



Máximo Cuidado
Fundación

Proyecto de Investigación

Impacto de la patologización de la vejez en el CIE-11

por la OMS en los adultos mayores saludables.

Decidimos abordar esta temática de investigación dado que, la patologización de la vejez por La OMS refuerza estereotipos negativos y actos de violencia simbólicas contra los adultos mayores, tales como el edadismo¹. En este sentido interpela tomar conciencia e involucrase, comprendiendo que la vejez es una etapa de la vida que todos atravesaremos y que, puede llevarse adelante de manera saludable, independiente, autónoma y con una buena calidad de vida, no así como sinónimo de enfermedad y decrepitud.

Marco Teórico:

Ésta vez otra apuesta de la OMS, que cada año en el mes de enero actualiza la CIE-11, una guía que incluye definiciones y criterios para todas las patologías y condiciones patológicas y que, se usa para diagnosticar, investigar y definir las enfermedades, tanto para los sistemas de salud como para los sistemas financieros- prendió las alarmas entre expertos e investigadores en vejez: por primera vez, la CIE incluía bajo el código MG2A -en la sección de "síntomas generales"- a la "vejez", avanzando así hacia una definición del envejecimiento como una enfermedad. Lo que generó una ola de rechazo internacional y preocupación ante este rótulo de patologización del envejecimiento. No obstante, esta medida, es celebrada por algunos científicos (de la industria del anti age). El fundamento de quienes apoyan esta medida es que permitiría acelerar el proceso que llevaría a una "cura" de esta "enfermedad" (Sieberts, 2021)².

"Hay gente que trabaja en biología del envejecimiento que está empujando la idea de que el envejecimiento pueda ser considerado una enfermedad, y esto pasa porque si uno quisiera encontrar estrategias farmacológicas o terapéuticas para tratar la vejez, estos solo se pueden desarrollar para una condición que es considerada una enfermedad. Y parte de la lógica de la OMS clasificando a la

¹ Discriminación por edad

² Siebert, Francisca. (2021, 8 de noviembre). "Investigadores debaten sobre polémica definición". Universidad de Chile. Recuperado de <https://www.uchile.cl/noticias/181489/puede-ser-el-envejecimiento-una-enfermedad>. Se adjunta en los anexos.

vejez en este código tiene que ver con eso”, afirmó el doctor Christian González- Billault, director del Centro de Gerociencia, Salud Mental y Metabolismo, en el año 2021.

Sí, comprendemos que el envejecimiento, es un problema multifactorial, depende de la biología, de la medicina y también de variables sociales, culturales, económicas y ambientales. Por lo que, cuando se quiere definir ciertos conceptos en un problema que tiene tantas definiciones, algunos pueden entrar en conflicto y contraposición. Y este es un caso muy concreto porque cuando dicen que el envejecimiento es una enfermedad, inmediatamente se está generando una estigmatización, que viene dada por el prejuicio social de que, los viejos están enfermos y, los jóvenes sanos.

“En estricto rigor, lo que se está definiendo es, que si una persona, por el proceso de envejecer es considerado patológico, ya no existen los que están sanos y los que están enfermos, porque todos envejecemos en el segundo que nacemos.” Señaló el biólogo y director de GERO, Christian González-Billault, (2021)³.

Los especialistas advierten que la definición de vejez como enfermedad tiene un "punto ciego", en el sentido de que no hay que dejar de mirar el impacto social que esto puede tener, y desde ese punto de vista el impacto social es muy negativo. ¿Por qué? De acuerdo a la Dra. en Sociología, Paulina Osorio, “El asociar una etapa de la vida como es la vejez a una patología, por un lado, homogenizaría a la población, señalando que todos envejecemos de igual forma y desconociendo el impacto que tienen determinadas características o determinantes sociales en la salud, que están en las trayectorias de vida de las personas. Hay quienes tienen a lo largo de su vida mayores capitales sociales, económicos, redes, conocimiento, que son discrecionales y que los llevan a envejecer de determinadas formas. Hay otras posiciones sociales que pueden ser más bien de inequidad y mayor vulnerabilidad, y puede haber un envejecimiento en términos biológicos más prematuros, más acentuados. Por

³ Siebert, Francisca. (2021, 8 de noviembre). “Investigadores debaten sobre polémica definición”. Universidad de Chile. Recuperado de <https://www.uchile.cl/noticias/181489/puede-ser-el-envejecimiento-una-enfermedad>.

eso, hay que tener en cuenta que hay determinados aspectos sociales que están presentes.

En otro orden de cosas y, para entender la incongruencia de las medidas tomadas por la OMS como institución y en el contexto que lo hace, no se puede omitir el hecho de que nos encontramos en "La Década del Envejecimiento Saludable" (2021-2030 propuesta por la OMS, declarada por la ONU)⁴, la cual tiene como objetivo reducir las desigualdades en materia de salud y mejorar la vida de los adultos mayores, sus familias y sus comunidades a través de la acción colectiva en cuatro esferas: cambiar nuestra forma de pensar, sentir y actuar en relación con la edad y el edadismo⁵. Todo esto a los fines de aumentar la longevidad y la calidad de vida en la cotidianeidad de este grupo etario.

Como resultado del repudio mundial de instituciones, entre ellas la Academia Latinoamericana de Medicina del Adulto Mayor⁶, profesionales de la salud y especialistas del envejecimiento la OMS, el 21 de enero de 2022 y, durante la última reunión del Comité Asesor de Clasificación y Estadísticas (CSAC) de la CIE de la OMS; se aceptó la propuesta de cambiar el título del código MG2A denominado "Vejez" por "Disminución de la capacidad intrínseca asociada al envejecimiento" (2022)⁷, si bien se logra cambiar el "título" no así el contenido y el fin detrás de la medida implementada.

Atento a lo expuesto, surgen grandes interrogantes, ¿Con esta medida, no se estaría incurriendo en un claro edadismo hacia los adultos mayores? Entonces, ¿La discriminación por edad estaría instituida mundialmente? ¿Cómo, de qué manera y en qué áreas de su vida afecta este contexto a este grupo etario cada vez más longevo y saludable? ¿Interpela a los AMS considerar a la edad en sí misma una enfermedad per se? Podríamos suponer que "comuni3n" entre v3nculos, actividades y proyecto colectivo en la cotidianeidad de los AMS, y que, en alg3n punto, es lo que los mantiene saludables. En este sentido y, a trav3s

⁴ Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030. <https://www.who.int/es/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action> Se adjunta en los anexos.

⁵ El edadismo se refiere a la forma de pensar (estereotipos), sentir (prejuicios) y actuar (discriminaci3n) con respecto a los dem3s o a nosotros mismos por raz3n de la edad.

