XIII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2019.

Abordaje Antropológico de las vejeces.Trayectorias biográficas de las mujeres mayores del barrio El Retiro, Lisandro Olmos (La Plata).

María Felicitas CIRIACO y Carol Jeannette ARANEDEA.

Cita:

María Felicitas CIRIACO y Carol Jeannette ARANEDEA (2019). *Abordaje Antropológico de las vejeces.Trayectorias biográficas de las mujeres mayores del barrio El Retiro, Lisandro Olmos (La Plata). XIII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: https://www.aacademica.org/000-023/174

ARK: https://n2t.net/ark:/13683/eSbY/GfM

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto*. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: https://www.aacademica.org.*

Título: Abordaje Antropológico de las vejeces. Trayectorias biográficas de las Mujeres Mayores del barrio El Retiro, Lisandro Olmos (La Plata).

Autoras/es: María Felicitas Ciriaco, Carol Araneda, Betania Román y Fabián Quintero.

Eje 3: Estructura social, demografía, población.

Mesa 41: Envejecimiento y sociedad

Institución de pertenencia: LINEA- Facultad de Ciencias Naturales y Museo (FCNyM-UNLP)

E-mail:felicitasciriaco@gmail.com;araneda2306@gmail.com;betaniaroman93@gmail.com; fquintero@fcnym.unlp.edu.ar

Resumen:

Los significados y construcciones en torno a "la vejez" se definen en el seno de cada sociedad y de los grupos que la componen. Por ello, el proceso de envejecimiento debe ponderarse desde un enfoque integral que considere los factores biológicos, psicológicos, socioculturales y contextuales que lo modelan a lo largo del tiempo, resultando en vejeces diferenciales. Además, algunos de ellos pueden influir en el desarrollo de ciertas enfermedades y dolencias de las Personas Mayores.

Nuestro objetivo es conocer, a la luz de las trayectorias biográficas de un grupo de mujeres del Barrio El Retiro (La Plata), diversos factores que influyeron en su tránsito hacia la vejez. Asimismo, se busca indagar cómo estas mujeres interpretan la atención de su salud y sus enfermedades bajo sus propias categorías y percepciones. Para ello, abordaremos sus itinerarios terapéuticos y redes de apoyo, cuestionando aquellos enfoques que relacionan a la vejez directamente con el aumento de la fragilidad, la disminución de la autosuficiencia y el aumento de la dependencia de terceros.

Los materiales utilizados -especialmente entrevistas- provienen del trabajo de campo realizado en el período 2015-2019. Su análisis vincula conceptos de la Antropología Social y Biológica.

Palabras clave: Envejecimiento- Trayectorias Biográficas- Itinerarios terapéuticos

1) Introducción

Esta ponencia es resultado del trabajo conjunto de un equipo integrado por estudiantes y graduados de la carrera de Antropología pertenecientes al LINEA (Laboratorio de Investigaciones en Etnografía Aplicada, FCNYM, UNLP) y se enmarca en el PPID (Proyecto Promocional de Investigación y

Desarrollo) “Análisis antropológico del proceso de envejecimiento en contexto urbano y su proyección en el marco de las políticas públicas”.

Se parte de considerar que los significados y construcciones en torno a “la vejez” se definen en el seno de cada sociedad y de los grupos que la componen. En este sentido la Antropología introduce una mirada disciplinar que refiere al repertorio de las formas socioculturalmente diversas en que grupos y sociedades se organizan, perciben, actúan y valoran su realidad. Aplicada al campo de las edades -y especialmente en correspondencia con la etapa de la vejez-, los grupos etarios se insertan en entramados sociales mayores, por lo cual se reconocen relaciones de articulación y también de contraposición con otros conjuntos, definidos a partir de diacríticos de diverso tipo. En particular, el trabajo se enfoca en la pluralidad de las vejeces, asumiendo que se trata de una construcción polisémica que da sentido a un conjunto de personas que comparten una condición definida desde el punto de vista etario. Por otro lado, se reconoce que la vejez no es necesariamente sinónimo de enfermedad o deterioro, si bien los procesos de envejecimiento -tanto a nivel biológico como psico-social- involucran una mayor incidencia de problemáticas que afectan la salud y el bienestar, en especial de las Personas Mayores. En consecuencia, los aspectos relativos a los procesos de envejecimiento deben ponderarse desde un enfoque integral que considere los factores biológicos, socioculturales, psicológicos y contextuales que lo modelan a lo largo del tiempo, resultando en vejeces diferenciales. Ello supone reconocer la multiplicidad de dimensiones en juego y la necesidad de establecer perspectivas teórico conceptuales superadoras que hagan posible un abordaje integral, evitando subsumir epistemológicamente unos factores a otros. Como corolario de lo antedicho, el trabajo se inscribe dentro de la Antropología de las vejeces (Feixa, 1996[1]) y particularmente del diálogo entre los aportes provenientes de la Antropología social y la Antropología biológica.

