

LA ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR DESDE UN ENFOQUE PSICOSOCIAL: APROXIMACIONES AL PROGRAMA DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR DEL MUNICIPIO DE SUCRE DURANTE LA GESTIÓN 2019

CARE OF OLDER ADULTS FROM A PSYCHOSOCIAL APPROACH: APPROACHES TO OLDER ADULTS CARE PROGRAM IN THE MUNICIPALITY OF SUCRE IN 2019

Autora: Virginia del Rosario Cuadros Rivera
Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca
cuadrosriveravirginia@gmail.com
cuadros.virginia@usfx.bo

Enviado 01 de febrero 2022, aceptado 20 de marzo 2022

Resumen

El envejecimiento y la vejez, además de afectar el estado de la salud biológica, genera repercusiones a nivel psicosocial.

Durante las últimas décadas en Bolivia, se ha incrementado la población adulta mayor que representaba el 9,5% en 2020 y que el 2030 se espera un alcance del 11,5% de la población. Estas cifras nos conducen a repensar más allá del modelo de salud centrado en la biomedicina dirigida a tratar la declinación fisiológica a partir de la intervención sanitaria predominantemente asistencial. El objetivo del presente estudio es reflexionar sobre la necesidad de asumir un paradigma psicosocial que facilite la atención integral y permita mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

La metodología partió del análisis teórico conceptual de la salud colectiva y el envejecimiento activo que permiten abordar los factores psicosociales del adulto mayor durante las experiencias en los servicios de atención primaria de la salud, a cuyo efecto se aplicó un

análisis del discurso en sus dimensiones textual, simbólica y conductual, a partir de grupos focales; acompañado del análisis descriptivo de encuestas a una muestra de 178 participantes del programa del adulto mayor del municipio de Sucre.

Los resultados muestran que, la atención primaria está prioritariamente dirigida a las condiciones médicas, donde el dolor es el principal tema de preocupación del equipo de salud. Los adultos mayores perciben que son atendidos con premura y baja preocupación por la desatención a los aspectos psicosociales.

Se evidencia la necesidad de un cambio en las políticas de salud a fin de conseguir servicios asistenciales adecuados a la edad, que promuevan prestaciones desde un enfoque integral, preventivo y multidisciplinario, para resolver necesidades sociales, psicológicas y biomédicas de los adultos mayores.

Palabras Clave

Adulto Mayor. Salud Colectiva. Envejecimiento activo. Enfoque psicosocial.

Abstract

We start from the approach and analysis of aging and agedness which, in addition to affecting the biological health state, involves repercussions at the psychosocial level.

During the last decades in Bolivia, older adult's population has increased, representing 9.5% in 2020; and by 2030 it is expected to reach 11.5% of the population. These figures lead us to rethink beyond the health model centered on biomedicine, which it's currently targeted to treat physiological decline starting from a predominantly healthcare intervention.

The main goal is to think over on the need of assuming a psychosocial paradigm that facilitates comprehensive care and improves the quality of life of older adults.

The methodology includes the theoretical study of collective health and active aging. This allows to analyze the psychosocial factors of older adults during experiences in primary health care services applying a speech analysis in its textual, symbolic and behavioral dimensions through focus groups. Also the analysis of surveys from a 178 participants sample from Sucre municipality's program for the older adults.

The results show that primary care is mainly targeted to medical conditions, where pain is the health team's main concern. Older adults consider that they are checked with haste and low concern for the inattention to psychosocial aspects.

The need for a change in health policies is evident in terms of achieving care services appropriate to age, which promote benefits from a comprehensive, preventive and multidisciplinary approach with the purpose of solving social, psychological and biomedical needs of older adults.

Keywords

Older Adults. Collective Health. Active aging. Psychosocial approach.

Introducción

Las mejores condiciones de vida de la población y la mayor disponibilidad de servicios de salud, han conducido a una transición demográfica acelerada en el mundo, caracterizada por la reducción de las tasas de fecundidad y de mortalidad, modificando la estructura por edades de la población, dando como resultado una tendencia marcada del envejecimiento de la que Bolivia no ha quedado exenta. Es así que, la población adulta mayor, que comprende a las personas con una edad de 60 años o más, va incrementándose de manera significativa en los últimos años.

El modelo de atención en salud en Bolivia es prevalentemente médico, dado que aborda el proceso salud-enfermedad desde una perspectiva biológica y una visión individual fuertemente arraigada en la organización de los servicios y en el quehacer en salud, cuyo principal objetivo es mejorar los indicadores a través de la atención de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) prevalentes en este grupo poblacional, además de responder al modelo "salubrista". Al respecto Liborio, (1) afirma que, las acciones encomendadas al Estado para cuidar la salud de la población, actúan sobre su riesgo de enfermar y observan

su salud a través de los cristales de la norma estatal.

A pesar de los esfuerzos del Estado boliviano, por modificar el modelo del sistema de salud para mejorar los indicadores a través de la Ley de prestaciones de servicios de salud integral del Estado Plurinacional de Bolivia (Ley No 475) (2), para entender la complejidad del fenómeno del envejecimiento y superar la visión reduccionista de asociar la vejez a enfermedades y dependencia y mejorar la atención de la salud, la realidad es que sigue prevaleciendo el modelo biomédico.

Al respecto, Estés y Binney (3), citado por Wortman (4) afirman que, el modelo biomédico en el envejecimiento, constituye un paradigma que se basa en la patología orgánica individual, en la etiología fisiológica y en las intervenciones biomédicas. Wortman (4), observa, una menor tolerancia de la población para soportar el sufrimiento, por lo que ejerce presión sobre el médico que resuelve los problemas sólo con medicamentos. Una perspectiva integral desde la salud colectiva resulta interesante ya que el paradigma sostiene que, si bien, el médico utiliza su acervo técnico-científico para el tratamiento de las patologías, también requiere de competencias en las disciplinas sociales y conductuales. Siguiendo este enfoque basado en un pensamiento multidisciplinario que considera las distintas etapas por las que atraviesa el individuo hasta llegar a la adultez mayor, incluye necesidades de orden social, psicológico, cultural y de identidad, trascendiendo a una visión biologista. (5)

Por otra parte, el Modelo SAFCI (5), en respuesta a la Ley N.º 475 (2), se basa en los principios de integración, inclusión, interculturalidad y participación, sin embargo, las implementaciones de los programas de los

AM continúan centrados en el asistencialismo clínico, rehabilitatorio, individual y unidisciplinario, muestra de ello es el equipo de salud conformado sólo por el médico y la enfermera.