⁶ La vejez y la nueva CIE-11: posici3n de la Academia Latinoamericana de Medicina del Adulto Mayor. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54642> Se adjunta en los anexos.

⁷ Herramienta online de codificaci3n de la CIE-11 https://icd.who.int/ct11/icd11_mms/es/release

de esta investigación es que, intentaremos informar, analizar, comprender y dar cuenta a través de distintos dispositivos y herramientas de investigación y, desde un enfoque biopsicosocial sobre el impacto de esta medida en el grupo etario afectado directamente, los "adultos mayores saludables", cada vez más vulnerabilizados ante un sistema de salud público y privado que antepone el sistema económico financiero, las industrias millonarias como la del antienviejimiento (antiaging), laboratorios, etc.; por sobre el bien social y comunitario de los AMS.

En este sentido "¿Cómo afecta -en la actualidad- la Patologización de la vejez en el CIE-11 desde el enfoque biopsicosocial⁸ a los adultos mayores saludables (60-75)?" es la pregunta que abordaremos e intentaremos comprender y analizar, a los fines de entender la mirada del envejecimiento como un proceso evolutivo de la vida, un ciclo vital que en ningún caso constituye en sí mismo un proceso patológico, un estado de enfermedad per se en los adultos mayores. Población vulnerable, estigmatizada y relegada que necesita en el devenir de dicho proceso, más empatía, intergeneracionalidad e inclusión, desde la adaptación, la igualdad y el aprendizaje con otros y no desde la indiferencia y expulsión. Con lo cual, se desprenden de la misma los siguientes objetivos generales; a) Indagar cómo afecta a la salud mental de los adultos mayores saludables, (en adelante denominados AMS⁹) la patologización de la Vejez en la Clasificación Internacional de Enfermedades 11.a revisión (CIE-11)¹⁰ y, b) Averiguar sobre la incidencia (positiva/negativa) de las redes vinculares en el proceso de envejecimiento de los AMS. Dando lugar a los objetivos específicos;

- a) Evidenciar cómo interpela en los AMS la vejez vivida como una etapa más de la vida en contraposición a una vejez patologizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹¹. b) Comprender cómo atraviesan los AMS la vejez en su cotidianeidad. En donde el Tiempo y espacio de la investigación se ubican en Buenos Aires. Enero/2022. Todo ello desde la propia perspectiva del grupo etario en cuestión como así también desde la

⁸ Biopsicosocial: Su significado tiene origen en el "modelo de salud que incorpora factores biológicos, psicológicos y sociales" y viene de los elementos compositivos bio- (vida) y psico- (alma, mente) sobre la palabra "social".

⁹ Adultos Mayores Saludables.

¹⁰ Clasificación Internacional de Enfermedades 11.a revisión.

¹¹ Organización Mundial de la Salud.

mirada y opinión profesional especializada en tercera edad.

Por todo lo expuesto anteriormente, es que, se nos hicieron presentes algunas de las siguientes hipótesis:

a) Creemos que subyacen intereses económicos desde el sector de salud pública y privada como así también de los laboratorios en torno a la declaración de la OMS (vejez como enfermedad en el CIE-11).

b) Sostenemos que la falta de lazos afectivos genera condiciones para que se desarrollen enfermedades y que en contraposición, la presencia de ellos, es decir, la construcción de vínculos y actividades con otros, acompañan un envejecimiento saludable y una vida social, longeva y activa.

c) Suponemos que, la industria millonaria del anti-age, que apunta al rejuvenecimiento no así a la enfermedad per se, motivo por el cual se encuentra hasta ahora por fuera del sistema sanitario y solo al alcance de quienes tengan el poder adquisitivo suficiente; cambiaría su situación como consecuencia de la declaración de la OMS, es decir que, podrían entrar directamente al mismo. En este sentido podrán desde ese momento ser subvencionados por el sistema de salud mundial. Por lo cual patologizar la vejez en el CIE-11 abre la posibilidad de financiamiento a nuevas industrias para que éstas entren al millonario "negocio de la salud" a costa de los adultos mayores que apuestan a un envejecimiento saludable.

Por último, d) La patologización de la vejez podría generar grandes cambios en las conductas de los AMS, auto-percibiéndose como personas "enfermas", éstos podrían llegar a modificar sus conductas y hábitos saludables en su cotidianeidad.

Justificación Metodológica:

Abordaremos esta investigación a través de la metodología cualitativa, dado que sus técnicas nos sumergirán en las vivencias experiencias y, cotidianidad de los sujetos susceptibles de esta investigación.

Una de las técnicas utilizadas será la observación, en este sentido, las observaciones mismas podrán ser participantes y no participantes, de acuerdo al devenir de la dinámica y el contexto del momento observado. Como segunda técnica de investigación utilizaremos las entrevistas, las mismas serán dirigidas tanto a adultos mayores como a profesionales especializados en tercera edad. Desde este enfoque cualitativo, podremos recolectar y analizar los datos, desarrollando preguntas e hipótesis en el proceso de investigación, lo que permitirá perfeccionar la dinámica de la misma a diferencia de la metodología cuantitativa donde interpela un patrón estructurado y predecible del proceso procurando ser lo más objetiva posible.

Procuraremos analizar cada dato recolectado como interacciones con otros, intentando reconstruir la “realidad” observada y expresada en su contexto a través de las técnicas mencionadas, a los fines de lograr una perspectiva objetiva que permita comprender y dar cuenta de los objetivos e hipótesis planteados oportunamente en la investigación.

“El *enfoque cualitativo* busca principalmente la “dispersión o expansión” de los datos e información, mientras que el *enfoque cuantitativo* pretende “acotar” intencionalmente la información (medir con precisión las variables del estudio, tener “foco”). Mientras que un estudio cuantitativo se basa en investigaciones previas, el estudio cualitativo se fundamenta primordialmente en sí mismo. El cuantitativo se utiliza para consolidar las creencias (formuladas de manera lógica en una teoría o un esquema teórico) y establecer con exactitud patrones de comportamiento de una población; y el cualitativo, para que el investigador se forme creencias propias sobre el fenómeno estudiado, como lo sería un grupo de personas únicas o un proceso particular.” (Hernández Sampieri, 2014).