Nuestro objetivo es conocer, a la luz de las trayectorias biográficas de un grupo de Mujeres Mayores del Barrio El Retiro (La Plata, Provincia de Buenos Aires), diversos factores que influyeron en su tránsito hacia la vejez. A su vez, se busca indagar cómo estas mujeres interpretan la atención de su salud y sus enfermedades bajo sus propias categorías y percepciones. Para ello, abordaremos sus itinerarios terapéuticos e identificaremos, a lo largo de los mismos, sus redes de apoyo. Asimismo, cuestionaremos aquellos enfoques que relacionan a la vejez directamente con el aumento de la fragilidad, la disminución de la autosuficiencia y el aumento de la dependencia de terceros. Para tal fin, fundaremos nuestra aproximación en la noción de proceso salud-enfermedad-atención-cuidado

[1]Feixa, Carles. “*Antropología de las edades”*. En: Prat, J. y Martínez, A. (eds). Ensayos de Antropología Cultural. Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat. Barcelona. Editorial Ariel, 1996. Pp.319-335

(Menéndez, 1994[2]), que posibilitará abordar la especificidad de saberes y prácticas contenidas en los itinerarios terapéuticos, incluyendo los aspectos sociohistóricos que afectan colectivamente a estos conjuntos de mujeres a lo largo de sus trayectorias. Priorizaremos su abordaje de manera articulada con las relaciones sociales y redes de apoyo de las cuales las Mujeres Mayores participan.

2) Caracterización del Barrio "El Retiro"

El barrio "El Retiro" (Lisandro Olmos) forma parte del periurbano del Gran La Plata, Provincia de Buenos Aires. Demográficamente, su población se constituye por un total de 11.763 habitantes (INDEC, 2010[3]), de los cuales tan sólo el 4% es mayor de 65 años[4]. De este porcentaje, el 55% está representado por mujeres[5].

En términos generales, sin olvidar que se evidencian diferencias internas entre zonas específicas, el acceso a servicios públicos en el barrio registra condiciones de precariedad y/o ausencia de los mismos. A modo de ejemplo puede mencionarse el tendido de una red hídrica informal que incluye a vecinos y/o familiares cuyas viviendas se encuentran próximas. Dicha situación es similar para la provisión de gas y luz. Además, el barrio se encuentra atravesado por el Arroyo Pérez, cuyas márgenes están densamente habitadas. Así, con motivo de grandes deficiencias en el servicio de recolección de residuos y en el sistema cloacal, gran parte de las familias allí asentadas vierten sus desechos domésticos en el mencionado curso de agua. Esta situación de precariedad se agrava cuando llueve, ya que gran parte de las viviendas queda anegada o sufren el ingreso de agua y de los desechos vertidos y arrastrados por la corriente. (Teves et al., 2015[6]).

Por su parte, el barrio cuenta con cierto número de familias tradicionales, que abarcan entre tres y cuatro generaciones que han nacido y vivido toda su vida en él. En general, los vecinos han desarrollado lazos muy cercanos, lo cual se visibiliza en el desarrollo de prácticas solidarias entre

---

[2]Menéndez, Eduardo. "*La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?*" Revista Alteridades, 1994. Vol.4 Nº7

[3] Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. 2010 [base de datos en línea], Argentina, https://www.indec.gov.ar/nivel4_default.asp?id_tema_1=2&id_tema_2=41&id_tema_3=135 [fecha de consulta: 20 de mayo de 2018].

[4] Se suele definir el inicio de la vejez de forma arbitraria a partir del marcador cronológico de los 65 años de edad. En esta ponencia entendemos, sin embargo, que, su duración y características tienen una gran variabilidad en relación a los grupos sociales a los que se haga referencia. (Dámaso Crespo. *Biogerontología.* Santander: Universidad de Cantabria, 2006).

[5]"Una característica del envejecimiento es su especificidad de género: a medida que aumenta la edad, se acrecienta la proporción de mujeres, rasgo que se origina en la mortalidad diferencial por sexo observando una mayor esperanza de vida para las mujeres". Findling, Liliana; Venturiello, María Pía y Ciano, Estefanía. "*Restringiendo derechos para las personas mayores y con discapacidad. Un panorama de las políticas de previsión social y salud en el marco de un nuevo Estado neoliberal*". Revista de la Carrera de Sociología. Vol. 8. Nº8, 2018. Pp.68.

[6]Teves, Laura; Pasarín, Lorena; D'Abramo, Sergio; Castro, Fernanda; Cueto, Julián, Crivos, Marta. *La antropología, entre la interdisciplina y las catástrofes. El caso de las inundaciones de La Plata (Pcia. De Buenos Aires, Argentina)*. 2015. Ponencia presentada en la XI Reunión de Antropología del Mercosur, Montevideo, Uruguay.

habitantes que suelen guardar relaciones de parentesco y amistad vinculadas a una historia barrial compartida. A su vez, dichas prácticas se vinculan a una tradición de militancia iniciada por las actuales Personas Mayores y cuyo legado se mantiene en las generaciones más jóvenes, demostrando una fuerte adscripción identitaria al barrio y a una asociación que funciona como punto de referencia para gran parte de los vecinos que aquí habitan: el "Club Social Corazones de El Retiro".

En esta institución se desarrollan actividades para diversos destinatarios, entre los que destaca el "Grupo de Mujeres de la Tercera Edad", con quienes hemos trabajado en forma conjunta en un proyecto de extensión y consecutivamente en el proyecto de investigación en que se encuadra esta ponencia. Este grupo está conformado por Mujeres Mayores de 60 años, autoconvocadas, que son parte de la historia fundacional del barrio y del club. En cuanto a su ocupación, la mayoría de estas mujeres son jubiladas o pensionadas, aunque algunas complementan sus ingresos con la comercialización domiciliaria de productos y la mayoría realiza trabajos no remunerados como ama de casa y/o cuidadora de nietas/os. En los años previos a su jubilación, han desarrollado una diversidad de labores, que incluyen el cuidado de Personas Mayores, la costura, el empleo doméstico y otros trabajos en relación de dependencia. (Ciriaco et al. 2018[7])

En sintonía con lo antedicho, cada una de las mujeres que componen este colectivo forma parte de las ya mencionadas familias tradicionales del barrio, identificándose fuertemente con el mismo y con un alto grado de pertenencia al grupo que componen. Asimismo, se consideran familiares y amigas entre sí, lo cual se expresa a través de lazos de parentesco y pseudoparentesco. Esto último se torna fundamental a la hora de entender el carácter compartido –en algunos aspectos- de sus trayectorias, poniendo énfasis en la gran red de relaciones existente entre ellas. No obstante, el compromiso con el colectivo, en la actualidad el número de integrantes que asisten a las reuniones semanales convocadas por el Grupo de la Tercera Edad se ha reducido. Ello se debe a la emergencia de distintas dolencias que dificultan el acceso al lugar de reunión y provoca una gran intermitencia en la asistencia a los encuentros.