Confirmando lo indicado, la Unidad de atención al Adulto Mayor (AM) dependiente del Servicio Departamental de Salud (Chuquisaca, Bolivia), utiliza un instrumento para la “Evaluación y clasificación del estado de salud del AM”, cuyo principal indicador está dirigido a la evaluación de la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), mismo que cuenta también, con indicadores para la valoración del maltrato, abandono, discriminación, depresión y demencia, sin embargo, no existe un equipo profesional que responda a la evaluación de esos indicadores.

Como se puede ver, el modelo de atención en salud en el nivel primario en Bolivia, se centra en la actuación del médico y la enfermera, equipo de salud unidisciplinario que dirige su atención a las enfermedades orgánicas prevalentes.

Al respecto, Terenzi et al, critican la atención en salud centrada en el médico al afirmar “... el abordaje de la salud – mejor dicho, de la enfermedad – en el que sujeto detrás de aquel cuerpo con sus saberes, deseos y experiencias, participa poco de la elaboración de su plan terapéutico, o mejor dicho de su prescripción ...”. (6 p.116)

Por su parte, en consonancia a lo indicado Casas et al sostienen que, “...la práctica médica ha quedado a merced de una realidad en papel interpretada por el indicador mercantil-institucional, donde el paciente se convierte en un número y la toma de decisiones operativas

para mejorar la atención, tiene una mirada centrada en los indicadores...” (7 párr. 4)

La práctica clínica en nuestro país ha sido influenciada en su organización por la toma de decisiones en la que se prioriza la eficiencia sobre la eficacia, lo que implica, mejorar los indicadores de salud, sobre la calidad. Por la complejidad que encierra la atención del AM, ésta debe ser comprendida fuera de los referentes circunscritos a las ciencias biomédicas que comprende sólo situaciones propias de la salud-enfermedad orgánica.

A lo indicado, Huenchuan (8 p.20) en el informe “Derechos humanos, políticas públicas y envejecimiento” presentado por el CELADE y la CEPAL manifiesta que, en temas relacionados al envejecimiento, América Latina continúa siendo la región más desigual del mundo, donde las repercusiones son mayores debido a que tiene el agravante que se da en un ambiente de pobreza. Si analizamos desde una óptica de derechos, se evidencia que, si bien hay bastante normativa que apoya a los AM, hay también una marcada disparidad entre lo que prevé la ley y lo que en la práctica se hace.

Siguiendo la misma línea, los organismos internacionales responsables de la salud como la OPS emiten informes anuales que centran su mirada en la atención física de la salud del AM, muestra de ello, son los datos estadísticos de las ECNT que aquejan al AM, y que concluyen con la necesidad de destinar recursos para enfrentarlas. (9)

Por su parte, los informes provenientes de la Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas en Bolivia (UDAPE, 10) afirman que los AM registran problemas de salud en más del 62% de los casos, siendo las enfermedades crónicas no transmisibles las de mayor prevalencia.

Estas afirmaciones muestran que, organizaciones internacionales responsables de la salud en la región, centran su atención en estadísticas de enfermedades orgánicas y no así en las determinantes de la salud integral, que podrían tratarse de las variables psicosociales.

Al respecto, autores como Reinoso et al (11), afirman que, los países en vías de desarrollo experimentarían cada vez más seriamente las implicaciones del envejecimiento poblacional y, por tanto, exigencias de cambio en el perfil de sus políticas sociales y de nuevas estrategias dirigidas a la implementación de servicios, programas y proyectos que propicien una atención integral. Por su parte, Silva (12) citado por Reinoso, et al, (11) afirma que, “El Estado debe garantizar los derechos ciudadanos otorgados constitucionalmente, exigiendo otros tipos de intervención además de la caridad y la represión. Se trata de mantener un nivel mínimo de vida para todos los ciudadanos, como cuestión de derecho social, a través de un conjunto de servicios provisto por el Estado.” (p.33).

En la misma línea y en un esfuerzo por mejorar la atención de los AM, en Bolivia, se promulga la Ley N° 369: De las personas adultas mayores que en su Art. 5 b), (13) se refiere al derecho a un desarrollo integral de la persona; no obstante, lo que se evidencia en la práctica es una atención de la salud reducida al componente biofísico.

A lo indicado, Valenzuela (14) afirma que, el progresivo incremento de la población adulta mayor preocupa a los gobiernos, que se plasma en una implementación de políticas públicas como es el caso de Bolivia, aunque asimismo el autor refiere, la urgente necesidad de que las políticas, incorporen tanto en su diseño como en su implementación, la dimensión intangible de las políticas sociales,

denominadas psicosociales, destacando de esta manera, el significativo aporte en favor de la construcción de políticas públicas integrales.

La necesidad de un cambio de paradigma que, incorporen tanto en su diseño como en su implementación la dimensión intangible de las políticas psicosociales, destacando el significativo aporte en favor de la construcción de políticas públicas integrales ha sido un tema de gran interés, es así que un estudio realizado con la finalidad de identificar y analizar las redes de apoyo social con que cuentan los AM (15), muestra que, el mayor apoyo proviene de la red informal, donde la familia constituye el principal factor para el logro de la satisfacción y el bienestar; mientras que el apoyo brindado por las redes formales representadas por el Estado y las organizaciones es mínimo.

Las personas que quieren llegar a la edad de jubilarse y quieren envejecer con éxito, es un fenómeno nuevo con relación a las generaciones anteriores que consideraban que la vejez es una etapa caracterizada por distintos tipos de pérdidas afirma Blanco (16 p1) que enfatiza la necesidad de brindar los elementos necesarios para que los AM puedan desenvolverse con autonomía, desmitificando la creencia de que son personas dependientes.

