Universidad Central

Revista Central de Sociología

21

ISSN 0718-4379 versión impresa
ISSN 2735-7058 versión en línea

Dossier Las personas mayores y su heterogeneidad. Repensando la vejez y las nuevas longevidades

Dossier Miradas Críticas desde la Interseccionalidad Hacia la Hegemonía del Movimiento Feminista

Sociología · Facultad de Economía, Gobierno y Comunicaciones · Universidad Central
Nº21 - diciembre 2025

EQUIPO EDITORIAL REVISTA CENTRAL DE SOCIOLOGÍA

Director

Dr. Nicolás Gómez, Universidad Central de Chile, Chile. ORCID
correo electrónico: nicolas.gomez@ucentral.cl

Editores jefes

Dr. Luiz Ignacio Gaiger, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil. ORCID

Dra. María Isabel Reyes Espejo, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile. ORCID

Dr. Javier Hernández, Universidad Católica de Temuco, Chile. ORCID

Mts. Rodrigo Larraín, Universidad Central de Chile, Chile. ORCID

Dra. Michela Giovannini, Free University of Bozen-Bolzano, Italia. ORCID

Cuerpo de editores asociados

Dr. Pablo Forni, Universidad del Salvador, Argentina. ORCID

Dr. Pablo de Marinis, Universidad de Buenos Aires, Argentina. ORCID

Dr. Emilio Torres Rojas, Universidad Central de Chile. ORCID

Dra. Beatriz Cid Aguayo, Universidad de Concepción, Chile. ORCID

Dra. Beatriz Revuelta Rodríguez, Universidad Central de Chile. ORCID

Lic. Andrés Monares Ruiz, Universidad de Chile, Chile. Academia

Dra. Anabel Rieiro, Universidad de la República, Uruguay, ORCID

Dra. Cristina Cielo, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Ecuador, SE

Dra. Karin Berlien Araos, Universidad de Valparaíso, Chile, ORCID

Consejo científico

Dr. Luis Gajardo Ibáñez, Universidad Central de Chile, Chile. ORCID

Dra. Verónica Fuentes Guarda, Universidad Austral de Chile. ORCID

Dr. Mauricio Shuttenberg, Universidad Nacional de La Plata, Universidad Nacional Arturo Jauretche y Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Argentina. ORCID

Dr. Darío Rodríguez Mansilla, Universidad Diego Portales, Chile.

Dr. Diego Pereyra, Universidad de Buenos Aires, Argentina. ORCID

Dr. Domingo Garcia-Garza, CESSP Centro Europeo de Sociología y Ciencias Políticas, Francia. ORCID

Dr. Manuel Gárate Chateau, Universidad Diego Portales, Chile.

Dra. Jeanne Hersant, Pontificia Universidad Católica, Chile. ORCID

Lic. Eloy Altuve Mejía, Universidad de Zulia, Venezuela. ORCID

Dr. Odín Ávila Rojas, Universidad Santiago de Cali, Colombia. ORCID

Consejo de Evaluadores Revista

Dr. Fabiano Engelmann, Universidade Federal do Rio Grando do Sul, Brasil. ORCID

Dra. Nélida Cervone, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Dra. Svenska Arensburg Castelli, Universidad de Chile, Chile.

Dr. Luis Campos Medina. Universidad de Chile, Chile.

Mg. Edison Otero Bello. Universidad Central de Chile, Chile.

Mg. Gabriel Rojas Maruri, Universidad Central de Chile. ORCID

Dr. (c) Sebastián Moller Zamorano, Universidad Católica de Lovaina, Bélgica.

Dr. Marcelo Martínez Keim, Universidad de Santiago de Chile, Chile.

Dr. Salvador Millaleo Hernández, Universidad de Chile, Chile.

Dr. Fabien Le Bonniec, Universidad Católica de Temuco, Chile.

Dr. Juan Carlos Oyadenel, Universidad Nacional Andrés Bello, Chile.

Dr. (c) Javier Ugarte Reyes, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Argentina.

Dr. (c) Mag. Daniel Palacios Muñoz, Universidad Alberto Hurtado, Chile.

Mg. Javiera Cárdenas Mena, Corporación para el Desarrollo del Maipo.

Dra. Elaine Acosta González, Florida International University, Directora ejecutiva del Observatorio Cuido60.

Dr. Celi Taffarel, Grupo LEPEL, Programa de Estudio en Educación. Facultad de Educación-Universidad Federal de Bahía. Brasil

Dr. Alexandre Fernández Vaz, Universidad Federal de Santa Catarina. Brasil.

Dr. Marcelo Paula de Melo, Grupo de Pesquisa Coletivo de Estudos de Políticas de Esportes, Lazer e Educação Física (GEPOLES).

Dr. Pedro Athayde, Grupo AVANTE. Faculdade de Educação Física da Universidade de Brasília.

Dr. Lino Castellani, Universidade Estadual de Campinas. Brasil.

Mtr. Marcelo Húngaro, Grupo AVANTE, Faculdade de Educação Física da Universidade de Brasília, Brasil.

Dr. Fernando Mascarenhas, Grupo AVANTE, Universidade de Brasília, Brasil.

Mtr. Brunio Mora, Departamento de Educación Física y Deporte en ISEF, Universidad de la República, Uruguay.

Lic. Liber Benítez. ISEF-Universidad de la República. Uruguay.

Dr. Juan Bautista Lucca, Universidad Nacional de Rosario, Argentina.

Mg. Sebastián Moller, Université catholique de Louvain, Bélgica.

Asistente del comité editorial

Miguel Irribarra, estudiante de la carrera de Sociología, Universidad Central de Chile. ORCID

Correo electrónico: miguel.irribarra@alumnos.ucentral.cl

SUMARIO

7 Presentación. Revista Central de Sociología. Nº20

Dossier Las personas mayores y su heterogeneidad. Repensando la vejez y las nuevas longevidades

Artículos científicos dossier: Las personas mayores y su heterogeneidad. Repensando la vejez y las nuevas longevidades

10 ¿La sexualidad femenina tiene fecha de caducidad?

Does Female Sexuality Have an Expiration Date?

Bárbara Ilona Danús Vigh

40 Personas adultas mayores vs. Discriminación: de la Gerontocracia a la Gerontofobia ¿El precio de envejecer?

Older adults vs. Discrimination: from Gerontocracy to Gerontophobia. What is the price of aging?

Asseneth Verdecia Rodríguez

66 Alimentación y envejecimiento: análisis de prácticas y concepciones alimentarias de personas mayores de sectores medios de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Food and Ageing: analysis of food practices and conceptions of middle-class elderly people in Buenos Aires, Argentina

Flavia Demonte

100 Efectos de un programa multicomponente en la capacidad funcional y cognitiva de adultos mayores, Los Muermos

Effects of a multicomponent program on functional and cognitive capacity in older adults, Los Muermos

José Luis Cárdenas Barria, Tania Andrea Flores Igor y Mauricio González Sepúlveda

115 Envejecer con violencias: un marco de análisis sobre las situaciones y acciones de violencias en la vejez

Aging with violence: a framework for analyzing situations and acts of violence in old age

Angélica Rodríguez Abad y Montserrat Olvera Grande

143 Las adultas mayores del Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores en la Universidad: expectativas

Senior Adult Female Researchers of the Mexican National System of Male and Female Researchers within Universidad: expectations

Sandra Areli Saldaña Ibarra, Felipe R. Vázquez Palacios y Rocío López Lara

Ensayos académicos dossier: Las personas mayores y su heterogeneidad. Repensando la vejez y las nuevas longevidades

166 Gerontosexualidad: una perspectiva para el análisis de la sexualidad en la vejez

Gerontosexuality: A perspective for the analysis of sexuality in old age

Oscar Osorio Pérez y Miguel Ayala Aguirre

191 La voz que no jubila: Aproximaciones al activismo y personas mayores una revisión de literatura

The Voice that does not Retire: Approaches to Activism and Older People: A Literature Review

Consuelo Estadella Guerra

213 Propuesta metodológica para reconocer y analizar la vejez

Methodological proposal to recognize and analyze old age

Montserrat Olvera Grande y María de la Luz Martínez Maldonado

235 Historicidad y biografía: Fundamentos para intervenciones situadas en las vejeces latinoamericanas

Historicity and biography: foundations for situated interventions in Latin American aging

Valentina Nejaz

260 Un cuento neoliberal: la producción de economías morales sobre la vejez

A Neoliberal Tale: The Production of Moral Economies of Old Age

Adriana Rovira

Dossier Miradas Críticas desde la Interseccionalidad Hacia la Hegemonía del Movimiento Feminista

Artículos científicos dossier: Miradas Críticas desde la Interseccionalidad Hacia la Hegemonía del Movimiento Feminista

282 Mapas Corporales de Menstruación. Símbolos, Discursos y Resistencias Menstruales en un Grupo de Chilenas Urbanas

Body maps of menstruation. Symbols, discourses, and menstrual resistance in a group of urban Chilean women

Sofía de la Fuente Véliz

Ensayos académicos dossier: Miradas Críticas desde la Interseccionalidad Hacia la Hegemonía del Movimiento Feminista

310 Negritud, feminismos y praxis antirracista en Chile desde la experiencia del Kilombo Negrocentricxs

Blackness, feminisms, and antiracist praxis in Chile through the experience of Kilombo Negrocentricxs

Ana Carolina Amaral Andrade

330 Aproximaciones teóricas al concepto de hegemonía y su relación con la interseccionalidad

Theoretical approaches to the concept of hegemony and its relationship with intersectionality

Pía Guerra Núñez

Revista Central de Sociología. Nº 21 - diciembre 2025
ISSN 0718-4379 versión impresa; ISSN 2735-7058 versión en línea.
Edita: Sociología de la Facultad de Economía, Gobierno y Comunicaciones Universidad Central de Chile
Correspondencia: Lord Cochrane # 414, Torre A 2° Piso / Santiago - Chile
Teléfono (56) 2-5826513 / Fax (56) 2-582 6508 / E-Mail: nicolas.gomez@ucentral.cl
www.centraldesociologia.cl
Diseño: Patricio Castillo Romero

Historicidad y biografía: Fundamentos para intervenciones situadas en las vejeces latinoamericanas

Historicity and biography: Foundations for situated interventions in Latin American aging

Fecha de recepción: 11 de septiembre de 2025 / Fecha de aprobación: 22 de septiembre de 2025

Valentina Nejaz[1]

Resumen

Desde la gerontología social crítica latinoamericana, este ensayo analiza la invisibilización de la historicidad y biografía de las vejeces en intervenciones de salud y comunitarias en Chile. Se cuestiona la hegemonía de enfoques funcionalistas que homogenizan las vejeces reduciéndolas a déficits, y se plantea la necesidad de comprenderlas como experiencias situadas, atravesadas por trayectorias biográficas y condiciones estructurales.

