

Revista
Estudios Psicológicos
ISSN 2788-6506 / ISSN-L 2788-6492
<https://estudiospsicologicos.com>
Editada por: Instituto Universitario de Innovación Ciencia
y Tecnología Inudi Perú



ENSAYO

Vejez y demencia en Chile: Una lectura de las políticas públicas desde la biología cultural de Humberto Maturana y Ximena Dávila

Old age and dementia in Chile: a reading of public policies from the cultural biology of Humberto Maturana and Ximena Dávila

Velhice e demência no Chile: uma leitura das políticas públicas a partir da biologia cultural de Humberto Maturana e Ximena Dávila

María Díaz Orengo¹

Universidad de Salamanca, Salamanca – Castilla y León, España

 <https://orcid.org/0009-0009-1564-5614>

mariajosediazo@usal.es (correspondencia)

Juan Romero Romero

Universidad de Tarapacá, Arica – Arica y Parinacota,
Chile

 <https://orcid.org/0000-0003-1501-5179>

jromero@academicos.uta.cl

Alicia Puente Martínez

Universidad de Salamanca, Salamanca – Castilla y
León, España

 <https://orcid.org/0000-0001-5534-604X>

apuentema@usal.es

DOI: <https://doi.org/10.35622/j.rep.2026.01.003>

Recibido: 03/11/2025 – Aceptado: 11/02/2026 – Publicado: 16/02/2026

PALABRAS CLAVE

anciano, envejecimiento
de la población,
gerontología, política
social, vejez.

RESUMEN. El envejecimiento poblacional y la prevalencia de demencia plantean desafíos urgentes en Chile que invitan a una revisión y análisis profundos de sus bases culturales. El objetivo de este ensayo es analizar la realidad de la vejez y la demencia en Chile a través de una revisión crítica de su marco normativo y las bases culturales que, desde nuestra perspectiva, la sustentan. El trabajo se desarrolla como un estudio teórico-documental basado en la legislación y políticas públicas chilenas (2017–2025), las cuales son interpretadas desde la biología cultural de Humberto Maturana y Ximena Dávila. Esta lectura sugiere que las estrategias actuales mantienen un enfoque predominantemente biomédico y asistencialista, caracterizado por una fragmentación operativa y una escasa integración del cuidado relacional. Este análisis revela una cultura patriarcal que perpetúa sesgos de déficit y edadismo, marginando lo no productivo. Se concluye la necesidad de una transición hacia una cultura de colaboración basada en la biología del amar y un abordaje generacional que promueva entornos saludables, garantizando la validación de la persona mayor como un ser legítimo en la convivencia.

¹ Doctoranda en Neurociencias en la Universidad de Salamanca, España.



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución 4.0.

KEYWORDS

gerontology, old age, older adults, population aging, social policy.

ABSTRACT. Population aging and the prevalence of dementia pose urgent challenges in Chile, calling for a deep review and analysis of their cultural foundations. The aim of this essay is to analyze the reality of old age and dementia in Chile through a critical review of the regulatory framework and the cultural bases that, from our perspective, sustain it. The work is developed as a theoretical-documentary study based on Chilean legislation and public policies (2017–2025), which are interpreted through the cultural biology of Humberto Maturana and Ximena Dávila. This reading suggests that current strategies maintain a predominantly biomedical and welfare-oriented approach, characterized by operational fragmentation and limited integration of relational care. This analysis reveals a patriarchal culture that perpetuates deficit-based biases and ageism, marginalizing what is deemed non-productive. It concludes that a transition is needed toward a culture of collaboration grounded in the biology of love and a generational approach that promotes healthy environments, ensuring the validation of older persons as legitimate beings in coexistence.

PALAVRAS-CHAVE

envelhecimento populacional, gerontologia, pessoas idosas, política social, velhice.

RESUMO. O envelhecimento populacional e a prevalência de demência colocam desafios urgentes no Chile, convidando a uma revisão e a uma análise aprofundadas de suas bases culturais. O objetivo deste ensaio é analisar a realidade da velhice e da demência no Chile por meio de uma revisão crítica do seu marco normativo e das bases culturais que, em nossa perspectiva, o sustentam. O trabalho desenvolve-se como um estudo teórico-documental baseado na legislação e nas políticas públicas chilenas (2017–2025), as quais são interpretadas a partir da biologia cultural de Humberto Maturana e Ximena Dávila. Essa leitura sugere que as estratégias atuais mantêm um enfoque predominantemente biomédico e assistencialista, caracterizado por fragmentação operacional e baixa integração do cuidado relacional. Esta análise revela uma cultura patriarcal que perpetua vieses de déficit e o idadismo, marginalizando o que é considerado não produtivo. Conclui-se que é necessária uma transição para uma cultura de colaboração baseada na biologia do amar e em uma abordagem geracional que promova ambientes saudáveis, garantindo a validação da pessoa idosa como um ser legítimo na convivência.

1. INTRODUCCIÓN

El fenómeno del envejecimiento poblacional representa uno de los hitos demográficos y sociales más complejos de los siglos XX y XXI, caracterizado por un incremento sostenido en la esperanza de vida, disminución en las tasas de natalidad, cambio en las estructuras familiares tradicionales y, sobre todo, la reconfiguración de las sociedades modernas, constituyéndose como una problemática a nivel mundial.

El crecimiento acelerado de las personas mayores, término que se utilizará de manera rectora en este escrito, plantea desafíos urgentes para la salud pública. A nivel global, la literatura reporta que este fenómeno se asocia a una mayor prevalencia de enfermedades no transmisibles, entre las cuales las demencias emergen como una de las principales causas de discapacidad y dependencia (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021b).

En el contexto mundial, Chile se posiciona como uno de los países con el proceso de envejecimiento más acelerado de América Latina (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2023). Esta transición demográfica ha evidenciado una brecha significativa entre las necesidades de cuidado de las personas mayores y la capacidad de respuesta de los sistemas actuales que, pese a los avances, aún no logran abordar la complejidad del fenómeno. Los trastornos neurocognitivos mayores como las demencias y su tipo más predominante a nivel global, el Alzheimer, no solo impactan el estado neurológico fisiológico y psicosocial de quien lo padece, sino que tensionan los entornos familiares y los recursos gubernamentales (Slachevsky, 2019).