Por su parte, Silva (12) sostiene que, el AM tiene un buen nivel de bienestar, cuando es capaz de enfrentar los cambios que ocurren en su organismo y en su entorno social, y que el modelo psicosocial se articula a través de un proceso individualizado que combina el entrenamiento y el desarrollo de las habilidades y competencias de cada persona y sus actuaciones sobre el ambiente.

Siguiendo la misma línea Terenzi et al (6) sostienen que, ante los cambios en la salud, el cese de la actividad productiva, cambios

en la estructura y dinámicas familiares y, la escasa participación en actividades sociales entre otros, el enfoque psicosocial provee a los AM de una instancia de construcción de roles socialmente valorados, de logro de sentido a los cambios que experimentan, de cobertura de las necesidades de inclusión, permitiendo una mejor comunicación, contacto y afecto con su entorno.

Un estudio exploratorio dirigido a identificar los factores psicosociales y su influencia en esta etapa de la vida muestran la pérdida del rol social del AM, por lo que, enfatiza sobre la necesidad de brindar una atención integral que incluyan el componente psicosocial como parte del protocolo de atención, en el entendido que, a partir de este enfoque se podrá afrontar el envejecimiento con mayores recursos de adaptación ante los menoscabos que los afectan. (17).

Silva (12) en un estudio de análisis y reflexividad ante la posibilidad de asumir un nuevo paradigma como parte de programas y políticas de la tercera edad, afirma que el Modelo Psicosocial resulta ser una buena opción para participar positivamente en el proceso de envejecimiento satisfactorio debido a sus importantes acciones en la mejora de la autonomía, el funcionamiento de la persona en su entorno y el apoyo para su integración y participación social. En relación a lo indicado, Blanco (16) plantea que, el logro de un envejecimiento satisfactorio visto desde una perspectiva psicosocial depende de los recursos personales y sociales de apoyo que tenga la persona, lo que resalta la importancia de la actividad sobre las aptitudes biofísicas.

Siguiendo la línea de los autores, y sobre la base de los aportes de las investigaciones sobre constructos psicosociales en la atención del

AM, comienza a tomar fuerza la posibilidad de asumir un nuevo paradigma que sustente los programas y políticas de la tercera edad, los que correlacionan positivamente el apoyo psicosocial con el afrontamiento proactivo del envejecimiento, y negativamente con la depresión, la mala salud mental, los sentimientos de marginación y exclusión. (6, 12, 16, 17)

A partir de los antecedentes indicados, se analiza el enfoque psicosocial desde el paradigma de la salud colectiva, que aborda la salud-enfermedad desde lo colectivo, con reflexiones sociales y biológicas del proceso, otorgándole un peso importante a la intervención de la sociedad. A decir de Casas et al [...el mejoramiento de las condiciones de salud de la población requiere de algo más que la simple intervención médica, debe involucrar algunos cambios sociales...] (7 p.1)

Las políticas públicas en salud, están siendo cuestionadas por la sociedad, debido a que la respuesta no ha sido la esperada y los objetivos previstos no se han cumplido, siendo los principales problemas la calidad y equidad. La incapacidad de las sociedades para promover y proteger a la población, a decir del autor, constata una “crisis de la salud pública”, que en un momento histórico de globalización económica y cultural como en el que estamos viviendo, evidencia la necesidad de un cambio. (18 p.12-16)

Almeida et al (19), consideran que, la Salud Pública está cuestionada por su incapacidad para promover y proteger la salud en la medida en que requieren las sociedades. Son los grupos vulnerables como el de los AM que la interpelan al no recibir los servicios de salud adecuados, al estar administradas por los recursos y normas del Estado, que es el

que dicta las directrices, a una población con necesidades, anhelos y expectativas, y que hoy gracias a su capacidad de organización y expresión, manifiestan su descontento. Para el caso de Bolivia y los departamentos del país, los AM se han organizado en agrupaciones ciudadanas constituidas por la clase media (con nivel educativo secundario y universitario) denominadas clubes del AM con participación de los municipios y cooperativas, demandando sus derechos como ciudadanos.

El cambio más significativo, está centrado en la Salud Colectiva, una nueva perspectiva que requiere mirar cómo las personas crean y generan su salud en su diario vivir y junto a ello evidencian la necesidad de nuevas instituciones que respondan a sus requerimientos. Al respecto Silva, (12) indica... “como proyectos, luchas, sueños, subjetividades, ingenio, trabajo y arte”.

Entender que una Salud Pública Alternativa debería comprender a la Salud Pública desde la vida misma y no exclusivamente desde el cálculo del riesgo, resulta una posición interesante, pues el riesgo quedaría internalizado en la vida propia de la persona y del grupo y de esta manera la Salud Pública ayudaría a construir tanto una identidad individual como una colectiva.

Luego del estudio de los antecedentes se ha definido para esta investigación, el objetivo de analizar el modelo psicosocial como una vía que facilite la atención integral del AM que permitan estilos de vida activos y exitosos, en el nivel de la atención primaria en salud del Estado boliviano.

El desarrollo del estudio, demanda la conceptualización de las dimensiones: Envejecimiento Activo, Modelo Psicosocial y Salud Colectiva que permiten comprender la importancia de un enfoque psicosocial en la atención del AM.

El envejecimiento activo, término acuñado por la OMS a finales de los años 90, cuyo objetivo es ampliar la visión de lo que hasta entonces se conocía como envejecimiento saludable, se refiere al proceso de aprovechar al máximo las oportunidades para el logro del bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida.

El modelo psicosocial se basa en, intervenciones dirigidas a mejorar la autonomía y el funcionamiento de la persona en su entorno, brindando el apoyo para su integración y participación social para lo que, se requiere de un sistema de servicios comunitarios que promuevan la autonomía, integración e independencia. (12).

La salud colectiva, es el conjunto articulado de prácticas, técnicas, ideológicas políticas y económicas cuyo objetivo es mejorar las condiciones de salud de las colectividades. Breilh (20) citado por Casas et al (7), la define como:

“Un instrumento de la práctica social, conformada por un conjunto de saberes que pone en marcha una sociedad, para conocer su salud y transformarla, por tanto, no se reduce a sus expresiones institucionales, peor aún, a los servicios asistenciales de la administración pública”.