El objetivo es proponer una reflexión crítica que vincule salud, terapia ocupacional y sociología, destacando historicidad y biografía como fundamentos de intervenciones contextualizadas. Se recurre a un marco teórico-crítico que involucra aspectos disciplinares de la terapia ocupacional sur, interseccionalidad y el paradigma del curso de vida.

El análisis evidencia opresiones como viejismo, infantilización y patologización, además de limitaciones en instrumentos estandarizados. Se concluye que incorporar metodologías biográfico-narrativas es esencial para superar reduccionismos, reconocer derechos de las personas mayores y avanzar hacia intervenciones de salud más justas, culturalmente pertinentes y situadas en América Latina.

Palabras clave: Vejez; gerontología; América Latina; salud; derechos humanos

1 Terapeuta Ocupacional, Magíster en Neurociencias.
Investigadora Independiente, Santiago, Chile.
Correo electrónico: valentinanr.to@gmail.com. ORCID: https://orcid.org/0009-0003-5328-9442

Abstract

From the perspective of critical Latin American social gerontology, this essay analyzes the invisibilization of historicity and biography in interventions with older adults within health and community contexts in Chile. It questions the hegemony of functionalist approaches that homogenize old ages, reducing them to deficits, and highlights the need to understand them as situated experiences, shaped by biographical trajectories and structural conditions.

The objective is to propose a critical reflection that links health, occupational therapy and sociology, emphasizing historicity and biography as foundations for contextualized interventions. A critical-theoretical framework is employed, involving disciplinary aspects of occupational therapy from the South, intersectionality, and the life course paradigm.

The analysis reveals oppressions such as ageism, infantilization, and pathologization, in addition to limitations in standardized instruments. It concludes that incorporating biographical-narrative methodologies is essential to overcome reductionism, recognize the rights of older people, and move toward health interventions that are more just, culturally relevant, and situated in Latin America.

Keywords: Old age; gerontology; Latin America; health; human rights

Introducción

El envejecimiento poblacional en Latinoamérica y particularmente en Chile, representa uno de los desafíos sociopolíticos más significativos del siglo XXI (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2014). Sin embargo, este fenómeno demográfico ha sido predominantemente abordado desde perspectivas reduccionistas que tienden a homogeneizar las múltiples formas de envejecer. La concepción singular y monolítica de "la vejez" o "adultez mayor" como categoría uniforme, e incluso la visión biomédica del envejecimiento como un proceso "universal" (Cardona y Peláez, 2012), ha dado paso a una transformación, incluso paradigmática, que apunta a una comprensión más compleja y plural que reconoce la existencia de múltiples "vejeces", entendiendo que estas se construyen en la intersección de dimensiones sociales, culturales, económicas, de género, étnicas y territoriales particulares. (Martínez et al, 2023)

Las políticas públicas chilenas y los modelos hegemónicos de atención en salud continúan operando desde paradigmas que fragmentan la atención (Villalobos Dintrans, 2017), y por ende también la experiencia humana y el tránsito por el sistema de salud, privilegiando aproximaciones biomédicas que reducen las vejeces a un conjunto de déficits, patologías y deterioros funcionales, y que tiende a excluir, en diversas situaciones de salud, la experiencia vivida de las personas en sus propios contextos geográficos, culturales, políticos, económicos y sociales (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). Esta visión hegemónica, descontextualiza las situaciones de salud de las personas mayores de sus determinantes sociohistóricos,

además de negar la autonomía, los saberes y las narrativas que estas personas han construido a lo largo de su curso vital.

El análisis se realizará desde una aproximación sociológica con el fin de profundizar en los procesos sociales, culturales, económicos y políticos que configuran las experiencias de envejecimiento, contribuyendo a la crítica social y al diseño de intervenciones más justas y contextualizadas. Además, se inscribe en un momento histórico de transformación demográfica, donde Chile experimenta un acelerado proceso de envejecimiento poblacional que exige repensar los paradigmas de intervención. Según proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas (2020), para el año 2050, aproximadamente un 30% de la población chilena tendrá más de 60 años, lo que plantea desafíos inéditos para los sistemas de cuidado, protección social y atención sanitaria (Observatorio del Envejecimiento, 2021a). En este escenario, resulta imperativo desarrollar abordajes críticos que trasciendan la mera gestión técnica del envejecimiento y se orienten hacia la comprensión de las vejeces como experiencias situadas, heterogéneas y atravesadas por condicionantes estructurales específicos del contexto latinoamericano, como lo es el sistema neoliberal, la desigualdad socioeconómica y la infravaloración cultural de la vejez.

Metodología

Este ensayo fue elaborado bajo un enfoque teórico-crítico orientado a la revisión y análisis contextualizado de la literatura especializada en gerontología social crítica y terapia ocupacional crítica en el contexto latinoamericano.

El corpus teórico fue seleccionado a partir de fuentes académicas y documentos oficiales que abordan las múltiples dimensiones del envejecimiento en América Latina, haciendo énfasis en la historicidad, biografía, interseccionalidad y los procesos sociales de poder que impactan a las personas mayores. Se privilegiaron textos que ofrecen perspectivas críticas y descoloniales, así como análisis situados en realidades socioeconómicas y culturales específicas.

Los criterios para la revisión bibliográfica incluyeron la relevancia temática, actualidad (prioritariamente literatura desde el año 2010 hasta la actualidad) y aporte conceptual a la problematización de los modelos hegemónicos biomédicos y funcionalistas. Se incorpora también literatura, que tiene una antigüedad mayor a la esperada, para construir un marco interpretativo coherente que fundamenta las proposiciones y discusiones del ensayo.

El enfoque interpretativo adoptado parte de la teoría crítica y la gerontología social crítica desde el sur, que problematiza las estructuras de poder y desigualdad en la atención a personas mayores. Además del análisis, se plantean propuestas concretas desde lo interventivo, con un posicionamiento desde el paradigma sur, con enfoque inter/transdisciplinario y emancipatorio, especialmente para promover intervenciones de estas características desde cualquier arista de la salud.

Gerontología social y terapia ocupacional crítica desde el sur

La Gerontología social crítica ha emergido como un campo de estudio que busca distanciarse de las perspectivas funcionalistas y biomédicas predominantes en los estudios sobre el envejecimiento. Desde autores propios de Latinoamérica como Yuni (2015), o incluso Minkler (1996) en Estados Unidos, han desarrollado un marco teórico que problematiza la construcción social de la vejez a nivel mundial, entendiendo esta como una categoría socio histórica atravesada por relaciones de poder y desigualdad. Esta perspectiva crítica cuestiona los estereotipos negativos asociados al envejecimiento y las concepciones estigmatizantes de las vejeces con sus discursos que enmarcan la vulnerabilidad y dependencia. Además, reconoce cómo estas condiciones son productos de configuraciones sociopolíticas específicas, antes que consecuencias inevitables del proceso de envejecimiento biológico. Así, se desprende la necesidad de que la gestión y las intervenciones dirigidas a las comunidades se ejerzan de manera situada en los diversos territorios del país, reconociendo y adaptándose a sus particulares procesos histórico-sociales y características culturales. (Chamorro y Sánchez, 2022)

En el contexto latinoamericano, la gerontología crítica adquiere características particulares al incorporar los debates sobre la colonialidad del poder y del saber, reconociendo cómo los modelos hegemónicos de comprensión del envejecimiento han sido importados desde matrices epistémicas eurocéntricas que desconocen las particularidades sociohistóricas de la región. Pese a la centralidad de estos elementos críticos, diversos estudios realizados especialmente en América Latina, y en Chile en particular, dan cuenta de que, independientemente de los esfuerzos establecidos para no caer en las lógicas de definición de roles y estereotipos por parte de las políticas de salud, persiste el edadismo en el entendimiento del proceso de envejecimiento (Piña Morán et al., 2022). Este se manifiesta en prácticas cotidianas como el asistencialismo, el paternalismo y la infantilización de las vejeces, conceptos que se profundizarán más adelante. Las teorías gerontológicas dominantes han sido construidas a partir de la experiencia de envejecimiento de sociedades industrializadas del norte global, cuyas condiciones distan significativamente de las realidades latinoamericanas marcadas por la desigualdad estructural y la polarización de clases sociales, la informalidad o precariedad laboral y las discontinuidades en los sistemas de protección social. Asimismo, la gerontología crítica latinoamericana ha contribuido a visibilizar la heterogeneidad inherente a las vejeces, incorporando análisis interseccionales que consideran cómo las desigualdades de género, clase, etnia y territorio configuran experiencias diversas de envejecimiento, en contraposición a ideas donde la edad cronológica mantiene un papel central en la estratificación social, dado que las instituciones reguladoras de las etapas vitales, particularmente aquellas vinculadas a la esfera estatal y sus organismos, la emplean como criterio para normar diversos aspectos de la vida social, tales como la educación formal, el ejercicio de derechos políticos y el acceso a la jubilación. (Yuni, 2015)

