíquicos Protectores en el Envejecimiento – FAPPREN. Presentación de la Versión Abreviada FAPPREN (VA). Rev. Arg. de Gerontología y Geriatria; 2021; Vol 35(1):17-29.
5. Murcani A.L. Identidad flexible, adaptación ocupacional y factores protectores psíquicos en el curso de la vida y su impacto en la etapa post-jubilación. Especialización en Psicogerontología. Universidad Maimónides; 2020.
6. Bengoechea, M.F. Los Factores Psíquicos Protectores del Envejecimiento y la Actividad Física. Análisis de su relación en las adultas mayores de Avellaneda. (Tesis de Grado) Licenciatura en Actividad Física y Deporte. Universidad Nacional de Avellaneda; 2020.
7. Xifra, M.J. Estereotipos, Factores Psíquicos Protectores, y Apoyo Social percibido en adultos mayores hacedores y receptores de la ciudad de Mar del Plata. Revista Argentina de Terapia Ocupacional; 2020; 6(2): 42-50. Recuperado a partir de: <https://www.terapia-ocupacional.org.ar/revista/RATO/2020jul-art5.pdf>
8. Troncoso Pantoja, C. (Tesis Doctoral) Construcción de los ambientes alimentarios domésticos a través del curso de la vida según calidad de vida percibida y posición personal a los cambios. Universidad Maimónides.
9. López Ramos E. J. y Uribe Rodríguez M.. Programa de Intervención Psicológica para la Promoción del Envejecimiento Saludable. Taller "Abrazando Mi Futuro" Licenciatura en Psicología. Universidad Iberoamericana León; 2021.
10. Xifra, M.J. Terapia Ocupacional Social Comunitaria. FAPPREN (VA) como herramienta de evaluación y abordaje preventivo En Zarebski G. Fragilidad en el envejecimiento. Subjetividad y abordajes preventivos. Bs. As: Noveduc; 2023. p. 171-187.
11. Avilés Hernández, J. D. Salmerón Arroca, J. A. García Nadal, A. E. Los factores de personalidad para la detección de la fragilidad en el programa ICOPE/OMS. En Zarebski G. Fragilidad en el envejecimiento. Subjetividad y abordajes preventivos. Bs. As: Noveduc; 2023.p. 89-207.
12. Sociedad Española de Gerontología y Geriatria. Tratado de Geriatria para Residentes. Cap. IV. Madrid: SEGG; 2006. p. 59-68. Recuperado a partir de: https://www.segg.es/tratadogeriatria/pdf/s35-05%2000_primeras.pdf
13. Zarebski, G. Hacia el Decenio del Envejecimiento Saludable. Cambios de Paradigmas Gerontológicos: avances y retrocesos. PROCAM. Programa de Actualización en Cuidados del Adulto Mayor, Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria y Editorial Médica Panamericana; 2020. Recuperado a partir de: <https://www.inicien.com/libros-y-publicaciones>
14. Bronstein, P.B. La entrevista Psicogerontológica en la VGI. Rev. Neurama. Volumen 10, Issue 2, Dic 2023. pp. 16-23.
15. Buccella Sifontes, S.M. Valoración geriátrica integral: aspectos psicosociales, calidad de vida y satisfacción autopercebida en el adulto mayor. Valencia 2010-2011. Tesis Universidad Autónoma de Madrid. 2012. Recuperado a partir de: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/9869>
16. Zarebski, G. Williams, G. Marconi, A. ¿Evalúa la VGI suficientemente la dimensión psicogerontológica? Panel VIIIº Congreso Latinoamericano de la REDIP (Red Interdisciplinaria de Psicogerontología). Bs. As. Facultad de Cs. Económicas, Univ. de Bs. As (UBA); 2019.
17. Zarebski, G. Marconi, A. Monczor, M. Kabanchik, A. Tornatore, R. & Salatino, A. ¿Cómo denominamos los distintos modos de envejecer, desde la subjetividad? Poster. VIIIº Congreso Latinoamericano de la REDIP (Red Interdisciplinaria de Psicogerontología). Bs. As. Facultad de Cs. Económicas, Univ. de Bs. As (UBA); 2019. Recuperado a partir de: <https://www.inicien.com/libros-y-publicaciones>
18. Polit, D. F. Hungler, B. P. Investigación científica en Ciencias de la Salud (Sexta ed.). Mexico: Mc Graw Hill; 2000.
19. Stefano Cavalli. Modèle de Parcours de Vie et Individualisation. Gérontologie et société: cuadernos de la Fundación Nacional de Gérontologie; 2007/4; Vol. 30/123: p. 55-69.
20. Zarebski, G. Xifra, M. J. Cabrera, P. B. Campos, R. V. Capuano, A. E. Kabanchik, A. B. et al. Fragilidad en el envejecimiento. Subjetividad y abordajes preventivos. Bs. As. Ed. Noveduc; 2023.
21. Organización Mundial de la Salud (OMS). Decade of Healthy Ageing: baseline report. Geneva: World Health Organization; 2020. Recuperado a partir de: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>
22. Pes, L. Historia de Vida y Proceso de Admisión. Conjunción Ineludible. Trabajo Final de la Diplomatura en el Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona. Bs. As. Fundación Pilares para la Autonomía Personal-Universidad Maimónides; 2020.
23. Salatino, L. Reposicionamiento cultural de los equipos de trabajo ante la fragilidad en la vejez. En: G. Zarebski (comp.) Fragilidad en el envejecimiento. Subjetividad y abordajes preventivos. Bs. As. Ed. Noveduc; 2023. p. 243-261.

ARTÍCULO ORIGINAL

Sexo maduro, sexo seguro (2015-2024): Percepciones, experiencias y conocimientos de personas mayores en materia de salud sexual, reproductiva y no reproductiva

Gabriela Krieger¹, Constanza Lupi², Lara Weitz³, Cecilia Valeriano⁴, Manuel Curia⁵, Marcelo Gutierrez⁶

¹ Licenciada en Ciencias de la Comunicación (UBA)

² Especialista en Planificación y Gestión de las Políticas Sociales (UBA) y Licenciada en Ciencias de la Comunicación (UBA)

³ Médica (UBA) especialista en Educación y Promoción de la Salud (GCBA)

⁴ Licenciada en Ciencias de la Comunicación (UBA)

⁵ Licenciado en Ciencias Políticas (UBA)

⁶ Abogado (UBA) y Licenciado en Sociología (UBA)

Correo electrónico: gabriela.krieger@huesped.org.ar

Conflictos de interés: Las autoras declaramos no tener conflictos de intereses directos o indirectos en relación al manuscrito sometido. Siendo así, autorizamos a la Revista Argentina de Gerontología y Geriátría la publicación del manuscrito, caso así lo consideren los editores.

Financiamiento: El artículo forma parte de un proyecto de investigación con personas mayores de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con el objetivo de identificar las principales barreras en el acceso a los servicios de salud sexual, con financiamiento de Fundación Johnson & Johnson, realizado durante 2024.

Contribución autorial: Todos los autores y autoras han efectuado una contribución sustantiva al estudio y al análisis de los datos, así como en la redacción de este artículo. Asimismo, todos han realizado una revisión crítica relevante del contenido intelectual; han aprobado su versión final para ser publicada y se hacen responsables de todos los aspectos del trabajo, garantizando la exactitud e integridad de cualquier parte de la obra.

Agradecimientos: Agradecemos a las personas entrevistadas que brindaron sus experiencias, aportes y conocimientos en la temática, así como a otros integrantes del equipo de la Fundación Huésped, quienes llevaron adelante las entrevistas y la logística necesaria para el desarrollo del trabajo de campo. Por último, agradecemos a la Secretaría de Bienestar Integral de la Dirección General, Políticas Asistenciales para Personas Mayores del GCBA por la colaboración y el apoyo de la Fundación Johnson & Johnson.

Recibido el 8 de julio de 2025; aceptado el 7 de agosto de 2025.

RESUMEN

Objetivo: Explorar las percepciones, experiencias y conocimientos sobre salud sexual, reproductiva y no reproductiva de personas mayores de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) con énfasis en VIH, comparando los resultados de dos encuestas realizadas en 2015 y 2024.

Materiales y Métodos: Se trata de un estudio exploratorio descriptivo con enfoque cuantitativo, basado en encuestas presenciales no autoadministradas a 105 personas mayores de 60 años vinculadas a centros de jubilados porteños. El muestreo fue por conveniencia, con consentimiento informado y anonimato preservado. Los datos se analizaron de forma descriptiva y comparativa.

Resultados: Se destacan el reconocimiento del preservativo como método de prevención del VIH con un 90%, aunque persiste una baja percepción de riesgo; con un 63% que afirma nunca haberse testeado. También, se observa una disminución del estigma frente al VIH, aunque disminuye el reconocimiento de algunas vías de transmisión.

Discusión: Persisten barreras en el acceso a la salud sexual asociadas al "viejismo" y a concepciones limitadas sobre la sexualidad en la vejez. Pese a los avances, la baja percepción de riesgo y el escaso uso del preservativo reflejan desafíos persistentes, así como la percepción de que las consultas médicas ofrecen pocas oportunidades para hablar sobre sexualidad.

