



UNIVERSIDAD NACIONAL DE AVELLANEDA

Especialización en Envejecimiento Activo y Saludable de las
Personas Mayores

Trabajo final integrador

Envejecer en femenino.

Los cuidados y el derecho a la intimidad en una residencia de
larga estadía exclusiva para mujeres mayores

Estudiante: Lic. María Fernanda Bengohechea

Directora: Dra. Débora Paola Di Domizio

Fecha de entrega: 11 de septiembre 2023

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
DESARROLLO	4
1. La Casa Rosa.....	4
1.1 La decoración y ambientación: su influencia en el bienestar general de las residentes	7
2. Construcción de la identidad en La Casa Rosa: impacto del color, estereotipos y sexualidad	10
2.1 Nociones sobre el color rosa	10
2.2 El color rosa y la identidad dentro de La Casa Rosa	11
2.3 Estereotipos y prejuicios	13
2.4 Género y sexualidad.....	16
3. Envejecimiento, vejez y erotismo.....	18
3.1 Envejecimiento y vejez	18
3.2 Erotismo	20
3.3 Sexualidad y derecho a la intimidad	23
CONCLUSIÓN.....	26
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
APÉNDICE	32
4. Situaciones en La Casa Rosa.....	32

INTRODUCCIÓN

El presente texto constituye el trabajo final integrador de la Especialización en Envejecimiento Activo y Saludable de las Personas Mayores de la Universidad Nacional de Avellaneda para el que se ha elegido como modalidad de escrito el estilo monográfico.

Se entiende por monografía una descripción, narración o exposición explicativa, sobre un tema concreto dentro de una ciencia, disciplina, tecnología o sobre un asunto en particular. Como su nombre lo indica — *mono-*, “uno”—, es un estudio específico tratado de manera circunscripta, es decir, limitado a una cuestión bien determinada. Es un género discursivo con una estructura y un propósito particulares. (Ander-Egg y Valle, 2013, p.16).

En este trabajo final integrador se abordarán situaciones acontecidas en una residencia de larga estadía, cuyas residentes son todas mujeres¹. Esas situaciones serán interpretadas cualitativamente a partir de los marcos teóricos desarrollados en los distintos seminarios cursados en la Especialización.

El escrito está organizado en tres apartados consecutivos: introducción, desarrollo y conclusiones, con asuntos inherentes a las problemáticas del envejecimiento femenino, los cuidados, los prejuicios, el género, el erotismo, la sexualidad, la intimidad y los derechos de las personas mayores.

Finalmente, se presentan las referencias bibliográficas y un apéndice que describe las situaciones con las cuales se elaboró este trabajo final.

¹ Los nombres utilizados son ficticios para preservar la identidad de las residentes. Del mismo modo, el nombre de la institución se mantiene en el anonimato y se utiliza una nominación metafórica.

DESARROLLO

La Casa Rosa

La Casa Rosa es una residencia de larga estadía (RLE)². Está situada en la zona sur del conurbano bonaerense, en la provincia de Buenos Aires (República Argentina). Construida en la mitad de la cuadra, rodeada de casas de familia, su fachada muestra una vieja casona. El frente está resguardado por rejas negras que protegen la intimidad del lugar, aunque se puede entrever el jardín y la estructura antigua que dan entrada a las habitaciones comunitarias.

Para ingresar, es necesario atravesar el jardín cubierto de jazmines y otras plantas trepadoras que cubren la pared lindera del vecino. Tiene dos ventanas balcón que permiten la entrada a dos habitaciones.

El acceso oficial a la residencia es a través de un pasillo largo y angosto con baldosas antiguas y rosales, que desemboca en un patio cubierto donde hay una mesa y siete sillas de plástico que habitualmente usan las visitas de las residentes en temporadas de temperaturas agradables. Cuenta con tres puertas de madera muy altas que comunican la cocina, uno de los baños (el más usado por las residentes), el lavadero y la enfermería. Es la típica **casa chorizo**,³ reacondicionada para la dinámica de una RLE. Esta misma distribución se da en el interior de la casona donde todos los ambientes se conectan entre sí. Dentro de la cocina y hacia la izquierda se pueden observar accesos al cuarto de almacenaje (donde están las heladeras, los pañales, los materiales para las actividades), también el baño (que mantiene su puerta abierta siempre), la oficina y un dormitorio de cuidados intensivos que incluye dos camas para aquellas residentes que así lo requieran. Esta habitación no está equipada de manera diferente a todos los dormitorios; solo se diferencia del resto porque se ubica contigua a la oficina y tiene únicamente espacio para dos camas ortopédicas.

Respecto de la cocina, es un espacio que abre la puerta a un mundo diseñado en

² Se denomina Residencia de Larga Estadía a las instalaciones diseñadas para brindar atención y cuidado a personas mayores que necesitan ayuda en su vida diaria (OEA, 2015).

³ Para destacar y enfatizar conceptos se utilizará la negrita.

La **casa chorizo** es la terminología utilizada para denominar muchas de las viviendas construidas en los desarrollos urbanos argentinos entre 1880 y 1930 (COAC INTERNACIONAL, s/f). <https://www.arquitectes.cat/es/mon/La-Casa-Chorizo-la-vivienda-t%C3%ADpica-de-Buenos-Aires-de-principios-del-siglo-XX>.

color rosa: los vasos, platos, cubiertos, repasadores, manteles, jarras, paredes y hasta los cuadros decorativos llevan este color. Tiene un horno a gas y uno eléctrico, una heladera, una mesa redonda con cinco sillas de hierro, un estante de usos múltiples donde están los medicamentos y las indicaciones para cada señora. En las paredes, hay diferentes carteles pegados escritos a mano, que indican el horario del personal, las tareas y notas varias.

Hacia la derecha, hay una gran puerta doble de vidrio y madera que habilita el ingreso al comedor, también ambientado del mismo color. Se encuentran pintados de rosa, desde el zócalo al techo, el cobertor de los almohadones de las sillas y del sillón, las flores, el jarrón sobre la mesa, las cortinas y los detalles decorativos en las paredes. Dos ventanas grandes iluminan el lugar; una de ellas da al patio cubierto y otra, al pasillo de ingreso. Sobre una de las ventanas tienen instalado un aire frío-calor. En una de las paredes hay una chimenea en desuso, y sobre ella el único televisor a color. Las señoras se ubican en tres mesas de madera rectangulares con seis sillas cada una. Usan la misma distribución a la hora del desayuno, del almuerzo, en la merienda, en la cena y durante el tiempo libre. Dos sillones de dos cuerpos también están en el mismo espacio y, generalmente, son usados en las horas de la siesta.

Desde el comedor, atravesando una puerta plegadiza, se puede acceder al primer dormitorio que tiene dos camas ortopédicas, una mesa de luz y un placar de casi dos metros de alto, con cuatro puertas angostas, donde las cuidadoras guardan toallas, sábanas y varias prendas de las señoras. El diseño del mueble tiene puertas que se abren hacia afuera. Esto no permite que las señoras puedan encargarse del guardado de su vestimenta, dado que muchas de ellas están en sillas de ruedas o utilizan andadores, y la distancia de su cuerpo al tirador de la puerta es grande; por lo tanto, son solo las cuidadoras quienes acceden a él. Las habitaciones también comparten el diseño de los otros ambientes: paredes pintadas de la misma tonalidad desde el zócalo al techo, acolchados y adornos en las mesas de luz acompañan el modelo anterior.

Cuatro son los dormitorios que dan al frente y dos los que se ubican en la parte de atrás. Algunos tienen cuatro camas, mientras que otros tienen tres y otros, dos. Ninguno tiene radio o televisor y se encuentran conectados entre sí por puertas que siempre están abiertas para que intencionalmente se comuniquen todos los

ambientes de la casa.