Ante esta realidad latinoamericana, la terapia ocupacional desde el sur como disciplina que acompaña procesos terapéuticos de emancipación de las comunidades,

a través del acceso a vidas cotidianas con sentido y dignidad, constituye un movimiento epistemológico y político que busca distanciarse de las concepciones hegemónicas de la disciplina, fundadas en matrices anglosajonas que privilegian una comprensión y descontextualizada de la ocupación humana (Guajardo y Malfitano, 2023). Esta perspectiva crítica propone entender la vida cotidiana no como un fenómeno ahistórico y universal, sino como una práctica social situada y reflexiva, atravesada por condicionantes estructurales y relaciones de poder específicas de cada contexto. Esta postura implica un cuestionamiento a los modelos importados que han predominado en la formación y práctica profesional, proponiendo en su lugar el desarrollo de conceptualizaciones y metodologías situadas que respondan a las realidades latinoamericanas.

En el ámbito específico de la intervención con personas mayores, la terapia ocupacional crítica cuestiona los abordajes centrados exclusivamente en la funcionalidad, entendida tradicionalmente como la capacidad para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, y que determina la calidad y la expectativa de las personas mayores, así como también los apoyos que requerirán durante su vida (Martínez-Velilla et al., 2017). Este enfoque basado en la funcionalidad, o desde la terapia ocupacional, en modelos como el Modelo de Ocupación Humana (Kielhofner, 2006), tiende a clasificar y ordenar las habilidades y destrezas de manera fragmentada y patologizante, privilegiando una visión mecanicista del cuerpo y que separa a las personas de su contexto social e histórico (Krzemien et al., 2020), entendiendo que este contexto o entorno, va más allá de las barreras físicas y sociales, sino que implica ser transversal a un contexto político local.

La crítica principal radica en que la funcionalidad se estandariza como un ideal normativo que polariza el amplio espectro de maneras legítimas de estar y actuar en la cotidianidad, imponiendo una forma única y homogénea de independencia que no considera las diversidades culturales, sociales ni las trayectorias de vida de las personas mayores (Guest, 2024). Esta estandarización reproduce estructuras de poder que subordinan las experiencias singulares a criterios biomédicos y sociales hegemónicos, invisibilizando formas alternativas de participación y autonomía que no encajan en el paradigma funcional tradicional (Guajardo y Malfitano, 2023; Galheigo, 2012).

Además, esta visión funcionalista tiende a patologizar las diferencias y a reducir la intervención a la habilitación o rehabilitación de capacidades específicas, sin reconocer la riqueza de las ocupaciones significativas que las personas mayores desarrollan en contextos situados, comunitarios y familiares, muchas veces en condiciones de dependencia o con limitaciones funcionales. En ese sentido, se debe mirar hacia objetivos terapéuticos y de salud que no se centren únicamente en recuperar "la función" pre-mórbida, sino en optimizar los recursos existentes de los sujetos y su entorno, promoviendo la participación social y la toma de decisiones autónomas, en lugar de limitarse a la adaptación funcional (Duque, 2009)

La interseccionalidad como clave para repensar la funcionalidad

La funcionalidad puede enriquecerse y ser problematizada desde la interseccionalidad. La terapia ocupacional crítica, como se mencionó anteriormente, cuestiona la estandarización de la funcionalidad como un ideal normativo que polariza las formas legítimas de autonomía e independencia, ignorando cómo las múltiples identidades sociales como género, clase, etnia, edad, discapacidad se intersectan para configurar experiencias únicas y diversas de vida cotidiana.

En este sentido, la funcionalidad no debe ser entendida como un estándar rígido de independencia al cual las personas y cuidados en salud deben aspirar, sino como un concepto dinámico y contextualizado que reconoce las interdependencias, las redes de apoyo y las adaptaciones culturales que configuran las formas diversas de habitar la vida cotidiana en las vejeces de acuerdo a su presente y proyección realista de su proyecto de vida. Esta perspectiva amplia permite superar la polarización entre autonomía y dependencia, promoviendo intervenciones que respeten las historias de vida y las identidades únicas de cada persona mayor, en diálogo con sus entornos sociales y culturales.

Por ejemplo, las mujeres mayores pueden enfrentar, al igual que las mujeres jóvenes, una doble carga ocupacional, combinando trabajo remunerado o informal con tareas domésticas y de cuidado (Ministerio de la Mujer y equidad de género, 2020), lo que condiciona sus posibilidades de participación y las condiciones en las que se desarrolla su vejez. De igual modo, personas mayores indígenas o migrantes experimentan formas particulares de envejecimiento que no se ajustan a los parámetros funcionalistas convencionales, pues sus prácticas y roles están enraizados en cosmovisiones y estructuras comunitarias que valoran otras formas de autonomía y cuidado (Gallardo, 2023).

La interseccionalidad ofrece así un marco analítico para comprender cómo las políticas, prácticas y evaluaciones funcionales pueden reproducir exclusiones y desigualdades, invisibilizando las estrategias adaptativas y las redes de apoyo que sostienen la funcionalidad en contextos diversos. En la práctica, esto implica que la práctica en salud y rehabilitación debe incorporar evaluaciones y planes de intervención que reconozcan estas múltiples dimensiones y que valoren la funcionalidad contextualizada, es decir, situada en las realidades sociales, culturales y económicas específicas de cada persona mayor y sus comunidades.

La praxis situada desde una perspectiva interseccional implica además reconocer las particularidades de las vejeces indígenas, migrantes, LGBTIQ+, con sufrimiento psíquico, en situación de calle y de personas en situación de discapacidad, entre otras posiciones de sujeto que configuran experiencias específicas frecuentemente invisibilizadas en los abordajes homogeneizantes (Raymond et al, 2023). De esta forma, se fomenta una mejor adherencia al sistema de salud y se contrarrestan las desigualdades derivadas de una visión limitada y unificada del envejecimiento.

En consecuencia, la aplicación de esta perspectiva no demanda una inyección de nuevos fondos públicos o materiales de intervención adicionales, (una idea que también se mencionará más adelante), sino más bien una transformación paradigmática en la forma de concebir y ejercer las disciplinas del área social y de la salud. Esto implica una co-construcción de intervenciones, donde el diseño e implementación de programas y actividades se realice en colaboración directa con las propias comunidades y personas mayores. En lugar de aplicar modelos prediseñados, este enfoque valora los saberes ancestrales y las propias conceptualizaciones de bienestar y salud de la comunidad, permitiendo que guíen el proceso a través de sesiones participativas y metodologías dialógicas.

Esta transformación se extiende a la interdisciplinariedad en salud, promoviendo un diálogo y una construcción activa y colectiva con otras disciplinas del área social y de la salud. Se busca romper con las visiones fragmentadas y trabajar en conjunto con las comunidades para comprender y abordar las complejidades de las experiencias de envejecimiento desde múltiples aristas sociales, históricas y políticas. Asimismo, la terapia ocupacional crítica trasciende la intervención individual para enfocarse en la incidencia en políticas públicas y entornos cotidianos, una labor que reside en la articulación de conocimientos y alianzas intersectoriales. Se busca abogar por la eliminación de barreras estructurales y la creación de ambientes más inclusivos, promoviendo políticas que garanticen el acceso equitativo a los servicios y erradiquen prejuicios. Sin embargo, este proceso implica una introspección profunda sobre los propios sesgos y privilegios de las disciplinas en salud, con el propósito de deconstruir las nociones eurocéntricas y capacitistas que aún permean la práctica y que son ampliamente desarrolladas en la formación profesional, generando una transformación interna que impacta directamente en la calidad y pertinencia de las intervenciones. De este modo, la terapia ocupacional desde el Sur busca entonces, la transformación de las condiciones que generan desigualdad e invisibilización, promoviendo una visión del envejecimiento que celebra la diversidad y la justicia social en toda su extensión.

Trayectorias vitales y heterogeneidad en la vejez

Para reforzar algunas ideas planteadas al inicio, el paradigma del curso de vida ofrece un marco teórico-metodológico fundamental en gerontología, que permite comprender la idea del envejecimiento no como una etapa cronológica aislada, sino como un proceso dinámico y multidimensional que se desarrolla a lo largo de toda la existencia. Este enfoque enfatiza cómo las trayectorias vitales se configuran de manera compleja a partir de la interacción de factores históricos, sociales y culturales específicos (Elder, 1998). Así, los eventos históricos a gran escala, las normas sociales imperantes y las condiciones culturales particulares ejercen una influencia profunda en las vidas individuales, generando un entramado de oportunidades y restricciones que se manifiestan de manera diferenciada, concretamente en la vida cotidiana, el hacer y los vínculos sociales. La comprensión del envejecimiento, por

tanto, trasciende una mera progresión cronológica para insertarse en una dinámica de influencias contextuales que determinan experiencias de vida diversas y heterogéneas, donde la heterogeneidad se enmarca en los procesos sociales que generan desigualdad a lo largo del curso de la vida (Oddone, 2012).