En relación a lo investigado, observado y a los testimonios recolectados a través de las entrevistas, podemos inferir respecto a la construcción de vínculos y actividades con otros en los AMS (*adultos mayores saludables*) que, son necesarios e imperan a los fines de mantener un proceso de envejecimiento saludable, como afirma nuestra **AMS1** (mujer, 67 años) cuando dice, haciendo referencia a bailar folclore en la plaza, peñas y geriátricos *“Nosotros lo hacemos porque nos hace bien, no por dinero” “Vos tenes que tener una afinidad con la pareja, que te guste lo mismo” “Cuando vamos a los geriátricos vemos que les hace bien que estemos ahí, se ríen y bailan como pueden, están muy solos y abandonados en esos lugares”* y como nos ha transmitido nuestro **AMS2** (hombre, 69 años) *“Para el profesorado de folclore tenes que estudiar” “Yo quiero ir a bailar y que el profesor me corrija, esto está bien, esto está mal”*. De esta manera dejan implícito y explícito que la actividad académica y el aprendizaje continuo construyendo nuevos saberes con otros los mantienen con una óptima salud mental y emocional, no hay límite de edad para aprender **AMS3** (Hombre, 69 años) ratifica *“Las salidas son fundamentales en mi vida”*. **AMS4** (hombre 70 años) refiere *“Cocino mucho y aprendí a cocinar nuevos platos”*. Para ellos, mantener una vida social activa, con aprendizajes, viajes, fiestas, eventos, shows, peñas y plazas, es necesario para un envejecimiento saludable, en tanto que en ello subyace, entre otras cosas, tales como menciona **AMS4** *“También voy al cine una vez por semana, trato de mantener esta rutina de ir al cine, salir con amigos a cenar.”* una motivación e interés en el autocuidado, sobre todo en su estética; por ejemplo en una peña se requiere una preparación especial previa, **AMS1** *“Es toda una preparación cuando vamos a las peñas” “vos tenes que cuidar mucho la imagen.”*; por el contrario, la ausencia de dichos lazos y actividades sociales producen diversos tipos de enfermedades, según el enfoque biopsicosocial en los AM (*adultos mayores*), de acuerdo a las palabras de nuestro **AMS2** cuando afirma que *“Te cambia el ánimo y hasta la predisposición cuando vos te pones el ropaje” “Para mí es una terapia” “Yo sé que voy a bailar y ya me cambia el chip”*. **AMS3** *“La actividad física es el centro de mi vida, no podría estar dos días seguidos sin hacer algún deporte”* en contraposición a la actividad física **AMS4** prefiere las actividades que mantengan activas su mente *“Prefiero hacer*

actividades donde ejercitas la mente y las emociones.”

En este sentido y de acuerdo a lo expuesto, hoy podemos ratificar nuestra hipótesis b), las pruebas recabadas a través de los testimonios, como así también de las observaciones, determinan que la ausencia de lazos afectivos generan condiciones de soledad y abandono y como consecuencia de ello enfermedades; en contraposición, podemos afirmar que su presencia, es decir, la construcción de vínculos y actividades con otros, acompañan un envejecimiento saludable y una vida social, longeva, activa y autónoma, vale decir que la dependencia obtura los vínculos sociales como refiere **AMS1** *“ Hay algunos que necesitan ser trasladados, por algunas limitaciones físicas” “muchos nos transmitieron que de no haber sido por las peñas y encuentros se hubieran encerrado” “Hay hijos que no los dejan ir, no acompañan” “ser dependiente te mata”.*

En relación a los hábitos saludables deducimos que están directamente relacionados a la longevidad, cuando **AMS1** afirma que *“No fumo, no tomo, me cuido mucho, en la alimentación, yo tengo mi bicicleta, mi cinta, realizo mis controles médicos periódicamente” “tomo las vitaminas como siempre acostumbré, vitamina C” “mucho té de todo tipo, jengibre, cúrcuma, de todo”* y **AMS2** refiere que *“En las comidas me cuido mucho, como verduras, bajo y subo las escaleras” “Al médico hasta ahora solo voy preventivamente también me cuido con esas vitaminas y cosas que compro en dietéticas o en la farmacia sin receta como la vitamina B12.”* **AMS3** refiere *“Consumo pastillas de aceite de pescado, pastillas de cúrcuma y de chía. Entiendo que no son medicamentos, pero si son nutrientes que el cuerpo necesita.”* y **AMS4** agrega respecto al mal hábito de fumar, como si le pesara *“Siento que esto es un tema fuerte en mi vida, a partir de no poder dejar, nunca intente mantener una vida completamente sana pero siempre anhele poder haberlo hecho”* de esta manera constatamos que lo expresado concuerda con nuestra hipótesis a) dado que, muchos de los productos que atienden a la medicina preventiva actualmente de venta libre que consumen los AMS, necesarios para mantener una dieta saludable y equilibrada, serán parte del sistema de salud público y privado, su venta será únicamente a través de una prescripción médica y/o receta. En este sentido, ya no podrán disponer libremente de su cuidado preventivo, en su lugar serán condicionados a atravesar la burocracia del sistema para poder hacerlo.

La calidad de vida es definida como la percepción por el individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los cuales él vive y en relación a sus objetivos, expectativas, padrones y preocupaciones (WHOQOL GROUP, 1994)¹². Deshaciendo tabúes y prejuicios en la tercera edad, comprendimos la importancia de la sexualidad en torno a la salud para esta población, **AMS1** refiere que *“Nosotros 10 puntos tenemos, sino se desmembrana la pareja” “El sexo para mí es muy importante, algunas amigas ya se retiraron”* y **AMS2** *“La sexualidad es necesaria sino se generan conflictos y roces” “Por ese motivo me separé de mi pareja anterior”*.

En relación a la hipótesis c) no podemos afirmar o refutar la misma, en tanto que, los AMS entrevistados y observados no hacen uso de los productos de la industria anti-age, si bien ellos manifestaron consumir regularmente vitaminas y hierbas para infusiones, esto atiende a su clínica, es decir, a su salud física no así a su estética.

Refutamos al momento la hipótesis d) ya que **AMS1** refiere *“si uno esta mentalmente fuerte la enfermedad no entra y si te enfermas no es grave” “Si sos feliz no te enfermas por más que te digan que sos un enfermo”* a ello suma **AMS2** *“Depende de cada uno, a mí la edad no me dice que soy enfermo” “Sí, Nos enfermamos pero como cualquiera” “Nos cuidamos y hacemos muchas cosas, disfrutamos y eso nos mantiene así, con salud”*; **AMS3** refiere *“¿Yo enfermo? Eso me lo podría indicar mi médico, si es que tengo algo, pero gracias a todo lo que hago no soy enfermo, creo estar mejor que una persona de 20.”* **AMS4** afirma que *“Ser una persona mayor es ser mayor, la edad no determina mi estado de salud”*. En este sentido estos AMS no se auto-perciben como personas “enfermas”, ni modifican sus conductas ni hábitos saludables de su vida cotidiana por la medida adoptada por la OMS.