En este escenario, el Estado chileno ha implementado estrategias como el Plan Nacional de Demencias, la incorporación de estas patologías al sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES) y la promulgación de la ley Chile Cuida. Sin embargo, la lectura crítica de estas acciones sugiere que aún persiste un enfoque biomédico y asistencialista que suele omitir la dimensión relacional del vivir humano. Frente a esta visión tradicional y la



carente articulación entre los fenómenos de envejecimiento y dependencia, surge la necesidad de una comprensión profunda que considere al ser humano como una unidad biológico-cultural.

La obra de Maturana y Dávila (2019) ofrece el marco epistemológico necesario para este análisis. A través de conceptos como la autopoiesis y la biología del amar, es posible cuestionar las premisas de edadismo y exclusión imperantes. Desde la biología cultural, la vejez y la demencia no se interpretan únicamente como procesos de degradación molecular, sino como transformaciones dentro de una "unidad ecológica organismo-nicho". Bajo esta perspectiva, el presente ensayo tiene como objetivo analizar la realidad de la vejez y la demencia en Chile mediante un análisis documental de sus políticas públicas, examinando cómo estas reflejan una cultura de corte patriarcal que margina lo no productivo. Finalmente, se propone una transición hacia una cultura de colaboración fundamentada en la biología del amar como pilar para un envejecimiento digno.

2. MÉTODO

El presente manuscrito es un ensayo teórico-documental que a través de un análisis crítico y reflexivo busca poner de manifiesto la realidad sociosanitaria de la problemática planteada con marcos conceptuales específicos. Para ello, se procedió al análisis en tres etapas:

A) Delimitación del corpus y período: Se seleccionó un corpus compuesto por los principales instrumentos rectores de la política pública chilena en materia de vejez y salud para este grupo etario; vigentes o en trámite entre 2017 y 2025. Sin embargo, se hace referencia a la primera acción que visibiliza el envejecimiento, que es la Ley N° 19.828, que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) en 2002.

El corpus de este ensayo es considerado como marco referencial de la institucionalidad chilena. El criterio de selección priorizó normas de alcance nacional y planes estratégicos con impacto directo en la autonomía, cuidado y las demencias en las personas mayores. Los documentos principales incluyeron:

- 1. Marcos normativos y legales:** Corresponde a las leyes, decretos y proyectos de ley que establecen mandatos obligatorios y garantías exigibles:
 - Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores: Ratificada por Chile en 2017 (Decreto N° 162).
 - Ley N° 21.168 (2019): Establece la atención preferente en salud para personas mayores y personas con discapacidad.
 - Decreto N° 22 del Ministerio de Salud (2019): Incorpora el Alzheimer y otras demencias al sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES).
 - Ley N° 21.380 (2021): Reconoce a los cuidadores o cuidadoras el derecho a la atención preferente en el ámbito de la salud.
 - Proyecto de Ley Integral de las Personas Mayores y de Promoción del Envejecimiento Digno, Activo y Saludable (Boletín 13834-18) (Ministerio de Desarrollo Social y Familia [MDSF], 2025): En etapa final de tramitación a finales de 2025, este proyecto representa el esfuerzo legislativo más ambicioso para consagrar la autonomía y la protección de derechos bajo un enfoque de curso de vida.
- 2. Instrumentos de política pública y gestión:** Comprende planes y lineamientos que orientan la implementación técnica del Estado:

- Plan Nacional de Demencia (Ministerio de Salud [MINSAL], 2017): Instrumento rector para la articulación de la red asistencial y comunitaria en relación a la demencia en Chile.
- Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados (Chile Cuida) (MDSF, 2026): Lineamientos estratégicos para la articulación intersectorial de servicios y apoyos para la dependencia.

B) Dimensiones analíticas: La revisión documental se organizó en torno a cinco ejes fundamentales: derechos humanos, modelos de cuidado, edadismo, participación social y prevención/promoción del envejecimiento saludable. Estas dimensiones permitieron identificar la brecha entre el discurso técnico-legislativo y la vivencia relacional.

C) Análisis y reflexión: La información fue procesada mediante una lectura crítica y reflexiva desde la teoría de la biología cultural creada por Maturana y Dávila. El análisis realizado no se basa en resultados cuantitativos y/o análisis experimentales, sino más bien, busca interpretar la ontología del vivir que subyace en la legislación, contrastando la cultura patriarcal de control y productividad con la posibilidad de una cultura matrística de colaboración y aceptación del otro. Este procedimiento permitió articular de forma coherente el contexto demográfico con los postulados teóricos del marco de referencia.

3. DESARROLLO

Contexto mundial

La transición demográfica es una realidad y América Latina y el Caribe son las regiones del mundo que envejecen con mayor rapidez (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021). Se estima que dos tercios de la población mundial de 60 años o más vivirá en países de ingresos bajos y medianos (OMS, 2025). Esto se explica por el cambio en la distribución de la población, los avances médicos y las prácticas sociales que han mejorado la calidad de vida e incrementado la esperanza de vida. Se prevé que para 2050, en países de medianos y bajos ingresos, se concentrará el 80% de la población de personas mayores (OMS, 2025).

En pleno 2025 existen grandes diferencias en el acceso y condiciones de salud entre los países. Por ejemplo, se estiman brechas de 10 a 16 años de esperanza de vida en países de América Latina y el Caribe, donde Chile y Haití presentan los valores más extremos, con 83 y 64 años respectivamente. Se prevé que para 2030, una de cada seis personas tendrá 60 años o más en la región, representando el 17% de la población total (Huenschuan, 2018).

El Instituto Nacional de Estadísticas (INE, 2024) y Conocimiento e Investigación en Personas Mayores (CIPEM, 2024) reportaron que la población en Chile de 60 años o más representa el 19,2% del total nacional. Según la CEPAL (2023), Chile y Uruguay serán para 2030 los países con la mayor tasa de envejecimiento de la subregión. Sin embargo, el envejecimiento como fenómeno empieza a visibilizarse recién en 1982 con la primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento.