Conclusión: Se evidencia la necesidad de incorporar la sexualidad en la agenda de salud pública para personas mayores, promoviendo un abordaje integral que reconozca sus derechos sexuales y fortaleciendo estrategias de prevención ajustadas a sus realidades.

Palabras clave: salud sexual; personas mayores; VIH.

Mature sex, safe sex (2015–2024): perceptions, experiences, and knowledge of older adults on sexual, reproductive, and non-reproductive health

ABSTRACT

Objective (Purpose): This paper explores the perceptions, experiences, and knowledge related to sexual, reproductive, and non-reproductive health among older adults in the Autonomous City of Buenos Aires, with a focus on HIV. It compares the results of two surveys conducted in 2015 and 2024.

Materials and Methods: This is a descriptive exploratory study with a quantitative approach, based on in-person, interviewer-administered surveys conducted with 105 adults over the age of 60 affiliated with senior centers in the City of Buenos Aires. The sampling was non-probabilistic and based on convenience; informed consent was obtained, and participant anonymity was preserved. The data were analyzed descriptively and comparatively.

Results: There is a high level of recognition of condoms as an HIV prevention method (90%). However, a low perception of risk persists, with 63% of respondents stating they have never been tested for HIV. A decrease in HIV-related stigma was observed, although awareness of some transmission routes has also declined.

Discussion: Barriers to accessing sexual health persist, linked to ageism and limited conceptions of sexuality in later life. Despite some progress, the low risk perception and limited condom use highlight ongoing challenges, as does the perception that medical consultations offer few opportunities to discuss sexuality.

Conclusion: These findings underscore the need to incorporate sexuality into the public health agenda for older adults, promoting a comprehensive approach that recognizes their sexual rights and strengthens prevention strategies tailored to their realities.

Keywords: *sexual health; older adults; HIV.*

Sexo maduro, sexo seguro (2015-2024): Percepções, experiências e conhecimentos de pessoas idosas em matéria de saúde sexual, reprodutiva e não reprodutiva

RESUMO

Objetivo: Explorar as percepções, experiências e conhecimentos sobre saúde sexual, reprodutiva e não reprodutiva de pessoas idosas da Cidade Autônoma de Buenos Aires (CABA), com ênfase no HIV, comparando os resultados de duas pesquisas realizadas em 2015 e 2024.

Materiais e Métodos: Trata-se de um estudo exploratório descritivo com enfoque quantitativo, baseado em enquetes presenciais não autoadministradas a 105 pessoas com mais de 60 anos vinculadas a centros de aposentados da cidade de Buenos Aires. A amostragem foi feita por conveniência, com consentimento informado e anonimato preservado. Os dados foram analisados de forma descritiva e comparativa.

Resultados: Destaca-se o reconhecimento do preservativo como método de prevenção do HIV com 90%, embora persista uma baixa percepção de risco, com 63% afirmando nunca ter feito o teste. Observa-se também uma diminuição do estigma em relação ao HIV, embora diminua o reconhecimento de algumas vias de transmissão.

Discussão: Persistem barreiras no acesso à saúde sexual associadas ao “etarismo” e a concepções limitadas sobre a sexualidade na terceira idade. Apesar dos avanços, a baixa percepção de risco e o escasso uso de preservativos refletem desafios persistentes, bem como a percepção de que as consultas médicas oferecem poucas oportunidades para falar sobre sexualidade.

Conclusão: Evidencia-se a necessidade de incorporar a sexualidade na agenda de saúde pública para pessoas idosas, promovendo uma abordagem integral que reconheça seus direitos sexuais e fortaleça estratégias de prevenção adaptadas às suas realidades.

Palavras-chave: *saúde sexual; pessoas idosas; HIV.*

Introducción

La salud sexual de las personas mayores sigue siendo un desafío en la reflexión gerontológica, como así también, en su abordaje en la atención sanitaria y en la formulación de políticas públicas, que suele excluir a esta población entre sus destinatarias. La sexualidad, lejos de ser un atributo exclusivamente biológico o reproductivo, es una dimensión constitutiva de la vida humana que atraviesa planos diversos como lo corporal, lo psíquico, lo afectivo y lo social^{1, 2}.

Desde un enfoque crítico, Foucault (2011)³ advierte que la sexualidad no es una esencia natural preexistente, sino un campo de saber-poder producido históricamente, donde circulan discursos heterogéneos que la regulan y moldean, generando efectos de subjetivación e identidad. Comprenderla en estos términos permite disputar las miradas biologicistas que, al acotarla en la genitalidad, el coito o la mera reproducción, la restringen a un periodo de la vida. En contraposición, una concepción integral reconoce la sexualidad como un derecho humano, donde el placer y la autonomía

son elementos centrales del bienestar⁴, que intersectan múltiples campos como la afectividad, la identidad, los modos de vincularse y el cuidado⁵.

Del mismo modo que la sexualidad se construye y se experimenta de forma diversa a lo largo del tiempo, puede establecerse una relación directa con la perspectiva de curso de vida. Esta mirada invita a redefinir la relación entre el envejecimiento y el desarrollo, integrándolos en una simultaneidad durante toda la vida⁶. El envejecimiento no debe entenderse como un declive inevitable, sino como un proceso dinámico, contextual e indisociable de la construcción social de significados⁷. Por consiguiente, tanto la sexualidad como el envejecimiento deben abordarse en su multidimensionalidad, desde una perspectiva que reconozca su carácter plural y situado, desafiando los estereotipos que los reducen a etapas de pérdida o carencia.

Sin embargo, estas perspectivas integrales contrastan con los imaginarios sociales hegemónicos que circulan y se reproducen sobre la vejez. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta sigue siendo motivo de discriminación significativa⁸ (OMS, 2015), con manifestaciones de “viejismo”⁹, entendido como el conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a las personas mayores en función de su edad. Estas formas de discriminación están presentes y se reproducen en diversos ámbitos institucionales y sociales, consolidándose como representaciones sociales que, al ser internalizadas, configuran marcos de sentido compartido¹⁰, que articulan principios de inteligibilidad e identidad¹¹. El viejoismo tiende a fijar imágenes negativas, asociadas a la enfermedad, la falta de autonomía y la asexualidad. Estas construcciones pueden actuar como profecías autocumplidas que impactan en las vivencias de las propias personas mayores y su entorno¹², así como en la atención sanitaria y en la deficiente respuesta que reciben en materia de salud sexual.

La problemática se agudiza en el contexto de un proceso de envejecimiento poblacional a nivel mundial. Este fenómeno representa una transformación social significativa en el siglo XXI¹³, planteando desafíos específicos para asegurar la calidad de vida y el acceso

a la salud sexual durante esta etapa del ciclo vital. En la región, Argentina destaca por su población cada vez más envejecida. Según INDEC, en 2010 las personas mayores de 60 años representaban el 14,3% de la población total, cifra que aumentó al 16,07% en 2022¹⁴. Dentro del país, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) presenta porcentajes de mayor envejecimiento ascendiendo hasta un 22,6%¹⁵.

En este escenario se visibiliza la creciente necesidad de abordar la salud sexual de las personas mayores desde una perspectiva de derechos humanos, reconociendo su capacidad de acceder a información, decidir y ejercer su autonomía, en consonancia con los lineamientos de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores¹⁶, aprobada por la Ley 27360 y con jerarquía constitucional bajo la Ley 27700. Este marco normativo refuerza la obligación de erradicar las prácticas sociales y sanitarias que perpetúan la exclusión y el silenciamiento de la sexualidad en la vejez.

En cuanto a la situación epidemiológica de Argentina en materia de VIH, esta población muestra los peores indicadores en términos de acceso tardío a diagnósticos, en comparación al promedio nacional. Anualmente, se registran 210 nuevos casos de VIH en personas mayores de 60 años, y la mitad de estos diagnósticos se realizan tardíamente, tanto en mujeres como en hombres cisgénero¹⁷. Mientras que el porcentaje general de diagnósticos tardíos es del 30,3%, este aumenta en más de 20 puntos porcentuales, alcanzando el 51% en el grupo etario de 55 a 64 años y esta tendencia creciente también se observa entre las mujeres de 65 años o más¹⁸. Estos indicadores no sólo evidencian una brecha en el acceso a la salud, sino que reflejan cómo los prejuicios sobre sexualidad en la vejez obstaculizan la prevención, el diagnóstico oportuno y el acompañamiento integral. Según el boletín epidemiológico de la Coordinación de Salud Sexual, VIH e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) del GCBA (2022)¹⁹, casi el 12% del total de personas diagnosticadas con VIH en ciudad de Buenos Aires entre 2003 y 2019 corresponden a mayores de 50 años, con predominancia de diagnósticos tardíos.

La escasez de información pública actualizada sobre las experiencias y percepciones de las personas mayores respecto a su sexualidad, también constituye un obstáculo. Una de las pocas encuestas nacionales relevantes que abordó este tema fue la realizada por el INDEC en 2012, como parte de la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores (ENCaViAM)²⁰. Este relevamiento incluyó preguntas sobre salud sexual, arrojando datos relevantes: alrededor del 70% de las personas mayores valoran tener una vida sexual activa, aunque esta percepción varía según el sexo -el 60% de las mujeres consideran importante la actividad sexual, frente al 80% de los varones adultos mayores la valoran en esta etapa de la vida. Además, seis de cada diez personas mayores de 60 años consideran que es posible enamorarse, lo que evidencia que el deseo y el vínculo afectivo siguen presentes en la vejez. Sin embargo, la sexualidad en esta etapa continúa siendo invisibilizada y atravesada por tabúes. La literatura especializada advierte que persisten estereotipos, prejuicios y representaciones sociales que asocian la vejez con la asexualidad, reforzando la invisibilización de la salud sexual post-reproductiva²¹.