Por último, por la especificidad de este trabajo, no podemos dejar de mencionar la existencia de un Centro de Integración Comunitaria (CIC), donde funciona -entre otras cosas- el Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) Nº45 de la Municipalidad de La Plata, vinculado a la atención de la salud

[7]Ciriaco, M. Felicitas; Chacón, Jessica; Aerts, Sara y Araneda, Carol. *"Aproximación etnográfica al análisis de envejecimiento y la atención de la salud entre Mujeres Mayores de un barrio periurbano de La Plata (El Retiro, Lisandro Olmos)"*. En IX Jornadas de Investigación en Antropología Social Santiago Wallace. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional de Buenos Aires (2018, noviembre 27-29).

de los miembros del barrio, pero abocado especialmente a jóvenes y adultos. También lo integran profesionales psicólogos, trabajadores sociales y de enfermería. Durante parte del desarrollo de nuestra investigación, dicho Centro careció de un médico clínico. Por este motivo las mujeres del grupo refieren la búsqueda de la atención de la salud en lugares distantes de sus domicilios, en muchos casos fuera de los límites del barrio.

3) Materiales y métodos

Este trabajo se basa en una aproximación cualitativa que incluye el análisis de entrevistas grupales en profundidad e individuales semiestructuradas provenientes del trabajo de campo realizado en el período 2015-2019. Desde una perspectiva etnográfica, el trabajo a micro-escala permite recuperar el punto de vista de los actores y ponderar desde el abordaje antropológico las particularidades de las trayectorias de las Mujeres Mayores. En correspondencia con el Paradigma del Curso de la Vida, se comprende que las narraciones y remembranzas de nuestras interlocutoras producen, desde un punto de vista metodológico, conocimiento. Finalmente, desde la antropobiología, se valora el estudio de las narraciones biográficas ya que posibilita comprender cómo el curso vital, en términos biológicos, se va moldeando en función de otros factores y condicionantes.

Por su parte, dado que el trabajo se funda en la aproximación a un grupo de Mujeres Mayores previamente conformado, se facilitaron las condiciones para el acceso y desarrollo de la investigación. En el caso de las entrevistas grupales en profundidad, las mismas fueron realizadas en el marco de encuentros taller y estuvieron orientadas al conocimiento de las trayectorias vitales, las relaciones intra e intergeneracionales y la exploración de la historia barrial. Estos materiales en particular permitieron conocer los procesos de cambio en referencia a los saberes, valores y prácticas en el cuidado de la salud y las formas de enfrentar los problemas relativos, entre otros aspectos. Las entrevistas individuales, semiestructuradas, estuvieron orientadas a conocer los modos en que las trayectorias biográficas y los itinerarios terapéuticos se relacionan, privilegiando en esta instancia un modo de acercamiento más personalizado y de mayor proximidad. Ambas técnicas resultaron complementarias en sus contenidos y modos de interacción por atender tanto a dinámicas que favorecieron el intercambio grupal como a aquellas tendientes a propiciar instancias de intercambio entre entrevistado y entrevistador. A su vez, se llevaron a cabo entrevistas semi-estructuradas a algunas trabajadoras del CIC, especialmente a enfermeras y una trabajadora social, con el fin de conocer la presencia estatal en vinculación con la atención de la salud en El Retiro.

Por último, en la instancia de procesamiento de datos, las entrevistas fueron transcritas de manera textual y el material reunido se procesó de acuerdo a análisis de contenido por recurrencias temáticas.

4) Marco teórico

a) Trayectorias biográficas y vejeces

La contribución académica de la Antropología de las edades y de la vejez, permite dar cuenta de que, si bien todas las personas experimentan a lo largo de su vida un desarrollo biológico, este siempre está mediado por la cultura y sociedad a la que pertenecen. Se visualiza así un amplio horizonte de posibilidades en que las sociedades organizan las fases del curso de vida de sus miembros en etapas que no son homogéneas ni universales con respecto a otras sociedades. En virtud de ello, la edad puede ser entendida como construcción sociocultural compleja, donde cada una de dichas etapas está matizada por estereotipos y valores asociados a cada grupo de edad de manera distintiva y que son construidas tanto por el mismo grupo de referencia, como por otros grupos que lo representan (Feixa, 1996; Lalive d'Epinay et al., 2011[8]). Esto remite a la idea de "generación" como concepto que permite agrupar a los sujetos que mantienen relaciones contrastantes con otros grupos de edad y que pertenecen a una misma cohorte generacional (Eriksen, 1995)[9].

El Paradigma del Curso de la Vida parte de asumir que los recorridos vitales resultan de una combinación de componentes socioculturales y contextuales, con otros de carácter personal, ya que las trayectorias individuales se desenvuelven siempre en marcos históricamente situados. De este modo, se interpreta a los sujetos como agentes cuyas decisiones se remiten a un marco estructural de pertenencia que habilita una serie de oportunidades y restricciones entre las que puede actuar, permitiéndoles así, construir su propia biografía dentro de ciertos contextos institucionales y parámetros históricos y socioculturales específicos. (Sepúlveda Valenzuela, 2012[10]).