Ahora bien, la heterogeneidad de la vejez involucra, por tanto, las trayectorias acumulativas de infancia, adolescencia y adultez, que se entrelazan para conformar las condiciones de vida presentes en la vejez. Estas trayectorias incluyen eventos, roles sociales, y experiencias de salud y enfermedad que se manifiestan de formas diversas en la etapa tardía de la vida. La biografía, entendida como la narrativa integral del curso de vida (Blanco, 2011), es fundamental para comprender la presentación de procesos de salud y enfermedad en la vejez, ya que revela cómo las condiciones tempranas y las transiciones a lo largo del tiempo influyen en el estado funcional y psicosocial dinámico y diverso de las personas mayores.

Culturalmente, la vejez se asocia con la enfermedad, la fragilidad y el malestar (Observatorio del envejecimiento, 2021b) y se encuentra enraizada en narrativas que privilegian la juventud, la gerontofobia y la productividad, desatendiendo las adaptaciones creativas, la sabiduría acumulada y las redes de apoyo que las personas construyen a lo largo de sus vidas, siendo aquellos elementos cruciales para una comprensión de su cotidianidad y participación en la sociedad (Guest, 2024). Esta asociación estigmatizante, arraigada en un modelo biomédico y edadista, limita la comprensión de la vejez como un período de potencialidad, continuidad y significado, reduciendo las intervenciones a la mera gestión de déficits y patologías, desconectadas de las complejas historias de vida y los contextos sociales que las moldean (Zarebski, 2011; OMS, 2023). Esta visión restrictiva impide reconocer las capacidades y las múltiples formas de bienestar que las personas mayores cultivan en sus entornos cotidianos, además, perpetúa un ciclo de infantilización, y exclusión basadas en estereotipos físicos y psicosociales, despojando al envejecimiento de su dimensión integral y sus valiosos aportes a la comunidad (Levy, 2009).

La comprensión de estas trayectorias vitales, marcadas por la acumulación de experiencias y la influencia de factores sociohistóricos y culturales, demanda que la terapia ocupacional reconfigure sus aproximaciones evaluativas. Alejándose de los enfoques exclusivamente biomédicos y estandarizados que perpetúan la visión deficitaria de la vejez y como una etapa aislada del curso vital, la práctica debe integrar una perspectiva biográfica y narrativa profunda en sus intervenciones comunitarias y clínicas. Esto implica ir más allá de la medición de capacidades funcionales aisladas, para sumergirse en la historia de vida de las personas mayores, explorando cómo las oportunidades y restricciones pasadas influenciadas por la clase social, el género, la etnia y otras posiciones interseccionales, han moldeado sus patrones de participación actuales y su relación con la salud y el bienestar (OMS, 2023). Las terapias ocupacionales del sur facilitan, observan y participan de escenarios donde las personas mayores narran sus experiencias vitales, identifican sus recursos internos y externos, y revelan sus estrategias de adaptación y resiliencia forjadas a lo largo de sus vidas. Esta comprensión contextual permite develar las capacidades subyacentes

y las potencialidades emergentes y contrarresta el posible edadismo vinculado a la gestión de déficits, valorando la sabiduría construida en sus propias trayectorias.

La práctica en salud y terapia ocupacional, entonces, no se limita a adaptar entornos o restaurar funciones en miras de la independencia en actividades cotidianas, sino más bien se expande a la incidencia en la aplicación concreta de políticas públicas ya existentes y la articulación intersectorial, promoviendo ambientes libres de edadismo y accesibles para todos, desafiando las construcciones sociales limitantes de la vejez, la heterogeneidad de las políticas públicas y promoviendo el reconocimiento de las personas mayores como agentes activos de cambio social y cultural, contribuyendo así a una longevidad digna, significativa y plena de sentido.

Las vejeces comprendida desde los dispositivos de salud

Aún cuando las disciplinas del área de la salud intentan resistir e impulsar hacia nuevos enfoques con prácticas transformadoras, las vejeces aún se ven inmersas en una trama compleja donde la patologización opera a través de diversos mecanismos discursivos e institucionales que naturalizan la asociación entre envejecimiento y enfermedad. El viejismo, un prejuicio social profundamente arraigado, se ha infiltrado en los sistemas de atención sanitaria, generando abordajes que anticipan déficits y que interpretan cualquier manifestación desde una lógica de deterioro. Esta mirada distorsiona la comprensión de los procesos inherentes del envejecimiento, justificando intervenciones medicalizantes que reducen las necesidades complejas de las personas mayores a problemas técnicos susceptibles de ser resueltos desde aproximaciones exclusivamente biomédicas, lo cual puede derivar en una forma de "iatrogenia social" que impacta negativamente su calidad de vida y autonomía. Desde la terapia ocupacional crítica y situada desde el sur, esta perspectiva demanda una resistencia activa a la hegemonía del modelo médico, que a menudo invisibiliza las dimensiones socioculturales y ocupacionales del envejecimiento (Galheigo, 2012). En la práctica, esto implica un compromiso con la desmedicalización de la vejez, fomentando una comprensión de la salud que trascienda la ausencia de enfermedad para incluir la participación significativa en la vida cotidiana, incluso en contextos de salud-enfermedad.

En el escenario de salud chileno, la tendencia a la patologización de la vejez se expresa claramente en el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), un instrumento que, si bien representa un avance en términos de acceso a evaluaciones preventivas en la Atención Primaria de Salud (Ministerio de Salud, 2021), continúa operando desde una lógica centrada en la detección de déficits funcionales, privilegiando esta dimensión por sobre otros aspectos constitutivos del bienestar integral. Este enfoque funcionalista y biomédico fragmenta la experiencia de las vejeces, focalizándose en la identificación de limitaciones y riesgos sin considerar en profundidad las capacidades, recursos y contextos sociales que sostienen la autonomía y calidad de vida de las personas mayores.

Además, la atención clínica en Chile reproduce relaciones de poder asimétricas entre profesional de la salud y persona mayor, donde predomina un enfoque curativo que prioriza la corrección de déficits y la normalización funcional, más que un acompañamiento integral centrado en la persona y su historicidad. Esta dinámica puede reforzar la infantilización de las personas mayores, especialmente en situaciones de dependencia o deterioro cognitivo. Este modelo, puede derivar en sobre-diagnóstico y sobre-tratamiento, con consecuencias negativas que incluyen la medicalización innecesaria y la pérdida de autonomía.

La intervención práctica debe trascender la mera administración de pruebas y la corrección de funciones, para transformarse así en un enfoque que desafía las estructuras de poder inherentes a los dispositivos de salud. Esto implica que los profesionales de la salud, utilicen los resultados de instrumentos como el EMPAM desde una perspectiva crítica y que los aborde como un punto de partida inicial para una evaluación significativamente más amplia y cualitativa. La aplicación de instrumentos, tales como screening cognitivo como el Mini-Examen del Estado Mental (MMSE) o de funcionalidad como el Cuestionario de Pfeffer, de Lawton y Brody o Escala de Barthel, (en general los más utilizados en Chile) no debe ser mecánica ni reduccionista; por el contrario, requieren de una interpretación profunda que cuestione sus sesgos funcionalistas y biomédicos, reconociendo que sus resultados representan sólo una faceta muy reducida de la complejidad de la vida de las personas mayores. Es fundamental que el profesional comprenda que al enfocarse primordialmente en la detección de déficits y riesgos estandarizados, puede inadvertidamente contribuir a la patologización de procesos esperables del envejecimiento si no se complementa con una visión holística que explore las fortalezas, los recursos personales y ambientales, y las intrincadas historias de vida que dan sentido a la existencia de cada persona y comunidad. En lugar de ser un fin en sí mismo, el EMPAM u otras herramientas estandarizadas, deben ser una herramienta complementaria para iniciar un diálogo significativo que fortalezca la participación activa de las personas mayores en su propio proceso de salud. Se propone en cambio, en el centro de la evaluación e intervención en salud, el diseño de proyectos o encuentros comunitarios donde las personas mayores sean protagonistas en la identificación de sus necesidades y la creación de soluciones, utilizando sus propios recursos y redes de apoyo.

La práctica, por ende, debe centrarse en ejercicio de la autonomía y la participación significativa, fomentando la toma de decisiones compartida sobre el cuidado de su salud, incluso en situaciones de dependencia. Esto requiere una formación continua que permita a los profesionales deconstruir sus propios sesgos y promover un cambio cultural en los dispositivos de salud hacia una atención que reconozca la diversidad de las vejeces y celebre las múltiples formas de envejecer. Al incorporar activamente estas perspectivas, se busca contribuir a la transformación de las estructuras institucionales que perpetúan las desigualdades, promoviendo modelos de atención que prioricen el bienestar integral y la dignidad en todas las etapas de la vida.

La infantilización y el paternalismo como expresión de opresión social

La infantilización de la vejez representa una de las manifestaciones más palpables de la desvalorización social y del edadismo estructural, permeando prácticas comunicativas, actitudinales e institucionales que sistemáticamente menoscaban la condición de sujetos adultos de las personas mayores. Este fenómeno se caracteriza por la adopción de un lenguaje simplificado y condescendiente, junto con la imposición de decisiones sustitutivas que restringen la autonomía individual.