El baño exhibe un inodoro elevado, que ha sido erigido sobre una plataforma de material, brindando un diseño que busca optimizar la accesibilidad. Asimismo, se ha dispuesto un área destinada a la ducha, caracterizada por la ausencia de bañera, con la incorporación de pasamanos estratégicamente ubicados para proporcionar soporte y seguridad. Puede observarse también un lavamanos que facilita la higiene personal. La paleta cromática adoptada para esta instancia se compone principalmente de tonalidades marrones, aunque toques de rosa son perceptibles en los detalles ornamentales, como jabones y frascos, así como en selectos utensilios de higiene bucal y cuidado capilar.

En la RLE viven once mujeres con diversos **diagnósticos aparentes** (dado que en las historias clínicas de las residentes no se explicita ninguna evaluación neurológica): demencia tipo Alzheimer, deterioro cognitivo moderado, demencia tipo Parkinson. Dichas valoraciones las presumen las cuidadoras y el médico de la residencia.

La Casa Rosa se encuentra gestionada por una persona de género femenino, enfermera de profesión y a quien acompañan en el trabajo diario seis cuidadoras. Todas visten uniformes de color rosa. Cuando se reúnen en los momentos de la merienda utilizan mate, bombilla, termo y pava, elementos también de ese color. Una figura masculina se presenta como la única excepción en este **universo femenino**: el médico. Este profesional visita semanalmente a todas las señoras del lugar.

Por otra parte, las residentes de La Casa Rosa participan dos veces por semana de un programa de actividad física. Cada encuentro tiene una duración de 60 minutos. Las sesiones son un espacio de experiencias compartidas entre los profesionales y las mujeres que allí conviven. Como ya se anticipó, estas mujeres están al cuidado de otras mujeres, **las cuidadoras**. Ellas son las encargadas de asistir a todas las señoras en las actividades de la vida cotidiana, por ejemplo, en la alimentación, en la higiene personal, en el vestido, en el acompañamiento al baño, en los traslados al comedor y en la asistencia a cuestiones de belleza personal, como pintarse las uñas, maquillarse, peinarse, etc.

1.1 La decoración y ambientación: su influencia en el bienestar general de las residentes

En relación con la decoración y ambientación de La Casa Rosa, es interesante analizar la influencia del color en la adaptación y bienestar de las residentes, considerando tanto las características físicas del lugar, como las interacciones entre las personas y el ambiente.

Un estudio realizado por Lawton (1982, como se citó en Martínez Rodríguez, 2016) propuso el **modelo de competencia ambiental** para entender la adaptación de las personas mayores a los centros residenciales. De acuerdo con Lawton, la influencia del ambiente en una persona depende de la relación entre el nivel de competencia personal y la demanda ambiental existente. El primero de ellos se relaciona con la salud, la capacidad sensorial, el desempeño motor y las habilidades cognitivas; mientras que la segunda se relaciona con las características físicas reales y percibidas. El modelo confirmó dos hipótesis: la primera es que existen situaciones negativas para el bienestar de la persona cuando el nivel de demanda ambiental es muy bajo o alto en relación con el nivel de competencia; por otra parte, la segunda hipótesis sostiene que mayor influencia ejercen los factores ambientales en el bienestar personal cuando el nivel de competencia es menor. Destaca que las personas con menor competitividad son más vulnerables a la presión ambiental y que el ambiente físico puede compensar y mejorar el bienestar experimentado (p. 131).

Chaudhury (2013, como se citó en Martínez Rodríguez, 2016) indaga sobre la influencia del espacio físico en personas con demencia. Enfatiza que el diseño espacial puede contribuir al logro de objetivos que maximicen habilidades cognitivas y funcionales, y que minimicen alteraciones conductuales a través de un ambiente seguro y protector. Además, un ambiente adecuado podría mejorar la orientación, la estimulación, aprovechar al máximo la autonomía y el control del entorno, promover la socialización y proteger la privacidad de las personas mayores (p.132).

En este contexto, se infiere que la falta de intimidad y la abundancia del color rosa en La Casa Rosa podrían tener implicaciones negativas para el bienestar de las personas mayores que residen allí.

Siguiendo con la idea de Chaudhury (2013), el diseño y la modificación del entorno pueden crear espacios terapéuticos y promover el bienestar de las personas

mayores que los frecuentan. Señala también que ciertos elementos espaciales pueden generar estrés y agitación, como los grandes espacios y superficies, el televisor encendido continuamente, los deslumbramientos de suelos brillantes, las superficies de las mesas y la iluminación central con fluorescentes.

En otro sentido, Martínez Rodríguez (2016), basándose en la investigación de Bianchetti et al. (1997), subraya que ciertas propiedades y componentes del entorno contribuyen a la disminución de la agitación. Estas cualidades comprenden la disposición de espacios interiores de dimensiones reducidas, la selección de música ajustada a la edad con un nivel de volumen apropiado, la combinación armoniosa de iluminación natural y artificial, la gestión eficaz de la iluminación, el olor de las comidas conocidas y apetecibles provenientes de alimentos familiares antes de su consumo, así como la presencia de objetos que exhiben una variedad de texturas (p. 136).

La indagación de Martínez Rodríguez (2016) sostiene que la incorporación de una estimulación controlada, que engloba la oferta planificada de experiencias sensoriales adecuadas y la implementación de estructuras rutinarias en el entorno de atención, se vincula con una notable disminución en la manifestación de alteraciones conductuales.

Este fenómeno se refleja en una reducción significativa en la necesidad de aplicar tanto restricciones físicas como químicas para la gestión de conductas problemáticas. Por otra parte, una exposición sensorial adecuada, diseñada en sintonía con las preferencias y necesidades de los residentes, ha demostrado la generación de interacciones sociales positivas y el fomento de un aumento sustancial en el índice de masa corporal de los participantes. Específicamente, la administración planificada de estímulos visuales, auditivos, táctiles y olfativos se ha asociado con un incremento en la interacción con el entorno y con los demás, contribuyendo así al mejoramiento general de la calidad de vida.

La estimulación simultánea de varios sentidos, a través de actividades como la música, la aromaterapia y la estimulación táctil, demostró tener un impacto positivo en la regulación del ánimo y en la modulación de comportamientos disruptivos, contribuyendo a un ambiente más armónico y enriquecedor.

Otra meta terapéutica identificada es la facilitación de la actividad y la habilitación funcional. Las barreras arquitectónicas y de diseño, como la disposición de pasillos

prolongados desprovistos de asientos disponibles, la carencia de contrastes cromáticos distintivos, la ausencia de instalaciones sanitarias próximas a las zonas de congregación o la elección de picaportes redondeados, por ejemplo, han sido identificadas como factores limitantes en el entorno de atención geriátrica. Estos elementos se consideran obstáculos que afectan tanto la funcionalidad como la comodidad de las personas mayores, influyendo en su movilidad y en la accesibilidad a áreas de interés y de utilidad cotidiana (Brawley, 2006; Chaudhury, 2013; Regnier, 2012; Regnier y Denton, 2009, como se citaron en Martínez Rodríguez, 2016, p.136).

La Casa Rosa, con su particular elección de color en todas sus estancias, invita a reflexionar sobre la relación entre el diseño del espacio y la influencia en el bienestar de las personas mayores que allí viven, especialmente aquellas con **diagnósticos aparentes** de demencia. Al analizar la organización de los ambientes de esta residencia, es posible observar cómo la distribución de las habitaciones y la excesiva presencia de la tonalidad rosada pueden tener implicaciones significativas negativas en términos de estimulación sensorial y efectos emocionales. En el caso de La Casa Rosa, la falta de contraste y la sobreexposición a un único color podrían generar un ambiente monótono y perturbador, afectando la capacidad de las residentes para orientarse y adaptarse al entorno.