En este sentido, múltiples publicaciones y estudios han problematizado cómo las concepciones biologicistas, el viejismo y discursos normativos configuran barreras estructurales para el reconocimiento de la sexualidad en la vejez. La invisibilización de la expresión erótica en las personas mayores, especialmente de las mujeres, responde a construcciones sociales que reducen la sexualidad a la función reproductiva y patologizan el deseo en la adultez mayor^{22,23}. Leyva-Moral (2008)²⁴ advierte sobre la “sobredosis” de falsos mitos que niegan la sexualidad en la vejez, mientras que Llanes Betancourt (2013)²⁵ y Charlton Lewis (2003)²⁶ insisten en la necesidad de abordajes integrales que contemplen las dimensiones culturales, subjetivas y de género, superando la perspectiva biomédica reduccionista. Asimismo, el viejismo como forma de discriminación por edad refuerza estas limitaciones, tanto en la atención sanitaria como en las políticas públicas^{27,28}. La ausencia de educación sexual integral para personas mayores y la persistencia de prejuicios internalizados también han sido señala-

das como factores que profundizan el silenciamiento de estas temáticas.^{29,30,31,32}

En función de lo antedicho, el presente estudio se propuso explorar las percepciones, experiencias y conocimientos de personas mayores en materia de salud sexual, reproductiva y no reproductiva en ciudad de Buenos Aires, con énfasis en la prevención del VIH. Para ello, se analizan los datos de una encuesta realizada en 2024 y se comparan con una medición previa llevada a cabo en 2015, con el objetivo de identificar barreras persistentes, avances y desafíos que permitan orientar estrategias de salud pública más inclusivas y acordes a las realidades de las vejeces.

Materiales y método

Se realizó un estudio exploratorio descriptivo con un enfoque cuantitativo utilizando la técnica de encuesta con un cuestionario estructurado. El muestreo fue por conveniencia y como criterio de inclusión, se restringió a personas mayores de 60 años vinculadas a centros de jubilados porteños. Se realizaron 105 encuestas presenciales no autoadministradas entre los meses de febrero y marzo de 2024. El modelo de cuestionario fue elaborado *ad hoc* y se basó en uno realizado durante el año 2015 en el marco de un proyecto denominado “*Sexo maduro, sexo seguro*” donde se encuestaron a 100 personas mayores vinculadas a centros de jubilados porteños. Se tomó como base ese cuestionario complementándolo con algunas referencias adicionales y suprimiendo aspectos ya concluidos, para identificar las principales barreras en el acceso a los servicios de salud sexual en CABA de las personas mayores y comparar los cambios tras 9 años y ante una vacancia en la producción de datos sobre esta temática y población.

El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Bioética de la Fundación Huésped. La información recabada fue analizada descriptivamente y de manera comparativa. Cada participante firmó un consentimiento informado previo a la encuesta. Los resultados no fueron vinculados a las personas, sino que fueron expuestos como resumen de la muestra.

Resultados

En cuanto al perfil general de la muestra, el estudio se compuso de un 68% de personas de 75 años o menos, y un 29% de 76 años o más. Para el año 2015, estos porcentajes se presentaron en un 58% y 42% respectivamente. En términos de género, el 80% de las personas encuestadas son mujeres cis, un 1% mujeres trans y un 19% varones cis.

1. Acceso al cuidado de la salud y prevención de ITS

1.1. Preservativo masculino reconocido como método de prevención del VIH encuesta 2015-2024

En la encuesta de 2015, el 96% de las personas mayores encuestadas reconocieron que el preservativo es un método de prevención para el VIH y otras ITS. En la encuesta de 2024, este porcentaje se mantuvo igual, pero hubo un leve descenso del 6% en el reconocimiento de este método. Además, hubo un aumento en el porcentaje de personas que respondieron “NS/NC”, pasando del 2% en la encuesta anterior al 9% en la encuesta de 2024. (Tabla 1)

Pres. masculinos como método de prevención del VIH	Respuestas 2015	%	Respuestas 2024	%
SI	96	96	95	90
NO	1	1	1	1
NS/NC	2	2	9	9
(en blanco)	1	1	0	0
Total general	100	100	105	100

Tabla 1. Elaboración propia

1.2. Contacto con actividades de prevención de VIH u otra Infección de Transmisión Sexual

En 2024, el 50% de las personas encuestadas tuvo contacto con actividades de prevención, aumentando con respecto a la misma categoría en 2015 en 18%. En ambos casos, las principales actividades de prevención con las que tuvieron contacto fueron las campañas en medios de comunicación y charlas informativas en los centros de jubilados de la ciudad de Buenos Aires. (Tabla 2)

Contacto con act. de prevención de VIH u otra Infección de TS.	Respuestas 2015	%	Respuestas 2024	%
SI	32	32	53	50
NO	63	63	49	47
NS/NC	1	1	3	3
Total	100	100	105	100

Tabla 2. Elaboración propia

1.3. Consulta médica referida a su salud sexual

En 2015 y 2024, alrededor del 60% de las personas encuestadas realizaron consultas médicas en el último año, abarcando diversas especialidades. En este sentido, en 2024 se añadió una pregunta sobre las consultas médicas referidas a su salud sexual y el 43% indicó que “en las consultas de salud, las personas mayores tienen menos oportunidades para conversar sobre salud sexual”, frente a un 46% que disintió en este aspecto y un 11% de indecisos. (Tabla 3)

Consulta médica referida a su salud sexual	Respuestas 2015	%	Respuestas 2024	%
SI	60	60	64	61
NO	39	39	41	39
Total general	100	100	105	100

Tabla 3. Elaboración propia

1.4. Se realizó el test de VIH

Hubo una evidente baja en relación al porcentaje de personas que nunca se habían hecho la prueba de VIH entre 2015 y 2024. Para el 2024, entre quienes sí se habían realizado la prueba, el 64% no lo había hecho recientemente. Un 24% se había testeado hace más de 5 años y casi un 40% hace más de 10 años.

Se realizó el test de VIH 2015	Respuestas 2015	%	Respuestas 2024	%
SI	29	29	39	37
NO	70	70	66	63
NS/NC	1	1	0	0
Total general	100	100	105	100

Tabla 4. Elaboración propia

Solo un 18% se había realizado la prueba en el último año. (Tabla 4)

1.5. Motivos por los que no se realizó el test de VIH 2015-2024

Entre 2015 y 2024, los motivos principales para no realizarse la prueba de VIH se mantuvieron estables en cuanto a porcentajes: “no me considero en riesgo” fue el más mencionado, subiendo del 40% al 45%. “Tengo/ tuve pareja estable” bajó ligeramente del 30% al 29%. “Nunca se lo ofrecieron” cayó del 24% al 21%, y la categoría “no tuve la oportunidad” disminuyó notablemente en 12 puntos porcentuales para 2024. (Figura 1) En este gráfico se ve cómo las personas siguieron manteniendo ciertos estereotipos en torno a qué poblaciones están en riesgo de contraer VIH. Hubo una baja importante en relación a las categorías “no tuve la oportunidad” y “nunca se lo ofrecieron”.

1.6. Motivos por los que sí se realizó el test de VIH 2024

En 2024, la mayoría de las personas que se realizaron el test de VIH lo hicieron principalmente por prescripción médica debido a enfermedades o cirugías (36%) y como parte de un chequeo general de salud (36%).

Un 10% lo hizo por recomendación durante embarazos anteriores, mientras que sólo un 2.5% lo hizo por situación de exposición al VIH, marcando un descenso significativo respecto al 2015, año en el que un 14% de los encuestados declaró haberlo hecho por este motivo. (Figura 2)

2. Práctica y actividad sexual

2.1. Vida sexualmente activa encuesta 2015-2024

Al referirse a una condición activa respecto de su vida sexual, las respuestas afirmativas sobre las prácticas sexuales ascendieron un 12%, pasando del 26% en 2015 al 38% en 2024. En contraste, las respuestas negativas disminuyeron, bajando del 72% al 61%. (Tabla 5)

Actualmente tiene prácticas sexuales	Respuestas 2015	%	Respuestas 2024	%
SI	26	26	40	38
NO	72	72	64	61
NS/NC	2	2	1	1
Total general	100	100	105	100