Goldfarb (1965) refiere que la senectud es una condición en la cual se produce un declive significativo de la capacidad funcional física, mental o ambas. La perspectiva funcional que introduce el autor permite definir el envejecimiento como un proceso inevitable y progresivo de menoscabo de la capacidad cerebral/neurológica como motora para adaptarse, ajustarse y sobrevivir. Por su parte, Dulcey-Ruiz y Uribe Valdivieso (2002) señalan que la vejez hace referencia a la última etapa de la vida del ser humano; es el estado de una persona que, por razones de aumento en su edad, sufre una decadencia biológica en su organismo, lo que implica dificultades

en su desempeño y adaptación social. Según Alvarado García y Salazar Maya (2014), es la biología la que incide directamente y limita a la persona mayor en las distintas esferas psicosociales. Al respecto, afirman que “*la vejez es considerada como la fase final del proceso de envejecimiento... sus límites, excepto la muerte, han sido y son siempre imprecisos y dependientes*” (p. 59).

La OMS (2021b) propone en 2015 el concepto de “envejecimiento saludable” como el proceso que permite al individuo mantener una vida funcional adaptada, la que implica tres conceptos clave: (1) capacidad intrínseca, (2) capacidad funcional y (3) entorno. Por consiguiente, para alcanzarlo, se debe promover que las personas mantengan sus capacidades físicas y cognitivas para desempeñarse con autonomía, siendo clave un entorno promotor que cuide variables como la alimentación, la inclusión y el acceso universal.

La OMS (2025) define el envejecimiento como el resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, a la muerte. Asimismo, la organización señala que el envejecer no solo comprende cambios y capacidades en todos sus sistemas biológicos, sino también la comprensión del individuo con relación a los cambios asociados a otras transiciones vitales, como la jubilación, el fallecimiento de personas cercanas, la soledad, el cambio de vivienda y, sobre todo, el tener nuevos roles y, por consiguiente, la modificación de su posición social (OMS, 2025). Podríamos plantear que el envejecimiento es un proceso que, en un inicio, tiene un fuerte componente biológico; pero con el tiempo, es el factor contextual el que cobra mayor importancia y ejerce una influencia determinante en la salud y el bienestar de cada persona.

En la misma línea, las Naciones Unidas desarrolló el plan “Década del envejecimiento saludable 2021-2030”, cuyo objetivo es reducir las desigualdades y mejorar la vida de las personas mayores. Este plan tiene cuatro esferas: a) cambiar nuestra forma de pensar, sentir y actuar ante la edad; b) garantizar que las comunidades fomenten las capacidades; c) ofrecer atención integrada centrada en la persona; y d) facilitar el acceso a la atención de largo plazo (OMS, 2025). Esta perspectiva concibe el envejecimiento como una etapa del desarrollo vital donde el declaimiento fisiológico no implica un deterioro del aporte social. La OMS invita a los Estados a promover estilos de vida que prevengan la dependencia, la pluripatología y la discapacidad en la vejez, pero sobre todo erradicando la mirada protecciónista y de minusvalía asociada a este grupo etario.

Esta caracterización global da cuenta, de algo que no es novedoso como la biología y la cultura, pareciera que no confluyen, sino con tendencia a una dicotomía en la interpretación de los procesos humanos. Mientras los indicadores demuestran un éxito de la especie en términos de longevidad, las definiciones predominantes, incluso las de la OMS, siguen ancladas en una narrativa de “daño molecular” y “decadencia”. Al priorizar el declive funcional sobre el relacional, el contexto mundial refuerza involuntariamente un tipo de cultura, que desde la biología cultural denominaremos “patriarcal” que tiende a valorar al ser humano solo por su capacidad productiva y operativa. Desde la biología cultural, esta mirada fragmentada constituye un obstáculo para el envejecimiento saludable, por más sustento teórico o visiones que se establezcan, pues ignora que la salud en la vejez no es solo un deterioro biológico, sino la conservación de una red de convivencia donde la persona mayor siga existiendo como un ser legitimado y validado dentro y por su comunidad.

Marco normativo chileno

Tras el regreso a la democracia en Chile en la década de los 90, las personas mayores surgen en la esfera política y pública, constituyéndose como un grupo de interés y, actualmente, de especial protección. Sin

embargo, dichas acciones se inician formalmente a mediados del 2002 con la vigencia de la Ley N.º 19.828 (2002), que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). A partir del año 2010, se comenzaron a ejecutar otras normativas asociadas:

- **Ley N° 20.427 (2010):** modifica la Ley de Violencia Intrafamiliar para incluir el maltrato a las personas mayores.
- **Ley N° 21.380 (2021):** establece el derecho a la atención preferente en salud para mayores de 60 años y su modificación el artículo 5º bis de la Ley 20.584 para ampliar la atención preferencial, que ya existía para personas mayores de 60 años y personas con discapacidad, incluyendo a la persona cuidadora.
- **Ley N° 20.732 (2014):** rebaja el impuesto territorial a propiedades de adultos mayores vulnerables económicamente.
- **Ley N° 20.531 (2011):** exime de la obligación de cotizar para salud a los pensionados.

A este marco normativo se ha sumado la institucionalización de la Ley Chile Cuida de 2024 (MDSF, 2026), que busca reconocer el cuidado como un derecho y una función social, brindando apoyo tanto a la persona con dependencia como a su cuidador/a, además de establecer una serie de beneficios sociales y legitimar el rol de cuidador/a.

No obstante, el avance legislativo más significativo es el que se tramita desde finales de 2025 en el congreso, la ley integral de las personas mayores y de promoción del envejecimiento digno, activo y saludable. Este proyecto de ley busca establecer un marco jurídico robusto que garantice el pleno goce de los derechos humanos de las personas mayores en Chile y así fortalecer la autonomía, la participación y la protección contra el abuso, alineada a la actual legislación interna con la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas mayores de 2015.