A su vez, las investigaciones mencionadas por Martínez Rodríguez (2016) incluyen la presencia de espacios hogareños, la combinación de luz natural y artificial, el control del deslumbramiento y el uso de objetos de textura variada. Sin embargo, en La Casa Rosa los elementos sugeridos por la autora se encuentran ausentes, por lo cual, se infiere que la ambientación actual de esta RLE, podría generar estrés y agitación, dificultando la puesta en marcha de los objetivos terapéuticos que se logran con un diseño óptimo del espacio.

2. Construcción de la identidad en La Casa Rosa: impacto del color, estereotipos y sexualidad

2.1 Nociones sobre el color rosa

Según Rivera (2001), la interpretación del color rosa está asociada con lo etéreo, dulce y divertido, el amor, la ternura y la inocencia. Asimismo, también se relaciona con el optimismo, por ejemplo, en frases como "todo es color de rosa". El rosa es un color emocional que incide en los sentimientos, haciéndolos íntimos, tiernos y profundos, expresando así afecto, amor y protección (pp. 23-24).

Un estudio llevado a cabo por Devillez et al. (2019) exploró cómo la percepción del color rosa y su asociación con la feminidad pueden ser influenciadas por los estereotipos de género desde una edad temprana. La investigación se realizó con niños y niñas de edades comprendidas entre los cuatro y los seis años, a partir de diferentes experimentos para evaluar la asociación entre el color rosa y la feminidad, así como la influencia de los estereotipos de género en dicha asociación. Los resultados mostraron que ambos grupos identificaban el color rosa como **femenino y para niñas** con una mayor frecuencia que otros colores, como el verde o el amarillo.

Asimismo, se constató que ambos grupos eran más propensos a asignar actividades etiquetadas para mujeres a una figura femenina en comparación con una figura masculina. Por ejemplo, se preguntó a los niños y a las niñas quién preferiría que cuidara de un bebé, y la mayoría eligió a una mujer. Estos resultados sugieren que los estereotipos se desarrollan a una edad temprana y que pueden influir en la percepción de los colores y de las actividades asociadas a ellos. A su vez, esto puede tener implicaciones en la forma de relacionarse con los demás y en cómo construyen su identidad de género.

Por otro lado, hace más de cien años el rosa era un color asociado a los hombres, mientras que el azul se asociaba a las mujeres. En ese momento, el rosa se consideraba un color fuerte y masculino, mientras que el azul se consideraba más suave y adecuado para el "sexo débil". Sin embargo, en la década de 1930 esta percepción empezó a cambiar. Los hombres empezaron a usar colores oscuros para proyectar una imagen más seria, mientras que las mujeres utilizaban tonos pasteles

y colores claros para expresar su relación con la maternidad y con la vida doméstica. Fue entonces que, a partir del año 1950 una nueva relación asoció determinado color con determinado género: rosa para las mujeres y azul para los hombres. Como tal, el rosa se convirtió en el símbolo oficial de la "feminidad" (Paoletti, 2012).

2.2 El color rosa y la identidad dentro de La Casa Rosa

La identidad es un aspecto complejo de la psicología que cambia con el tiempo y se refiere tanto a la autodefinición de una persona, como a la percepción que los demás tienen de ella. Esta se compone de características y rasgos, tales como género, etnia, cultura, orientación sexual y personalidad, entre otros (Iacub, 2011).

En este sentido, la identidad es la forma en que el aparato psíquico⁴ crea significados que le posibilitan al individuo dar sentido y continuidad a su vida, le permite comprender quién es, cómo percibe su propósito y cómo encaja en el mundo. Es importante tener en cuenta que la identidad es un constructo dinámico y en constante evolución, que puede ser influenciado por factores internos y externos, incluyendo cambios en la personalidad, relaciones interpersonales, cultura y sociedad, entre otros.

Las historias dan forma a la experiencia cotidiana, actuando como intermediarias entre el mundo cultural, las creencias y los deseos personales. Esta identidad que se construye a través de los hechos hace referencia a cómo las personas crean relatos sobre sí mismas y sus vidas para darles coherencia y sentido. Además, el contexto en el que se desarrolla la vida de las personas, también puede influir en su construcción identitaria, como es el caso de vivir en una residencia totalmente decorada con un solo color, lo que puede afectar su imagen y percepción de sí mismas. La forma en que las personas ven el mundo y las cosas que suceden a su alrededor está influenciada por patrones que integran parte de su historia personal y del contexto en el que viven. Estos modelos les permiten entender lo que está sucediendo en su entorno y dan sentido a la experiencia diaria. A partir de estas historias, las pautas que se forman influyen en la manera en que se perciben y entienden los sucesos, proporcionan un marco de referencia para justificar acciones

⁴ El **aparato psíquico** es el nombre que utilizó Sigmund Freud (1915) para denominar a la mente humana.

y creencias. Es el significado de la interacción entre eventos y actores en términos de tiempo, propósito y causalidad lo que determina el flujo de la historia, guiando y justificando su elaboración (Martínez, 2018). Por otra parte, Iacub (2011) afirma que la narrativa es una herramienta fundamental en la construcción de la identidad y la comprensión del mundo que nos rodea. Conviene destacar que estas narrativas y sus estructuras no son objetivas o verdades absolutas, sino que son construcciones subjetivas y sociales que están influenciadas por factores culturales, políticos y personales. Por lo tanto, pueden ser revisadas y cambiadas a lo largo de la vida. La identidad narrativa es, por ende, un proceso dinámico y en constante evolución.

La selección del esquema de colores, la presencia exclusiva de personal femenino y la orientación del servicio hacia mujeres en La Casa Rosa plantean interrogantes acerca de la posible relación con la identidad de género o con las preferencias sexuales. Estos aspectos destacados merecen atención al examinar la influencia de factores internos y externos en la construcción de la identidad en el entorno residencial. La relación entre el color y la orientación sexual tiene una relevancia significativa para el marco del envejecimiento femenino. Este vínculo ejemplifica cómo las normas culturales y las expectativas de género pueden ser reforzadas y perpetradas a través de la simbología y la representación visual (American Psychological Association, 2015, p. 8).

El hecho de asociar el color rosa con la feminidad y la juventud perpetúa la idea de que la sexualidad y la belleza son características propias exclusivamente de las mujeres jóvenes, lo cual puede resultar en la marginación y la invisibilidad de las mujeres mayores en la sociedad actual (Paoletti, 2012). Desde el punto de vista de Paoletti (2012), la identidad de género es un aspecto complejo y multifacético que va más allá del color o la decoración de un espacio. Por lo tanto, es importante destacar que la elección de cada persona debe ser respetada y no se deben hacer suposiciones basadas en estereotipos de género. En este sentido, es necesario cuestionar si la elección del color en la decoración de La Casa Rosa es una expresión de estereotipos de género por parte de quienes la gestionan, y si esto tiene algún efecto en la identidad de las mujeres que viven allí.

Específicamente, con frecuencia esta tonalidad cromática se asocia a atributos tales como la feminidad, la delicadeza y la ternura, como se ha mencionado anteriormente. En paralelo, un entorno caracterizado por su uniformidad y una

decoración excesiva podrían ejercer cierta influencia en el estado emocional y generar una sensación de incomodidad; factores que, a su vez, podrían tener impacto en la autoestima y en la confianza personal. En consecuencia, surge el interrogante acerca de si residir en un espacio exclusivamente adornado con tonalidades rosadas podría influir en la percepción que las residentes tienen de sí mismas y en la manera en que establecen vínculos con los demás.