Tabla 5. Elaboración propia

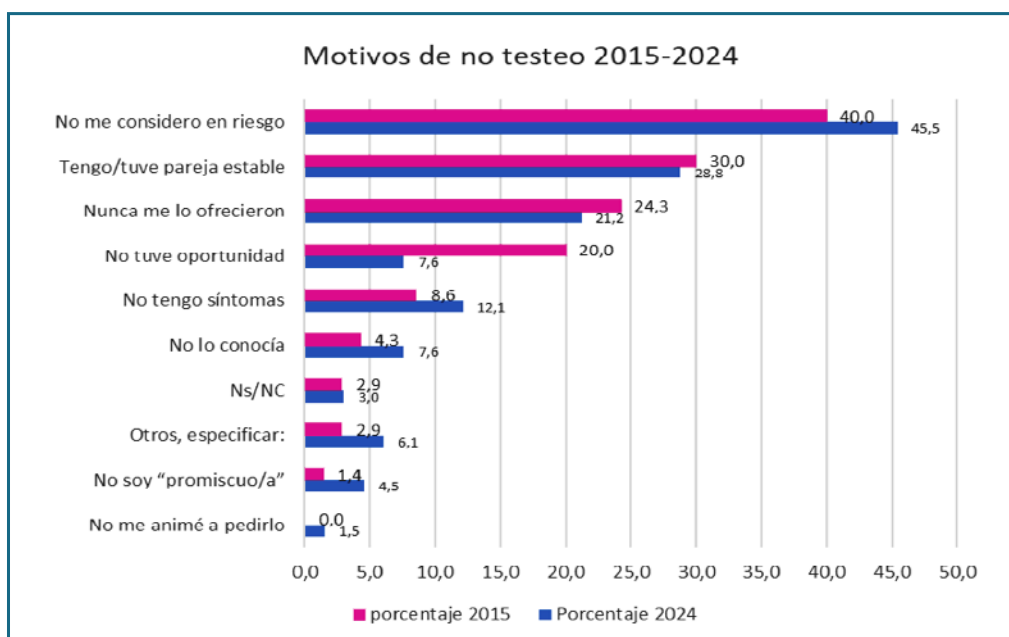
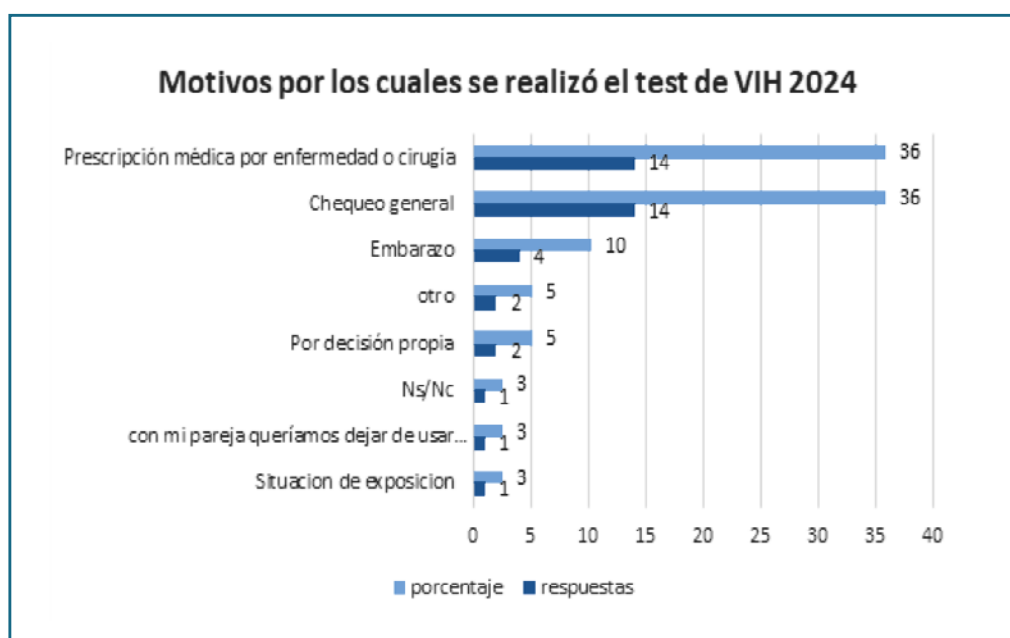


Figura 1: Motivos de no testeo de VIH

Elaboración propia

Nota: la pregunta admitía respuestas múltiples por lo que algunas respuestas contenían más de una razón por la que no realizaron la prueba de VIH.

**Figura 2:** Motivos de testeo de VIH

Elaboración propia

Nota: La pregunta admitía respuestas múltiples por lo que algunas respuestas contienen más de una razón por las que se realizaron la prueba de VIH.

2.2. Causa más importante por la que no mantiene relaciones sexuales 2015-2024

De acuerdo con los datos relevados en 2015, el 69% aseguró que no mantenía relaciones sexuales debido a no tener pareja actualmente y el 17% por falta de deseo. En 2024, estos porcentajes se mantuvieron similares, en torno al 66% y 20% respectivamente. (Figura 3)

2.3. Uso del preservativo en la última relación

En la encuesta de 2015, el 21% de las personas encuestadas afirmó haber utilizado preservativo en la última relación, porcentaje que se mantiene similar para en

2024, con un 24%. Asimismo, el porcentaje de respuestas negativas permanece estable en un 72%. (Tabla 6)

3. Información y prejuicios

3.1. Discriminación en relación al VIH

En 2015, solo el 42% de las personas mayores encuestadas estaba dispuesto a compartir el mismo vaso con alguien con VIH, y el 63% compraría alimentos frescos como frutas y verduras de una persona que sabe o sospecha que tiene VIH. Para 2024, estas cifras han aumentado significativamente: el 54% estaría dispuesto a compartir el mismo vaso y el 86% compraría alimentos frescos a una persona con VIH. Además, se observaron incrementos en la disposición a compartir una comida (del 72% al 86%) y en la participación en actividades con personas con VIH en centros de jubilados (del 86% al 90%) comparando ambos períodos. (Figura 4)

3.2. Información sobre infecciones de transmisión sexual

En 2015, el 80% de los encuestados consideraron las prácticas anales sin preservativo como una vía de

Uso del preservativo en la última relación	Respuestas 2015	%	Respuestas 2024	%
SI	21	21	25	24
NO	72	72	76	72
NS/NC	7	7	4	4
Total general	100	100	105	100

Tabla 6. Elaboración propia

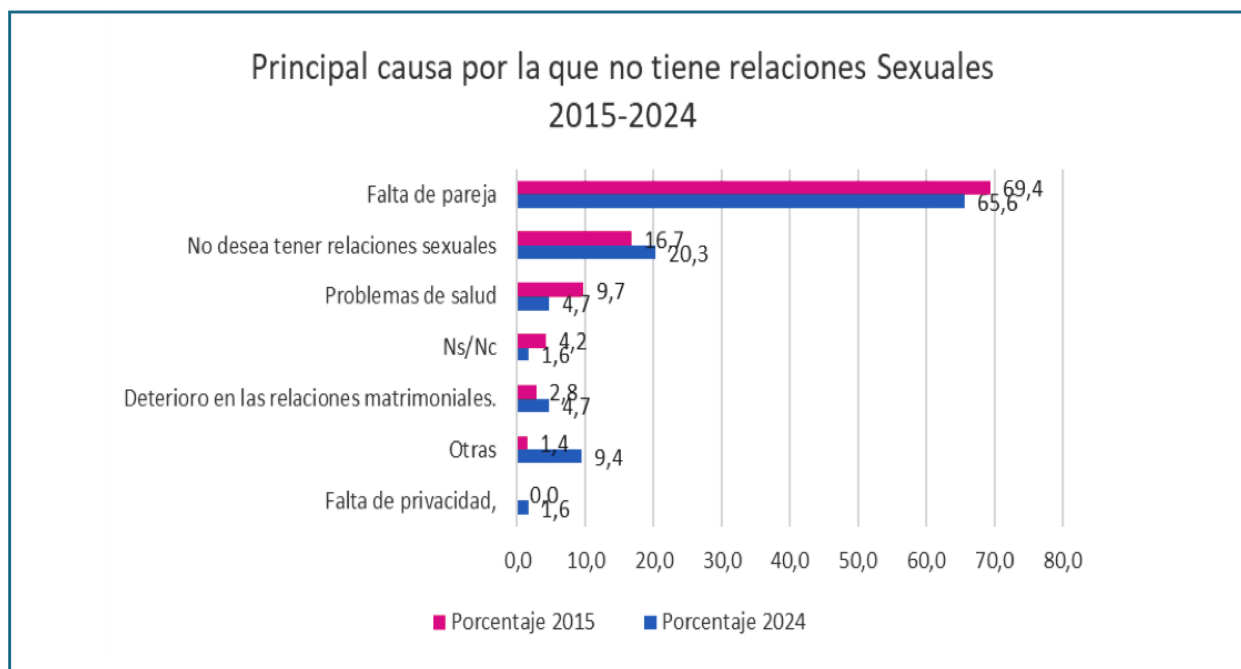


Figura 3: Causas por las que no mantiene relaciones sexuales

Elaboración propia

Nota: La pregunta admitía respuestas múltiples por lo que algunas respuestas contienen más de una causa por la cual no mantienen relaciones sexuales.