Uno de los puntos fuertes de la política chilena respecto a las personas mayores son las políticas que ha implementado desde 1999 el Ministerio de Salud (MINSAL), independiente del gobierno de turno, tales como: el Programa de Alimentación Complementaria, el Plan de Inmunizaciones y el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM). Este último ha resultado de vital importancia en la atención primaria, ya que permite prevenir, evaluar y tratar con fondos estatales enfermedades crónicas y detectar factores de riesgo asociados a patologías como el cáncer, alcoholismo, tabaquismo, infecciones de transmisión sexual y las demencias.

Asimismo, el Fondo Nacional de Salud (FONASA) ha establecido estrategias como la atención preferencial para mayores de 55 años, gratuidad en centros de salud familiar y hospitales públicos, entrega de prótesis y órtesis, y cobertura total en tratamientos de alto costo, donde gran parte de la población de personas mayores por los beneficios indicados le es más conveniente afiliarse al sistema de salud público.

El Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDSF) también ha desplegado programas desde el año 2000 que buscan proteger a las personas mayores en contextos de vulnerabilidad socioeconómica y abandono, tales como: el Bono de Invierno, el programa Vínculos, los subsidios para Establecimientos de Larga Estadía (ELEAM), los centros diurnos y la Pensión Garantizada Universal (PGU), orientados a proveer apoyos frente al abandono familiar y la vulnerabilidad económica.

El despliegue de leyes y subsidios en Chile ha sido importante en los últimos 25 años y ha buscado dar respuesta a una problemática social en el contexto socioeconómico chileno, buscando principalmente la

protección básica, sin embargo, ello no implica revelar una verdad entre líneas que es la atención de una estructura de respuesta estatal predominantemente asistencialista. Este enfoque prioriza lo remedial (bonos, exenciones y atención preferencial) pero no logra facilitar la legitimación de las personas mayores, como lo es en la cultura oriental y, por tanto, no propicia la inclusión. Al tratar a la persona mayor como un receptor pasivo de beneficios económicos o clínicos, el Estado chileno perpetúa una identidad de minusvalía. Desde la perspectiva de Maturana y Dávila, estos instrumentos normativos operan bajo una lógica de control y administración de la vejez, descuidando la promoción de un "habitar humano" que trascienda la vulnerabilidad. La verdadera urgencia no radica solo en aumentar la cobertura, sino en transitar hacia una cultura matrística donde las leyes faciliten la colaboración intersectorial para que la vejez sea un espacio de participación y no un retiro forzado de la convivencia social.

Demencias: una prioridad que urge

Las demencias se definen como un síndrome clínico adquirido, causado por una disfunción cerebral, caracterizado principalmente por un deterioro de las funciones neurocognitivas, frecuentemente asociado a trastornos psicológicos y de la conducta (Slachevsky, 2019).

Actualmente representan a nivel mundial el 11,9% de los años vividos con discapacidad debido a una ENT (OPS, 2020) y constituyen una de las principales enfermedades no transmisibles (ENT) por su alta prevalencia. Las ENT son la principal causa de muerte en el mundo en personas de 60 años y más (OPS, 2021a).

Se caracterizan por ser de curso lento y de larga duración, generando múltiples complicaciones secundarias de origen físico, sensorial, intelectual y psíquico. Entre los factores de riesgo asociados se encuentran la depresión, hipertensión, diabetes, deficiencias auditivas, hipercolesterolemia y obesidad (OMS, 2020). Es importante señalar que: *"El deterioro cognitivo no es atribuible al envejecimiento normal y es lo suficientemente grave como para interferir significativamente en la independencia en el desempeño de las actividades de la vida diaria de una persona"* (OMS, 2019, p. 125). En Chile, la demencia tipo Alzheimer ha incrementado un 22,8% en la última década (Martínez-Sanguinetti et al., 2021) y se espera que para 2050 el 3,10% de la población presente esta condición (Nitrini et al., 2009).

La OMS (2021b) indica que el crecimiento de la población, la expectativa de vida y por consiguiente la longevidad más el aumento de determinados factores de riesgo, han provocado un drástico aumento del número de muertes causadas por la demencia en los últimos 20 años, donde las mujeres representaron aproximadamente el 65% del total (O'Neal, 2024). Si bien el envejecimiento no es sinónimo de demencia, la edad es el factor de riesgo más importante.

La OMS reconoce a las demencias como una prioridad de salud pública y aprueba en 2017 el *Plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia 2017-2025* dirigido a los/as responsables de la formulación de políticas, asociados internacionales, regionales y nacionales, buscando ser un mapa de navegación para el establecimiento y adopción de medidas de los Estados adscritos (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Chile se suscribe al llamado de la OMS y crea el Plan Nacional de Demencias, que aborda la patología de forma familiar, considerando a la persona con demencia, al cuidador/a y el entorno próximo (MINSAL, 2017). Aunque la pandemia de COVID-19 dificultó su implementación territorial completa, en 2019 entendiendo su importancia,

se incorporan las demencias al régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES N.º 85), favoreciendo el diagnóstico, intervención y tratamiento desde la atención primaria hasta la atención especializada en salud para la atención de personas con demencias y su entorno de apoyo.

La capacitación de profesionales en la atención primaria como la inserción de los programas GES 85 con un equipo multidisciplinario ha permitido que Chile sea uno de los pocos países donde el manejo de la demencia puede ser realizado por médicos no especialistas desde la sospecha diagnóstica, aumentando así la cobertura y oportunidad. Sin embargo, las demencias exigen una complejidad de recursos gubernamentales que va más allá de los ámbitos sociosanitarios, ya que los costos asistenciales y cuidados aumentan significativamente a medida que progresla la gravedad (OMS, 2017).