La revisión de antecedentes sobre la atención de la salud del adulto mayor, permiten afirmar que, el envejecimiento es un proceso dinámico, progresivo e irreversible en el que intervienen factores biológicos, psíquicos y sociales interrelacionados, sin embargo, la atención en salud responde a un paradigma centrado en el asistencialismo caracterizado por una atención dirigida esencialmente al componente biológico.

El objetivo de los servicios sanitarios para esta edad, no sólo es prolongar la vida, sino garantizar la calidad de la misma a partir de un enfoque que incluya a los componentes sociales y psicológicos en su atención, posibilitando un entorno familiar y social en que el adulto mayor pueda tener el grado mayor de autonomía.

Por lo indicado, el objetivo del estudio es, reflexionar sobre la necesidad de asumir un enfoque de atención biopsicosocial de la salud, que además del estado de salud biológica, incorpore acciones dirigidas al bienestar emocional (salud mental), la relación familiar y la inclusión social.

Metodología

La línea investigativa corresponde a un estudio cuali-cuantitativo. En las últimas décadas, numerosas investigaciones se basan en un método “mixto” que integra ambos enfoques, argumentando que al probar una teoría a través de dos métodos pueden obtenerse resultados más confiables en el entendido que el empleo de ambos procedimientos podría ayudar a corregir los sesgos propios de cada método.

En tal sentido, el desarrollo de la investigación tuvo un carácter descriptivo y se enmarca en el enfoque fenomenológico-hermenéutico; que busca descubrir los significados de los fenómenos experimentados por los adultos mayores en la atención de su salud a través del análisis de sus descripciones, para que, a partir de lo hermenéutico se otorgue un sentido interpretativo a lo expresado, que favorece a la descripción y la interpretación de los fenómenos desde un análisis crítico- reflexivo, desde tres categorías: lo textual, lo simbólico y lo contextual.

La muestra estuvo conformada por 178 personas, integrantes del “Programa de

aeróbicos del Gobierno Autónomo Municipal de Sucre” distribuidos en grupos conformados por 18 a 20 integrantes prevalentemente mujeres, que gustan de la práctica del ejercicio y cuyo objetivo es la conservación de la buena salud a través de la actividad física, siendo el único requisito para su participación, haber cumplido 60 años de edad.

Se utilizó la técnica de la discusión grupal para generar la dinámica de grupo y facilitar el recojo de datos relacionados a las experiencias en los centros de atención primaria en base a categorías: *atención a su salud mental y la presencia del enfoque psicosocial durante la intervención médica*. Las sesiones fueron grabadas, transcritas y finalmente analizadas a través de la técnica de análisis del discurso en sus dimensiones: textual que es la expresión verbal comunicada por los sujetos, la simbólica correspondiente al nivel de las significaciones de lo expresado, y el conductual es el efecto comportamental ante la situación vivida; metodología propuesta por Delgado, 1999 (21).

El procesamiento de los datos cualitativos corresponde al “modo analítico” propuesto por Demaziere y Dubar y citado por Kornblit (22), que consiste en analizar las construcciones que los sujetos investigados hacen de los temas a través de la identificación de las principales categorías presentes en sus relatos.

Silva, 2004. (12), afirma que el Modelo Psicosocial surge como una alternativa para enfrentar el proceso de envejecimiento, cuyos objetivos principales son: el fomento a la participación e integración social, el fortalecimiento de la responsabilidad intergeneracional en la familia y promover al uso adecuado y creativo del tiempo libre y la recreación. Lo indicado conduce a que, la línea investigativa en su componente cuantitativo,

considere las variables: *satisfacción con su vida, rol de la familia y necesidades de recreación*.

La información fue recogida a través de las encuestas, técnica realizada junto a la técnica de grupos focales. El recojo, almacenamiento, categorización, diseño de tablas y cálculo de parámetros básicos sobre el conjunto de datos, se realizó a través de la estadística descriptiva.

Para el procesamiento de la información, se integraron perspectivas cualitativas y cuantitativas, desde el análisis inductivo-deductivo, el análisis del discurso y el análisis descriptivo de datos; mismos que permitieron la triangulación como estrategia metodológica necesaria para contrastar la información recolectada, discutirla e interpretarla desde las dimensiones de interés del estudio, las cuales se expresan en las conclusiones.

Resultados

Tabla 1. El modelo biomédico preponderante en los servicios de atención primaria de la salud.

Información obtenida por medio de la técnica de grupos focales a los adultos mayores participantes del programa de aeróbicos del Gobierno Autónomo Municipal, y el análisis del discurso en la expresión verbal (textual) la significación de lo expresado (simbólico) y el efecto comportamental (conducta). Sucre; Bolivia, 2019.

Nivel textual	Nivel simbólico	Nivel conductual
<p>¿El médico le interroga sobre su estado anímico, su bienestar y relaciones en su familia?</p> <p>[...no, los médicos, no responden a mis preocupaciones, están apurados, sólo preguntan qué nos duele ...]</p> <p>[...sólo el médico y la enfermera no pueden solucionar mis otras preocupaciones...]</p> <p>[... tengo días de mucha tristeza y de no poder dormir, pero el médico no nos da importancia ...]</p> <p>[...cuando pregunto qué debo hacer y qué tomar para mi insomnio, para mi apatía No responden...]</p> <p>[... nunca me pregunta sobre cómo es mi vida, si vivo solo o con familia ...]</p> <p>[...prefiero quedarme en mi casa ... Vengo al médico inútilmente porque me preguntan qué me duele, y mi preocupación es otra...]</p> <p>[...debería haber geriatras para que me traten de mis dolencias ...]</p> <p>[...Queremos psicólogos y nos digan qué hacer cuando estamos tristes ...en las mañanas nos levantamos preocupados por lo que tendremos que pasar en unos años...]</p> <p>[...atienden médicos...: necesito otros profesionales que me ayuden en mis problemas...]</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Baja autoestima * Tristeza y angustia * Frustración * Desesperación * Depresión * Soledad 	<ul style="list-style-type: none"> * Desahogo y queja con los amigos y familia. * Consultar con su entorno social para recibir consejos de cómo tratar sus estados de insomnio, ansiedad y tristeza. * Incumplimiento del tratamiento farmacológico, porque la respuesta médica no fue satisfactoria. * Buscar a personas de su entorno para saber dónde recurrir.