Una manifestación específica de estas prácticas comunicativas es el denominado *elderspeak*. Una revisión sistemática reciente, llevada a cabo por Shaw y Gordon (2021), ha evidenciado que la prosodia exagerada, rasgo distintivo del *elderspeak*, compromete la comprensión auditiva en personas mayores y es percibida como condescendiente. Esta forma de comunicación es particularmente significativa en el contexto de la demencia, donde el uso de este estilo comunicativo incrementa la probabilidad de resistencia a los cuidados, estableciendo un correlato directo con el desarrollo de conductas desafiantes para sus cuidadores y cuidadoras.

La infantilización de la vejez opera como un mecanismo de control social que legitima la subordinación de las personas mayores, equiparándolas simbólicamente con la niñez y negando su trayectoria vital, experiencia acumulada y capacidad de autodeterminación. Esta práctica, que se manifiesta en la infravaloración de sus capacidades físicas y mentales, así como de su vasto bagaje personal, adquiere particular gravedad en los contextos institucionales y sanitarios. En estos entornos, las intervenciones a menudo se desarrollan desde posicionamientos paternalistas que, bajo la pretensión de "evitar daños", ejercen un poder desproporcionado sobre las personas mayores, desconociendo la autonomía como principio ético fundamental. Dicha dinámica pone en riesgo a su dignidad y favorece una prematura pérdida de independencia y autonomía funcional, lo que puede desencadenar diversas patologías de tipo psicológico, como depresión, baja autoestima y una percepción negativa de su autoconcepto (Comité de Bioética Asistencial Amavir, 2023).

Este fenómeno de infantilización, entrelazado intrínsecamente con el paternalismo, constituye una expresión directa del viejismo (Menéndez Álvarez-Dardet et al., 2016) y se inscribe en un entramado más amplio de opresión social. Dicha opresión afecta de manera diferenciada a grupos considerados funcionalmente inferiores o con mayor vulneración política y social, como personas en situación de discapacidad, minorías étnicas, mujeres mayores y otros colectivos marginados. Estos grupos no solo enfrentan la discriminación por edad, sino también otras formas interseccionales de exclusión que se entrelazan para profundizar su desventaja y limitar sus posibilidades de autonomía y reconocimiento social (Westwood y Gilleard, 2020). La infantilización actúa, así, como un mecanismo de doble opresión, donde la negación de la adultez y la autonomía, asociada a este dispositivo social relacionado con la edad, se amplifica en función de la intersección de múltiples identidades sociales y condiciones de vulnerabilidad. Concretamente, esta opresión se manifiesta a través de

actitudes que infravaloran las capacidades físicas, como no permitir la realización de actividades de la vida diaria de forma autónoma, limitar la movilidad bajo el pretexto de evitar caídas, o incluso colocar absorbentes a personas plenamente continentes (Comité de Bioética Asistencial Amavir, 2023). Estos comportamientos, lejos de favorecer la protección, impiden un uso adecuado de sus facultades físicas, cognitivas, funcionales y emocionales, lo que supone un detrimento progresivo de las mismas.

El desarrollo de prácticas anti-infantilización, por tanto, emerge como un imperativo ético fundamental en las intervenciones con personas mayores, particularmente en contextos donde la asimetría de poder tiende a reproducir relaciones paternalistas. Este enfoque implica una revisión crítica del lenguaje, las actitudes y los procedimientos que explícita o implícitamente posicionan a las personas mayores como objetos de intervención antes que como sujetos de derechos.

Perspectivas críticas sobre el abordaje de las personas con demencias

Las demencias, en sus diversas manifestaciones clínicas, representan uno de los desafíos más complejos y urgentes para los sistemas de cuidado tradicionales y para los modelos de intervención gerontológica contemporáneos. Sin embargo, más allá de su manifestación médica, las demencias revelan la insuficiencia de las respuestas institucionales para garantizar la inclusión social, el respeto a los derechos humanos y la autonomía de las personas mayores que las viven (Centro UC Estudios de Vejez y Envejecimiento, 2022). En Chile, se estima que cerca de 200.000 personas viven con alguna forma de demencia, cifra que se proyecta se triplicará para el año 2050, reflejando un aumento exponencial en la demanda de servicios especializados y una necesidad imperiosa de enfoques integrales y humanizados (Ministerio de Salud, 2017).

A nivel global, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha reconocido la magnitud de este reto, impulsando el Plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia 2017-2025, cuya meta inicial establecía que el 75% de los Estados miembros contarán con planes nacionales sobre demencia para el 2025. Sin embargo, las evaluaciones realizadas en el año 2021 revelaron un progreso insuficiente, con muchos países rezagados respecto a lo previsto. Particularmente en América Latina, sólo un 12.5% de los países (México, Cuba, Costa Rica y Chile) disponían de un plan nacional para ese año, una cifra notablemente inferior al objetivo global (OPS, 2021). Este desfase es alarmante si se considera que, según las proyecciones del estudio de carga mundial de enfermedad, el número de personas con demencia en América Latina y el Caribe alcanzará los 13.7 millones de casos para 2050, lo que representa un aumento del 205% respecto a 2019 y duplica la previsión de crecimiento para América del Norte, un incremento atribuible principalmente al envejecimiento demográfico de la región (OPS, 2021).

A pesar de esta alarmante proyección y la creciente incidencia de las demencias, la atención predominante continúa anclada en paradigmas biomédicos reduccionistas que priorizan la gestión sintomática y funcional, dejando de lado la comprensión holística de la persona como sujeto histórico, social y biográfico. El abordaje integral de las personas con demencia, sin embargo, no es una conceptualización reciente; Tom Kitwood (1997) argumentó enfáticamente la necesidad de trascender el modelo puramente clínico para reconocer y nutrir la "persona" del individuo, más allá del diagnóstico y el déficit cognitivo. Kitwood postuló que una atención verdaderamente humana debe centrarse en la experiencia subjetiva, la identidad persistente y las necesidades psicosociales del individuo, en contraposición a una mera administración de síntomas, lo cual refuerza la urgencia de una reconfiguración paradigmática en los sistemas de cuidado. No obstante, la implementación de esta filosofía en la práctica se enfrenta a considerables desafíos que, según señala Nandimath (2021), a menudo oscurecen los logros y aspectos positivos del enfoque centrado en la persona, y quedaría más bien en un escenario utópico de la atención y los cuidados en salud. El imperativo actual para los expertos en demencia es, por tanto, el de abogar activamente y aumentar la concienciación y comprensión sobre este modelo, así como el de proporcionar soluciones basadas en la evidencia para su implementación práctica, transformando la atención centrada en la persona de un ideal literario en una realidad tangible.

Para lograr una implementación efectiva de la atención centrada en la persona, el Manual de Buenas Prácticas para el diagnóstico de las Demencias (2018), concretamente menciona que es indispensable que el/la cuidadora formal (o bien, la comunidad de cuidados) desarrolle habilidades clave: primero, comprender los signos y síntomas de la demencia y anticipar el avance de la enfermedad, sabiendo cómo reaccionar ante situaciones de agitación, agresión o dolor; segundo, entender a la persona con demencia desde su historia de vida, reconociendo su comportamiento como una forma de comunicación, validando sus emociones y empatizando con ellas; tercero, comprender las necesidades tanto del usuario como de su familia; cuarto, respetar la identidad, cultura y sexualidad del usuario; y quinto, conocer y proteger los derechos de las personas mayores con demencia (Ibáñez et al., 2018). Para ello, son fundamentales habilidades transversales como la comunicación efectiva y la búsqueda de oportunidades de interacción significativas, reconociendo las preferencias de la persona y facilitando que realice sus propias elecciones de acuerdo a su realidad, y siendo capaz de realizar tareas con ella, en lugar de para ella.

La invisibilización de la biografía adquiere una dimensión especialmente relevante en el contexto de las demencias, donde el enlentecimiento cognitivo y la alteración de las capacidades comunicativas suelen ser interpretados como signos de incompetencia o incapacidad absoluta. En una sociedad y un sistema de salud que privilegian de manera casi exclusiva la funcionalidad y la eficiencia, esta interpretación se ancla en un paradigma capacitista. Este paradigma, como señala Álvarez Ramírez (2023), se manifiesta en una combinación de ideas, prácticas, instituciones y relaciones sociales que presuponen la capacidad y, al hacerlo, construyen a las personas con discapacidad, incluidas aquellas con demencia, como "otros" marginados e invisibles,

negándoles reconocimiento y autonomía plena. Dicho paradigma genera una tensión profunda: el ritmo desacelerado y las formas no convencionales de comunicación de las personas con demencia incomodan y desafían las expectativas normativas de productividad y autonomía. Esta disonancia provoca respuestas institucionales y clínicas que tienden a marginar y silenciar estas expresiones vitales, menoscabando su capacidad para articular su propia historia y experiencias. En este sentido, la dificultad para reconocer la persistencia del yo y la riqueza de la experiencia subjetiva se vincula directamente con los obstáculos en la construcción de la narrativa personal que enfrentan las personas con demencia (Villar, 2019). La negación o la obstaculización para "darles voz" en la elaboración de su propia biografía, a pesar de sus alteraciones cognitivas, perpetúa una visión reduccionista que impide la validación de su identidad continua y su capacidad de interacción social, silenciando sus formas únicas de expresión y existencia.