En este sentido, a la hora de acercarnos a la temática de las vejeces y el envejecimiento, interpretamos a las primeras como una construcción social vinculada a los múltiples fenómenos que atraviesan e impactan a los sujetos en sus trayectos de vida. Por estos motivos, entendemos que el envejecimiento se desarrolla a través de todo el curso vital y se presenta como un "proceso multidireccional que implica pérdidas y ganancias a lo largo de nuestra vida (…) ya que existen puntos de inflexión que

---

[8]Lalive d'Epinay, Christian; Bickel, Jean-Francoise; Cavalli, Stefano; Spini, Dario. *El curso de la vida emergencia de un paradigma interdisciplinario.* En: Yuni, J. (comp.) La vejez en el curso de la vida. Córdoba. Encuentro Grupo Editor, 2011. Pp. 11-21.

[9]Eriksen, Thomas *Género y edad.* En: Small places large issues. An Introduction to Social and Cultural Anthropology, 1995. London. Pluto Press.

[10]Sepúlveda Valenzuela, Leandro. "*Las trayectorias de vida y el análisis de curso de vida como fuentes de conocimiento y orientación de políticas sociales"* Revista Perspectivas. Nº 21. Rosario, 2010. Pp.27-53

direccionan las trayectorias vitales en diversos sentidos" (Rada Schultze, 2016: 85[11]). Dichos puntos de inflexión -personales y sociales- originan trayectorias vitales diferenciales. Esto permite agrupar categorías y/o modelos de envejecimiento, enfatizando en la heterogeneidad de experiencias personales observables frente a un mismo proceso social. Las singularidades en las trayectorias biográficas encuentran, también, una dimensión de convergencia dada por el carácter colectivo de los saberes, prácticas y recursos compartidos que pertenecen a un contexto sociohistórico común. De este modo, el desempeño de diversas actividades y prácticas en la cotidianeidad, permiten evidenciar la experiencia acumulada -en clave histórica- y ciertas formas aprendidas de adecuarse a su presente. (Reyes Gómez, 2002[12]).

b) Atención de la salud y la enfermedad

Por su parte, lejos de equiparar la noción de vejez con la de enfermedad, reconocemos que es posible dar cuenta de ciertas problemáticas que inciden en la salud y enfermedad de las Personas Mayores. En relación a lo antedicho, la Antropología médica y la Sociología de la salud han explorado diversos conceptos que dan cuenta, en términos procesuales, de las interrelaciones entre el devenir de las personas como sujetos sociales y su vinculación con la salud y la enfermedad. Así, tomaremos como puntapié la noción de proceso Salud-Enfermedad-Atención, definido por Menéndez como "un universal que opera estructuralmente –por supuesto que en forma diferenciada– en toda sociedad, y en todos los conjuntos sociales estratificados que la integran" (1994:71). De ello se desprende la idea de que existen diferentes interpretaciones y respuestas grupales a los problemas de salud, y que la capacidad de agencia de los sujetos conjuntos se vincula a la elección activa de múltiples estrategias a la hora atender su salud y dar respuesta a sus enfermedades, dolencias y/o malestares[13].

Así, las personas suelen combinar recursos terapéuticos que se relacionan a distintos sistemas médicos más allá de las opciones que brinda la llamada medicina hegemónica. Para Menéndez[14], "la autoatención como modelo es estructural a toda la sociedad, supone el primer nivel real de atención, y

---

[11]Rada Schultze, Fernando. *"El paradigma del curso de la vida y el método biográfico en la investigación social sobre envejecimiento".* Revista de investigación interdisciplinaria en métodos experimentales. Año 5, Vol. 1, 2016. Pp. 81-107

[12]Reyes Gómez, Laureano. *Envejecer en Chiapas. Etnogerontología zoque*. Chiapas: Instituto de Estudios Indígenas, Universidad Autónoma de Chiapas.2002.

[13]La diferenciación conceptual entre los términos mencionados se vincula a una distinción categórica entre dos nociones del inglés: la primera, *disease*, se usa para designar la enfermedad en términos biológicos de desorden a nivel fisiopatológico y la segunda, *illness*, asignando en el sentido de dolencia o malestar que remite al punto de vista del sujeto de atención [Kleinman, Arthur; Eisenberg, Leon y Good, Byron. Culture, Illness, and Care. Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. Annals of Internal Medicine, 1978. VOL. 88 Nº 2].

[14]A propósito de ello, el autor propone la existencia de cinco modelos de atención de la salud, -entre los que destacamos el de autoatención y el médico hegemónico, por ser los que más se vinculan a nuestra presentación. [Menéndez, Eduardo. *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México. Ciesas, colección Cuadernos de la Casa Chata, Nº 86.]

su estructuralidad se basa no solo en funciones curativas, sino sobre todo socioeconómicas" (1984: 8). Así, siguiendo a Arganis (2005)[15] dentro de este modelo se incluyen los hábitos y conductas cotidianos que orientan el cuidado y mantenimiento de la salud, los cuales son llevados a cabo por las mismas personas o por personas inmediatas sin la necesidad de intervención de un curador.