Elaboración propia

El discurso muestra una insatisfacción generalizada por la atención recibida, misma que es realizada sólo por el médico general, lo que genera sentimientos de preocupación y frustración. La experiencia de los AM, evidencia una vez más, un modelo fuertemente arraigado a la organización de los servicios y al quehacer en la salud eminentemente biofísica. Al respecto, Castro (23) afirma que, pensar que la enfermedad se produce por factores físicos y químicos al margen del componente mental y comportamental, es una postura errónea ya que la enfermedad debe ser vista de una forma global en la que puede estar implicada la parte física, pero también la esfera psicosocial del individuo, es decir, su cultura, religión, hábitos y el ambiente en el que se desenvuelve.

Hoskins, et al (24), afirma que las pruebas de tamizaje para la detección y tratamiento temprano de la enfermedad en un 80 % de los casos se lleva a cabo en los centros de atención primaria de la salud, por lo que se constituyen en la espina dorsal del sistema de atención sanitaria.

El discurso deja asimismo ver la molestia ocasionada por la rapidez de la atención y el desinterés del personal de salud, que no examina situaciones apremiantes para el AM como son los aspectos relacionados a su situación familiar, estados de soledad, de depresión entre otros. En respuesta Hoskins, et al (24) afirman que, los centros de atención primaria de la salud son el frente de la atención de salud y, por tanto, son lugares familiares para los AM y

sus familias, por lo que la atención deferente y preferencial debe ser un aspecto que caracterice a los mismos.

Mientras que las enfermedades gravitan velozmente hacia un predominio de padecimientos crónicos, los sistemas de salud siguen orientados al tratamiento de problemas agudos y episódicos, por lo que los AM manifiestan su inconformidad con el equipo de salud conformado por el médico y la enfermera, haciendo ver, la necesidad de equipos multidisciplinarios conformado por especialistas en geriatría que respondan a sus

requerimientos, mostrando de esta manera, la necesidad de transformar los sistemas de salud hacia una prestación de cuidados integrales centrado en las necesidades del AM.

Tabla 2. Atención de la salud mental en los servicios de atención primaria.

Información obtenida por medio de la técnica de grupos focales a los AM participantes del programa de aeróbicos del Gobierno Autónomo Municipal, y el análisis del discurso en la expresión verbal (textual) la significación de lo expresado (simbólico) y el efecto comportamental (conducta).

Nivel textual	Nivel simbólico	Nivel conductual
<p>¿Está satisfecho con la atención a su salud mental?</p> <p>[...no, el médico solo pregunta qué nos duele...] [... no pregunta de otros problemas que tengo, cómo nos sentimos o de qué nos preocupamos ...]</p> <p>[...tengo dificultades para dormir, no tengo ganas de comer....]</p> <p>[...necesito tomar algo para mi apatía y mi tristeza...]</p> <p>[... he perdido interés en las actividades y ocupaciones que antes disfrutaba ...]</p> <p>[...venimos temprano y hacemos fila y sólo está el médico y la enfermera, no hay un psicólogo que me escuche mis problemas...]</p> <p>[... No me dan medicamentos para mi memoria, tengo olvidos frecuentes...]</p> <p>[...hay días que siento que no sirvo, que no hay ya para qué vivir]</p> <p>[...vivo solo...tengo miedo molestar a mis hijos cuando necesito ayuda ...]</p> <p>[...tengo miedo a enfermarme y no tener quién me cuide.....]</p>	<p>* Preocupación</p> <p>* Incertidumbre</p> <p>* Ansiedad</p> <p>* Tristeza</p> <p>* Impotencia</p> <p>* Apatía</p>	<p>*Preguntar a amigos, vecinos para saber si tienen las mismas preocupaciones.</p> <p>* Preguntar a la familia sobre la posibilidad de una consulta con un psicólogo.</p> <p>* Recurrir a las redes sociales para saber las medidas a tomar.</p> <p>* Consultar con las personas amigas si conocen algún profesional que les ayude.</p>

Elaboración propia

El discurso de los AM deja ver, un marcado descontento respecto a la atención que reciben en los servicios de atención primaria. Una queja

generalizada está referida a la intervención médica centrada en las dolencias.

A través de la dinámica de grupo, los AM reflexionan que, si bien desde el paradigma de la enfermedad lo aquejan dolencias y achaques que deben ser tratados, los sentimientos de ansiedad, apatía, tristeza, entre otros, no son considerados en la consulta médica. Los profesionales que trabajan en la atención primaria de la salud no enfocan la integralidad en la atención, siendo la salud mental, una asignatura pendiente en ésta edad, de ahí la importancia de una intervención multidisciplinaria, que permita velar por un envejecimiento activo, a partir de un nuevo paradigma.

Los sentimientos de impotencia, incertidumbre y preocupación, resultantes de la intervención y asistencia médica recibida, se deben a que, las condiciones biográficas al llegar a la adultez mayor, comportan factores de riesgo añadido tales como la jubilación, la pérdida de seres queridos, la mayor incidencia de enfermedades crónicas, los cambios en el poder adquisitivo, la soledad y el estigma social, mismos que desembocan en una afectación de la salud mental que, no son percibidas por el personal médico que los atiende.

La OMS, (25) sostiene que, el compromiso de la salud mental, es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores, situación que resulta abrumadora no solo para quienes la padecen, sino también para sus cuidadores y familiares por sus repercusiones a nivel físico, psicológico, social y económico. Sin embargo, hay una falta de concienciación y comprensión que da lugar a una estigmatización que obstaculiza que los AM acudan a los servicios de diagnóstico y atención de su salud mental.

Al respecto, Lang et al (26) señala que, la afectación de la salud mental no forma parte del proceso de envejecer, y que el bienestar está

mediatizado por las relaciones con el entorno, por la capacidad de autocuidado, la percepción de la valía personal y por la posibilidad de participación e integración en la sociedad, afirmando así, la necesidad de un enfoque biopsicosocial en su atención.