Eisenberger (2012) indagó cómo la exclusión social puede afectar la percepción de uno mismo y su bienestar emocional. Explora cómo la marginación activa las mismas regiones del cerebro que se activan cuando se experimenta dolor físico. Según su análisis, es posible plantear que vivir en un ambiente monótono y excesivamente decorado podría generar una sensación de desconexión social, afectando negativamente la autoestima, la confianza en uno mismo y el bienestar emocional. De igual manera, la elección del color rosa en la decoración de un espacio podría ser interpretada como una forma de exclusión social al imponer estereotipos de género en las personas que habitan ese lugar o en otras que quisieran radicarse en él.

2.3 Estereotipos y prejuicios

A lo largo de la historia de la civilización, los conceptos, valoraciones y juicios referidos al envejecimiento han adquirido las más diversas interpretaciones, con reseñas que resaltan los estereotipos tradicionales, ya sean positivos o negativos.

De este modo, el valor positivo refiere a la creencia de que las personas mayores son sabias, llenas de experiencia, de alta posición social, dignas de respeto. Por otro lado, el valor negativo reduce la edad a una condición deficitaria, y tiende a perpetuar una visión desfavorable y limitante del sujeto que envejece.

Los clichés asociados al envejecimiento suelen tener múltiples dimensiones, abarcando aspectos cognitivos, conductuales y emocionales; generan una imagen errónea y simplificada de las personas mayores, perpetuando una visión homogeneizadora que no refleja la diversidad y complejidad de esta parte del ciclo vital (Salvarezza, 2002).

Por otra parte, en el ámbito cognitivo, los estereotipos pueden implicar suposiciones sobre el deterioro generalizado en las personas de edad, ignorando las capacidades

y fortalezas individuales. A menudo, se asume que tienen dificultades en la memoria, el razonamiento y el aprendizaje, lo cual no siempre es cierto. En términos conductuales, pueden atribuir a las personas mayores comportamientos pasivos, dependientes o de poca iniciativa. Sin embargo, esta representación no considera la diversidad de estilos de vida, intereses y actividades en las que participan los adultos mayores. Muchos siguen siendo activos, productivos y comprometidos en diversas áreas de la vida, desafiando las creencias culturales negativas. En el plano emocional, pueden sugerir que las personas mayores son frágiles, solitarias o emocionalmente inestables. No obstante, la experiencia emocional en la vejez es diversa y puede incluir una amplia gama de emociones positivas, como la satisfacción, la alegría y el sentido de propósito (Levy, 2009).

Es así como el conjunto de estereotipos y prejuicios hacia este grupo de personas es problematizado por la gerontología con la inclusión de la categoría **viejismo**, que fue descrita y estudiada en profundidad por Robert Butler a comienzos de la década de 1970 y definida como *ageism* (Salvarezza, 2002). El viejismo define el conjunto de prejuicios y estereotipos que recaen sobre los viejos, simplemente en función de su edad. Se adquieren primordialmente en la infancia y, posteriormente, se arraigan y justifican a lo largo de toda la vida.

Dos situaciones advertidas en La Casa Rosa podrían interpretarse como cargadas de prejuicios. En el caso de la señora Hilda (Situación 2), una cuidadora la señaló y comentó a las demás: “¡Mirá qué linda está hoy! ¡Ya no tiene las tetas caídas porque le pusimos corpiño!”. Otras cuidadoras se acercaron a la mujer, le levantaron la remera y mostraron la nueva prenda que llevaba puesta. La señora Hilda se sonrió y dijo: “Ahora están en su lugar”.

Se podría considerar que estas **acciones naturalizadas** violentan los cuerpos de las mujeres mayores. Cubillos Vergara (2007) afirma:

En el juego de apariencias y artilugios, las tendencias y mandatos de la moda han operado en conexión con los modelos estéticos de la época en que se manifiestan para moldear y crear el cuerpo ideal y utópico. Al hablar de la era moderna, los límites impuestos por la religión, la moral, la cultura y la misma naturaleza se eliminaron paulatinamente gracias al creciente desarrollo de los medios de comunicación y la industria cosmética, dándose inicio a un ciclo

histórico donde la belleza física, especialmente femenina, ha sido dignificada, exaltada y glorificada. (p. 1).

Según esta autora, los discursos y mandatos de la moda permiten disimular en el cuerpo las marcas del paso del tiempo que genera el proceso de envejecimiento humano (p. 12).

En la Situación 3, las cuidadoras hicieron estos comentarios respecto de la señora Isolina: “Está enamoradísima del doctor, ¿no Isolina? ¿Cómo hacés cada vez que viene? ¡Contále a la profesora lo que decís cuando te revisa!”. Sonrientes, las cuidadoras añadieron otra expresión: “Ella siempre dice estar enferma para que venga el doctor a revisarla”. Se podría pensar que las personas mayores no pueden experimentar emociones y afectos similares a los de las personas más jóvenes, lo que desvaloriza su vida afectiva y amorosa. Todas estas concepciones ejercen un impacto adverso en el proceso de envejecimiento, lo que resulta en una vulneración de los derechos fundamentales de esta población, al promover prácticas de segregación y discriminación. Este fenómeno se acentúa aún más cuando se trata de la sexualidad en el contexto del envejecimiento.

La persistencia de tales creencias negativas y prejuicios hacia las personas mayores conlleva la exclusión social, la limitación de oportunidades y la negación de derechos básicos. Son discriminatorias y pueden reflejarse en diversos ámbitos, como el acceso a servicios de salud adecuados, el empleo, la participación activa en la sociedad y la vida afectiva y sexual.

Particularmente en lo que concierne a la sexualidad en la vejez, existe una tendencia a invisibilizar, desvalorizar o patologizar las expresiones sexuales de las personas mayores. Esto puede llevar a la negación de su derecho a vivir una sexualidad plena y satisfactoria, perpetuando la idea errónea de que el interés y el disfrute sexual disminuyen con la edad (Martínez, 2018).

Judith Butler (1990) describe los **estereotipos de género** como formas de violencia simbólica que se utilizan para controlar la expresión de la individualidad y la diversidad, y perpetuar una idea rígida y binaria de lo que significa ser hombre o mujer (p. 268). En este sentido, los estereotipos femeninos son una forma de controlar la expresión y la sexualidad femenina, limitando las posibilidades de las mujeres en la sociedad y la cultura. Considerando los postulados de esta autora, es

importante reconocer que los estereotipos pueden contribuir a la discriminación y a la exclusión social de las personas de edad.

Por su parte, Carbajo Vélez (2009) define el **estereotipo** como falsas concepciones que actúan a modo de clichés en el acercamiento a un fenómeno, grupo social u objeto. Según su punto de vista, suelen ser inexactos y generalmente despectivos. En cuanto al **prejuicio**, lo define como una opinión previa y tenaz, por lo general desfavorable, acerca de algo que se conoce mal. Del mismo modo, el prejuicio se inscribiría en el territorio de lo individual y estaría relacionado con la ignorancia o falta de conocimiento sobre determinado tema o grupo social.

Ambas autoras coinciden en que el prejuicio se trata de una opinión previa y generalmente desfavorable hacia algo o alguien, y que puede ser utilizado para justificar conductas discriminatorias. En este sentido, se puede entender que tanto el prejuicio como los estereotipos son construcciones sociales que pueden tener un impacto negativo en el conjunto de las personas mayores y que perpetúan desigualdades en los diferentes ámbitos sociales donde se desenvuelven.