c) Itinerarios terapéuticos y redes de apoyo

A partir de las consideraciones previas, las trayectorias singulares mencionadas se vinculan a la noción de 'itinerario terapéutico', que alude a que los recorridos de los sujetos de atención no son lineales ni unívocos, sino que describen derroteros muchas veces zigzagueantes. Dichos derroteros articulan distintas formas de atención que configuran un repertorio variado de respuestas a problemáticas de salud conjugando aportes de diferentes tipos (religiosos, del saber popular y de la denominada medicina occidental, entre otros). Así, los itinerarios terapéuticos deben entenderse, además, como una secuencia de decisiones y negociaciones llevadas a cabo por varias personas y/o grupos que incorporan diversas interpretaciones sobre las dolencias y las terapias apropiadas (Alves, 1993)[16]. En este sentido, los contextos socioculturales en que la atención de la salud ocurre deben abordarse poniendo especial atención en la identificación de los actores y grupos sociales que participan, y las relaciones que se establecen entre ellos (Pasarín, 2011[17]). Consecuentemente, las redes de contención y apoyo pueden jugar un rol fundamental en el desarrollo de dichos itinerarios, permitiendo generar vínculos de sostén y ayuda para sobreponerse a las dolencias personales. De este modo, seguimos a Good (1977)[18], a la hora de entender que los sujetos de atención remiten a múltiples opciones interpretativas en camino de generar respuestas e interpretar sus padecimientos. Estas conceptualizaciones dan cuenta de una base para reconocer el carácter además de biológico, social e histórico de la enfermedad.

d) La intra e interdisciplinariedad en los abordajes del estudio de la salud en la vejez.

Por otra parte, en este trabajo intentamos conjugar aportes de la Antropología Biológica y la Etnografía, asumiendo el desafío que implica pensar y discutir a partir de diferentes campos subdiplinares un objeto en común. Este enfoque intradisciplinar busca sumar a los abordajes

---

[15] Arganis, Elia. La autoatención en un grupo de ancianos con diabetes residentes en Itzapalapa DF. Cuicuilco, 2005. Vol 12. Nº33. Pp. 11-25

[16] Alves, Paulo C. *A experiência da enfermidade: considerações teóricas*. Cad. Saude Publica 1993, Río de Janeiro Vol. 9 Nº3. Pp. 263-271.

[17] Pasarín, Lorena. "*Itinerarios terapéuticos y redes sociales: actores y elementos que direccionan los procesos de Salud/ Enfermedad/ Atención"*. Los aportes del Análisis de Redes Sociales a la Psicología. 2011. Mendoza. Editorial de la Universidad del Aconcagua.

[18] Good, Byron. "*The heart of what's the matter. The semantic of illness in Iran*". Culture, Medicine and Psychiatry. Vol I

interdisciplinares que integran aspectos biológicos, psicológicos y sociales del envejecimiento de las personas (Lalive d'Epinay et al. 2011).

En primera instancia, a partir de lo antedicho, se plantea un contrapunto con las miradas clásicas de antropobiólogos y gerontólogos que suelen referirse al envejecimiento como un proceso de deterioro progresivo intrínseco y universal conducente a la muerte (Strehler, 1982[19]) y en tal sentido, se encuentra generalmente asociado a connotaciones negativas como la discapacidad y la enfermedad (Phillips et al., 2010[20]). Sin embargo, esta supuesta inevitabilidad no explica, por ejemplo, la considerable variabilidad cultural encontrada en la salud de las Personas Mayores y que merece ser abordada en un enfoque de mayor complejidad (Levy, 2009[21]).

Es por esto que entendemos que algunas condiciones relacionadas al curso de vida pueden influir en el desarrollo de ciertas dolencias de las Personas Mayores, pero que de ninguna manera el término vejez o envejecimiento puede equipararse al de deterioro y enfermedad. Los ya mencionados enfoques suelen pensar el desarrollo de enfermedades y problemas asociados a la salud en la vejez basándose en la noción de "factores de riesgo[22]". Sin embargo, dicha noción presenta algunas limitaciones, ya que implica que las personas se exponen a cierta combinación de factores que actúan independientemente para causar enfermedad, y que diversos cambios en sus conductas podrían disminuir el riesgo a la misma (Álvarez Castaño, 2009[23]). De este modo, en sintonía con el Paradigma del Curso de la Vida, entendemos que a pesar de que los sucesos transitados sean idénticos, cada una de las biografías será única.

Por otra parte, ciertos abordajes vinculados a la subdisciplina biológica incorporan la noción de "fragilidad", un concepto que ha cobrado creciente relevancia científica y clínica en las últimas dos décadas pero que presenta múltiples definiciones. Algunos autores sostienen que da una base para alejarse de las perspectivas apoyadas en órganos y enfermedades e intenta acercarse a un enfoque basado en la salud integral, por lo que no debe entenderse como sinónimo de enfermedad, comorbilidad

---

[19]Strehler, Bernard. *Time, cells and aging.* Academic Press, New York, 1982.

[20]Phillips, Judith; Ajrouch Kristine y Hillcoat-Nallétamby Shara. "*Key concepts in social gerontology*." Sage, 2010.

[21]Levy, Becca. "*Stereotype embodiment: A psychosocial approach to aging".* Current directions in psychological science, Vol. 18 Nº6, 2009. Pp. 332-336

[22]Un factor de riesgo es considerado "cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión" (Organización Mundial de la Salud (OMS). Definición de factores de riesgo. 2019. Disponible en: https://www.who.int/topics/risk_factors/es/)

[23]Álvarez Castaño, Luz (2009) "*Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo"*. Revista Gerencia, Política y Salud, Bogotá. Vol. 8. Nº 17, 2009. Pp. 69-79

ni discapacidad. En este sentido, Gobbens et al. (2010)[24] define la fragilidad como un estado dinámico y multidimensional que afecta a un individuo que experimenta pérdidas en uno o más dominios del funcionamiento humano (físico, psicológico, social) que aumenta el riesgo de resultados adversos. No obstante, si bien desde dicha perspectiva la intención es la de prevenir menoscabos en los adultos mayores, el término de "ancianos frágiles" debe ser discutido. Richardson et al.[25] (2011), alertan sobre el hecho de que los investigadores biomédicos pueden desconocer las posibles consecuencias negativas no deseadas de su uso, reflejando valores no necesariamente compartidos por las Personas Mayores pertenecientes a las diversas sociedades y culturas donde se ha aplicado. Las investigaciones, además, han mostrado que las personas de edad avanzada pueden internalizan los estereotipos de envejecimiento, pudiendo tener estos consecuencias importantes a corto y largo plazo (Levy, 2003[26]).