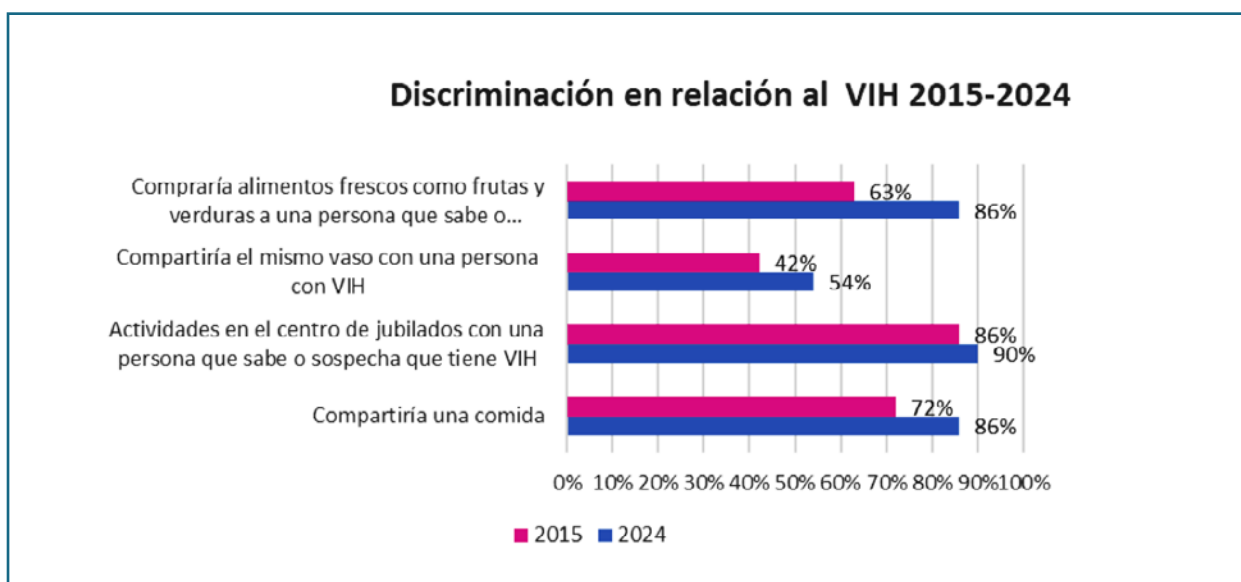


Figura 4: Discriminación con respecto al VIH

Elaboración propia

transmisión del VIH, cifra que se mantuvo en un 77% en 2024. Respecto a la Hepatitis C, el reconocimiento de esta vía disminuyó un 9%. En cuanto a las relaciones sexuales vaginales sin preservativo, el reconocimiento como vía de transmisión del VIH bajó del 96%

en 2015 al 86% en 2024. Para la Hepatitis C, hubo una reducción del reconocimiento en un 16%. (Figura 5)

Finalmente, el reconocimiento de la vía de transmisión sanguínea del VIH disminuyó un 7% en la última

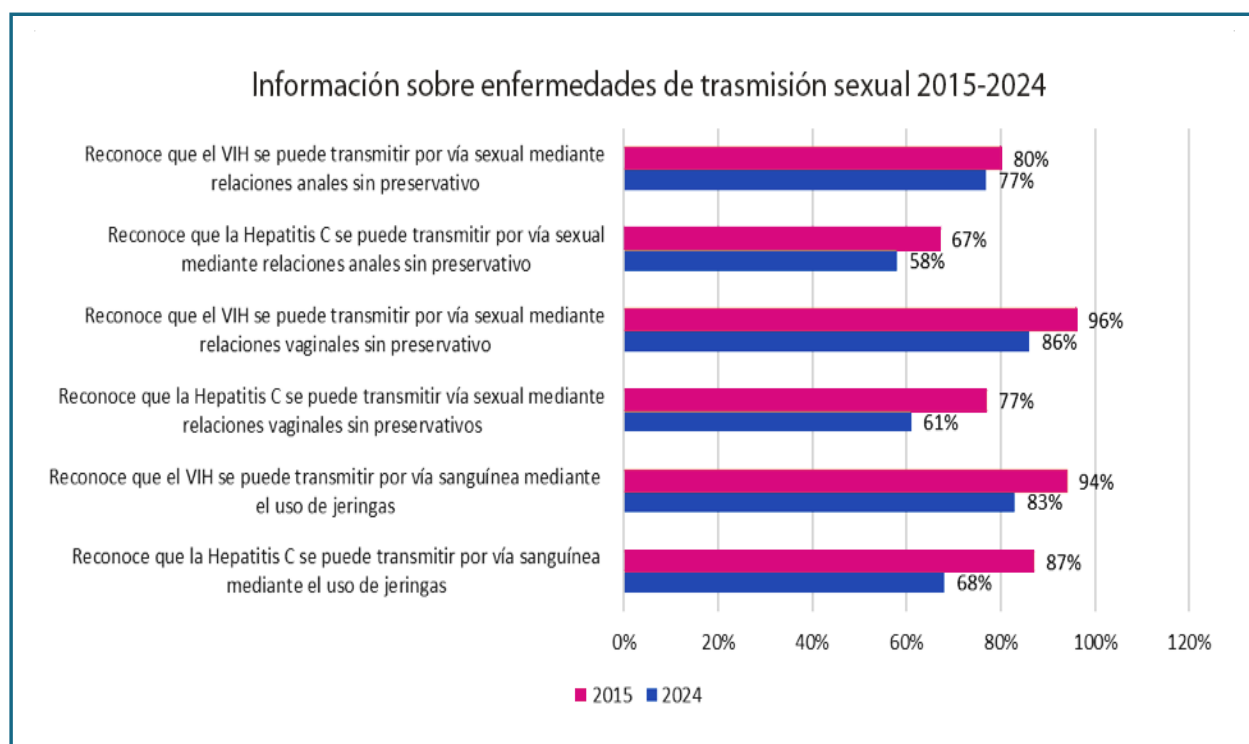


Figura 5: Infecciones de transmisión sexual 2015-2024

Elaboración propia

encuesta, mientras que el reconocimiento de la transmisibilidad de la Hepatitis C por el uso compartido de jeringas descendió un 19%.

Discusión

El estudio presentado permite describir y analizar representaciones, experiencias y conocimientos sobre salud sexual en personas mayores, desde una perspectiva integral de la sexualidad y un enfoque de promoción de los derechos. En ese marco, se destacan tendencias como la baja percepción de riesgo frente al VIH y otras ITS, el uso limitado del preservativo en relaciones sexuales y la persistencia de estereotipos y silenciamientos en torno a la sexualidad en la vejez. Esto aporta a la tesis de que el viejismo⁷ no solo opera como prejuicio social, sino también como un obstáculo estructural para el ejercicio efectivo del derecho a la salud sexual en personas mayores.

En diálogo con el estudio previo realizado por Fundación Huésped (2015)³³, los datos actuales per-

miten observar ciertas continuidades y leves variaciones como una mejora en actitudes frente al VIH y mayor contacto con actividades de prevención. Sin embargo, persisten barreras significativas en términos de acceso efectivo a información y servicios.

La comparación temporal debe leerse con precaución. Si bien en ambos relevamientos se trabajó con la misma población -personas mayores que participan de centros de jubilados de la Ciudad-, no se trató de una muestra longitudinal, es decir, no se siguió a las mismas personas a lo largo del tiempo, ni de una muestra representativa de la población general. Además, el contexto socioeconómico y sanitario local ha variado sustancialmente entre 2015 y 2024, lo cual puede incidir en las percepciones y conductas observadas.

El estudio comparativo revela categorías estables que reflejan continuidades en las percepciones y prácticas. La mayoría nunca se ha realizado un test de VIH, aunque el acceso ha aumentado. El preser-

vativo peneano es reconocido como efectivo para prevenir el VIH. Las principales motivaciones para no testearse y falta de uso de preservativo en la última relación sexual también se mantienen estables. En cambio, hay aumentos en respuestas positivas sobre vida sexual activa y contacto con actividades de prevención. El reconocimiento de vías de transmisión muestra altos índices, pero decrece para 2024. Los porcentajes en torno a discriminación y prejuicios por VIH disminuyen en comparación con el relevamiento anterior.

El estudio muestra que más de 4 de cada 10 personas mayores afirman que tienen menos oportunidades para conversar sobre salud sexual durante las consultas médicas, posiblemente debido a la perspectiva tradicional que limita la sexualidad a la reproducción. Después de este período reproductivo, las oportunidades para hablar sobre sexualidad suelen disminuir notablemente, aunque los miedos, dudas, estereotipos, deseos y el placer sexual de las vejeces están presentes de maneras diversas. Desde cuestiones en torno al placer como al consentimiento, la responsabilidad frente al cuidado de ITS y cómo impacta diferenciada por género, la salud sexual amerita ser abordada y acompañadas en el consultorio.

En línea con un aumento en los diagnósticos tardíos de VIH a medida que avanza la edad^{17,18}, este estudio revela que, aunque algunos indicadores han mejorado, persisten una falta de visibilidad y un abordaje deficiente de la salud sexual después de la etapa reproductiva. Un hallazgo destacable es la baja percepción del riesgo de contraer VIH y otras ITS entre las personas mayores encuestadas. Además, el estudio sugiere que esta percepción está estrechamente relacionada con la monogamia, ya que en segundo término se menciona el tener una pareja estable, mientras que en un porcentaje creciente respecto de 2015 se afirma no considerarse "promiscuo" para justificar la falta de testeo. Aunque hay un alto nivel de conciencia sobre el uso del preservativo como método de barrera para el VIH y otras ITS, esto contrasta con la baja utilización del mismo en la última relación sexual observada en el estudio.