Siguiendo la misma línea, Serrani (27) sostiene que, los recursos sociales (factor social) permiten moderar los efectos del estrés resultante de eventos amenazantes que, junto a un afrontamiento proactivo (factor psicológico), mejora la capacidad funcional y el estado de ánimo en el AM, repercutiendo de manera positiva en la salud mental.

La investigación de base cualitativa que estudia las categorías: i) Modelo biomédico preponderante en los servicios de atención primaria de la salud y ii) Atención de la salud mental en los servicios de atención primaria por medio del análisis del discurso, es complementada por un aporte de corte cuantitativo con el objetivo de brindar un mayor soporte científico al presente estudio. Se realiza mediante el análisis estadístico de las encuestas aplicadas a la misma muestra, en las dimensiones: i) satisfacción con su vida, ii) rol de la familia y iii) necesidades de recreación que intervinieron como predictores de la necesidad de un nuevo enfoque de atención de la salud al AM.

Tabla 3. Satisfacción con la vida.

Resultado de la aplicación de encuestas a adultos mayores participantes del programa de aeróbicos del Gobierno Autónomo Municipal. Sucre, Bolivia, 2019.

Variable	Nivel de satisfacción	Frecuencia	Porcentaje acumulado	
Satisfacción con la vida				
	¿Cuán satisfecho se ha sentido usted los últimos 6 meses de su vida?	Muy satisfecho	6	7,79%
		Satisfecho	18	23,38%
		Poco satisfecho	46	59,74%
		Insatisfecho	7	9,09%
	Total	77	100,00%	

Elaboración propia

Los resultados muestran que, el 59,74 % de los AM revelan poca satisfacción con la vida, que representa el grado con el que una persona evalúa la calidad global de su vida, constructo multifactorial que evidencia una dualidad subjetiva-objetiva: la primera hace referencia a la satisfacción con la vida que se denomina “felicidad”, mientras que la segunda, está relacionada con el funcionamiento social, físico y psíquico, de cuya interacción se determina la calidad de vida. (28)

La insatisfacción que evidencia la tabla 3, se interpreta en el entendido que, la vejez y la ancianidad se han definido como un período de pérdida de la capacidad funcional, de las actividades psíquicas, sensoriales y motoras, de los estilos de vida, de las relaciones sociales y de ingresos, situación ampliamente desventajosa en una sociedad centrada en valores como la juventud, la producción y el consumo. En relación a lo indicado, Gazzotti (29) señala que, en la sociedad actual los AM son la personificación de la decadencia y la tercera edad es considerada la etapa de la involución en la que no hay lugar para el desarrollo, el avance o la mejoría, que da lugar a sentimientos de

tristeza, soledad y melancolía, presentes como respuesta a esta exclusión.

El envejecimiento poblacional conlleva una creciente demanda de servicios y atenciones que son propias de las necesidades que generan los AM. Los procesos de envejecimiento y el cúmulo de pérdidas psicosociales que acontecen durante la vejez parecen determinar su incapacidad para percibir los aspectos positivos del entorno que les rodea y de la vida en general, confirmando que el bienestar con la vida está determinado en gran parte, por el grado de apoyo que el AM tiene de su entorno, por lo que señalan que son las variables psicosociales las que parecen predecir mejor la satisfacción vital. (30, 31)

Tabla 4. Percepción del apoyo por parte de la familia.

Resultado de la aplicación de encuestas a adultos mayores participantes del programa de aeróbicos del Gobierno Autónomo Municipal. Sucre, Bolivia, 2019.

Variable: Percepción del apoyo familiar	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje acumulado
¿Considera que los últimos meses ha tenido satisfechas sus necesidades de afecto y cariño en el seno familiar?	Sí	26	33,77%
	No	51	66,23%
	Total	77	100,00%

Elaboración propia

Los resultados que se presentan en la tabla 4, muestra que el 66,23 % de los adultos mayores está privado de afecto por parte de la familia. Partimos de la afirmación que, la inestabilidad emocional es propia de esta etapa, con la agravante de que, si el AM no vive con la familia, esta será mucho más grave.

La familia resulta ser, la principal fuente de apoyo emocional que les provee de seguridad, cuidado y afecto, constituyendo un mecanismo natural de atención. Las relaciones positivas y las redes de apoyo en la que está inmersa la familia, son determinantes para la mantención de una autoimagen positiva y una autoestima elevada.

En concordancia a lo indicado, Troncoso et al, (32) afirman que, la autovalencia y el bienestar psicosocial están supeditados por la funcionalidad familiar, ya que los AM de familias funcionales, presentan mejores relaciones interpersonales además de una mejor salud física y psicológica.

Al respecto, Pláceres et al (33) afirman que, la soledad es un aspecto que lleva a los AM a

sentirse desamparados y vulnerables por lo que, la influencia de la familia para el desarrollo humano es un aspecto trascendental, al proporcionar los aportes afectivos y materiales necesarios para su bienestar. Los AM al ser integrantes de ella, tienen mucho por contribuir gracias a su sabiduría y experiencia, por lo que, mantenerlos saludables, funcionales e independientes es primordial para que puedan continuar contribuyendo a sus comunidades y a sus familias.

Un estudio realizado con la finalidad de identificar y analizar las redes de apoyo social con que cuentan los AM muestra que, el mayor apoyo proviene de la red informal, donde la familia constituye el principal factor para el logro de la satisfacción y el bienestar; mientras que el apoyo brindado por las redes formales representadas por el Estado y las organizaciones es mínimo. (15)

Tabla 5. Necesidades de recreación.

Resultado de la aplicación de encuestas a adultos mayores participantes del programa de aeróbicos del Gobierno Autónomo Municipal. Sucre-Bolivia, 2019.

Variable: Necesidades de Recreación	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje acumulado
¿Los últimos meses ha tenido satisfechas sus necesidades de recreación ?	Sí	22	28,57%
	No	55	71,43%
	Total	77	100,00%

Elaboración propia

La tabla 5 muestra que el 71,43 % de los encuestados revelan insatisfacción respecto a las necesidades de recreación. El tiempo libre con que cuenta el AM debido a la pérdida del rol social cuya principal causa es la jubilación, debe entenderse como algo que va más allá de lo personal en cuanto al empleo del tiempo libre, debe verse más bien, como una acción que proyectada desde lo social puede crear las condiciones que faciliten la elevación de la calidad de vida.