2.4 Género y sexualidad

Judith Butler (1990) sostuvo que el género y la identidad sexual son construcciones sociales y culturales que se aprenden a través de la interacción con la sociedad y la cultura. Según la autora, el género no es una característica innata o esencial, sino que se trata de una *performance* que se realiza en el día a día y que se refuerza constantemente en la socialización. En este sentido, la identidad sexual también es un constructo social que puede ser subvertido y desafiado mediante la reflexión crítica y la desobediencia a las normas culturales y sociales establecidas. En consecuencia, la identidad sexual no es algo fijo e inmutable, sino que es fluida y está en constante evolución.

Por ejemplo, las mujeres mayores a menudo enfrentan la idea de que son sexualmente invisibles o menos deseables debido a su edad, mientras que a los hombres mayores a menudo se les permite y se les anima a mantener su sexualidad. Es importante considerar cómo el género y las expectativas culturales influyen en la sexualidad y la vejez para garantizar una atención adecuada y equitativa para todas las personas mayores (Iacub, 2008). Los aspectos que influyen

en la salud con relación al género son los patrones culturales, expectativas y roles que afectan la exposición, vulnerabilidad y protección ante los riesgos, así como también, determinan las conductas que fomentan el bienestar. Iacub (2008) analiza cómo la sociedad construye una narrativa sobre la sexualidad de las personas mayores, incluidas las personas LGBTQ+, y cómo estas narrativas pueden ser discriminatorias y limitantes. También, ha destacado la importancia de abordar las necesidades específicas de las personas mayores en términos de atención médica, bienestar emocional y social, y ha abogado por la eliminación de prejuicios y estereotipos en relación con la sexualidad y la vejez. Entonces, uno de los principales cambios que les ocurren a las personas mayores en su afectividad está relacionado con la identidad personal, ya que a diferencia de los adolescentes, los adultos mayores no tienen la tarea de construir su identidad, sino de mantenerla y reforzarla, entendiendo que se trata de la misma persona que ha pasado por diferentes etapas de la vida.

A partir del análisis de Brigeiro (2016) respecto de que la sexualidad es organizada socialmente, y que los comportamientos referidos a lo sexual derivan de convenciones y valoraciones culturales de cada persona en un contexto histórico dado, se podría inferir que la ambientación de La Casa Rosa puede ser interpretada como un símbolo que representa la fragilidad, el envejecimiento y la feminidad, y que el color se encuentra arraigado en las representaciones culturales que la sociedad tiene sobre las mujeres mayores.

De acuerdo con esto, el uso del color rosa en esta RLE podría incidir en la percepción que tienen las residentes sobre su propio envejecimiento, así como en la manera en que son percibidas por otros miembros de La Casa Rosa. Resulta relevante considerar la influencia de los valores culturales y las representaciones sociales en la elección de los colores y la decoración de los espacios destinados a personas mayores, y reflexionar sobre cómo estas decisiones pueden afectar la forma en que se percibe y se trata a este grupo poblacional.

3. Envejecimiento, vejez y erotismo

3.1 Envejecimiento y vejez

El **envejecimiento** es un proceso natural que afecta a todos los seres vivos y, como tal, ha sido objeto de estudio por parte de muchos teóricos y expertos en diversas disciplinas. Desde la biología hasta la psicología, pasando por la sociología y la medicina, autores como Salvarezza (2005), Pardo Andreu (2003), Fariña (2020), Arking (2015), han propuesto diferentes teorías que buscan explicar los procesos que ocurren durante el envejecimiento y las implicaciones que este tiene en la vida de las personas. Además, las investigaciones en este tema han llevado a la identificación de **factores de riesgo** y también **protectores**⁵, así como a la creación de intervenciones para mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

Las teorías del envejecimiento se centran en dos enfoques que pueden ser sintetizados en dos afirmaciones: el envejecimiento es una fase programada de la diferenciación celular y es un desarrollo normal que culminará en la muerte del organismo; o bien, la manifestación progresiva del deterioro de los procesos fisiológicos fundamentales, debida a factores aún poco definidos, pero que pueden ser evitados (Pardo Andreu, 2003).

Las teorías coinciden en el hecho de que el envejecimiento tiene que ver con procesos que suceden en el nivel celular. En este sentido, se centran en dos procesos relacionados entre sí: la existencia de un reloj genéticamente determinado que controla el envejecimiento y, por otro lado, los efectos de la exposición continua a factores exógenos que dan lugar a la acumulación progresiva de la lesión celular y molecular. El daño en las membranas celulares provoca la acumulación de sustancias tóxicas en las células, lo que contribuye al envejecimiento y a la aparición de enfermedades relacionadas con la edad (Fariña, 2020).

Según Arking (2015), el envejecimiento es el resultado de una combinación de factores genéticos y ambientales, mientras que otros creen que es causado principalmente por daños acumulativos en las células y los tejidos del cuerpo. En cualquier caso, el proceso de envejecimiento es inevitable y es algo que afecta a

⁵ Se entiende como **factores de riesgo** la presencia de enfermedades, el bajo nivel socioeconómico, las caídas, la polifarmacia y los hábitos tóxicos; como **factores protectores**, la actividad física, la alimentación, el ocio, la salud bucodental, la reserva cognitiva, las nuevas tecnologías y la educación.

todas las personas.

Por su parte, Salvarezza (2005) afirma que el envejecimiento es un proceso continuo que ocurre a lo largo de toda la vida y que supone cambios físicos, biológicos y sociales. Según este autor, implica la aparición de una serie de cambios en distintas variables. En primer lugar, se produce una transformación física que afecta la percepción del sujeto sobre sí mismo. Esto puede crear variaciones en su propia interpretación y actuación, que se alteran a medida que se acumulan experiencias y antecedentes. Además, el envejecimiento implica una relación entre el tiempo vivido y el tiempo que queda por vivir, que se traduce en una mayor valoración del pasado frente al futuro, y que a su vez puede generar una sensación de finitud, haciendo que la representación de la muerte se presente como algo más cercano. Por último, el envejecer implica también una relación entre el sujeto y los ideales sociales valorados, como la profesión, lo que puede generar un cambio de lugar en las cadenas generacionales.

Strejilevich (2004) puntualiza que el proceso de envejecimiento puede ser evaluado como positivo o negativo en función de factores psicológicos, sociales y personales, y que no necesariamente depende exclusivamente de aspectos biológicos. Para envejecer bien es importante mantenerse actualizado y conectado con generaciones más jóvenes, no para sentirse joven, sino para seguir siendo parte activa de la sociedad y construir la propia trascendencia (p. 17).

Es esencial considerar las diferencias de género en el proceso de envejecimiento y en la fase de vejez, debido a que hombres y mujeres viven, envejecen y se convierten en personas mayores de maneras muy distintas. Las diferencias genéticas, las expectativas culturales, las condiciones físicas, económicas y políticas influyen en este proceso. Las influencias históricas de cada época también son importantes. Las condiciones en las que se vive y cómo se ha vivido son consecuencia de los entornos históricos, políticos, económicos y socioculturales y, por lo tanto, la vejez de cada generación es distinta. Como señala Brigeiro (2016), las personas mayores de hoy no son el reflejo en el que los jóvenes pueden contemplar su propia vejez (p. 20).

Es importante tener en cuenta que el término **vejez** se refiere al final del proceso de envejecimiento, lo que significa que se ha vivido más tiempo que otros individuos de la misma especie. Sin embargo, esto no significa que el proceso de envejecimiento

se detenga en esta etapa de la vida. La vejez, convencionalmente considerada a partir de los 60 o 65 años, sigue implicando cambios, transformaciones y posibilidades. De acuerdo con Strejilevich (2004), tanto el proceso de envejecimiento como la condición de vejez son diferenciales ya que, a medida que vivimos, nos hacemos más distintos unos de otros. Más que el tiempo vivido, es lo vivido en el tiempo lo que nos hace ser quiénes somos y nos diferencia de los demás.