La demencia es uno de los trastornos por excelencia que implican dependencia y con ello, una persona que provea asistencia y cuidados. Los datos señalan que al menos 142 millones de personas mayores en todo el mundo carecen de la capacidad de satisfacer sus propias necesidades básicas y el número de años vividos con una discapacidad para la población de 80 años o más, ha aumentado en un 77% durante la última década y media (OMS, 2021b). En Chile los datos son similares, según la III Encuesta Nacional de Discapacidad (ENDISC) el 61,3% de la población adulta con discapacidad presenta dependencia (Servicio Nacional de la Discapacidad, 2023), por tanto, requiriendo de un cuidador/a permanente, que asume la responsabilidad de proveer su asistencia de las actividades de la vida diaria, cuidador/a que en la mayoría de los casos tiene edad similar a la persona mayor y lo más probable con algún padecimiento de salud y en la misma situación de vulnerabilidad socioeconómica. La dependencia y la demencia están interrelacionadas en todas sus etapas, sobre todo las más avanzadas. Esto no solo representa un desafío estadístico para la salud pública, sino que revela una ruptura en la trama relacional que sostiene la vida.

La priorización de las demencias en la salud pública chilena es un hito técnico e importante, dado que da respuesta a un problema de la salud mundial, sin embargo, como ya hemos interpelado anteriormente, desde el enfoque cultural en el que se crean, desarrollan e implementan “estos cambios” siguen reflejando una fragmentación operativa. No se puede ocultar el hecho de que la mayoría de las personas cuidadoras posean una edad y vulnerabilidad similares a las de la persona cuidada, dando cuenta que la política pública actual descarga la crisis del cuidado en el ámbito privado y femenino. Esta realidad revela el rostro más crudo de la cultura patriarcal: la desvalorización de lo reproductivo y el abandono de la trama relacional. En este escenario, la demencia no debe entenderse solo como un síndrome neurocognitivo, sino como una prueba crítica para nuestra capacidad de amar. Si el sistema no garantiza redes de apoyo cooperativas, la demencia termina por desintegrar el espacio de coexistencia, transformando el cuidado en una obligación alienante en lugar de una expresión de reconocimiento mutuo y conservación de la especie.

Biología cultural

Maturana, biólogo chileno, es considerado un biólogo sistémico. Su obra le permite articular la dimensión biológica de los organismos con los aspectos culturales, ecológicos, epistemológicos y psicológicos, ofreciendo una nueva mirada, algunos dirán poco ortodoxa, de cómo vivimos y nos relacionamos como seres biológicos. Su aporte y su teoría en múltiples dominios se basan en tres elementos centrales vitales para comprender el concepto de vejez y el abordaje de la demencia.

- a) **Autopoiesis:** Condición central de los seres vivos. Somos sistemas moleculares que nos producimos a nosotros mismos a nivel molecular, y la realización y conservación de esa producción de sí mismos como sistemas moleculares constituye el vivir. Por tanto, el vivir es un proceso dinámico, que se observa en todas las formas de vida, desde una bacteria hasta organismos pluricelulares y más complejos como los mamíferos (Maturana & Varela, 2006).
- b) **Biología del conocimiento:** Para Maturana, el conocimiento es una construcción entre la relación del observador y lo observado, que lo guía a considerar al observador como un participante activo y constitutivo en todo lo que él o ella observa. Por tanto, el/la observador/a como la realidad emerge como explicaciones de las experiencias del observador y no como entidades trascendentales (Ruiz, 1996). En palabras de Maturana y Varela (2009), la biología no puede entenderse, como lo hemos hecho hasta ahora (en el siglo XX), como un proceso natural que depende y está definido desde el sujeto que conoce o desde el objeto conocido. Proponen la teoría desde un punto de vista *medio* (*entre el realismo y el solipsismo*), es decir, el conocimiento es una forma en que, a partir de nuestras estructuras y acciones, co-construimos, en espacios de relación comunicativos, aquello que decimos conocer.
- c) **Emocionar y emergencia del lenguaje (lenguajear):** En esencia, Maturana (1989) propone que nuestra vida es un proceso que no se agota en el dominio biológico, sino que, como mamíferos, nuestras estructuras biológicas se coordinan en espacios de relación cultural. En la consideración de nuestra naturaleza como seres vivos y, en especial, nuestro linaje de homínidos, se conservó una forma de vivir, a partir de conductas conservadas generación tras generación. Las conductas conservadas se refieren a que la *disposición corporal* que nos mantuvo y mantiene como seres humanos está en el dominio de acciones que Maturana y Verden-Zöller (1993) distinguen como amor biológico. Es decir, nuestra biología se hace posible en la conservación de espacios de relación amorosos, sostenidos en la aceptación incondicional y la cooperación entre madres y cuidadores/as. En este espacio de relación, cada miembro del grupo de homínidos habría logrado entrelazar las emociones con el lenguaje, dando curso a las *conversaciones*.

Con estos tres elementos centrales, Maturana y Verden-Zöller (1993, 2012) y más tarde Maturana y Dávila (2019, 2021a, 2021b), desarrollan la biología cultural, que surge de la aplicación de la noción de autopoiesis (condición central que sostiene a los seres vivos) en los dominios tradicionalmente biológicos y no biológicos. En ese sentido, desde este marco teórico, todo lo que hacemos como seres vivos lo realizamos como seres autopoieticos (a nivel molecular) y, por tanto, nuestro vivir se constituye en un nicho ecológico como unidades. Dávila y Maturana (2019) usan el término “*unidad ecológica organismo-nicho*” para indicar que “*la conservación del vivir no se da en un vacío relacional*”. Es decir, nuestro linaje no se explica por la genética, sino porque los humanos conservamos y sostenemos nuestro linaje por la conservación de ciertas conductas y actitudes dentro de la unidad ecológica organismo-nicho. Es decir, en un espacio de relación y en una cultura específica.

La expresión biología cultural, como ámbito de reflexión abierto, se podría definir como “*el espacio de explicación sistémico fundamentado en la explicación científica de los fenómenos de la vida, la percepción y el conocimiento, considerando a los seres humanos como seres vivos y como seres culturales simultáneamente*” (Maturana & Dávila citado en Palacio Gómez, 2014, p. 167). Es así que el lenguaje tiene lugar a través de interacciones estructurales en el dominio de la existencia física de los cuerpos. Por consiguiente, el lenguajear

(como define Maturana) es la forma en que construimos la realidad social en la interacción que se produce en las redes conversacionales.