Varios estudios muestran que los AM tienen una frecuencia menor en actividades de ocio que otros grupos poblacionales, mostrando la necesidad de un abordaje que permita la accesibilidad física y actitudinal en actividades recreativas para potenciar su creatividad, sentirse útiles, elevar su autoestima, disfrutar de nuevos intereses, fomentar las relaciones interpersonales, el bienestar y la satisfacción, así como mantener las habilidades cognitivas y psicomotrices, mismas que representan una forma de alivio a la soledad y la depresión. (34, 35, 36)

Una buena vejez debe estar acompañada de nuevas actividades que sustituyan a las que se tenían antes de la jubilación afirma la teoría de la actividad en el entendido que, las personas activas tienen mayores posibilidades de inclusión y de lograr la felicidad y satisfacción. Al respecto, el modelo de envejecimiento activo (OMS, 2002), sostiene que, no obstante que las personas envejecen con múltiples condiciones críticas, el modelo está dirigido a mejorar las oportunidades de salud, participación, seguridad y optimizar el ocio y tiempo libre con el objetivo de conservarlos activos física, cognitiva y socialmente y de esta manera optimizar su calidad de vida. (26).

Conclusiones

La intervención médica en los servicios de atención primaria de la salud, se ha transformado en una intervención mecanizada y acrítica, misma que se enfoca en la manifestación patológica antes de proyectar al AM como un ser holístico, imposibilitando de esta manera, una atención integral desde un enfoque biopsicosocial, lo que conlleva una baja resolución a sus necesidades y demandas.

La salud es el principal indicador que mide el estado de bienestar, por lo que, mejorar y adaptar los servicios de salud para los AM es prioritario en toda sociedad comprometida con el bienestar de todos sus miembros.

El análisis textual, simbólico y conductual de la información recabada de los AM, junto a la construcción y deconstrucción de las significaciones de los discursos sobre sus experiencias de atención de su salud, sustenta la importancia de un enfoque psicosocial, al demostrar un modelo biomédico fuertemente arraigado en los servicios de atención en salud.

El personal de los servicios de atención de salud debe recibir entrenamiento básico sobre el cuidado del adulto mayor que permita prácticas sensibles y empáticas a la edad, el género y el medio cultural, y de esta manera desarrollar el capital humano con las competencias adecuadas para atender las necesidades de los AM.

Bolivia, requiere un cambio en las políticas de salud relativas a los AM con el objetivo de transformar los sistemas de salud, a la prestación de cuidados integrales centrados en las necesidades, para promover un cambio en las prestaciones – de un enfoque biomédico a una estrategia de salud preventiva – lo que podría, no solo reducir los índices de morbilidad

y mejorar la calidad de vida, sino también disminuir los gastos en salud.

Al ser el envejecimiento el resultado de una compleja asociación de interacciones y modificaciones biológicas, psicológicas y socioambientales, resulta prioritaria la implementación de un enfoque psicosocial, para que los constructos social y psicológico se potencien mutuamente, permitiendo al adulto mayor afrontar el envejecimiento con mayores recursos de adaptación ante los menoscabos que les afectan.

El adulto mayor, al estar expuesto a pérdidas afectivas, a la presencia de enfermedades crónicas, al deterioro físico, la pérdida de roles sociales y situaciones de duelo, necesita una atención con un enfoque integral a través de un trabajo interdisciplinario en el que esté inmersa la atención de la salud mental considerada una asignatura pendiente en los servicios de atención primaria, lo que permitirá identificar los factores biopsicosociales que lo afectan y así determinar las medidas preventivas e inclusivas necesarias.

Desde la teoría del envejecimiento activo, el ocio y la recreación en el adulto mayor, han de entenderse como algo más allá de lo simplemente personal. El empleo del tiempo libre ha de verse más bien como una acción que proyectada desde lo social, puede crear las condiciones para el cambio de una imagen pasiva y patológica por estilos de vida activos y exitosos favoreciendo de esta manera, las relaciones sociales y su bienestar.

La salud colectiva, promueve la participación activa de la comunidad mediante métodos democráticos y de autogestión, posibilitando entender no sólo el componente biológico sino también, el comportamiento psicosocial, garantizando la integralidad en el cuidado de la

salud, el trabajo en equipos multidisciplinarios y la corresponsabilidad en la atención.

La familia como institución básica de la sociedad unida por lazos de solidaridad y responsabilidad mutua, aumenta la capacidad de respuesta del AM frente a situaciones de enfermedad y circunstancias cotidianas propias de la edad.

La transición demográfica y el sostenido envejecimiento de la población boliviana debido al descenso de las tasas de natalidad y mortalidad asociado al incremento de las expectativas de vida, exige de parte de la sociedad la comprensión y el reconocimiento del AM como agente activo y constructor de su propio desarrollo, trascendiendo la visión de dependencia y pasividad que la sociedad tiene de ellos.

Referencias Bibliográficas

Aguilar, Luis F. Política Pública: Una visión panorámica. La Paz, Bolivia. Ed. Naciones Unidas; 2018. 172 p.

Almeida, N. & Silva, J. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. En: Cuadernos médico sociales. 2º14; 15: 5 - 30.

Baltes, PB, Baltes M M. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences. [Internet]. 1990[citado el 12 de mayo de 2021]: 1-34. Recuperado a partir de: <https://www.cambridge.org/core/books/abs/successful-aging/psychological-perspectives-on-successful-aging-the-model-of-selective-optimization-with-compensation/EAE9389C90617AE014260735DFCFCE82>

Blanco M. Predictores psicosociales del envejecimiento activo. *Rev. Dialnet*. [Internet]. 2020 [citado el 27 de agosto de 2021]; 6 (6): 11-29. Recuperado a partir de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6140289>

Bravo S, Caparrós N, Calvo J. Personas mayores y exclusión social. Universidad Pública de Navarra. 2008: 1-83.

Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. [Internet]. 2013 [citado el 27 de diciembre de 2021]; 31(1): 13-27. Disponible a partir de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002&lng=en.