También se puso en evidencia que el intercambio con otras generaciones es algo que buscan y que les atraviesa positivamente, **AMS1** *“Al jardín de mi nieto hemos ido a bailarles.” “Todos nos divertimos mucho.” “Me gusta hablar con*

¹² Programa de Salud Mental. WHOQOL. Calidad de vida. División de Salud Mental. Organización Mundial de la Salud. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-calidad-01.pdf>

ustedes.”, **AMS2** agrega, “*Mi nieto era la mascota del grupo de folclore.*” “*Ahora es grande y baila hip-hop.*” “*La familia nos apoya, nos vienen a ver a veces.*”. Como afirman las Licenciadas Lida Blanc y Sylvia Korotky “Pensar las generaciones desde el punto de vista relacional, promoviendo acciones, programas y políticas intergeneracionales, convoca a rescatar la riqueza del encuentro de personas que están en distintos momentos del ciclo vital.” (2016)¹³ En relación a la patologización de la vejez por la OMS en el CIE-11 y, en respuesta a la pregunta abordada, los AMS entrevistados refieren que no están al tanto de dicha medida y que, de acuerdo a la calidad de vida que llevan hasta el momento no se ven afectados, **AMS1** afirma que “*La vejez nos va a llegar a todos.*” “*Yo no pienso que soy enferma por mi edad.*” “*Es todo el entorno que tenés y como mentalmente podes llevar todo, porque la cabeza lleva todo.*” **AMS2** “*A cada persona le afecta de acuerdo a cómo fue criado, a los mandatos sociales.*” “*El miedo hace que la gente se enferme*” “*Como yo no creo, no me identifica eso que dicen.*” **AMS3** agrega “*Me enoja, no pueden poner a todos en la misma bolsa, están quienes nos cuidamos y somos sanos y están quienes no se cuidan y no lo son.*” **AMS4** “*Me parece muy malo que se diga que ser mayor es sinónimo de enfermedad. Puedo no cuidarme, pero no estoy enfermo*”. Sousa, Galante y Figueiredo (2003)¹⁴ señalan cuatro factores muy influyentes en la calidad de vida de las personas mayores: la movilidad, las competencias de comunicación, el bienestar y las actividades cotidianas.

En el mismo orden de cosas, ésta vez abordando el análisis desde la mirada profesional, especializada en adultos mayores y, en contraposición a la anterior, estamos en condiciones de inferir de acuerdo a lo estudiado, investigado y a los testimonios recolectados a través de las entrevistas que los vínculos y actividades con otros en esta población son positivos y necesarios para una buena salud y un sano proceso de envejecimiento en tanto que el **Especialista1** (médico familiar, doctor en medicina, Lic. En kinesiólogía, profesor titular de la

¹³ Red Latinoamericana de Gerontología. Relaciones intergeneracionales y derechos de las personas mayores. Lic. y Lic. Sylvia Korotky. (2016). Recuperado de https://gerontologia.org/portal/archivosUpload/uploadManual/Relaciones_intergeneracionales_y_derechos_de_las_personas_mayores.pdf

¹⁴ Artículo. INFAD. Revista de Psicología, N°1-Vol.4. (2011). Desafíos y perspectivas actuales de la psicología en el mundo adulto y envejecimiento. “Factores que determinan la calidad de vida de las personas mayores”. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5641316.pdf>

asignatura salud del adulto mayor en la universidad nacional de mar del plata y escritor) adhiere que *“En relación a lo que tiene que ver con el punto de vista de las personas mayores claramente suele haber una correlación entre aquellas personas que tienen relaciones vinculares estables, su bienestar y pongámoslo en estos términos, su felicidad”* nos pareció muy interesante su mirada respecto a la presencia de una trama vincular negativa, cuando refiere que *“si bien los vínculos son algo positivo y de alguna manera pueden contrarrestar el desafío que hoy tenemos que es el de la soledad indeseada, también hay que pensar que hay aspectos no deseados dentro de estas relaciones vinculares, como por ejemplo, el abuso y el maltrato, que sabemos ocurre en relaciones de confianza, relaciones familiares primarias, etc.”* Volviendo a reafirmar la necesidad de los vínculos en los AM con la siguiente frase *“Básicamente, yo creo que lo que tiene que ver con qué esa persona tenga un nivel de satisfacción vital muy aceptable, es el equilibrio entre la autonomía y las posibilidades de ser y de hacer”* también nos pareció importante el aporte del **especialista1** en tanto manifiesta el rol del médico y profesionales en tanto a los vínculos en este grupo etario cuando refiere *“Creo que tiene que ser un aprendizaje y una enseñanza de parte nuestra, los profesionales, darle herramientas, darles recursos a esas personas para que puedan de alguna manera, poder explorar y poder intentar hacer vínculos, que quizás, como digo por la misma situación vital, se han ido deshaciendo, sea esto por una separación por una viudez, porque los hijos se fueron de la casa o por otras circunstancias de la vida”*. Suma a lo expuesto el **especialista2** (Médico hematólogo, especialista en Oncología de la tercera edad) cuando dice respecto a los vínculos en los AM enfermos *“Dentro de lo que les da el físico, lo más que se pueda, aún si no tienen cura, puede tener un final de vida más contenido”*.

Por todo lo expuesto podemos afirmar desde la mirada profesional la hipótesis en tanto sostienen que la falta de lazos afectivos generan condiciones para que se desarrollen enfermedades y que en contraposición, la presencia de ellos, la construcción de vínculos y actividades con otros, acompañan un envejecimiento saludable y una vida social, longeva y activa, como así también un acompañamiento más llevadero a los AM que sufren enfermedades terminales.

Con respecto a las actividades cotidianas que hace un AM el **especialista1** refiere que *“Hay que pensar que lo que yo llamo la **nueva longevidad** hoy claramente está apoyada de alguna forma en varios pilares, el primero es la*

salud, hay que tener salud para no caer en una situación de dependencia que hoy sabemos que es lo que altera la calidad de vida de las personas mayores y después sabemos que hay actividades que tienen que estar, la actividad física, que permite al mismo tiempo de moverse poder vincularse con otros, tener una actividad social”.