Para Maturana y Verden-Zöller (1993), la existencia humana toma lugar en el espacio relacional del conversar amoroso. Dicho proceso se denomina por los autores como “*cultura matrística*”; donde los ejes centrales se dan en el rol de la madre/generadora en el amor, el juego, la aceptación incondicional del/la otro/a como ser legítimo, la cooperación, entre las actitudes centrales. Sin embargo, la “*cultura matrística*” originaria de nuestro linaje habría dado paso a la “*cultura patriarcal*” sostenida en la conservación de conductas centrales como, la competencia, la búsqueda de poder, la propiedad, el menosprecio de “la mujer”, dejando la cultura matrística relegada a espacios de relación de crianza, amistad y de la expresión afectiva amorosa. Según Maturana y colaboradores dichas culturas se manifiestan aún hoy y son las que explicarían desde esta teoría los padecimientos de la sociedad actual.

Romero-Romero et al. (2024) validan preliminarmente la existencia de las actitudes matrísticas y patriarcales a través de la creación y validación del test de actitudes matrísticas y patriarcales (TAMYP) que logró una representación adecuada de su estructura de dos factores latentes correlacionados negativamente entre sí y donde se evidencia una correlación negativa entre las actitudes matrísticas y los estados emocionales negativos y la orientación hacia la dominancia social.

Desde la biología cultural se fundamenta que en la medida en que la cultura patriarcal se mantenga como dominante, la vinculación, interacción y conversaciones que se desarrollan con las personas mayores no permitirán visualizar el envejecer, la demencia (o cualquier enfermedad) y la muerte como procesos legítimos, asociados a nuestra condición de seres vivos y como el entorno cultural es el espacio de relación promotor y generador de un envejecimiento saludable.

En este enfoque teórico Maturana y Dávila (2015) centran el énfasis en que el ser humano requiere de otros/as en la convivencia. Por tanto, las demencias deben ser comprendidas como una transformación en el modo de vivir y de relacionarse y no solamente como un deterioro neurológico. Bajo esta mirada, las políticas públicas chilenas deben evolucionar hacia un enfoque que se sustente en los principios de la biología del amar y la colaboración como fundamentos para un envejecimiento digno.

La sociedad chilena en el discurso, el trato directo y la legislación vinculante a la población mayor, aún denota un énfasis en términos como “*déficit, ausencia, abandono, enfermedad y vulnerabilidad, entre otros*”, poniendo de manifiesto un sesgo negativo a la edad, develando indirectamente como sinónimo de inferioridad y relegación psicosocial. Es decir, aún se mantiene la idea de que la vejez es una etapa de fragilidad y que se vive de igual manera por todos y todas. Producto de ello es que se piensa a los adultos mayores como un grupo homogéneo y estático, con las mismas características, carencias y necesidades (Observatorio Envejecimiento Universidad Católica, 2021).

Un Estado que provea un discurso cultural que se centra en el déficit por un determinado rango de edad promueve acciones y comportamientos de tipo asistencial, caritativo y en la relegación, distanciada de una perspectiva de Derecho. Las políticas públicas son reflejo de las creencias de un grupo social en un contexto determinado; estas creencias se manifiestan a través de dichas políticas, y de esta manera se sistematizan, reproducen y perpetúan en una cultura específica, en este caso en la cultura patriarcal o hegemónica. El concebir

a la persona mayor como improductiva proyecta una imagen que las deja sólo como beneficiarios/as pasivos/as de la asistencia social, es decir, les da una posición social, pero no un rol social (Cardona Arango, 2008).

Los datos que se presentan reflejan la relevancia de la población mayor en las políticas públicas y qué estrategias tomarán los países como Chile, que tiene un envejecimiento acelerado. A excepción del nuevo proyecto de ley que se tramita en el congreso chileno, todas las legislaciones existentes muestran una visión protecciónista del Estado chileno con centro en lo remedial y difícilmente una estructura social, legal y pública que no sólo promueva, sino que favorezca un envejecimiento saludable. Es decir, que continúa consolidando y perpetuando un modelo cultural patriarcal que no valora a la persona mayor. La cooperación es constitutiva de la vida; en ese tenor, la valoración de la persona mayor debería ser parte esencial y pilar en la construcción de la sociedad.

El observatorio para el envejecimiento de la Universidad Católica reporta que el 18% de las personas en Chile concibe a las personas mayores como una “carga” para la sociedad, el 45% opina que las personas mayores de 70 años tienen una posición social baja. A su vez el 28% considera a las personas mayores como incompetentes (Observatorio Envejecimiento Universidad Católica, 2021), lo que ratifica la premisa planteada de la biología cultural.

En una cultura patriarcal como la chilena, la figura ligada a la senectud aparece relegada y asociada principalmente a menor estatus, porque todos/as aquellos/as que se marginan del circuito productivo son evidentemente marginados y considerados una carga. Es decir, en la medida en que a las personas mayores se les margina de las tareas productivas o estén desprovistos de poder o recursos, no serán respetados/as, valorados/as y considerados/as. La vejez no puede ser entendida como una degradación biológica, sino como un proceso en transformación desde la cultura en que se vive y, por tanto, todos y todas que somos parte de esa cultura, somos eje esencial en cómo el/la adulto mayor se percibe, vive y se transforma.

La cultura patriarcal, el predominio de las redes sociales y el masivo acceso de información a través de los dispositivos de telecomunicación idealizan la juventud, la productividad y la posesión, fomentando indirectamente “el tener” y el desprecio a lo no-productivo. Se valora el legado material que dejan los que mueren, no la calidad de su vinculación, ni la cooperación, ni la reciprocidad y menos, por supuesto, el amor y el juego que fueron y aún son en nuestros ciclos vitales, fundamentos olvidados de lo humano.

La vejez debe ser entendida como una construcción social y política. Por tanto, las personas mayores deben ser un grupo a intervenir desde la política estatal, no solo desde la necesidad de calcular y controlar su crecimiento, gasto y subvención pública (Mazzucchelli, 2019). El envejecer se vive como un crimen.