Desde una perspectiva metodológica, es importante señalar que el estudio se basó en un muestreo por conveniencia, lo que restringe la generalización de los resultados. La aplicación de encuestas en centros de jubilados favoreció el acceso a personas mayores activas y disponibles, pero dejó potencialmente subrepresentados a varones, personas mayores institucionalizadas o en situación de aislamiento, entre otras. Además, la continuidad del instrumento con respecto al cuestionario 2015 permitió comparar ejes comunes, aunque sin un análisis estadístico de evolución. Futuras investigaciones podrían beneficiarse de un diseño mixto que incorpore técnicas cualitativas, muestreo estratificado y profundice un enfoque interseccional.

Pese a estas limitaciones, la riqueza de los datos permite sostener que en la experiencia de las personas mayores, los servicios de salud aún no reconocen plenamente la dimensión sexual en las vejeces, lo que conlleva prácticas de omisión y una posible infantilización o indiferencia. Estos hallazgos invitan a reflexionar sobre cómo la formación de los equipos de salud continúa, en muchos casos, reproduciendo concepciones restrictivas sobre la sexualidad en la vejez, lo que condiciona seriamente los alcances de la atención en su integralidad.

Conclusión

El estudio revela que persisten barreras que dificultan el ejercicio de derechos y acceso a servicios en materia de salud sexual en las personas mayores. La baja percepción del riesgo en torno a ITS, atravesadas por el viejismo y una concepción restringida de sexualidad, pueden aminorar las oportunidades para demandar e intervenir preventiva o promocionalmente en cuanto a la salud sexual. Es destacable la relevancia de estudios que permitan contar con datos actualizados y darles voz a las personas mayores con dos metas distintas pero complementarias. Por un lado, fortalecer el abordaje integral de la sexualidad por parte de los equipos de salud. Pero también, fomentar el protagonismo de las mismas personas mayores en sus procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado.

Sobre las personas mayores se construyen representaciones estereotipadas que no sólo minimizan, sino que a menudo, niegan su sexualidad, llegando incluso a afectar el ejercicio de sus derechos sexuales y el acceso a servicios de salud sexual que son fundamentales para mejorar su calidad de vida.

La construcción de una respuesta eficaz a la situación epidemiológica en torno al VIH en Argentina, requiere una mayor reflexión sobre la importancia de intervenciones ajustadas a las necesidades, experiencias y prácticas de las personas mayores. Aquí cobra especial relevancia el cruce entre la reflexión gerontológica y la promoción de derechos para renovar la oportunidad en las consultas e incorporar así el abordaje integral de la sexualidad a la agenda de salud. Esto es un paso necesario para favorecer la prevención y la detección temprana de ITS, así como para derribar mandatos, representaciones negativas y estereotipos que sesgan la comprensión de las vejeces reales y promover la vivencia plena de la sexualidad en todas las etapas de la vida.

Bibliografía

- Daniluk, J.C. The meaning and experience of female sexuality a phenomenological analysis. *Psychol Women Q.* 1993;17(1):53–69. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1111/j.1471-6402.1993.tb00676.x>
- Morgade G. Educación en la sexualidad desde el enfoque de género: una antigua deuda de la escuela. Buenos Aires: Arzeno; 2006. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/educacion-en-la-sexualidad-desde-el-enfoque-de-genero.-morgade.pdf>
- Foucault M. Historia de la sexualidad: La voluntad del saber. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 2011.
- Amuchástegui Herrera A, Rivas Zivy M. Los procesos de apropiación subjetiva de los derechos sexuales: notas para la discusión. *Estudios Demográficos Urbanos.* 2004; septiembre-diciembre.
- Cahn L, Corteletti F, Lucas M, Valeriano C. Educación Sexual Integral. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 2020.
- Dulcey-Ruiz, E. y Uribe Valdivieso, C. "Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprehensiva de la vida humana". *Revista Latinoamericana de Psicología*; 2002; 34 (1-2): 17-27.
- Iacub, R. Identidad y envejecimiento. Buenos Aires: Paidós; 2011.
- Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2015.
- Butler RN. Why survive? Being old in America. Nueva York: Harper & Row; 1975.
- Moscovici S. El psicoanálisis, su imagen y su público. Buenos Aires: Huemul; 1961.
- Hall S. The work of representation. In: Hall S, editor. *Representation: Cultural Representations and Signifying Practices*. London: Sage Publications; 1997.
- Merton R. Teoría y estructura sociales. México: FCE; 1964.
- Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. Perspectivas de población mundial 2024: Resumen de resultados. UN DESA/POP/2024/TR/NO.9; 2024.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Disponible en: <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-135>
- Dossier estadístico de personas mayores 2024 en conmemoración del 34º Día Internacional de las Personas de Edad; 2024. Disponible en: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/dossier_personas_mayores_2024.pdf
- Organización de Estados Americanos (OEA). Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Washington DC: OEA; 2015.
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Boletín N° 39. Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina. Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis; 2022.
- Ministerio de Salud de la Nación. El diagnóstico a tiempo mejora la calidad de vida de las personas con VIH [Internet]. Argentina.gob.ar; 2019 Jun 26. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-diagnostico-tiempo-mejora-la-calidad-de-vida-de-las-personas-con-vih>
- Coordinación de Salud Sexual, VIH e ITS del GCBA. Situación epidemiológica del VIH en la Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires: GCBA; 2022. Disponible en: <https://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/2023-03/Situación%20Epidemiológica%20del%20VIH%20en%20la%20Ciudad%20de%20Buenos%20Aires%20-%20Julio%20de%202022.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012 (ENCaViAM). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: INDEC; 2014.
- Debert G. Gerontología y sexualidad. En: Roqué M, compiladora. Seminario Internacional sobre género y diversidad sexual en la vejez. Buenos Aires: Mónica Laura Roqué; 2015. p. 53–60.
- Iacub, R. Sobre la construcción de juicios en la erótica de la vejez. *Revista argentina de sociología*, 6(10), 170–183; 2008. Disponible en: <https://www.scielo.org.ar/pdf/ras/v6n10/v6n10a12.pdf>
- Navarro, M. (2019). Viejas en el género en P. Danel y M. Navarro (Fundación La Hendija), La gerontología será feminista (1ª ed., pp. 43–69). Fundación La Hendija.
- Leyva-Moral, J. M.. La expresión sexual de los ancianos: Una sobredosis de falsos mitos. *Index de Enfermería*, 17(2); 2008, 124–127, disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000200010&lng=es&tlng=es.
- Llanes Betancourt C. La sexualidad en el adulto mayor. *Rev Cubana Enferm.* 2013;29(3):223–32. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192013000300008&lng=es&tlng=pt
- Charlton Lewis, D. Climaterio y menopausia, una mirada de género. *Revista de Ciencias Sociales (Cr)*; 2003; 4(102): 107–112. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/153/15310209.pdf>
- Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI). Discriminación por edad: vejez, estereotipos y prejuicios, Buenos Aires:

- INADI; 2016. Disponible en: <https://www.conabip.gob.ar/sites/default/files/Discriminacion-por-Edad-Vejez-Estereotipos-y-Prejuicios%20PARA%20CLASE%201.pdf>
28. Roqué M. Seminario Internacional sobre Género y diversidad sexual en la vejez, 1º ed. Buenos Aires; 2015. Disponible en: <https://www.algec.org/biblioteca/SEMINARIO-GENERO-Y-DIVERSIDAD.pdf>
29. Orozco Mares, I. y Rodríguez Márquez, D. Prejuicios y actitudes hacia la sexualidad en la vejez. *Psicología y Ciencia Social*; 2006; 8(1): 3-10.
30. González Ma.; Gutierrez, M.; Lupi, C.; Weitz, L.; Aronna San Martín, M. "Vejez diversas: experiencias en el abordaje de derechos sexuales y (no) reproductivos". *Revista Límbica* Vol. IV Núm. 6 (2023), págs.40-51.
31. Gutiérrez M, Lupi C, Weitz L. Sexualidad toda la vida: envejecimiento y salud sexual y (no) reproductiva desde un enfoque de derechos. En: *XV Jornadas de Sociología: 40 años de democracia: aportes y desafíos de la Sociología para comprender y transformar nuestro tiempo*; 2023 Jul; Buenos Aires, Argentina. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires (UBA); 2023.
32. Lopez C, Scelzo G, Menendez M, Rosso M, Scherman N, Olivares García S. Sexualidad y vejez: un análisis interseccional para su abordaje en salud. *Rev Límbica*. 2023;4(6):29-39.
33. Fundación Huésped. Sexualidad toda la vida: prevención y cuidados en personas mayores. En: *Cuadernillo Educación Sexual Integral con perspectiva de edad*. 1º fascículo. Buenos Aires: Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; 2023. p. 89-94.

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES DE LA REVISTA ARGENTINA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

La Revista Argentina de Gerontología y Geriatria (RAGG) es el órgano de difusión de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria (SAGG).