Las Naciones Unidas (2006) en su Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, impulsó un cambio paradigmático en la concepción de la capacidad legal y la autonomía al establecer que todas las personas, independientemente de su nivel de capacidad o diagnóstico, tienen derecho a la igualdad ante la ley y a ejercer su capacidad jurídica con los apoyos necesarios. Bajo este marco, la toma de decisiones con apoyo implica una obligación de los Estados y sistemas de cuidado de proporcionar asistencia personalizada y diferenciada ya sea a través de familiares, profesionales, tutores o redes comunitarias, para que la persona pueda expresar sus deseos, preferencias y valores de manera efectiva, manteniendo así el control y la autodeterminación sobre su propia vida. Este enfoque destaca la presunción de capacidad y el derecho inherente de cada individuo a participar plenamente en las decisiones que les conciernen, incluso en situaciones de deterioro cognitivo, desafiando las concepciones tradicionales que limitaban la autonomía de las personas con discapacidad (Bach y Kerzner, 2010).

Diversos estudios en América Latina han concluido que los modelos de apoyo en la toma de decisiones representan un cambio de paradigma fundamental para la autonomía y la inclusión social de las personas mayores y de aquellas con discapacidad cognitiva. Por ejemplo, la Ley 1996 de 2019 en Colombia introduce herramientas como los acuerdos de apoyos y las directivas anticipadas, que permiten a las personas decidir libremente si requieren asistencia para la toma de decisiones, garantizando así que la autonomía y la libertad sean principios rectores y no excepciones impuestas por terceros (Desclab, 2020). En esta línea, la CEPAL menciona la importancia de fortalecer la participación y el empoderamiento de las personas mayores, promoviendo su liderazgo y el ejercicio de derechos a través de redes de apoyo y acción colaborativa, lo que contribuye a su inclusión y bienestar (CEPAL, 2025).

Asimismo, la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (Weidenslaufer y Truffello, 2020) destaca que la toma de decisiones con apoyo es una alternativa menos restrictiva que la tutela, ya que permite a las personas mayores recibir orientación y acompañamiento sin renunciar a sus derechos legales, favoreciendo la autodeterminación y la posibilidad de aprender y desarrollar habilidades para la vida cotidiana. La Guía

Práctica para el Establecimiento de Apoyos para el Ejercicio de la Capacidad Jurídica de la OEA (2022) también enfatiza que la persona de apoyo debe ser elegida libremente y su función es facilitar el acceso a información, la valoración de alternativas y la comunicación de decisiones, siempre respetando la voluntad y preferencias de la persona.

Estos enfoques, al desafiar prácticas paternalistas y estructuras de poder asimétricas, promueven una ética del cuidado basada en el respeto, la escucha activa y la corresponsabilidad, y han demostrado reducir el riesgo de abuso, mejorar el bienestar subjetivo y fortalecer la inclusión social de las personas mayores (Barclay, 2024).

Es fundamental que los actores comunitarios, junto con dispositivos de salud, servicios de rescate, líderes y organizaciones locales, se capaciten en formas de comunicación no verbal, reconociendo que a medida que avanza la enfermedad, el lenguaje tradicional pierde eficacia y la comunicación se sostiene principalmente a través de gestos, expresiones faciales, contacto físico y tono de voz.

Quienes atienden y se relacionan con personas con demencia, deben priorizar el confort y el bienestar emocional por sobre la presión para "mejorar" o "mantener" funciones cognitivas, reconociendo que la dignidad se sostiene en la cotidianidad y en el reconocimiento de la persona más allá de sus capacidades cognitivas. Esto implica fomentar espacios seguros y acogedores donde las personas con demencia puedan participar en actividades significativas y mantener vínculos sociales, evitando la exclusión y el aislamiento.

En la praxis clínica y comunitaria, y en la medida en que la sociedad se distancie progresivamente de modelos asistencialistas, curativos e infantilizantes, resulta imperativo desarrollar competencias para interpretar y responder de manera adecuada a los mensajes no verbales emitidos por las personas con demencia, tales como las variaciones en la expresión facial, la conducta y el lenguaje corporal. La comunicación debe ser adaptada para ser clara, serena y afectuosa, propiciando un ambiente de confianza y respeto mutuo. El contacto físico, cuando se realiza de forma cuidadosa y respetuosa, por ejemplo, mediante la toma de la mano o un leve toque en el hombro, adquiere una relevancia significativa para transmitir seguridad y afecto, siempre considerando y respetando los límites y preferencias individuales o culturales. Asimismo, el uso de un tono de voz amable y pausado, junto con una proxémica adecuada que mantenga una distancia que no genere incomodidad ni sensación de amenaza, contribuye a establecer una interacción más efectiva y confortable, favoreciendo el bienestar emocional y la dignidad de la persona con demencia (Nieto-Alcaraz et al., 2016). Este enfoque integral y respetuoso sólo podrá consolidarse en la medida en que la sociedad avance en la superación de concepciones reduccionistas y patologizantes basadas en el deterioro, reconociendo la complejidad y riqueza de las experiencias vitales de las personas mayores.

No obstante, la implementación y el sostenimiento de este enfoque comunicacional y de cuidado, que exige una profunda empatía y paciencia, no pueden recaer

exclusivamente en la esfera individual o familiar. Esta exigencia se agrava en un contexto de desigualdad social y económica, donde persisten mitos y discriminación hacia la vejez, precarizando el ambiente para una comunicación genuinamente respetuosa y digna. Particularmente, la salud mental de las mujeres cuidadoras, quienes asumen mayoritariamente esta responsabilidad, ha sido históricamente desatendida, lo cual compromete la calidad del cuidado ofrecido. Por consiguiente, resulta imperativo generar estrategias integrales que aborden estas inequidades estructurales y que incluyan la educación comunitaria sobre la demencia, la creación de espacios de intercambio de experiencias para familiares y cuidadores, así como la provisión de recursos terapéuticos especializados para su acompañamiento emocional y psicológico, asegurando así su bienestar indispensable para la calidad del cuidado.

La comprensión y abordaje de esta realidad demanda trascender la intervención puramente diádica entre la persona con demencia y su entorno familiar inmediato. Es fundamental cuestionar las estructuras sociopolíticas que, de forma inherente, reproducen y exacerban el malestar, la injusticia y el acceso limitado o inequitativo a la salud para este colectivo. La praxis clínica no puede circunscribirse únicamente al ámbito individual, sino que debe reconocer y abordar el entramado social y político más amplio en el que se desarrolla el proceso de envejecimiento y la vivencia de la demencia. El trato que reciben las personas con demencia y las condiciones de apoyo disponibles para ellas no sólo reflejan, sino que pueden profundizar las vulnerabilidades sociopolíticas que ya existen en este grupo de personas mayores. En contextos donde los servicios especializados y el apoyo comunitario son insuficientes, la carga del cuidado recae principalmente en las familias y mujeres, lo que agrava la precariedad de los hogares con menos recursos y limita las oportunidades de integración social y acceso a una atención digna. De este modo, una intervención verdaderamente ética y transformadora requiere una incidencia directa en las políticas públicas que aseguren la equidad, la dignidad y un sistema de apoyo robusto y accesible para todas las personas con demencia y sus entornos de cuidado.

Comunidades de memoria y validación social de las trayectorias

La construcción de comunidades de memoria constituye una estrategia valiosa para trascender aproximaciones individualistas, reconociendo el carácter inherentemente social de las biografías y la importancia de la validación intersubjetiva de las experiencias. Estas comunidades pueden configurarse en diversos espacios institucionales y comunitarios, orientándose a la construcción colectiva de narrativas que reconozcan el valor de las trayectorias vitales de las personas mayores.

En este sentido, la historización de las experiencias vividas de las personas mayores es una práctica comunitaria y de salud habitual, sin embargo tiende a estandarizarse pensando en una reminiscencia grupal a menudo des-historizada de las experiencias subjetivas, pasando por alto la intersección entre las vidas de las personas mayores y los grandes eventos históricos o traumas del pasado (Capstick

y Ludwin, 2015). En el contexto de las personas con demencia, la comprensión de respuestas como el retraimiento o la compulsión a la repetición, bajo esta luz historizada de la propia biografía, podría generar un avance terapéutico entendiéndolas como estrategias de resistencia con sentido y encarnada frente a las normas y regímenes imperantes en los entornos de cuidado. (Capstick y Ludwin, 2015).

Las comunidades de memoria adquieren particular relevancia en contextos donde las personas mayores han sido protagonistas de procesos históricos significativos que permanecen invisibilizados en los relatos oficiales. Como señala Elizabeth Jelin (2002), la memoria colectiva es un campo de lucha donde diversos actores sociales disputan el sentido del pasado y su legitimidad en el presente. En este escenario, las voces de quienes vivieron la represión y la violencia estatal, con frecuencia personas mayores, resultan fundamentales para la construcción de memorias plurales y democráticas. Desde esta perspectiva, estas comunidades de memoria permiten influir en el contenido de la historia oficial y modificar su sentido, buscando eliminar distorsiones y legitimar relatos previamente ocultos, censurados o silenciados. También les faculta para buscar reivindicaciones, reparaciones materiales y promover la formación de comunidades de pertenencia y apoyo personal entre pares, posibilitando la elaboración de rituales, la participación en conmemoraciones y la reclamación de marcas simbólicas de reconocimiento en memoriales, monumentos o museos. Este reconocimiento colectivo es esencial para contrarrestar la exclusión y el olvido, validando las trayectorias vitales de las personas mayores como fuentes legítimas de conocimiento y experiencia histórica.