El edadismo como forma de discriminación surge como algo normal y lógico en las culturas, donde la interacción en el lenguaje constituye acciones orientadas a estas premisas. Por tanto, ser mayor, requerir asistencia gradual o presentar una patología se vive y se percibe como una situación donde “otro” debe asumir su cuidado, pero culturalmente se vive como un peso simbólico en la esfera social, económico y afectivo. Es difícil para las nuevas generaciones cambiar el foco en su interacción cultural cuando las conversaciones e interacciones que han aprendido lo asumen así.

Las ENT y su incremento exponencial en los últimos 40 años, sobre todo en las enfermedades neurodegenerativas, constituyen una problemática asociada al envejecimiento. Si bien la investigación es escasa, es consistente en la vinculación del auto edadismo o edadismo autoinfligido con conductas poco saludables o

de riesgo, enfermedades de salud mental como depresión, deterioro cognitivo y Alzheimer, enfermedades crónicas, discapacidad y hospitalizaciones (Chang, 2020).

La promoción de la salud debe ser el eje transversal para que las personas mayores puedan, independientemente de su edad, tener autonomía, funcionalidad y participación en comunidad, permitiendo su desarrollo y valoración en diversas esferas de la sociedad y no lo que evidencia un estado de salud y calidad de vida mermada que recae en una segregación de la sociedad.

En la cultura chilena, donde se presume apoyo en todas las esferas bio-psicosociales o se busca alcanzar ese objetivo, la realidad evidencia lo contrario: pensiones que empobrecen, barreras de accesibilidad, alimentos saludables de bajo alcance, remedios en alza y listas de espera en centros de salud, entre otros. En este contexto, la posibilidad de disminuir los factores de riesgo asociados a la demencia es escasa, favoreciendo la profecía autocumplida.

Se vuelve necesario, por tanto, un cambio cultural que favorezca la valoración de conductas y actitudes matrísticas desde las primeras generaciones, donde se promueva la reflexión crítica a partir de la cooperación, la reciprocidad, la legitimación del adulto mayor, nuestra agencia como cuidadores/as y la identificación de los espacios de relación matrísticos. El propósito sería establecer redes de conversaciones amorosas, en donde el/la cuidador/a perciba los beneficios del servicio al otro/a. Esto permitirá un envejecimiento saludable no solo para quienes ya tienen una edad mayor, sino también para aquellos que alcanzarán algún día esa misma edad

4. CONCLUSIÓN

El crecimiento acelerado de la población es una realidad instaurada que implica cambios sociodemográficos y en las políticas públicas; las personas mayores serán y seremos cada vez más, y la existencia de personas centenarias es una posibilidad real. Entendemos que la demencia es una patología neurodegenerativa que va creciendo año tras año como otras ENT a nivel mundial, lo que motiva a la acción para dar respuesta al cambio en la distribución de la población. Sin embargo, es evidente que la concentración de los apoyos, recursos y estrategias no puede estar centrada en lo remedial y preventivo, ya que, si bien esto se requiere, en ningún caso resuelve el problema de origen, que es posibilitar una vejez digna y saludable, que posibilite la funcionalidad, la autonomía, el desarrollo cognitivo y participación social. El envejecimiento no implica necesariamente demencia, dependencia o pluripatología, pero sí lo será en un país donde no se realiza un cambio cultural desde las creencias y estilo de vida de la población desde las edades tempranas, donde persiste un enfoque biomédico, segregado y asistencialista que suele omitir la dimensión relacional del vivir humano.

La biología cultural nos invita a reflexionar sobre el tema de origen, que es la constatación de que el fundamento que nos hace humanos descansa en las conductas y actitudes descritas en la cultura matrística. No plantea exactamente el cambio en las culturas y en las actitudes y comportamientos, sino una reivindicación de lo que hemos conservado de generación en generación y que perpetúa nuestra condición humana. La cultura patriarcal imperante en el mundo es una cultura que busca la inmediatez, que se centra en la búsqueda del poder y el estatus, que relega y margina a todas y todos los adultos mayores a una identidad con las enfermedades, por degradación biológica y no a la emergencia de una mirada que se fundamenta en la más simple y temprana de nuestras cualidades, conceptualizadas por Maturana y colaboradores como cultura matrística fundamentada en el amor biológico.

Bajo este prisma, la nueva ley integral que se discute en el congreso ofrece una oportunidad histórica para la validación del otro/a como un ser legítimo/a en la convivencia, permitiendo no identificar a las personas mayores solo como sujetos con deterioro, sino como personas valiosas con las cuales podemos compartir, aprender y seguir viviendo con lo que construimos. Esta nueva ley toca el núcleo de la propuesta de Maturana y Dávila; siendo una oportunidad histórica para que el Estado de Chile oriente sus políticas desde una visión biológica-cultural.

La reflexión desde la biología cultural permitiría legitimar el cuidado, no como una obligación impuesta a las mujeres o familiares o a las instituciones eventualmente alienantes, sino distribuyendo las tareas de cuidado cooperativamente entre familiares, redes de apoyo, además de asistencia institucionalizada. Lo anterior nos permitiría comprender y acercarnos a la comprensión del ciclo vital, como un bello y complejo tejido entre nuestra biología y los espacios de relación culturales, sociales y humanos, para que los (nuestros) últimos años sean vividos como los primeros, con afecto y bienestar. Vivir y transformarnos en convivencia, permitiendo ser una red que facilite el vivir en la edad que sea con los otros/as en un espacio constructivo, de aceptación y validación, vital para la población mayor. Es decir, reconocimiento a quienes han contribuido, con sus luces y sombras, a sus comunidades. Esto implica valorar e identificarnos con el vivir y transformarnos en convivencia, permitiendo ser una red que facilite el vivir en la edad que sea con los otros/as en un espacio constructivo, de aceptación y validación.