Desde el año 2016, la RAGG adoptó el formato digital y publica contribuciones originales que se relacionan con el ámbito de la Medicina Geriátrica, la Gerontología y temas relacionados. Acepta trabajos redactados en español y, eventualmente, en inglés o portugués. La edición electrónica de la Revista Argentina de Gerontología y Geriatria se encuentra en la siguiente dirección: www.sagg.org.ar/ragg

Para información más detallada, consultar el REGLAMENTO DE PUBLICACIONES DE LA S.A.G.G. en la siguiente dirección: www.sagg.org.ar/ragg

Notas Preliminares

Ética Editorial

La decisión de aceptar o rechazar un trabajo se basa estrictamente en un proceso de revisión por pares o colegas (*peer review*), árbitros (*referees*) o revisores (*reviewers*). La revista adhiere a las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas y cumple los Requisitos de Uniformidad para Manuscritos enviados a Revistas Biomédicas (documento disponible en: www.icmje.org).

Responsabilidades del autor

1. Carta de Presentación

Todo manuscrito deberá estar acompañado por una carta de presentación firmada por todos los autores en la que se especifique a qué categoría pertenece el artículo.

Si alguna parte del manuscrito ha sido publicada o remitida a otro medio (por ejemplo, tablas o ilustraciones), esta información deberá ser consignada y los autores tendrán que presentar los permisos de publicación correspondientes.

2. Financiación y Conflicto de Intereses

Los autores deben indicar cualquier interés financiero directo o indirecto que puedan tener relación con el manuscrito presentado, debiendo autorizar a la Revista Argentina de Gerontología y Geriatria la publicación de dicha información si así lo consideran los

editores. A los autores que declaren algún interés financiero se les pedirá que firmen una Declaración de Conflicto de Intereses.

3. Bioética

Los autores deben garantizar que toda investigación experimental realizada con humanos en el trabajo se haya obtenido con consentimiento informado y que se hayan respetado las pautas éticas de la institución a la que pertenecen y de la Declaración de Helsinki de 1975, con la revisión de octubre del 2000 (disponible en: <http://www.wma.net/e/policy/b3.htm> - versión en inglés y español). En caso de ensayos clínicos controlados, deberá seguirse la normativa CONSORT, disponible en: <http://www.consortstatement.org>; mientras que, si se trata de una evaluación de performance diagnóstica, hay que seguir la normativa STARD, disponible en: <http://www.stard-statement.org/>. Si se presentan trabajos de experimentación con animales, deberán explicitarse las condiciones de trabajos con los mismos y la autorización o pautas de manejo de los animales emanados por una institución oficial o privada, o bien las pautas de leyes internacionales o del país/estado de origen del trabajo.

4. Originalidad

El envío de un trabajo a la RAGG para su evaluación implica: a) que dicho trabajo no haya sido publicado previamente (excepto en forma de resumen o como parte de una tesis); b) que dicho trabajo no se encuentre bajo consideración de publicación en ninguna otra revista o medio de divulgación científica; y c) que su publicación haya sido aprobada por todos los autores y coautores del trabajo, así como también por la institución en la que se ha desarrollado.

5. Plagio

Todos los manuscritos recibidos en la RAGG se procesan de forma automática a través de un programa *ad hoc* antes de someterse a la revisión por pares.

Requisitos para la publicación

6. Copyright

Una vez aceptado el artículo, se solicitará al autor responsable que complete un "Acuerdo de publicación

en la revista". Se le enviará un mensaje de correo electrónico confirmando la recepción del manuscrito y adjuntando el documento de dicho Acuerdo. La Revista Argentina de Gerontología y Geriátría es de acceso libre (Open Access).

El autor transferirá el copyright a la Sociedad.

Si se incluyen pasajes de otros trabajos con copyright, el/los autor/es debe/n obtener la autorización por escrito de los titulares del mismo y mencionar la/s fuente/s del artículo.

Preparación

7. Envío de manuscritos

Los manuscritos deben enviarse por e-mail a: revista.argentinadegerontologia@gmail.com en formato PDF.

8. Normas específicas para cada Sección

El Comité Editorial de la RAGG considerará para su publicación trabajos relacionados con Medicina Geriátrica, Gerontología y temas afines a la Especialidad. Los autores deberán adecuar los trabajos remitidos, de acuerdo con sus objetivos, a las siguientes categorías:

- a) Originales
- b) Revisión de tema
- c) Comunicaciones
- d) Monografías
- e) Informe de Caso o Serie de casos
- f) Carta Científica
- g) Cartas al Editor y Respuesta

a) Originales

Los trabajos deberán presentar nueva información relevante basada en la descripción y/o evaluación estadística de casos propios a partir de investigaciones originales. El cuerpo del trabajo no debe superar las 4500 palabras, no puede contener más de 20 figuras y el número máximo de autores será de 6 gerontólogos y/o geriatras.

La organización del manuscrito es la siguiente:

I. Resumen:

Debe ser lo suficientemente claro e informativo para permitir la comprensión del trabajo; ser estructurado, con un máximo de 250 palabras y estar dividido en 5

partes: Objetivo; Materiales y Métodos; Resultados; Discusión y Conclusión; presentar de 3 a 5 palabras clave; y no utilizar abreviaturas ni citas bibliográficas. En todos los casos deberá elaborarse un resumen en inglés (*abstract*) de similar extensión e idéntica segmentación a la versión en español. Es decir, debe dividirse en: *Objective (Purpose)*; *Materials and Methods*; *Results*; *Discussion* y *Conclusion*; y presentar de 3 a 5 keywords.

II. Introducción:

Consta de tres partes. La primera define el problema, la segunda hace un breve recuento de lo que se conoce respecto del problema y en la tercera parte se exponen los objetivos del trabajo, teniendo en cuenta lo desarrollado en los párrafos anteriores.

III. Materiales y Métodos:

Se indican claramente los criterios de selección de los sujetos incluidos en el trabajo. El protocolo debe ser expuesto claramente, teniendo en cuenta los datos que son útiles para el trabajo. Si se trata de un trabajo no clínico, deben describirse las características completas de los sujetos en estudio, ya que la experiencia debe poder ser reproducida en su totalidad.

IV. Resultados:

Todos los resultados en relación con el trabajo se exponen de manera clara y lógica, comprendiendo también los resultados negativos. Si se utilizan tablas, éstas y el texto no deben repetir la información. Se utiliza el tiempo pasado. En esta Sección deberán incluirse las ilustraciones pertinentes a la casuística analizada/estudiada.

V. Discusión:

Se discuten tanto los materiales como los métodos, y se examina la validez de los resultados.

VI. Conclusión:

Se resume brevemente los resultados del estudio y sus consecuencias. Estos deben desprenderse rigurosamente de la casuística analizada.

VII. Bibliografía:

No puede superar las 50 citas bibliográficas. (Consultar apartado Citas Bibliográficas)

b) Revisión de Tema

Actualización de un tema o técnica que abarque los últimos conceptos referentes a aspectos clínicos o gerontológicos. Es un artículo basado en la descripción

de la experiencia del autor en un tema determinado, fundamentado en una sólida revisión bibliográfica. Además, integran esta categoría los trabajos sobre temas anexos (legislación, ejercicio profesional, etc.). El resumen no debe estar estructurado y no puede superar las 250 palabras. En él se plantean el objetivo y las partes esenciales. Es necesaria la elaboración de un resumen en inglés (*abstract*). Deben presentarse hasta 5 palabras clave (*keywords*) y el cuerpo del trabajo no debe superar las 3000 palabras.

Las citas bibliográficas no excederán las 70 y sólo se podrán incluir hasta 15 figuras. El número máximo de autores será de 6 geriatras y/o gerontólogos.

c) Comunicaciones

Hallazgos diagnósticos, observaciones epidemiológicas, resultados terapéuticos, efectos adversos, trabajos preliminares o cualquier otro evento que por su importancia ameriten ser comunicados. El material debe organizarse de la siguiente manera: resumen no estructurado o estructurado (máximo: 250 palabras), y entre 3 y 5 palabras clave (en castellano e inglés), introducción, descripción sintética de las observaciones y discusión breve. No es necesaria una conclusión. Las figuras no deben superar las 6. Las referencias bibliográficas no deben ser más de 15. El cuerpo del artículo no debe superar las 2000 palabras y el número máximo de autores será de 6 geriatras y/o gerontólogos.

d) Monografías

Descripción y tratamiento especial de determinada parte de la Medicina Geriátrica y/o de la Gerontología y/o de algún tema en particular, referido a la Especialidad. Las referencias bibliográficas y los textos deben ser relativamente breves. Hay que elaborar un resumen no estructurado en castellano e inglés de hasta 250 palabras, y se deben incluir de 3 a 5 palabras clave/*keywords*. El cuerpo del trabajo no debe superar las 3000 palabras y no puede contener más de 15 figuras. Se permiten hasta 50 citas bibliográficas y el número máximo de autores será de 6 geriatras y/o gerontólogos.

e) Informe de caso o serie de casos

Contendrán título (en español e inglés, en los que no se indicará el diagnóstico final), autores, resúmenes (no

más de 150 palabras) en español e inglés, palabras clave en ambas lenguas y estarán compuestos por presentación del caso, discusión clínica, justificando la presentación del mismo por infrecuencia, valor etiológico, pronóstico, diagnóstico, terapéutico, por la importancia del diagnóstico diferencial. No podrán superar las 2.000 palabras, hasta dos tablas o figuras y no más de 15 referencias. Resumen no estructurado.

f) Carta Científica

Narración no estructurada de un caso clínico o gerontogeriátrico, dirigida al Editor. Debe contener una introducción donde conste el objetivo, un desarrollo corto y la evolución del caso. No incluirá resumen, conclusión o tablas, ni tampoco palabras clave. La extensión del manuscrito no podrá superar las 1000 palabras. Se aceptarán hasta 4 figuras y las citas bibliográficas no deberán superar las 10. El número máximo de autores será de 6 geriatras y/o gerontólogos. Ante la recepción de un caso clínico, el Editor podrá recomendar esta modalidad de presentación cuando lo considere oportuno.

g) Cartas al Editor y Respuesta

Trabajo relativamente breve que expresa el juicio personal del/los autor/es sobre un determinado tópico controvertido, o bien críticas o discrepancias con artículos publicados en la RAGG, elaboradas de manera constructiva, objetiva y educativa. Las cartas deberán aclarar, en el marco del derecho a réplica, los puntos controvertidos del artículo o tema en cuestión. Este tipo de artículo no lleva resumen ni palabras clave y el cuerpo del texto no puede superar las 700 palabras. Puede contener hasta 2 figuras y 5 citas bibliográficas. El número máximo de autores será de 3 geriatras y/o gerontólogos.