Según Amadasi y Tinoboras (2017), en la actualidad no existe un paradigma determinante de la vejez y el envejecimiento. Ambos conceptos refieren a realidades complejas influenciadas no solo por el paso del tiempo, sino también, por factores fisiológicos, sociales y culturales. Además, la vejez se entiende como una etapa del **curso de vida**⁶ que adquiere gran diversidad en función de los determinantes contextuales: la estructura social, el nivel educativo, la etnia, el género, etc.

Una nueva concepción de la vejez se basa en la noción de **envejecimiento activo**, productivo y saludable, promovida por organizaciones internacionales que buscan el bienestar integral de los adultos mayores. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), el envejecimiento activo se define como el “proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad que tiene como fin mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen” (p. 245). Por otra parte, se define el concepto de **envejecimiento saludable** como el “proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez” (p. 30). Con estos enfoques se busca promover la inclusión de las personas mayores en todas las esferas de la sociedad, a partir de la consideración de los distintos factores que condicionan y afectan su proceso de envejecimiento.

3.2 Erotismo

En la Situación 1 se muestra un escenario concreto en el que se acompaña a las residentes al baño, donde también son asistidas por las cuidadoras. La puerta plegadiza siempre se mantiene abierta. Se puede ver desde la cocina o desde el

⁶ El enfoque o paradigma del curso de la vida puede definirse como el estudio interdisciplinario del desarrollo de la vida humana (ontogénesis humana), mediante el establecimiento de puentes conceptuales entre los procesos de desarrollo biológico y psicológico; el curso de vida como institución social, desde el doble punto de vista de las regulaciones sociales y culturales de la cual es objeto, y de su construcción por los individuos en función de sus recursos y de sus perspectivas biográficas; el contexto socio-histórico y los cambios que este experimenta (Lalive d`Epinay et al., 2011, pp. 12-20).

cuarto de almacenaje a una señora sentada en el inodoro, haciendo sus necesidades con su ropa interior baja. El discurso de las cuidadoras se expresa con la frase: "Son todas mujeres, no pasa nada". Inclusive, si por la puerta de la cocina ingresa algún familiar del resto de las señoras, también puede presenciar este hecho. Esta afirmación por parte de las cuidadoras refleja una perspectiva en la cual se pone de relieve que el género compartido entre las residentes y las asistentes es el femenino, sin atribuir importancia negativa o positiva a la situación presentada.

Si se considera la Situación 1 a la luz de la definición proporcionada por la OMS (1974) acerca del erotismo, se evidencia la relevancia de analizar el contexto del cuidado de las personas mayores. Según este organismo, el erotismo se refiere a:

la capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos percibidos como deseo sexual, excitación sexual y orgasmo y que, por lo general, se identifican con placer sexual que se construye tanto a nivel individual como social, con significados simbólicos y concretos que lo vinculan a otros aspectos del ser humano (p. 8).

En este sentido, el comportamiento de las cuidadoras y su justificación al mantener la puerta abierta durante la asistencia de las señoras en el baño, sin reparos, sugiere una concepción del otro en tanto objeto antes que sujeto, cuestión que podría impactar negativamente sobre su subjetividad.

El acto de minimizar la importancia de la intimidad de las residentes y su exposición durante un momento tan reservado como es el uso del baño, puede incumplir sus derechos sexuales y restringir su capacidad para expresar y experimentar el placer y el deseo erótico de manera plena y satisfactoria. Las residentes se encuentran en una posición vulnerable, y la falta de intimidad puede privarlas de disfrutar plenamente.

Asimismo, una concepción limitada sobre la sexualidad en la vejez podría reflejar una falta de comprensión sobre la diversidad de formas en que se manifiesta el deseo erótico, tal como señala Featherstone (1998, como se citó en Iacub y Mansinho, 2020). El erotismo comprende desde la genitalidad hasta las múltiples formas de metaforización del deseo. Al respecto, es esencial abordar adecuadamente las necesidades sexuales de las personas mayores. La restricción

de su capacidad para expresar y experimentar el deseo erótico puede tener efectos negativos en su bienestar emocional y calidad de vida, tal como lo señala Iacub (2006) en su investigación sobre la sexualidad en la vejez.

Para los cuidadores y profesionales de la salud, se sugiere adoptar un enfoque más inclusivo y respetuoso; que se informen y se capaciten para proporcionar una atención que resguarde la privacidad de las personas mayores, contemplando sus expresiones de deseo y fomentando un ambiente seguro, libre de coacción y discriminación. De esta manera, se promueve un enfoque más humano en el cuidado de esta población, y se contribuye a mejorar su proceso de envejecimiento. De acuerdo con Franco y Merhy (2011), la percepción cultural del erotismo suele estar vinculada a la idea de juventud, lo que puede llevar a la sociedad a tener expectativas diferentes sobre cómo deben comportarse y experimentar su sexualidad. Esta asociación entre juventud y erotismo se ha arraigado a lo largo de la historia y la cultura, lo que podría llevar a considerar que el deseo erótico se aleja naturalmente a medida que las personas envejecen. Sin embargo, esto no necesariamente refleja la realidad, ya que las personas mayores también experimentan deseos y expresiones sexuales.

En la Situación 3, la señora Isolina manifiesta su enamoramiento hacia el médico de la residencia que le realiza los controles de salud, exteriorizando su sentir con la expresión: "¡Ese doctor es hermoso! Me tiene llena de amor". Estas declaraciones se realizaron en presencia de la profesional que dicta las clases de ejercicio físico y de las cuidadoras que agregaron: "La señora Isolina está enamoradísima del doctor, ¿no Isolina? ¿Cómo hacés cada vez que viene? ¡Contále a la profesora lo que decís cuando te revisa!". Sonrientes, las cuidadoras añadieron otro comentario más: "Ella siempre dice estar enferma para que venga el doctor a revisarla".

En cada oportunidad en que el doctor concurría a La Casa Rosa, las señoras mayores se mostraban muy predispuestas al ejercicio. En ese escenario, las cuidadoras exclamaban: "Preguntále a la señora Isolina", quien respondía: "¡Ah sí! ¡Es que hoy vino el médico!"

Se podría pensar que las cuidadoras adoptan una actitud ligera y burlona ante la declaración de Isolina, sugiriendo incluso que ella simula enfermedades para que el doctor le realice el chequeo de rutina. Las actitudes de quienes la asisten pondrían de manifiesto que se desestima la posibilidad de experimentar el deseo erótico y el

amor romántico; y, por otro lado, se ridiculiza a la residente.

Retomando los argumentos de Franco y Merhy (2011) en el contexto del cuidado de personas mayores, se advierte que el erotismo puede manifestarse inclusive en las actividades cotidianas, como el aseo y la aplicación de cremas. Sin embargo, resulta evidente que las cuidadoras parecen no considerar la dimensión de la sexualidad en este entorno, centrándose exclusivamente en el cumplimiento apresurado de sus tareas, lo que potencialmente puede descuidar el espacio personal y privado que todas las residentes merecen.

El personal a cargo de la asistencia debe reconocer en cada sujeto un territorio existencial único que determina su percepción e interacción con el mundo que lo rodea. En el caso de las cuidadoras, sus propias éticas y valores pueden influir significativamente en la manera en que desempeñan su labor. Por consiguiente, se requiere de una sensibilidad especial para comprender la singularidad de cada persona mayor, respetando sus deseos y expresiones sexuales.

3.3 Sexualidad y derecho a la intimidad

La redefinición del término **salud sexual** por parte de la OMS en 2018, subraya que

la salud sexual no se limita únicamente a la ausencia de enfermedad o disfunción, sino que implica un estado completo de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Esto incluye aspectos emocionales y sociales, así como la capacidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras con un enfoque positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales (p. 3).