Las personas mayores desempeñan un rol fundamental y activo en la construcción del relato histórico, aportando testimonios imprescindibles para una comprensión profunda de la historia social. Contrariamente a las lógicas del sistema neoliberal, que tienden a fragmentar y mercantilizar las experiencias individuales, invisibilizando las trayectorias colectivas y priorizando la productividad y el consumo, las personas mayores actúan como custodios de la memoria colectiva. Su rol trasciende la simple rememoración; es una labor activa de preservación y transmisión de saberes, valores y experiencias que permiten que la historia social sea escuchada, comprendida y valorada en toda su complejidad.

Este papel se vuelve especialmente relevante en el caso de personas que enfrentan enfermedades neurodegenerativas, donde la capacidad para narrar la historia de vida de manera oral y tradicional puede verse comprometida. En estos casos, la comunidad tiene el deber ético y social de abrir espacios y construir dispositivos que faciliten la expresión y transmisión de esas historias, reconociendo formas alternativas de comunicación y memoria como el uso de imágenes, objetos significativos, música, o relatos colectivos que permitan que todas las voces sean escuchadas y validadas. Así, se garantiza que la historicidad de cada individuo no se pierda, sino que se integre en un entramado social más amplio.

La historicidad, entendida como el valor comunitario, social y político que se otorga al presente a partir del reconocimiento de las trayectorias pasadas, es un

recurso esencial para construir un futuro más resiliente. Al valorar y preservar las memorias de las personas mayores, la comunidad no solo honra su dignidad y experiencia, sino que también fortalece el tejido social, promueve la justicia epistémica y fomenta la capacidad colectiva para enfrentar desafíos futuros con mayor conciencia y solidaridad. En este sentido, la historicidad se convierte en un puente que conecta pasado, presente y futuro, sustentando procesos de transformación social inclusivos y sostenibles.

En Chile, la creación y fortalecimiento de comunidades de memoria podría articularse a través de espacios como centros comunitarios, organizaciones de personas mayores, museos de la memoria y programas educativos que integren las experiencias de las generaciones que vivieron la dictadura militar, las transformaciones socioeconómicas del modelo neoliberal y las luchas sociales por derechos fundamentales.

Asimismo, la colaboración entre instituciones de salud, servicios sociales y organizaciones comunitarias es esencial para incorporar la dimensión biográfica en la atención a personas mayores, reconociendo cómo sus experiencias históricas influyen en su bienestar actual. Esto implica capacitar a profesionales para que valoren y utilicen las memorias como recursos terapéuticos, contribuyendo a una atención más integral y respetuosa.

Es importante destacar que no es necesario extender mayores recursos públicos, comunitarios o de salud para implementar estas iniciativas. Se pueden gestionar y facilitar espacios comunitarios que reconozcan la historia y trayectoria de vida de las personas mayores, aprovechando las estructuras y recursos ya existentes en los programas públicos. Esta gestión implica un cambio paradigmático que trasciende las orientaciones tradicionales centradas exclusivamente en la mejora cognitiva y funcional, muchas veces idealizada y desvinculada de la realidad social, para poner en el centro la participación comunitaria y la educación orientada a construir una sociedad más inclusiva y menos prejuiciosa respecto a la vejez.

Programas públicos en Chile como las Salas de Rehabilitación Basadas en la Comunidad, el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, y los Centros de Apoyo Comunitario para personas con demencia o los Centros Diurnos de personas mayores, constituyen plataformas idóneas para implementar estas iniciativas sin requerir necesariamente una ampliación significativa de recursos públicos. La incorporación de actividades que promuevan la recuperación y validación de memorias colectivas, la narración de historias de vida y el diálogo intergeneracional puede potenciar el bienestar emocional y social de las personas mayores, fortaleciendo su sentido de pertenencia, resiliencia y contribución social.

Conclusión

Al priorizar la historicidad y la biografía en la comprensión de las vejeces latinoamericanas, el presente ensayo propone que las intervenciones de salud reconozcan la diversidad social de las personas mayores. Esta perspectiva permite comprender desde la sociología cómo las estructuras sociales, las desigualdades, las relaciones de poder y los determinantes sociales de la salud influyen en la experiencia del envejecimiento al configurar necesidades y capacidades diferenciadas. Desde este enfoque, es posible diseñar prácticas de salud centradas en la persona, que integren trayectorias vitales y contextos sociales, evitando la patologización y la infantilización, y promoviendo cuidados, apoyos y estrategias culturalmente pertinentes y situadas. Así, el presente ensayo pretende evidenciar, orientar políticas y prácticas de cuidado hacia unas más justas y equitativas en salud.

El análisis desarrollado revela la persistencia de paradigmas reduccionistas que patologizan la trayectoria diversa de las vejeces en los sistemas de salud, interpretándose predominantemente como procesos de declive o deterioro, en lugar de reconocerlas como experiencias vitales complejas y situadas históricamente. Esta mirada simplificadora se manifiesta en prácticas institucionales, evidenciando la necesidad urgente de desarrollar aproximaciones alternativas que reconozcan la heterogeneidad constitutiva de las formas de envejecer en contextos latinoamericanos y, en particular en Chile, considerado como el país más envejecido de Latinoamérica.

Las perspectivas críticas desde la gerontología social y la terapia ocupacional del sur ofrecen herramientas conceptuales valiosas para repensar las vejeces como fenómenos socio históricamente situados, atravesados por relaciones de poder que configuran experiencias diferenciadas según variables interseccionales como género, clase, etnia y territorio. Esta aproximación interseccional es especialmente pertinente en contextos latinoamericanos marcados por profundas desigualdades estructurales que condicionan radicalmente las trayectorias de envejecimiento.

La incorporación de metodologías biográfico-narrativas emerge como una estrategia fundamental para superar aproximaciones descontextualizadas que reducen las necesidades de las personas mayores a problemas técnicos susceptibles de ser resueltos mediante intervenciones estandarizadas. La recuperación y validación de las historias de vida no constituye un ejercicio meramente simbólico, sino que representa un fundamento ético y metodológico para el desarrollo de prácticas verdaderamente centradas en las personas, que reconozcan cómo sus ocupaciones actuales, preferencias y modos de relación están enraizados en trayectorias biográficas específicas.

Esta perspectiva adquiere particular relevancia en el contexto de las enfermedades neurodegenerativas, donde la pérdida progresiva de capacidades comunicativas y cognitivas tiende a justificar una invisibilización aún más radical de las biografías. El conocimiento profundo de las trayectorias vitales constituye un recurso terapéutico para el diseño de intervenciones personalizadas que respondan efectivamente a

las necesidades de las personas con demencia, reduciendo la tendencia a la infantilización y la despersonalización en los cuidados.

Incorporar la historicidad y la biografía en la práctica favorece el bienestar y la dignidad de las personas mayores, además de permitir a los equipos de salud y comunitarios orientar sus acciones desde una ética del reconocimiento y el respeto por la diversidad de las vejeces. Así, se promueve una intervención situada, capaz de trascender la mera gestión de síntomas para construir espacios de validación, participación y sentido, contribuyendo a una sociedad más justa e inclusiva para todas las etapas del ciclo vital. En este sentido, la historicidad se configura como un valor comunitario, social y político que otorga sentido al presente y posibilita la construcción de futuros más resilientes y democráticos.

Finalmente, la revalorización de la historicidad en las intervenciones con vejeces heterogéneas requiere un compromiso institucional y social para incorporar políticas y prácticas que reconozcan los derechos de las personas mayores, promoviendo modelos de toma de decisiones con apoyo y espacios comunitarios que validen y visibilicen sus trayectorias vitales. Esta transformación implica un cambio epistemológico y una reorientación práctica que aproveche los recursos existentes en programas públicos, para fomentar la educación hacia una sociedad inclusiva y libre de prejuicios sobre la vejez, la justicia social y a la transformación cultural necesaria para enfrentar los desafíos del envejecimiento en América Latina.

Referencias bibliográficas

Álvarez Ramírez, G. E. (2023). *El capacitismo, estructura mental de exclusión de las personas con discapacidad*. CERMI y Grupo Editorial Cinca, S. A. http://www.convenciondiscapacidad.es/wp-content/uploads/2023/02/el-capacitismo.pdf

Bach, M., Kerzner, L. (2010). A New Paradigm for Protecting Autonomy and the Right to Legal Capacity: Advancing Substantive Equality for Persons with Disabilities through Law, Policy and Practice. Law Commission of Ontario. https://www.lco-cdo.org/wp-content/uploads/2010/11/disabilities-commissioned-paper-bach-kerzner.pdf

Barclay, L. (2024). Paternalism, supported decision-making, and expressive respect. *Journal of Ethics y Social Philosophy, 27*(1), 121–138. https://doi.org/10.26556/jesp.v27i1.2926

Blanco, M. (2011). El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. *Revista Latinoamericana de Población, 5*(8), 5–31. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323827304003

Cardona, D., Peláez, E. (2012). Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: Oportunidades, retos y preocupaciones. *Revista Salud Uninorte, 28*(2), 335–348. https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/1570

Centro UC Estudios de Vejez y Envejecimiento. (2022). *Personas mayores y demencia: realidad y desafíos* [Informe]. https://estudiosdevejez.uc.cl/wp-content/uploads/2022/07/PERSONAS-MAYORES-Y-DEMENCIA-FINAL.pdf

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). (2014). *La nueva era demográfica en América Latina y el Caribe: la hora de la igualdad según el reloj poblacional*. Santiago, Chile.