Aquí un nuevo concepto y/o categoría nueva que nos resuena y sobre la que preguntamos, para el **especialista1**, “La **nueva longevidad** se trata de vernos saludables e independientes a lo largo del tiempo. Es una postura optimista y amable de los años por vivir. Es entender que así como cambiamos a lo largo de la vida, estos cambios en muchos aspectos pueden ser ganancias”, donde remarca *“El capital más importante es la salud que nos dará como resultado la autonomía que impacta tanto en la calidad como en la duración de la vida”*, de esta manera el profesional propone pensar a “la segunda mitad” (2019)¹⁵ como una oportunidad que reflejada en la tercera edad será el producto de esta **nueva longevidad**. Retomando lo expuesto sobre la incidencia de las actividades en la vida cotidiana de los AM, consideramos valioso reforzar la mirada del **especialista1** en relación a la importancia que tiene en el AM preguntarles qué es lo que ellos desean, quieren o les gustan, como así también que para hacer posible aquello que desean, quieren o les gusta es necesario la participación social, en tanto se faciliten los recursos comunitarios, desde ese lugar nos invita a repensar espacios y lugares que permitan hacerlo posible, *“Lo que hay que trabajar allí es preguntarle al AM qué es lo que le gusta, qué es lo que quiere y buscar facilitarle la oportunidad de poder hacerlo. Los AM tienen por un lado un nivel de exigencia alto, porque saben lo que les gusta y saben lo que no quieren, y por otro lado tenemos la falta de recursos comunitarios para poder brindarle esa posibilidad de hacer las cosas que les gustan.”*; en tanto a los AM enfermos, el **especialista2** refiere que *“Con relación a las actividades cotidianas, que tengan la posibilidad de participar en espacios de recreación y dispersión es algo que hace la diferencia en el proceso de la enfermedad del AM”*. En consecuencia, nos parece necesario visibilizar la importancia de una buena calidad de vida en la cotidianidad de los AM, ya sean patologizados o no, en tanto que, a los AMS los ayuda a mantenerse longevos y activos, mientras que a los enfermos les significa dignificar el proceso de sus patologías.

¹⁵ Dr. Bernardini Diego. (2019). La Segunda Mitad. Los 50 + vivir la nueva longevidad. Ed.: Aguilar.

En relación a los hábitos que hacen a la diferencia entre un AMS y un AM enfermo el **especialista1** indica *“Lo importante de los hábitos, es que los hábitos se pueden educar, lo hábitos se pueden trabajar, el hábito implica un cambio de conducta y ahí es donde está la clave.”* De esta manera entendemos que los mismos se aprenden y aprehenden por lo que todo AM puede ser capaz de adquirir con el tiempo hábitos y conductas saludables *“Cómo hacemos para generar cambios de conducta, me parece que es relevante poder entender que el aprendizaje está presente y debe estar presente a lo largo de toda la vida. Por eso, no hay que menospreciar, no hay que subvalorar, no hay que prejuizar a la persona mayor como alguien que ya no tiene, ni posibilidades, no interés en aprender”*. El **especialista1** nos llama a una toma de conciencia para que de alguna manera rompamos prejuicios impuestos socialmente y seamos una sociedad facilitadora de cambios, siempre que los AM estén dispuestos y comprometidos con dicho aprendizaje. *“Es importante fomentar hábitos de autocuidado, que tienen que ver, sobre todo en la mujer, con el autocuidado, con la estética, con la belleza, que es algo que a la mujer particularmente le pesa mucho, en el caso de los hombres es importante atender este autocuidado a un aspecto fuertemente vinculado a la salud, el hábito tabáquico, a la salud bucal, a cuestiones que el día de mañana pueden agravarse y traer problemas más serios”*. Podemos inferir entonces que, las conductas y hábitos saludables hacen la diferencia entre una vejez saludable y longeva a una patologizada, en tanto que los mismos inciden directamente en la salud física y mental del AM.

El **especialista2** refiere *“El hecho de adquirir hábitos y conductas saludables prolonga la autonomía del AM, indispensable en la vida de cualquier persona, pero sobre todo en este grupo etario, más aun si se encuentran vulnerabilizados por una enfermedad. Una autonomía que les permite sostener su autocuidado, como el poder bañarse solos, por ejemplo, ya hace una gran diferencia en la salud mental de ese AM. Claro que esto requiere del compromiso de sus vínculos (familia, cuidadores, etc.) quienes también necesitan aprender a acompañarlos”*. Por lo expuesto en los testimonios de los profesionales estamos en condiciones, de refutar la hipótesis d) dado que lo hábitos y conductas se aprenden y adquieren con el tiempo, en consecuencia la patologización de la vejez no sería, hasta el momento, un factor que infiera en dicho proceso, entendiendo que la elección de aprender los mismos depende de una decisión personal que toma

conscientemente el AM a los fines de obtener una mejor calidad de vida en su cotidianeidad, en este sentido el auto-percibirse saludable o enfermo dependerá de sus decisiones no así de cómo lo determine el sistema de salud mundial.

En lo referente a los cuidados médicos recomendados para un envejecimiento saludable rescatamos lo dicho por el **especialista1** *“Lo importante es poder entender cuáles son esos problemas prevalentes para poder prevenirlos, siempre teniendo como objetivo que lo que tenemos que perseguir en el caso de tanto el hombre como la mujer, es la independencia. Necesitamos que las personas mayores sean independientes. Sean autónomas.”* Y agrega *“Eso implica, exámenes periódicos de salud, un médico de cabecera que los continúe, que les haga un seguimiento, que los entienda y por sobre todas las cosas, que lo escuche. Para las personas mayores no hay mejor especialidad médica que un médico de familia entrenado en el cuidado y atención de las personas mayores, con conocimientos de geriatría y de gerontología.”* Queremos visibilizar la importancia en el relato del **especialista1** al hacer referencia a la salud mental como parte integral del cuidado preventivo para un proceso de envejecimiento saludable, cuando dice que *“Suelen ser bastante comunes en las personas mayores y al mismo tiempo bastante sub-diagnosticado porque la gente, los médicos piensan “bueno es normal que el viejito este triste, porque tiene motivos de sobra” y no es así. Tenemos que estar atentos en estos dos sentidos, tanto el médico como el psicológico en lo que son los trastornos del ánimo y la depresión.”* Insiste en dejar en claro la importancia de la detección temprana y el tratamiento de dicha enfermedad cuando afirma enfáticamente *“La depresión es una enfermedad, tiene criterios clínicos, tiene tratamiento farmacológico, tratamiento terapéutico y tratamiento de prescripción social. Es un tratamiento muy complejo, afecta todas las esferas de la vida personal de esa persona, causa sufrimiento e inclusive puede causar la muerte.”* Mientras que el entrevistado2 suma respecto a los AM enfermos que *“Es importante que el paciente tenga una alimentación adecuada, un control de patologías crónicas, dos o tres veces por año, mínimo. No necesariamente tomar tanta medicación.”* Aquí aparece un concepto y/o categoría nueva, muy propio de la tercera edad, que merece ser destacada, dado que lo aprendimos junto a los especialistas, se trata de la **polifarmacia mayor** el mismo refiere al consumo de cinco o más fármacos en forma simultánea durante el mismo período de tiempo. Se considera a la **polifarmacia** como un factor de riesgo, como las reacciones no deseadas

entre más de un medicamento (2018)¹⁶. De esta manera agrega *“El AM es polifarmacia; le dan para bajar la presión y muchos otros fármacos a la vez. Pero a cierta edad no tiene sentido tanta medicación, es un riesgo ya que la mayoría de las veces es contraproducente”*. Son enriquecedoras las miradas de ambos especialistas en personas mayores. Si bien ambos trabajan con distintas variables (salud/enfermedad), específicamente el **entrevistado1** con AMS, promoviendo, concientizando y educando desde la prevención, atención y dando cuenta de una **nueva longevidad** y por otro lado el **entrevistado2** quien se desempeña con AM enfermos, pero que evidencian de varias maneras, coincidencias en ambas miradas respecto al abordaje.