5) Resultados

A los fines de organizar esta exposición, los resultados han sido ordenados en apartados que permitan visualizar puntos de encuentro entre los relatos analizados. De este modo, en primer lugar nos referiremos a ciertas enfermedades y/o dolencias que aparecen con recurrencia en la mayoría de las entrevistas de las Mujeres de El Retiro. Luego, presentaremos algunas características comunes a las trayectorias terapéuticas estudiadas, teniendo en cuenta que en ellas convergen diferentes saberes -aprendidos a través de la experiencia- que se emplean a la hora de resolver situaciones y tomar decisiones en función de las necesidades de atender dichas dolencias en el presente.

a) Percepciones de las Mujeres Mayores en torno a sus dolencias

Los relatos recabados confluyen en algunas enfermedades y dolencias que son mencionadas de modo recurrente. En primer lugar se evidencian problemas de movilidad –en general, vinculados a enfermedades óseas- que dificultan y limitan las salidas y el traslado de las Mujeres Mayores. Por otra parte, el sobrepeso y la obesidad también suelen aparecer como problemáticas vinculadas a la reducción de movilidad. Sobre estas últimas, que desde la perspectiva biomédica resultan de desórdenes nutricionales, asumimos una posible relación con ciertos hábitos alimentarios que aparecen en las entrevistas, como el consumo de carbohidratos y grasas -con frecuencia y en grandes proporciones- desde la niñez. En adición, otra enfermedad recurrente entre nuestras interlocutoras es la

[24]Gobbens, Robert; Luijkx, Katrien; Wijnen-Sponselee, María T., y Schols, Joss "*Toward a conceptual definition of frail community dwelling older people.*" Nursing Outlook. Vol.58, Nº2, 2010, Pp. 76-86.
[25]Richardson Sandra; Karunananthan Sathy y Bergman Howard "*I may be frail but I ain't no failure*". Can Geriatric Journal, Vol. 14 Nº1, 2011. Pp. 24-28.
[26]Levy, Becca "*Mind matters: cognitive and physical effects of aging self-stereotypes*". The Journal of gerontology. Vol. 58, N°42. 2003. Pp. 203–211

diabetes.

En correlación con ello, el siguiente fragmento de entrevista puede usarse de manera representativa, ya que muestra cómo una de estas mujeres interpreta sus dolencias y percibe su propio cuerpo en función de las anteriores: *"El otro día fui a hacerme el pie, que tengo pie de Charcot, (...), por la diabetes, está todo torcido... bueno, fui al médico,(...) y me tuve que agachar a sacarme las medias, y era tanto lo que me molesta el vientre, la panza, que no me puedo ni poner las medias... me sentí mal yo, viste, como mujer, como persona, como que no es más lo estético, lo... poco funcional que vi mi cuerpo, entonces dije: "No, me voy hacer la bariátrica." (L., 2018).* Aquí se visualizan tanto sus dificultades para realizar actividades diarias como sus interpretaciones sobre la poca funcionalidad que le adscribe a su cuerpo. Sin embargo, el *miedo* que le provoca operarse se vuelve un eje central al resto del relato, debido a los cambios que puede generar dicha operación en su propia percepción corporal: *tengo mucho miedo porque yo vi cambios en gente que eran gordas como yo y se volvieron flacas (...) ¡¿Y te imaginas yo, así?! (...) Nunca me vi... eso es lo que le tengo miedo" (L., 2018)*

Así, podemos dar cuenta de una tensión permanente entre la percepción que tiene de su propio cuerpo y la intervención quirúrgica que le posibilitaría modificarla. Esto se evidencia en la siguiente conversación, donde a través de su la experiencia personal, la misma interlocutora (L) intenta dar sentido a las causas que derivaron en la hospitalización de la nieta de una de sus compañeras -también diabética-. Dicha búsqueda de sentido gira en torno a cierto cansancio respecto a la necesidad de cuidarse: *R:-[Mi nieta] Tuvo un bajón por muchas cosas (...) decidió no medirse más [la glucemia] (...) L:- Se pudrió, se pudrió, R..., yo creo que fue una explosión (...) Yo tengo diabetes y me tiene podrida, a veces dejo de cuidarme" (Diálogo entre R. y L., 2018).*

En otro orden de cosas, no podemos dejar de reconocer *la pérdida de memoria*[27] como una problemática a la que aluden las mujeres de El Retiro. Una de las interpretaciones provistas por ellas mismas se relaciona a que la vivencia de eventos críticos y dolorosos (entre ellos la muerte de familiares, incluyendo niños/as, jóvenes y esposos) podría ser una de las causas de dicha pérdida.

b) Itinerarios terapéuticos de las Mujeres Mayores de El Retiro

Los modos en que nuestras interlocutoras otorgan respuestas y sentidos a sus problemas de salud se vinculan a sus trayectorias terapéuticas. En este caso, las distintas prácticas y estrategias desarrolladas para atender sus dolencias evidencian una superposición entre diferentes modos donde preponderan la atención en el servicio médico de salud y la autoatención. En este apartado, mostraremos dicho

[27] En este caso, la cursiva remite a las propias palabras de las entrevistadas.

interjuego, resaltando las barreras que se evidencian en la atención médica estatal y poniendo énfasis en la importancia que cobran las redes de apoyo en el otorgamiento de sentido a sus dolencias y prácticas.