Se recupera esta nueva conceptualización del término para el análisis de la Situación 2. La señora Hilda tiene 82 años, suele participar de las conversaciones en doble sentido. Durante una clase de ejercicio físico, se trabajó la fuerza de prensión manual con pelotas pequeñas. En reiteradas ocasiones se la escuchó expresar: “¡Uff, hace tanto que no tengo una de estas en las manos!”. Acompañó esa declaración guiñando un ojo y sonriendo a sus compañeras. Las palabras de la señora Hilda pueden interpretarse como una manifestación del amplio abanico de conductas sexuales en la vejez. La significativa relevancia de asegurar que las

vivencias sexuales sean placenteras, desprovistas de cualquier forma de coacción, discriminación o violencia, resalta un claro enfoque hacia el reconocimiento y respeto de los derechos sexuales de las personas mayores. Es esencial enfatizar la posibilidad de que cada individuo pueda experimentar su sexualidad de manera autónoma y gratificante, sin limitaciones impuestas por su edad. De parte de aquellos encargados de brindarles asistencia, se requiere una atención que no solo los resguarde físicamente, sino que también salvaguarde su bienestar emocional y psicológico, en congruencia con un enfoque de cuidado integral.

La sexualidad en la vejez es un tema que aún conserva un estigma social. Sin embargo, como señala Iacub (2006), es una parte integral de la vida humana y su expresión no se detiene con la edad. Las personas adultas mayores pueden manifestar su libido a través de diversas formas, como la masturbación, las caricias, los besos, los abrazos y otras expresiones que refieran a sus aspectos íntimos.

Algunas circunstancias que se presentan en La Casa Rosa podrían potencialmente entenderse como situaciones que vulneran los derechos de las residentes. En consonancia con esta apreciación, es necesario destacar la pertinencia de ciertos artículos de la *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*⁷ (Organización de los Estados Americanos, 2015), como referencia significativa en esta cuestión. Los artículos que merecen ser mencionados son aquellos que abordan cuestiones fundamentales, como el derecho a la vida y a la dignidad en la vejez (artículo 6), la salvaguarda del derecho a la seguridad y a una vida libre de violencia (artículo 9), los derechos pertinentes de la persona mayor bajo cuidado a largo plazo (artículo 12) y, finalmente, el derecho a la preservación de la privacidad y de la intimidad (artículo 16).

Por otro lado, en la Ley 26.529 de 2009 se tratan los *Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud*. Aquí se destacan el artículo 2, incisos b y c, referidos al trato digno y respetuoso con respeto a sus convicciones personales y morales y a su intimidad, así como el debido resguardo de la intimidad del paciente y la confidencialidad de sus datos sensibles (p. 1).

De este modo, la normativa establece que deben ser considerados los derechos humanos en la atención y el cuidado de las personas mayores, ya sea en RLE u otros contextos que involucren tareas de asistencia a estos sujetos. Para que esto

⁷ Ratificada en Argentina en el año 2017 a través de la Ley 27360, y en noviembre de 2022 recibió jerarquía constitucional a través de la Ley 27700.

sea factible es menester que, tanto profesionales como cuidadores, se capaciten para abordar estos temas con sensibilidad, reflexionando en torno a sus tareas del cuidado, esperando que el contexto se libere de prejuicios para que esta población vulnerable pueda expresar sus necesidades y deseos, tanto de forma independiente como privada.

En lo que respecta a la Situación 4, en la interacción entre la profesora de actividad física y la señora Sara durante el taller, se resalta la necesidad de brindar un cuidado que responda a las necesidades individuales y promueva un diálogo condescendiente y atento.

Uno de los días en que se desarrollaba el taller de ejercicio físico, la profesional caminaba por las habitaciones, realizando la convocatoria para que las residentes se uniesen a la clase. Al encontrarse con la señora Sara —recostada en un sillón con la mano dentro de su pañal, dijo: “No es lo que pensás”—, la profesional respondió de manera empática asegurándole que no había problema alguno y que se retiraría del lugar para respetar su intimidad.

Una propuesta sensible hacia el bienestar emocional y social de las personas mayores es crucial para abordar las situaciones cotidianas en el ámbito del cuidado. Es importante reconocer que el respeto a la privacidad y la dignidad contribuyen a mantener su autonomía y calidad de vida. La falta de privacidad debida a la disposición arquitectónica de la residencia, como habitaciones compartidas y puertas abiertas, puede afectar negativamente el bienestar de las residentes, limitando su independencia y capacidad de tomar decisiones propias. Se plantea como esencial revisar la distribución de los espacios en las instituciones de larga estadía, de modo que promuevan la independencia y la participación activa de las personas mayores, garantizando áreas privadas y accesibles, que les permitan tomar decisiones para mantener su autonomía. La concepción de las residencias como lugares que respeten la individualidad y la privacidad de cada residente son fundamentales para promover el envejecimiento activo y saludable, de acuerdo con los paradigmas propuestos por la OMS. Ello podrá contribuir al pleno disfrute de su vejez.

CONCLUSIÓN

La percepción arraigada del color rosa como una cualidad femenina que acompaña todo el curso de vida se perpetúa a lo largo del tiempo en la sociedad occidental, debido a patrones culturales profundamente enraizados. Esta asociación del rosa con lo femenino se conecta directamente con la construcción social de los roles de género, por lo cual ciertos colores se han asignado de manera arbitraria a uno u otro.

Desde una perspectiva de atención y cuidados en la vejez, es necesario promover la libertad de elección, sin limitaciones basadas en estereotipos de género.

La privacidad se convierte en un derecho primordial que debe ser protegido, incluso durante las actividades de cuidado personal. La noción de respeto a la intimidad es fundamental en el contexto de la atención a las personas mayores. Proporcionar opciones para mantener la intimidad es un paso esencial del cuidado, que dignifica a las personas de edad.

En relación con la sexualidad en la vejez, es crucial entender que esta es una dimensión integral de la experiencia humana, que no se limita a las relaciones sexuales. Las personas mayores tienen el derecho de disfrutarla plenamente, sin tabúes y libres de ser estigmatizadas. Es menester repensar las residencias de larga estadía como espacios en donde quienes las transitan puedan expresar sus deseos y preocupaciones relacionados con su salud sexual, generando momentos apropiados para ello.

Dicho esto, se advierte en los autores estudiados que la transformación de la percepción social de la vejez desafía las narrativas tradicionales de dependencia y vulnerabilidad, reemplazándolas por un enfoque que valora la experiencia acumulada, la sabiduría y la participación continua en la vida comunitaria. El cambio hacia una perspectiva más empática sobre quienes envejecen es fundamental para construir una sociedad que respete y valore sus derechos. Esta transformación no solo impacta en cómo tratamos a las personas que envejecen, sino que también refleja la evolución de una sociedad más justa y comprensiva en su conjunto.