Cuando hablamos de limitaciones sociales del AM y a los espacios sociales que recomiendan para estos en función de su edad el **especialista1** menciona *“Los límites de los AM desde el punto de vista social tiene que ver con el “edadismo”, con esa discriminación por edad, tenemos que entender que los micro edadismos, es decir, esas pequeñas cosas, -y para qué si ya estás grande- -No tenés edad para esto- -Que bien se te ve a pesar de tus años-...Éstas expresiones que uno escucha permanentemente no hacen más que mellar el autoestima de las personas”*. Validamos este llamado de atención al no maltrato de los AM por su edad, ni por ningún motivo, es interesante observar como frases tan internalizadas y cotidianas dan cuenta de la ignorancia sobre la discriminación, en este sentido, es importante reparar en que hay frases consideradas “socialmente correctas” que para este grupo etario se traduce en un impacto negativo hacia su salud mental. En consecuencia el **especialista1** nos propone pensar en los gustos, en las experiencias, en las posibilidades de brindar ese conocimiento y esa experiencia que tienen las personas mayores y para eso necesitamos espacios, cuando afirma *“La mejor estrategia es la de la intergeneracionalidad, la posibilidad de estar mezclados, sin importar las edades, sin importar el color de piel, la diversidad no tiene que ver con personas de diferentes edades, la diversidad tiene que ver con las personas de diferentes gustos, de diferentes colores, diferentes creencias y con que todos tengan la misma oportunidad.”* Por su parte y respecto a los AM enfermos el **especialista2**

¹⁶ Dr. Portela Ortiz, José Manuel. Dr. Rivera Orna, Miguel Ángel. Anestesiólogos cardiovasculares. Hospital Ángeles del Pedregal. México. Particularidades del manejo anestésico en el geronte. “Polifarmacia en el anciano”. Volumen 66. N° 6. Simposio. (2008). Recuperado de https://www.anestesia.org.ar/search/articulos_completos/1/1/1270/c.pdf

sostiene que “La limitación física es en relación a su movilidad. Siempre hay que hacer una evaluación gerontológica integral para definir que tratamiento puede hacerse a los fines de minimizar el grado de dichas limitaciones, lo mismo que adaptar los espacio comunitarios para su fácil acceso” y continua “Es recomendable siempre estar aprendiendo algo nuevo, cursos, centros culturales, centro de jubilados. Pero ojo que hay grupos que deprimen más”. Ambos especialistas dan respuesta a un compromiso comunitario intergeneracional, para que los AM ya sea por su patología o por su edad sean incluidos desde una mirada distinta, integradora, donde la edad cronológica ni limitaciones por patología sean motivo de exclusión, espacios donde se los acepte y valide como iguales.

En respuesta a los sentires, creencias y análisis alrededor de la patologización de la vejez por la OMS el **especialista1** sostiene que “Pensar que la vejez es una enfermedad es un desatino, primero porque todo esto surge de sectores con intereses personales y corporativos y realmente si uno va al sentido común que dice pero si la organización mundial de la Salud declaró década de envejecimiento saludable 2020-2030 ¿cómo es ahora que es una enfermedad?”. Aquí se da cuenta de la dialéctica institucional de la OMS al pretender una convivencia pacífica entre dos medidas contrarias, lo que deja en evidencia un claro interés económico por parte de estos y a costa de los AM. “Entonces cualquier persona con sentido común debería primero pensar ¿Esto de dónde viene? Evidentemente es algo que no funciona, hay otras intenciones, porque si pensamos que la vejez es una enfermedad estamos envejeciendo desde la vida intrauterina, entonces estamos pensando que hay casi 7.000 millones de habitantes en el mundo que estamos todos enfermos”. Acompaña esta mirada el **especialista2** cuando dice “Es un error catalogar la vejez como enfermedad, es como catalogar el embarazo como patológico, en realidad es una etapa de la vida. Lo que pasa es que en el fondo hay un gran negocio y abandono en esta franja etaria por parte de los estados. La farmacología está toda en manos privadas, debería ser mixta, o sea con el estado”. De esta manera podemos afirmar la hipótesis a) donde sostenemos que subyacen intereses económicos desde el sector de salud pública y privada como así también de los laboratorios en torno a la declaración de la OMS (vejez como enfermedad en el CIE-11), en tanto que ambos profesionales coinciden al momento en esta mirada. Agrega el **especialista1** “Hay que pensar, y esto también está descrito hace mucho tiempo, que tiene que ver con la creación de enfermedades. De esto ya se enteró hace

tiempo el sector privado, cuánto más etiquetas, cuánto más enfermedades haya entre la población más medicamentos vamos a vender.”

En relación a nuestra hipótesis c) en la cual suponemos que, la industria millonaria del anti-age, que apunta al rejuvenecimiento no así a la enfermedad per se, motivo por el cual se encuentra hasta ahora por fuera del sistema sanitario y solo al alcance de quienes tengan el poder adquisitivo suficiente; cambiaría su situación como consecuencia de la declaración de la OMS, es decir que, hay claros intereses económicos en relación a esta medida. Estamos en condiciones de afirmarla en base a que **especialista1** explica *“Tiene que ver con lo que está pasando. Están apareciendo las AM en la sociedad, esto es un fenómeno desconocido, pero además están apareciendo no solo en un nivel masivo, en un nivel colectivo, en una experiencia social que es “la longevidad”, sino que además desde el punto de vista cuantitativo, esa demografía, nos está mostrando que no solo son números, sino que son personas que deciden vivir de una manera distinta”*. Continúa, *“¿Qué es lo que está ocurriendo? Que empiezan a verlo como un mercado, a mí me preocupa mucho cuando leo o escucho hablar a personas que no tiene ni idea de cómo piensa un AM, que no tiene ni idea de cómo es el proceso de envejecimiento, que nunca interactuaron con personas mayores, hablar de oportunidad de mercado, de oportunidad económica, de oportunidad política. Es lo que yo llamo “los descubridores”, hay mucho arribista, hay gente que claramente, quiere sacar tajada de todo esto.*

Entonces me parece que es importante desenmascararlos, porque es así”. Concluye diciendo enfáticamente *“hay que desenmascarar a los que dicen que la vejez es enfermedad, hay que desenmascarar a los que quieren sacar provecho de las persona mayores. Pero esto es lo que está pasando. Se busca crear enfermedades, se busca patologizar a los viejos, se busca pensarlos desde actividades pasivas, desde gente que puede dar su dinero porque total si tienen su dinero, más o menos en el banco y se van a morir”*.