Para comenzar, nos referiremos a la ausencia del Estado en problemáticas concernientes a la salud de las Personas Mayores de El Retiro. En esta línea, si bien existe un CAPS en el barrio, este no cuenta con los recursos suficientes para atender a esta población específica, ya que ni siquiera contaba con un médico clínico al momento en que relevamos nuestros datos. Por otra parte, las entrevistas a las trabajadoras de dicho sector revelan que no existen programas destinados particularmente a este grupo etario. En contrapartida, nuestras interlocutoras no lo reconocen como un lugar al que acudir con regularidad. De esta manera, la mayoría de ellas se atiende en diversos Centros de Salud alejados geográficamente (en un mínimo de 7 km) de sus viviendas, lo cual también se vincula a que las obras sociales les asignan médicos de cabecera en zonas alejadas a El Retiro. Todo esto se relaciona con que la mayor oferta de posibilidades de atención médica -tanto pública como privada- se encuentra en el centro de la ciudad, convirtiéndose en un factor tanto estructural como sociocultural que condiciona la atención de la salud de las personas que habitan en zonas periféricas. Por eso, las mujeres del barrio se deben trasladar hasta allí por sus propios medios. En esta línea, la utilización de remises y transporte público son opciones posibles, pero implican un gasto de dinero que la mayoría no puede asumir. Una tercera opción es que algún miembro de sus familias las acerque a sus destinos con sus automóviles particulares.

A su vez, la cobertura de salud es fundamental en el acceso a servicios médicos y por los altos costos que tienen los tratamientos que llevan a cabo. Empero, las entrevistas muestran que la cobertura brindada por las obras sociales-en caso de disponer de ellas-, suele ser deficiente:

"T: Ahora vine tarde porque estoy tratando de conseguir insulina y no conseguí así que bueno (...) veremos que hago después, Dios dirá. Es muy cara para comprarla

E: y… ¿cómo haces el trámite? ¿Por PAMI?

T: no IOMA (...) lo que pasa que yo, en el [Hospital] *Italiano estoy empadronada voy y le digo mi número de documento y salta automáticamente todo (...) bueno cuando me internaron de urgencia, va a internarme mi hija y le dicen que tengo de baja el carnet y entonces* [Ll-su hija] *le dijo '¿Cómo puedo hacer? La tengo (...) en la guardia para internar'. Y se firmó un documento. 'Bueno, es de $10.500', 'bueno, te lo firmo', dijo. (...) y al otro día fue a hacer todo al IPS, todo y me dieron el alta… Fui a llevar la renovación a IOMA y me dice que no tengo el alta. (...) Y tuve que ir a IOMA central, me dijeron que no estaba pasado online, que sé yo, el alta. Yo estaba de baja.* [Ll] *tuvo que hacer todo. 'Autorízame por favor hoy la insulina, es lo único que te pido'.*

'Arregla con la farmacia', me dijo… '¡pero no te estoy diciendo que no es culpa de farmacia que es de acá, [es] *culpa de IOMA! ¿Qué quiere que haga?'(…) Bueno… y todavía no tengo el alta hecha formal. Así que cuando me den el online…*

E: ¿Pero podés estar sin eso?

T: y… hoy me di 34 unidades, lo único que tenía

E: en la salita ¿no te la pueden conseguir?

T: (…) Ahora hablé a un centro que yo me atendía antes y me dijeron que vaya a buscar, ahora en un rato va a ir mi yerno a buscarlo, porque tampoco tenía, te soy honesta, plata para el remis, son 250 pesos ida y vuelta, no tenía, y yo recién cobró el viernes…bueno son gajes del oficio chicas" (Dialogo entre T. y E., 2017)

Por sus características, este caso puede tomarse como representativo de los caminos que recorren nuestras interlocutoras a la hora de atender una enfermedad –en este caso la diabetes-, cuando los recursos para el tratamiento no son de fácil acceso (aunque debieran serlo). Aquí se evidencian trabas burocráticas impuestas por obra social que originan una concatenación de obstáculos: los problemas con el estado afiliatorio de nuestra interlocutora generan dificultades al momento de internarse de urgencia y posteriormente, a la hora de conseguir insulina para su tratamiento. En este sentido, los "tiempos" de las obras sociales no son los mismos que los de los usuarios, que requieren la utilización de los medicamentos con inmediatez. Esto genera que la propia usuaria deba movilizar diversos recursos entre las posibilidades de las que dispone, que implican desde inyectarse la cantidad de insulina que le queda hasta buscar opciones en centros de salud donde ya no se atiende. A su vez, en este relato se visualiza lo oneroso que es para estas mujeres movilizarse en remis, lo que lleva a que algún familiar la ayude en su tarea de encontrar la medicación. Asimismo, este caso demuestra que las redes sociales de las personas de edad avanzada emergen como una alternativa ante la ausencia y/o deficiencia estatal y de las prestaciones de las obras sociales (Findling et al. 2018). En concordancia con ello, las familias de nuestras interlocutoras se constituyen como el primer grupo con el cual pueden contar para obtener recursos y ayuda a la hora de franquear las trabas (de diversas naturalezas) que se van imponiendo en su camino, dando cuenta de lazos de solidaridad intergeneracional entre miembros de una misma familia.