Finalmente, con este trabajo monográfico se pretendió aportar al campo del envejecimiento activo, analizando distintos aspectos que afectan la calidad de vida de las personas mayores. Se considera también que puede contribuir a la

formulación de intervenciones profesionales más efectivas y de enfoques de atención que mejoren la experiencia de envejecer en una residencia de larga estadía.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amadasi, E. y Tinoboras, C. (2017). *Las condiciones de salud de las personas mayores. Sus aspectos más críticos.* Educa. <http://wadmin.uca.edu.ar/public/ckeditor/2017-Observatorio-Personas-Mayores-Boletin-N2-Condicionessalud.pdf>
- American Psychological Association (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American Psychologist*, 70(9), 832-864.
- Ander-Egg, E. y Valle, P. (2013). *Cómo elaborar monografías, artículos científicos y otros textos expositivos.* Universidad Inca Garcilaso de la Vega.
- Arking, R. (2015). *The Biology of Aging* (8th ed.). Oxford University Press.
- Brigeiro, M. (2016). *Género, Vejez y Envejecimiento. Guía de trabajo para la reflexión con profesionales personas adultas mayores.* Red Latinoamericana de Gerontología.
- Butler, J. (1990). *El Género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad.* Paidós.
- Carbajo Vélez, M. C. (2009). Mitos y estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante. *Ensayos: Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, (24), 87-96.
- Cubillos Vergara, M. C. (2007). Vestirse bien no es suficiente atractivo. *Revista Universidad EAFIT*, 43(145), 9-20.
- Devillez, H., Mollison, M. V., Hagen, S., Tanaka, J. W., Scott, L. S. y Curran, T. (2019). Neural and behavioral effects of color and spatial frequency manipulation during expert object recognition. *Neuropsychologia*, 122, 62-75. doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2018.11.011
- Eisenberger, N. I. (2012). El dolor de la desconexión social: examinando los

- fundamentos neuronales compartidos del dolor físico y social. *Reseñas de la naturaleza. Neurociencia*, 13(6), 421-434. <https://doi.org/10.1038/nrn3231>.
- Fariña, O. (2020). *Evolución y conceptos sobre envejecimiento*. [Diapositiva de Power Point]. Seminario: Biología humana del envejecimiento normal y patológico. Especialización en Envejecimiento Activo y Saludable de los Adultos Mayores. Universidad Nacional de Avellaneda. <https://ead.undav.edu.ar/course/view.php?id=11143>
- Franco, T. y Merhy, E. (2011). El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva*, 7(1), 9-20.
- Gilmore, D. (1994). *Hacerse hombre. Concepciones culturales de la masculinidad*. Paidós.
- Honorable Congreso de la Nación Argentina. Salud Pública (2009, 21 de octubre). *Ley 26.529. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud*. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26529-160432/actualizacion>
- Iacub, R. (2006). *Erótica y vejez. Perspectivas de occidente*. Paidós.
- Iacub, R. (2008). Sobre la construcción de juicios en la erótica de la vejez. *Revista Argentina de Sociología*, 6(10), 170-183. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26961012>
- Iacub, R. (2011). *Identidad y envejecimiento*. Paidós.
- Iacub, R. y Mansinho, M. (2020). *La sexualidad y el erotismo en la vejez* [Diapositivas de Power Point]. Seminario: Salud mental y psicopatología de las personas mayores. Especialización en Envejecimiento Activo y Saludable de los Adultos Mayores. Universidad Nacional de Avellaneda. <https://ead.undav.edu.ar/course/view.php?id=11145>
- Lalive d' Epinay, Ch., Bickel, J. F., Cavalli, S. y Spini, D. (2011). El curso de la vida: emergencia de un paradigma interdisciplinario. En J. Yuni (Comp.), *La vejez en el curso de la vida* (pp. 11-31). Encuentro Grupo Editor.

- Levy, B. (2009). Stereotype Embodiment: A Psychosocial Approach to Aging. *Curr. Dir. Psychol. Sci*, 18(6), 332-336. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01662.x>
- Martínez, A. (2018). *Identidad y cuerpo en la trama del sujeto sexo-generalizado: del psicoanálisis norteamericano a Judith Butler*. Universidad Nacional de La Plata. <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/libros/pm.652/pm.652.pdf>
- Martínez Rodríguez, T. (2016). *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación*. Estudios de la Fundación Pilares para la autonomía personal, N° 3.
- Organización de los Estados Americanos (2015). *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*. http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp
- Organización Mundial de la Salud (1974). *27.ª Asamblea Mundial de la Salud*, Ginebra, 7-23 de mayo Parte I: resoluciones y decisiones. Anexos. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/95324>
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=2F2189B73E0AFD5B8744B1C9A13A8D57?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>
- Paoletti, J. B. (2012). *Rosa y azul. Diciendo a los niños de las niñas en América*. Prensa de la Universidad de Indiana.
- Pardo Andreu, G. (2003). Consideraciones generales sobre algunas de las teorías del envejecimiento. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 22(1), 58-67. <http://scielo.sld.cu/pdf/ibi/v22n1/ibi08103.pdf>

Rivera, M. A. (2001). Percepción y significado del color en diferentes grupos sociales. *Imagen*, (53), 74-83.

Salvarezza, L. (2002). *Psicogeriatría. Teoría y clínica*. Paidós.

Salvarezza, L. (2005). *La vejez. Una mirada gerontológica actual*. Paidós.

Strejilevich, L. (2004). *Gerontología social*. Dunken.

APÉNDICE

4. Situaciones en La Casa Rosa

1) Cuando se acompaña a las residentes al baño, donde también son asistidas por las cuidadoras, la puerta plegadiza se mantiene abierta. Se puede ver desde la cocina o cuarto de almacenaje a una señora sentada en el inodoro, haciendo sus necesidades con su ropa interior baja. El discurso de las cuidadoras se expresa con la frase: "Son todas mujeres, no pasa nada". Inclusive, si por la puerta de la cocina ingresa algún familiar del resto de las señoras, también puede presenciar esta misma situación.

2) La señora Hilda tiene 82 años. Ingresó a la residencia desde otra institución. Se la observa sonriente y suele participar de las conversaciones en doble sentido. Durante una clase de ejercicio físico se trabajó la fuerza de prensión manual con pelotas pequeñas. En reiteradas ocasiones se la escuchó expresar: "¡Uff, hace tanto que no tengo una de estas en las manos!". Acompañó esa declaración guiñando un ojo y sonriendo a sus compañeras.

En una oportunidad, una cuidadora señaló a la señora Hilda y comentó a las demás: "¡Mirá qué linda está hoy! ¡Ya no tiene las tetas caídas porque le pusimos corpiño!" Otras cuidadoras se acercaron a la mujer, le levantaron la remera y mostraron la nueva prenda que llevaba puesta. La señora Hilda se sonrió y dijo: "Ahora están en su lugar."

3) La señora Isolina solía expresar que no tenía voluntad de hacer ejercicio. En una ocasión en la que no quiso sumarse a la actividad, una cuidadora le señaló: "Isolina, ¡tenés que hacer ejercicio, así el doctor se pone contento! Vos hacé la clase que nosotras después le contamos". En ese momento, se escuchó la siguiente expresión de la señora Isolina: "¡Ah! ¡Ese doctor es hermoso! Me tiene llena de amor".

Estas declaraciones se realizaron en presencia de la profesional que dicta las clases de ejercicio físico. También las cuidadoras agregaron: "La señora Isolina está enamoradísima del doctor, ¿no Isolina? ¿Cómo hacés cada vez que viene? ¡Contále a la profesora lo que decís cuando te revisa!". Sonrientes, las cuidadoras añadieron

otro comentario más: “Ella siempre dice estar enferma para que venga el doctor a revisarla”. En cada oportunidad en que el médico asistía a los controles de salud de las residentes, se las notaba risueñas y jocosas. Se mostraban muy predispuestas al ejercicio. En esas situaciones, las cuidadoras exclamaban: “Preguntáale a la señora Isolina”, quien respondía: “¡Ah sí! ¡Es que hoy vino el médico!”

4) Uno de los días en que se desarrollaba el taller de ejercicio físico, la profesional caminaba por las habitaciones, realizando la convocatoria para que las residentes se uniesen a la clase. Al encontrarse con la señora Sara —recostada en un sillón con la mano dentro de su pañal, dijo: “No es lo que pensás”—, la profesional respondió de manera empática asegurándole que no había problema alguno y que se retiraría del lugar para respetar su intimidad. Además, le extendió la invitación para unirse al grupo en caso de que ella decidiera participar posteriormente.