Estos son los desafíos con los que nos estamos encontrando, creemos que esto es fundamental, tiene que ver con reconocer a los AM como personas de derecho, reconocerlos como los que nosotros vamos a ser el día de mañana, donde no queremos que nadie venga a decirnos las cosas, dónde vamos a ir a votar, decidir si podemos o no ir a tal o cual lugar, quienes son los que dirijan ciertos destinos, y decimos ciertos porque no van a dirigir nuestro destino de mi

vida determinadas personas. A partir de hoy debemos tomar conciencia y aprender para poder en un futuro (porque todos somos futuros viejos) gozar de esta nueva longevidad. Con respeto y dignidad.

Conclusiones de investigación

Se pudo llegar a la siguiente conclusión posterior al análisis, en relación a *"¿Cómo afecta -en la actualidad- la Patologización de la vejez en el CIE-11 desde el enfoque biopsicosocial a los adultos mayores saludables (60-75)?"* Pregunta que abordamos y a la que hoy a través de la comprensión y el análisis de todo lo expuesto en la investigación damos respuesta concluyendo que, hasta el momento, los AMS (60-75) no se ven afectados por la medida adoptada por la OMS. Esto es inherente a la decisión que toman al elegir adoptar, aprender y adquirir hábitos y conductas saludables, como consecuencia de ello los mismos se mantienen en una longevidad saludable, activa y autónoma. Esto no significa que la finalidad de la patologización de la vejez por la OMS no sea una medida con intereses económicos, políticos y sociales. En este sentido podemos inferir que desde el enfoque biopsicosocial los AM si bien están siendo utilizados por el sistema capitalista, a su vez tienen instituciones, profesionales y especialistas que están velando por su bienestar, como se expuso en esta investigación.

Analizamos como afecta a la salud mental de los AMS la patologización de la vejez en la CIE- 11 y observamos que, complicarían su cuidado preventivo en tanto que éstos deberán entrar al sistema burocrático sanitario para conseguir aquellos suplementos que hasta el momento adquieren de manera libre, fuera del sistema de salud y sobre todo de los laboratorios. Al obligarlos, los exponen a los maltratos que muchas veces ocurren en los centros de asistencia médica, sobre todo a aquellos que tienen limitaciones motrices y/o auditivos. Los AMS se convierten para el sistema en potenciales enfermos. Los afectaría de manera directa en lo referido a los tiempos para adquirir aquello que necesitan, por ejemplo, al tener que padecer problemas con la falta de turnos y largas esperas innecesarias tanto en centros asistenciales

como en farmacias, expuestos siempre al destrato y abuso de esa cadena interminable llamada sistema sanitario, en vez de estar haciendo lo que tanto les gusta hacer, sus actividades sociales.

Indagamos cómo afecta a la salud mental de los adultos mayores saludables, (*en adelante denominados AMS*)¹⁷ la patologización de la Vejez en la Clasificación Internacional de Enfermedades 11.a revisión (CIE-11)¹⁸ y, en este sentido dimos cuenta a través de lo investigado que no están al tanto de dicha medida y que, de acuerdo a la calidad de vida que llevan hasta el momento no se ven afectados. En consecuencia esta medida adoptada por la OMS, hasta hoy no define sus conductas ni hábitos saludables, que en definitiva son los que los mantienen sanos.

Averiguamos sobre la incidencia (positiva/negativa) de las redes vinculares en el proceso de envejecimiento de los AMS. La investigación da cuenta de que la vinculación en forma presencial a través de actividades sociales y los lazos afectivos, generan momentos de satisfacción y felicidad que contribuyen a fortalecer su sistema inmunológico. Es decir, que una enfermedad no puede habitar un cuerpo cuya mente tiene un motivo para levantarse diariamente, un propósito. Incluso para los AM enfermos, estos lazos de afecto y amor significan una mejor calidad de vida.

Evidenciamos cómo interpela en los AMS la vejez vivida como una etapa más de la vida en contraposición a una vejez patologizada por la Organización Mundial de la Salud. En este sentido y de acuerdo a lo investigado para los AM la vejez es una etapa más de su vida e incluso para algunos parecería que aun estando en ella, no es más que una edad cronológica, sienten que aún tienen mucho que enseñar y aprender. Disfrutan de ese proceso tomando las medidas preventivas para poder sostenerlo activa y autónomamente en el tiempo. De todo ello dan cuenta los hábitos y conductas aprendidas y aprehendidas (alimentación, cuidados médicos, actividades físicas, vínculos sociales, etc.) realizadas a lo largo de su vida.

¹⁷ Adultos Mayores Saludables.

¹⁸ Clasificación Internacional de Enfermedades 11.a revisión.

Comprendimos cómo atraviesan los AMS la vejez en su cotidianeidad. En consecuencia se evidenció un cuidado marcado de su salud (física, mental y emocional), mantienen una disciplina y organización de sus tiempos, tareas y actividades. Buscan espacios de esparcimiento con pares, incluso en tiempos de pandemia, socializando al aire libre (plazas). Pusieron en evidencia la importancia de la sexualidad en esta etapa de su vida. Aquellos AM que se encuentran activos, buscan mejorar sus vínculos. Los consideran necesarios para tener mejor ánimo, motivación y predisposición para las actividades cotidianas.

Para finalizar, queremos compartir algunas de las hipótesis que se nos presentaron en el devenir del proceso de investigación:

- d) Pensamos que los AMS se preocupan y ocupan de los AM enfermos o patologizados, en tanto abordan sus necesidades, dado que son conscientes del impacto en la salud que provoca el abandono, respecto a la falta de vínculos y el contacto con un otro.
- e) Comprendemos que los AMS son una población sexualmente activa, sin embargo los prejuicios sociales en torno a esta temática niegan, anulan e ignoran su relevancia.
- f) Creemos que la pandemia motivó a los AMS a buscar nuevos espacios vinculares para sostener sus actividades sociales, como la plaza, propósito que los mantuvo saludables y activos.

Colaboraciones y Agradecimientos

Agradecemos al Dr. Robinson Cuadros Cuadros por su predisposición en la participación de nuestra investigación, como así también por compartir su visión humanitaria y compromiso "visceral" hacia las personas mayores; pero sobre todo, por compartir desinteresadamente sus saberes con nosotros a través del intercambio intercultural, permitiendo así la construcción de nuevos aprendizajes sin límites ni fronteras, visibilizando una problemática de carácter internacional e incidencia mundial sobre este grupo etario. En este sentido y por el bien de todos/as *-presentes y futuros "viejos/as"*- es que deseamos que nunca dejen de existir en el mundo profesionales como usted. Profesionales que hacen la diferencia positiva en un otro.