Otro ejemplo pertinente se expresa en el excesivo tiempo de demora impuesto por una obra social para darle un bastón a una de nuestras entrevistadas. Esto implicó que debiera desarrollar diferentes habilidades para lograr movilizarse, valiéndose de diversos elementos de apoyo e incluso de sus

familiares y compañeras que han funcionado como “sostén” en los que apoyarse para caminar tanto literal como metafóricamente.

Por otra parte, a través de las conversaciones con las mujeres de El Retiro se puede registrar una gran diversidad de acciones que ellas mismas llevan a cabo para atender sus padecimientos. De esta manera, por ejemplo, la mayoría de las mujeres diabéticas no consumen azúcares agregados o cuida e higieniza sus pies en virtud de las recomendaciones que han recibido tanto de sus médicos como de sus pares.

A su vez, una última característica común a todas las entrevistas es que en algunos casos las mujeres postergan su atención médica no sólo por dificultades de acceso, sino por su propia decisión. Con ello, entendemos que no elegir ninguna estrategia para atenderse y/o curarse implica también un modo de autoatención. Dichas decisiones pueden vincularse a que en reiteradas oportunidades nuestras interlocutoras proponen que la salud de otras personas debe atenderse en primer lugar. Esto se observa en el siguiente extracto: *“En el cuidado físico de mi mamá, puse yo el físico. Y cuando mi mamá murió, eh, tuve un shock emotivo y se me declaró la diabetes, (...) y ahí empezó todo mi andar con la diabetes.” (L, 2018)*. Situaciones como esta pueden relacionarse a los roles de cuidadoras que han tomado para con sus padres, madres e hijos/as en el pasado y que mantienen en el presente para con sus nietos y nietas. Esto también se vincula a la pérdida de familiares de menor edad (es decir hijos/as y nietos/as), y que, como se visualiza en el fragmento que se sitúa a continuación, hacen que no se prioricen a sí mismas y “aguanten” en algún sentido sus tristezas: “*Estaba todo lleno de cables mi hijo... lloraba para adentro, ¿viste? [Refiriéndose a sí misma] y salía afuera... y lloraba...” (T, 2017)*.

A raíz de lo anterior se comprende que los lazos construidos entre las integrantes del “Grupo de la Tercera Edad”, han permitido que nuestras interlocutoras se apoyen entre sí frente a estos eventos críticos atravesados a lo largo de su vida. En este sentido, reconocemos que sus fuertes vínculos de amistad, parentesco y pseudo-parentesco se configuran como “redes de apoyo” -en conjunto con otras relaciones familiares- que se han ido construyendo a lo largo de una vida transitada conjuntamente. Como corolario comprendemos que estos lazos de apoyo tienen una gran incidencia en la calidad de vida de estas Mujeres Mayores, sobre todo en lo que se refiere a su bienestar psicosocial ya que las hace sentirse parte de un conjunto mayor con el que pueden contar. Además la pertenencia a un grupo las “protege” de situaciones de soledad y angustia y les permite actuar de manera activa en las diferentes situaciones en las que se encuentran en la cotidianidad.

6) Reflexiones finales

Las consideraciones expuestas han intentado contribuir al desarrollo de una perspectiva que explore y torne visibles la singularidad de los recursos socioculturales de los conjuntos de Personas Mayores en el marco de contextos sociohistóricamente situados.

En este caso, hemos intentado mostrar a las Mujeres Mayores de El Retiro como sujetos con capacidad de agencia, es decir con capaces de actuar y tomar decisiones en función del abanico de oportunidades y limitaciones posibles en función del marco en que se desarrollan. De este modo, el abordaje de sus narrativas y biografías nos ha llevado a entender que cada una de sus experiencias, decisiones y prácticas aprendidas a partir de situaciones pasadas forman parte del bagaje de conocimientos y posibilidades en las que enmarcan sus desempeños cotidianos, entre los cuales se encuentran las estrategias desenvueltas para atender su salud.

Por otra parte, hemos registrado ciertas enfermedades que aparecen con recurrencia en sus narraciones, que si bien suelen tener mayor incidencia en las personas de edad avanzada no implican que podamos equiparar las nociones de vejez y de enfermedad. A su vez, es importante aclarar que cada una de estas mujeres interpreta y percibe estas dolencias en función de cierto entramado simbólico, que se vincula nuevamente, a su posición y participación activa en un marco situado de referencia. En esta línea encontramos un contrapunto con aquellas perspectivas que vinculan linealmente a la vejez con el aumento de la dependencia de terceros, ya que preferimos enfatizar en los lazos de solidaridad intra e intergeneracional que se desarrollan entre mujeres y familias que han transitado una vida en conjunto. Estos lazos se configuran como redes de apoyo que juegan un rol fundamental en la interpretación y conocimientos del mundo en que nuestras interlocutoras se desarrollan.

En el mismo sentido, el abordaje intradisciplinar ha intentado cuestionar el concepto de fragilidad, ya que presenta una limitación por partir de supuestos homólogos al concepto de riesgo: lógica multicausal, focalización en los procesos individuales en contraposición a los procesos colectivos intra e intergeneracionales, abstracción de las desigualdades y condicionantes relativos a las formas en que las sociedades organizan sus sistemas de salud. Los rasgos enunciados anulan el carácter sociocultural e histórico que expresa la naturaleza colectiva del fenómeno del envejecimiento. Sin desestimar los efectos que los procesos de envejecimiento tienen a nivel individual, la aproximación que proponemos pretende poner el acento en la necesidad de introducir una ruptura con respecto a los conceptos antes enunciados.