- *Presentación de Caso (Case Report)*: relatos de casos raros por su forma de presentación, escasa frecuencia o asociación inusual con otra entidad.

9. Estructura de los Trabajos

1. Página de Título (Primera Página)

Esta página debe incluir el título del artículo (en castellano y en inglés), los nombres de los autores y la dirección (incluyendo código postal) de la institución

donde se desarrolló el trabajo. A su vez, deberá identificarse al autor para el envío de correspondencia indicando dirección, teléfono y e-mail. En este documento deberá incluirse el texto relativo a la **Contribución de Autoría** y especificar si existe **Conflicto de Intereses y/o Financiación**. Los **Reconocimientos** a personas, por colaboración en el estudio o la preparación del manuscrito, así como a Centros o Entidades que hayan apoyado la elaboración del trabajo, podrán incluirse en esta página.

II. Página de Título "Ciega" (Segunda Página)

El texto del manuscrito deberá comenzar por el nombre de la sección a la que corresponde y el título del trabajo sin el nombre de los autores, a fin de ser usada en el proceso de revisión por pares (*peer review*).

El texto del manuscrito deberá organizarse de acuerdo a la categoría a la que este corresponda.

III. Resumen – Abstract

Excepto la Carta al Editor y la Carta Científica, todos los artículos deberán incluir un resumen/abstract. En el caso de los originales, dicho resumen deberá segmentarse acorde con lo expuesto anteriormente en este Reglamento, en el apartado de Originales. En las otras categorías, el resumen/abstract correspondientes no requieren segmentación (es decir, no habría que dividirlo en Objetivo, Materiales y Métodos, etc.).

IV. Palabras Claves – Keywords

Excepto en la Carta al Editor y la Carta Científica todos los artículos deben incluir entre 3 y 5 palabras clave, en español e inglés, e incluirse en la Página de Título "Ciega".

V. Citas Bibliográficas

Las citas deben escribirse a doble espacio comenzando en página separada y tienen que estar numeradas consecutivamente de acuerdo con el orden en que aparecen en el texto. Todas las citas que aparezcan listadas en las citas bibliográficas deben indefectiblemente estar incluidas como referencia en el texto. Dichas citas deberán escribirse en superíndice (por ejemplo,²¹) y aparecerán al final de la frase que contenga información a referenciar. En caso de citarse los nombres de los autores, la cita deberá incluirse inmediatamente después de estos (por ejemplo, Fustinoni, O. et al.⁴).

Las referencias deben numerarse en forma consecutiva, en el mismo orden en que son citadas por primera vez en el texto. En las referencias donde se citan seis o menos autores, deben figurar todos ellos con apellido e inicial del nombre. En caso de ser siete o más autores, sólo los seis primeros deben identificarse y luego deben ir seguidos de et al. El título de las revistas citadas deberá abreviarse acorde al *Index Medicus MEDLINE* (disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>). A manera de ejemplo, suministramos las maneras correctas de citar:

• Artículo de Revista

José Gutiérrez Rodríguez, Marta Alonso Álvarez, Carmen Varela Suárez, Juan José Solano Jaurieta. Factores de riesgo asociados a deterioro funcional en el anciano tras su consulta en un servicio de urgencias. *Rev Mult Gerontol* 1999; 9:139-146.

• Capítulo de Libro

Henrich, WL. Diálisis. México McGraw-Hill Interamericana; 2001. P94 Chamois N, García Erro, M. Los errores congénitos del metabolismo. En Sica REP, Muchnik S. Clínica Neurológica. Buenos Aires: La Prensa Médica; 2003. p 173-202.

• Libro Completo

Risgven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 20 ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

• *Las citas de resúmenes bibliográficos, editoriales y cartas al editor deben aclarar su origen:* Spargo PM, Manners JM. DDVAP and open heart surgery (letter). *Anaesthesia*. 1989; 44:363-4. Fuhrman SA, Joiner KA. Binding of the third component of complement 3 by Toxoplasma gondii (abstract). *Clin Res*. 1987;35:475^a

• Cita de Revista Online

Friedman SA. Preclamsia: a review of the role of posttaglandins. *Obstet Gynecol* (serial online). January 1988; 71:22-37. Available from: BRS Information Technologies, McLean VA. [consultado Dec 1990]

• Cita de Base de Datos

EARSS: the European Antimicrobial Resistance Surveillance System [Internet]. Bilthoven (Netherlands):

RIVM. 2001 - 2005 [cited 2007 Feb 1]. Available from: <http://www.rivm.nl/earss/>

• *Cita de Página Web*

Gostin LO. Drug use and HIV/AIDS (JAMA HIV/AIDS website) June 1, 1996. Updated (Actualizado): June 26, 1997.

Para más información en relación con otras fuentes citables (por ejemplo: actas de conferencia, artículo presentado en conferencia, etc.), se recomienda consultar las Normas de Vancouver (pueden consultarse en <http://www.icmje.org>)

VI. Tablas

Deben asociarse con un breve título descriptivo y numerarse en el orden en el que aparecen en el texto.

Las abreviaturas deben aclararse en una nota al pie. Deben ser "autoexplicativas" y no duplicar datos suministrados en el texto o las figuras. Las referencias bibliográficas deben numerarse en secuencia con las del texto. Si se utilizan datos procedentes de otra fuente, publicada o inédita, hay que solicitar la autorización por escrito a la revista o editorial fuente y reconocer su origen.

VII. Figuras o Ilustraciones

Se aceptarán las figuras o ilustraciones indicadas en cada categoría. El número de la figura debe coincidir con el número asignado en el texto y se asigna de forma correlativa.

Las fotos, figuras o ilustraciones deben ser enviadas mediante soporte digital. Las mismas tendrán que contar con una resolución igual o mayor a 800x600 píxeles (300 dpi), en formato JPG. La medida mínima de ancho es de 8.5 cm y el máximo de 17.5 cm.

Dentro del Word se pueden incluir las imágenes para ver la ubicación en el trabajo, pero tendrán que ser enviadas también por separado ser de excelente resolución y uniformes en tamaño.

VIII. Epígrafes

Cada figura deberá acompañarse de su respectivo epígrafe, deben escribirse en la misma hoja del manuscrito, a doble espacio como el resto del texto. En caso de referencias bibliográficas en las leyendas de las figuras, deben numerarse en secuencia con las del texto.

IX. Estadística

Describir los métodos estadísticos con detalle suficiente para que el lector, versado en el tema y que tenga acceso a los datos originales, pueda verificar los resultados presentados. En lo posible, cuantificar los hallazgos y presentarlos con indicadores apropiados de error o incertidumbre de la medición. Analizar la elegibilidad de los sujetos de experimentación y dar los detalles del proceso de aleatorización.

Presentación de los trabajos

I. Texto

El texto debe estar escrito a doble espacio (incluidas las citas bibliográficas, tablas/gráficos, pies de figuras y comentarios a pie de página). Si se utilizan abreviaturas o iniciales, estas deben estar previamente explicadas en el texto. Las páginas deben numerarse desde la portada. El nombre de los autores debe aparecer sólo en la primera página.

Las drogas y sustancias químicas deben referirse por su nombre genérico y no por su nombre comercial.

II. Abreviaturas y Acrónimos

Defina las abreviaturas y acrónimos al comienzo del texto, empleando primero la palabra completa seguida de la abreviatura entre paréntesis: por ejemplo, Valoración Geriátrica Integral (VGI).

Después de aceptado el trabajo

Pruebas de autor

Se enviará un conjunto de pruebas de página (en archivos PDF) por correo electrónico al autor encargado de la correspondencia. Si no desea utilizar la función de anotaciones en PDF, puede enumerar las correcciones (incluidas las respuestas del formulario de dudas) y enviarlas a la RAGG por correo electrónico. En esta fase solamente se considerarán cambios significativos en el artículo que fue aceptado para su publicación con el permiso del Director. Es importante asegurarse de que todas las correcciones se nos envíen de vuelta en una comunicación: compruébelo minuciosamente antes de responder.