Carvalho, C, Dorneles, P. Acessibilidade cultural no contexto da pessoa idosa. O caso do Museu da Geodiversidade da Universidade Federal do Rio de Janeiro: vivências em um projeto de extensão. [Internet]. 2017 [citado el 19 de abril de 2021]:131-175).

Casas D, Jarillo E, Contreras G, Rodríguez A. La salud colectiva para el análisis de la medicina familiar. *Medwave*. [Internet]. 2013 [citado el 27 de junio de 2021]; 13(4): Doi: 0.5867/medwave.2013.04.5666

Castro, M. Heterogeneidad, desigualdad y derechos en salud de las personas adultas mayores. En *Personas adultas mayores: desiguales y diversas. Políticas públicas y envejecimiento en Bolivia*. Edobol. 2017; p. 48 – 87.

Delgado J, Gutiérrez J. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales. España. Editorial Síntesis. 2007. 630p.

Estes C y Binney E. The biomedicalization of Aging: Danger and Dilemmas. *The gerontologist*. [Internet]. 1989 [citado el 18 de mayo de 2021]; 28 (5): 587-596. <https://doi.org/10.1093/geront/29.5.587>

Estrada A, Cardona D, Agudelo H. Aspectos subjetivos del envejecimiento. Redes de apoyo social y autonomía de la población adulta mayor de Medellín. *Rev Dialnet*. [Internet]. 2021 [citado el 17 de agosto de 2021]:80-91. Recuperado a partir de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1382731>

Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores. La soledad en el Adulto Mayor. Palacios A. [Internet]. 2016 [citado el 7 de abril de 2021). Disponible a partir de: <https://fiapam.org/la-soledad-en-el-adulto-mayor/>

Fernández S, Almuiña M, Alonso O, Blanco B. Factores Psicosociales presentes en la Tercera Edad. *Rev. Cubana de Higiene y Epidemiología*. [Internet]. 2001 [citado el 12 de noviembre de 2021]; 39 (2): 77-81. Disponible a partir de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=223214834001>

García J, García M. Nuevas formas de envejecer activamente: calidad de vida y actividad física desde una perspectiva psicosocial. *Escritos de Psicología*. 2018; 6 (2): 1-5.

Gazzotti H. La marginalidad de la vejez. Un recorte de la marginalidad urbana contemporánea. *Gaceta Laboral*. 2002 [citado el 8 de abril de 2021]; 08 (3): 373-89. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33608304>

Hoskins I, Kalache A, Mende S. Hacia una atención primaria de salud adaptada a las

personas de edad. Rev Panam Salud Pública. 17(5/6), 2005.

Huenchuan S. (Coord) Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). 2009.

Kornblit, A. L. Metodologías cualitativas en ciencias sociales. Buenos Aires: Editorial Biblos. 2007. p9- 33.

Lang G, Resch K, Hofer K. Boletín sobre el envejecimiento. La salud mental y el bienestar de las personas mayores. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. [Internet]. 2020. [citado el 7 de abril de 2021]. No 46. Disponible a partir de: <https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/boletinopm46.pdf>

Ley modificatoria a la Ley N° 475 de 30 de diciembre de 2011. Ley de prestaciones de servicios de salud integral del Estado Plurinacional de Bolivia, DS N.º 1069. La Paz, Bolivia, 5 de junio de 2018

Ley No 369 Ley General de las personas adultas mayores. Gaceta oficial del Estado Plurinacional de Bolivia. La Paz, Bolivia, 1º de mayo de 2013.

Liborio M. ¿Por qué hablar de Salud Colectiva? Rev. Med. de Rosario. 2013; 79:136-141.

Llanes H, Roque D, Álvarez N, Ruíz J. Adulto mayor: algunos factores psicosociales en el uso del tiempo libre. Medimay [Internet]. 2015 [citado 4 Abr 2021]; 21:1-15 p. Disponible a partir de: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/748>

Ministerio de Planificación para el desarrollo. Estado Plurinacional de Bolivia. Informe sobre número de prestaciones y costos de las

atenciones cubiertas por la Ley 475 según nivel de atención. Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE).

Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural (SAFCI). Estado Plurinacional de Bolivia. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. 2009.

Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los Adultos Mayores. [Internet]. 2017. [citado el 7 de abril de 2021]. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>

Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades no transmisibles. Disponible en: <https://www.paho.org/en/topics/noncommunicable-diseases>

Placeres J, León L, Delgado I. La familia y el adulto mayor. Rev. Med. Electrón. 2011 [citado el 30 de marzo de 2021]; 33(4): 472-83. Recuperado a partir de: [en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000400010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000400010&lng=es).

Reinoso C, Serrata A, Esquerdo R. Intervenciones sociales de terapia ocupacional con adultos mayores en América del Sur: una revisión no sistemática de la literatura. Rev. de T.O. [Internet]. 2018 [citado el 2 de agosto de 2020]; 18 (2): 29-43. Doi: 10.5354/0719-5346.2018.4882

Serrani D. Discapacidad funcional en Adultos Mayores. El rol del afrontamiento proactivo y los recursos sociales. Alcmeon. [Internet] 2008; [citado el 22 de diciembre de 2021] 14 (4): 42 a 55

Silva L. Modelo psicosocial y envejecimiento: análisis, reflexividad y posibilidades en programas y políticas de la tercera edad. Revista

Chilena de Terapia ocupacional. [Internet]. 2004 [citado el 20 de julio de 2010]; (4): 35-40. Doi:10.5354/0719-5346.2010.160

Terenzi C, Elías E, Staeve R, Slomp H. (2016). La integralidad desde una perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. Salud Colectiva. 2016; 2(1): 113-123.

Troncoso C, Soto-López N. Funcionalidad familiar, autovalencia y bienestar psicosocial de adultos mayores. Horiz. Med. 2018 [citado el 19 de abril de 2021];18(1): 23-28. Disponible

en: <http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2018.v18n1.04>.

Valenzuela V, Arrellano O. Políticas públicas del envejecimiento de la población: la importancia de las dimensiones psicosociales y socioculturales. ResearchGate.2015

Wortman S. La biomedicalización del envejecimiento. Rev. Topia. [Internet].2015[citado el 12 de mayo de 2021]. Recuperado de: <https://www.topia.com.ar/articulos/biomedicalizacion-del-envejecimiento>