Ponencia *"Envejecimiento en el CIE-11 desde una mirada internacional y un abordaje Psicosocial"* por el Dr. Robinson Cuadros Cuadros.



Agradecemos al **Dr. Diego Bernardini**, médico familiar, Dr. en Medicina, Lic. en kinesiología, profesor titular de la asignatura salud del adulto mayor en la universidad nacional de mar del plata y escritor, quien contribuyó activa y desinteresadamente a esta investigación aportando en cada una de sus respuestas sus más amplios y admirables saberes, pero sobre todo desde la praxis no brindó información invaluable plasmada en esta investigación y, a la que ya no podemos ser indiferentes. Asimismo destacamos su esencia humanitaria. En este sentido nos invita a comprometernos en esta temática que nos interpela a todos. Nuestra admiración y agradecimiento por su compromiso genuino hacia las personas mayores, es un gran guía en este proceso de vida para todo aquel que tenga la suerte de conocerlo.

Agradecemos a Paula A. Lucindo Mauro. Presidente de Máximo Cuidado Fundación. Por hacer posible esta investigación, ocuparse e involucrarse siempre en pos a los adultos mayores.

Agradecemos al Grupo folclórico denominado "*Raíces Araucanas*" integrado y dirigido por adultos mayores, nuestro especial agradecimiento a los profesores, Marita y Moisés por su calidez, dedicación y compromiso por un otro.

Agradecemos la participación de los voluntarios en materia de Psicología Social cuyos aportes y miradas contribuyeron a la investigación de una manera más enriquecedora.

CONTEXTO SECUNDARIO:

Trabajos de investigación de especialistas y, estudios realizados por organismos públicos y privados.

MATERIAL BIBLIOGRÁFICO

- Abramovich Gonzalo. (2016). *“Envejecimiento activo”*. En ICF Congresos. *Descarte vs Inclusión*. Universidad Austral. (pp. 215-272). Recuperado de https://www.recursosmayores.com.ar/assets/data/publicaciones/Descarte_rte.pdf
- Artículo. INFAD. Revista de Psicología, N°1-Vol.4. (2011). Desafíos y perspectivas actuales de la psicología en el mundo adulto y envejecimiento. “Factores que determinan la calidad de vida de las personas mayores”. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5641316.pdf>
- Bernardini Diego. (2019). *La Segunda Mitad. Los 50 + vivir la nueva longevidad*. Ed.: Aguilar.
- Blanc, Lidia. Lic. en Trabajo Social. Korotky, Sylvia. Lic. en Psicología. Master en Gerontología Social. (Junio 16, 2016). *“Relaciones intergeneracionales y derechos de las personas mayores”*. Red Latinoamericana de Gerontología. Recuperado de https://gerontologia.org/portal/archivosUpload/uploadManual/Relaciones_intergeneracionales_y_derechos_de_las_personas_mayores.pdf

- Blog: Enfermería Salud Mental. “Relación terapéutica y acompañamiento en la enfermedad mental”. 22 May, 2018. Recuperado de <http://www.palabraenfermera.enfermerianavarra.com/blog/2018/05/22/ relacion-terapeutica-y-acompanamiento-en-la-enfermedad-mental/#:~:text=El%20t%C3%A9rmino%20%E2%80%9Cacompanamiento%E2%80%9D%20describe%20la,quien%20sufre%20de%20malestar%20ps%C3%ADquico.>
- (2018). “Clasificación Internacional de Enfermedades”. *Superintendencia de Servicios de Salud*. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/sssalud/hospitales/clasificacion-internacional-enfermedades#:~:text=10a%20Revisi%C3%B3n,La%20C.I.E.,alternativas%20que%20se%20han%20probado>
- (2020). “Plan para el Década de Envejecimiento Saludable 2020-2030”. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <https://www.who.int/es/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action>
- (2021). “La vejez y la nueva CIE-11: posición de la Academia Latinoamericana de Medicina del Adulto Mayor”. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54642>
- Dr. Diego Bernardini. “Hay que aprender a ser viejo”. Programa Comenzar para adultos mayores de la Facultad de Educación. *UCC*. Recuperado de <https://www2.ucc.edu.ar/portal2015/UniversidadCatolica/imprimirContenido.php?destino=investigacion/educacion-en-foco/formacion-docente/entrevistas/&pag=2427&sec>
- Dr. Portela Ortiz, José Manuel. Dr. Rivera Orna, Miguel Ángel. Anestesiólogos cardiovasculares. Hospital Ángeles del Pedregal. México. Particularidades del manejo anestésico en el geronte. “Polifarmacia en el anciano”. Volumen 66 • N° 6 • Simposio. (2008). Recuperado de https://www.anestesia.org.ar/search/articulos_completos/1/1/1270/c.pdf
- Hernández Sampieri, R., et al., (2014), Metodología de la Investigación, México D.F., México: McGraw-Hill.

- Red Latinoamericana de Gerontología. Relaciones intergeneracionales y derechos de las personas mayores. Lic. y Lic. Sylvia Korotky. (2016). Recuperado de <https://gerontologia.org/portal/archivosUpload/uploadManual/Relaciones intergeneracionales y derechos de las personas mayores.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). CIE-11. Recuperado de <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>
- Organización Mundial de la Salud. (2021, 4 de octubre). “Envejecimiento y Salud”. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/ageing-and-health>
- Organización Panamericana de la Salud. (1902, 2 de diciembre). Recuperado de <https://www.paho.org/es>
- Programa de Salud Mental. WHOQOL. Calidad de vida. División de Salud Mental. (1994). Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-calidad-01.pdf>
- (1999, mayo). *Red Latinoamericana de Gerontología*. Recuperado de <https://adultosmayores.net/portal/index.php>
- Siebert, Francisca. (2021, 8 de noviembre). “Investigadores debaten sobre polémica definición”. *Universidad de Chile*. Recuperado de <https://www.uchile.cl/noticias/181489/puede-ser-el-envejecimiento-una-enfermedad>
- Luciano A. Valencia. (Octubre 3, 2021). “¿La vejez es una enfermedad? La Organización Mundial de Salud y un debate sobre la patologización de la misma”. Recuperado de <http://la5tapata.net/la-vejez-es-una-enfermedad-la-organizacion-mundial-de-salud-y-un-debate-sobre-la-patologizacion-la-misma/>
- Lupicinio Iñiguez. Profesor. Maestría en Ciencias Sociales. *Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades. Universidad de Guadalajara*. Guadalajara 8-12 (Septiembre 2008). “Entrevista Grupal.” Orientaciones preparadas por el Dr. Vázquez Félix. (UAB). “Métodos cualitativos de investigación en ciencias sociales”.