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). (2025). *Empoderar para incidir, nuevo paradigma de participación en el marco del programa Mayores por la Región*. https://www.cepal.org/es/enfoques/empoderar-incidir-nuevo-paradigma-participacion-marco-programa-mayores-la-region

Chamorro García, H., & Sánchez Chauca, N. (2022). El reconocimiento de las vejeces: perspectivas críticas desde la formación profesional. *Propuestas Críticas En Trabajo Social-Critical Proposals in Social Work*, *2*(4), 208–2018. https://doi.org/10.5354/2735-6620.2022.68621

Comité de Bioética Asistencial Amavir. (2023). *Cultura ética en las residencias: edadismo, infantilización y paternalismo (Cuadernillo Dos)*. Amavir. https://www.amavir.es/wp-content/uploads/2023/06/Cuadernillo-Dos.-Edadismo-infantilizacio%CC%81n-y-paternalismo-v5.pdf

Duque, J. (2009). Perspectiva ocupacional de las personas mayores. En A. Corregidor (Ed.), *Terapia Ocupacional en geriatría y gerontología: bases conceptuales y aplicaciones prácticas* (pp. 19–24). Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.

Elder, G. H., Jr. (1998). The life course as developmental theory. *Child Development, 69*(1), 1–12.

Galheigo, S. M. (2012). Perspectiva crítica y compleja de terapia ocupacional: actividad, cotidiano, diversidad, justicia social y compromiso ético-político. *TOG (A Coruña), monográfico 5*, 176–187. http://www.revistatog.com/mono/num5/compromiso.pdf

Gallardo, L. (2023). Envejecimiento y personas mayores en los pueblos originarios latinoamericanos. *Rebelión*. https://rebelion.org/envejecimiento-y-personas-mayores-en-los-pueblos-originarios-latinoamericanos/

Guest, A. (2024). Aging Redefined: Moving Past the Deficit Model. *Journal of Public Health in the Deep South, 4*(1), 8. https://doi.org/10.55533/2996-6833.1080

Guajardo Córdoba, A., Malfitano, A. P. S. (2023). Apuntes críticos a los fundamentos de la terapia ocupacional: apertura para una posible Terapia Ocupacional Otra. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, 31*, e3491. https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoARF267634913

Ibáñez, A., Slachevsky, A., Serrano, C. (2018). *Manual de buenas prácticas para el diagnóstico de las demencias*. Ministerio de Salud de Chile.

Instituto Nacional de Estadísticas (INE). (2020). Estimaciones y proyecciones de la población de Chile 1992-2050. Total país. https://www.ine.gob.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/proyecciones-de-poblacion

Jelin, E. (2002). *Los trabajos de la memoria*. Siglo XXI de Argentina Editores.

Kielhofner, G. (2006). *Model of Human Occupation: Theory and Application* (4th ed.). Lippincott Williams y Wilkins.

Kitwood, T. (1997). *Dementia Reconsidered: The Person Comes First*. Open University Press.

Krzemien, D., Miranda, C., Martin, N. G. (2020). La ocupación en la Gerontología: una perspectiva crítica del Modelo de Ocupación Humana. *Revista Ocupación Humana, 20*(1), 82–105. https://doi.org/10.25214/25907816.268

Levy, B. (2009). Stereotype Embodiment: A Psychosocial Approach to Aging. *Current Directions in Psychological Science, 18*(6), 332–336. https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01662.x

Martínez-Velilla, N., Ibarrola Guillén, C., Fernández Navascués, A., & Lafita Tejedor, J. (2017). El concepto de funcionalidad como ejemplo del cambio del modelo nosológico tradicional. Atención Primaria. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.03.013

Martínez, V. N., Ambrosi, J., Castiñeira, R., Charra, D. (2023). Vejeces y Género, una mirada interseccional sobre las personas mayores. *Sociales Investiga, (14)*. https://socialesinvestiga.unvm.edu.ar/ojs/index.php/socialesinvestiga/article/view/633

Menéndez Álvarez-Dardet, S., Cuevas-Toro, A. M., Pérez-Padilla, J., Lorence Lara, B. (2016). Evaluación de los estereotipos negativos hacia la vejez en jóvenes y adultos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología, 51*(6), 323–328. https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.12.003

Minkler, M. (1996). Critical perspectives on ageing: New challenges for gerontology. *Ageing and Society, 16*(4), 467–487. https://doi.org/10.1017/S0144686X00003639

Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género. (2020). *Paso a paso: Corresponsabilidad en los hogares*. https://minmujeryeg.gob.cl/wp-content/uploads/2020/11/GUIA-CORRESPONSABILIDAD.pdf

Ministerio de Salud. (2017). *Plan Nacional de Demencias 2017–2025*. Gobierno de Chile. https://www.alzint.org/u/Chilie-PLAN-DE-DEMENCIA.pdf

Ministerio de Salud. (2021). *Plan Nacional de Salud Integral para Personas Mayores y su Plan de Acción 2020–2030*. Gobierno de Chile. https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/Plan-Nacional-de-Salud-Integral-para-Personas-Mayores_v2.pdf

Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf

Nandimath, P. T. (2021). Person-centred care in dementia: Philosophy and challenges in implementation. *Ageing and Mental Health, 1*(3), 44–47. https://doi.org/10.18231/j.agems.2021.003

Nieto-Alcaraz, R., Arcos-García, C. M., Rubio-Hernández, A. (2016). Comunicación y cambios del lenguaje en personas con enfermedad de Alzheimer. *Revista Española de Comunicación en Salud, 7*(2), 331–335. http://dx.doi.org/10.20318/recs.2016.3457

Observatorio del Envejecimiento. (2021a). ¿Está Chile preparado para envejecer? Universidad Católica de Chile. https://observatorioenvejecimiento.uc.cl/wp-content/uploads/2021/03/Reporte-%C2%BFEsta%CC%81-Chile-prepardo-para-envejecer__v7.pdf

Observatorio del Envejecimiento. (2021b). *Edadismo: Imagen social de la vejez y discriminación por edad (Pontificia Universidad Católica de Chile Ed.)*. Pontificia Universidad Católica de Chile. https://observatorioenvejecimiento.uc.cl/wp-content/uploads/2021/07/Reporte-Observatorio-Edadismo.pdf

Oddone, M. J. (2012). Diversidad y envejecimiento. Apuntes para su discusión. *Población*, *5*(9), 55–56.

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Informe mundial sobre el edadismo*. https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240016866

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Marco de la OMS para la participación significativa de las personas con enfermedades no transmisibles y afecciones de salud mental y neurológicas*. https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240073074

Organización Panamericana de la Salud. (2021). *La demencia en América Latina y el Caribe: prevalencia, incidencia, repercusiones y tendencias a lo largo del tiempo*. OPS. https://doi.org/10.37774/9789275326657

Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Programas nacionales de ciudades y comunidades amigables con las personas mayores. Una guía*. https://doi.org/10.37774/9789275327975

Piña Morán, M., Olivo Viana, M. G., Martínez Matamala, C., Poblete Troncoso, M., Guerra Guerrero, V. (2022). Envejecimiento, calidad de vida y salud: Desafíos para los roles sociales de las personas mayores. *Rumbos TS, 17*(28), 7–27. https://doi.org/10.51188/rrts.num28.642

Raymond, E., Carrasco-Pavez, V., Rodríguez-Gutierrez, B., Gallardo-Peralta, L. P., Gonzálvez-Torralbo, H., Osorio-Parraguez, P., Caro-Puga, S. (2023). Estudios sobre la diversidad de los envejecimientos en América Latina y el Caribe: Revisión sistematizada en cuatro cruces. *Revista Prisma Social, (42),* 142–169. https://revistaprismasocial.es/article/view/4975

Shaw, C. A., Gordon, J. K. (2021). Understanding Elderspeak: An Evolutionary Concept Analysis. *Innovation in Aging, 5*(3), igab023. https://doi.org/10.1093/geroni/igab023

Villalobos Dintrans, P. (2017). Envejecimiento y cuidados a largo plazo en Chile: desafíos en el contexto de la OCDE. Revista Panamericana de Salud Pública, 41, e86. https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2017.v41/e86

Villar, F., Serrat, R., Bravo-Segal, S. (2019). Giving Them Voice: Challenges to Narrative Agency in People with Dementia. *Geriatrics, 4*(1), 20. https://doi.org/10.3390/geriatrics4010020

Weidenslaufer, C., Truffello, P. (2020). *Protección de la autonomía del adulto mayor. Experiencia comparada*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio%2F10221%2F28895%2F2%2FBCN_Autonomia_del_adulto_mayor_2020_VF_pdf.pdf

Westwood, S., Gilleard, C. (2020). *Ageing, Diversity and Equality: Social Justice Perspectives*. Policy Press. https://cnpea.ca/images/ageing_diversity_and_equality.pdf

Yuni, J. (2015). Perspectivas críticas acerca de la construcción social de la vejez y las intervenciones socio-culturales. En *Más mayores, más derechos. Diálogos interdisciplinarios sobre vejez* (pp. 320–347). Editorial de la Universidad Nacional de la Plata.

Zarebski, G. (2011). La Reserva Humana: Construir nuestro futuro (Capítulo 7). En G. Zarebski, *El futuro se construye hoy: La Reserva Humana, un pasaporte hacia un buen envejecimiento* (pp. 159–176). Paidós.