Los adultos mayores serán/seremos cada vez más. De aquí lo esencial de contar con un marco de reflexión que permita legitimar su existencia y orientar una comprensión más integral del envejecimiento; por ello, los indicadores constatan la urgencia de generar políticas donde la edad no sea el único indicador de acción, sino promover un cambio cultural que favorezca el acceso a un envejecimiento activo en comunidad, donde el Estado se comprometa activamente para que el ciclo vital sea comprendido como un bello y complejo tejido entre nuestra biología y nuestros espacios de relación, para que los (nuestros) últimos años sean vividos como los primeros: con afecto y bienestar. En la medida en que mantengamos estos espacios, seguimos cuidándonos y manteniendo la conservación de nuestra especie, donde cada uno/a es pieza esencial en la construcción de la vida en un país.

Conflictos de intereses / Competing interests:

Los autores declaran que no incurren en conflictos de intereses.

Rol de los autores / Authors Roles:

María Díaz Orengo: Conceptualización, análisis formal, investigación, escritura – borrador original, escritura – revisión y edición, visualización, supervisión, administración del proyecto.

Juan Romero Romero: Conceptualización, investigación, escritura – borrador original, visualización.

Alicia Puente Martínez: Análisis formal, investigación, escritura – borrador original, escritura – revisión y edición.

Aspectos éticos/legales:

Los autores declaran no haber incurrido en aspectos antiéticos ni haber omitido aspectos legales en la realización de la investigación.

Fuentes de financiamiento / Funding:

Los autores declaran que no recibieron un fondo específico para esta investigación.

REFERENCIAS

Alvarado García, A. M., & Salazar Maya, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. <https://doi.org/10.4321/s1134-928x2014000200002>

Cardona Arango, D., Estrada Restrepo, A., & Agudelo García, H. B. (2008). Subjective aspects of aging Medellín's social support net and senior aticens' autonomy. *Investigación y Educación en Enfermería*, 21(2), 80-91. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.3001>

Chang, E. S., Kanno, S., Levy, S., Wang, S. Y., Lee, J. E., & Levy, B. R. (2020). Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. *PLoS one*, 15(1), e0220857. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220857>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2023). *El envejecimiento en América Latina y el Caribe desde la perspectiva de las cuentas nacionales de transferencia*. <https://cutt.ly/otmGBFOY>

Conocimiento e Investigación en Personas Mayores. (2024). *Evolución Centenarios en Chile*. <https://cutt.ly/3tmHhIVW>

Decreto 22 de 2019. Aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud. 07 de setiembre de 2019.

Dulcey-Ruiz, E., & Uribe Valdivieso, C. (2002). Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprehensiva de la vida humana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34(1), 17-28. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2834615>

Goldfarb, A. J. (1965). Psychodynamics and the three-generation family. En B. Shanas & G. Streib (Eds.), *Social structure and the family* (pp. 10-45). Prentice-Hall.

Huenchuan, S. (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el desarrollo sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. <https://cutt.ly/etmG6oTC>

Instituto Nacional de Estadísticas. (2024). *Primeros resultados del Censo 2024*. <https://www.ine.gob.cl/>

Ley N° 19.828 de 2002. Crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor. 27 de setiembre de 2002.

Ley N° 20.427 de 2010. Modifica la Ley N° 20.066, de Violencia Intrafamiliar, y otros Cuerpos Legales para Incluir el Maltrato del Adulto Mayor en la Legislación Nacional. 18 de marzo de 2010.

Ley N° 20.531 de 2011. Exime, Total o Parcialmente, de la Obligación de Cotizar para Salud a los Pensionados que Indica. 31 de agosto de 2011.

Ley N° 20.732 de 2014. Rebaja el Impuesto Territorial Correspondiente a Propiedades de Adultos Mayores Vulnerables Económicamente. 5 de marzo de 2014.

Ley N° 21.168 de 2019. Modifica la Ley N° 20.584, a Fin de Crear el Derecho a la Atención Preferente. 27 de julio de 2019.

Ley N° 21.380 de 2021. Reconoce a los Cuidadores o Cuidadoras el Derecho a la Atención Preferente en el Ámbito de la Salud. 21 de octubre de 2021.

Martínez-Sanguinetti, M. A., Leiva-Ordoñez, A. M., Petermann-Rocha, F., & Celis-Morales, C. (2021). ¿Cómo ha cambiado el perfil epidemiológico en Chile en los últimos 10 años? *Revista médica de Chile*, 149(1), 149-152. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872021000100149>

Maturana, H. & Dávila, X. (2021a). *Habitar humano en seis ensayos de biología-cultural*. Editorial Universitaria.

Maturana, H. & Dávila, X. (2021b). *La revolución reflexiva*. Editorial Paidós.

Maturana, H. (1989). Lenguaje y realidad: El origen de lo humano. *Archivos de Biología y Medicina Experimentales*, 22, 77–81.

Maturana, H., & Dávila, X. (2015). *El árbol del vivir*. MvP Editores.

Maturana, H., & Dávila, X. (2019). *Historia de nuestro vivir cotidiano. Evolución del cosmos que aparece cuando explicamos nuestro vivir con nuestro vivir* (1^a ed.). Paidós Chile.

Maturana, H., & Varela, F. (2004). *De máquinas y seres vivos: autopoiesis, la organización de lo vivo* (6^a ed.). Editorial Universitaria.

Maturana, H., & Varela, F. (2009). El árbol del conocimiento: Las bases biológicas del entendimiento humano (19^a ed.). Editorial Universitaria.

Maturana, H., & Verden-Zöller, G. (1993). *Amor y juego. Fundamentos olvidados de lo humano: desde el patriarcado a la democracia* (1^a ed.). Editorial Instituto de Terapia Cognitiva.

Maturana, H., & Verden-Zöller, G. (2012). *The origin of humanness in the biology of love*. Andrews UK Limited.

Mazzucchelli, N. (2019). Envejecimiento Positivo para Chile: ¿Una vejez sin Estado? *Revista Kairós-Gerontología*, 22(3), 25–42. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2019v22i3p25-42>

Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (9 de febrero de 2026). *Gobierno promulga la Ley Chile Cuida y crea el Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados*. <https://cutt.ly/FtmG4UI8>

Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2025). *Proyecto de Ley Integral de las Personas Mayores y de Promoción del Envejecimiento Digno, Activo y Saludable (Boletines refundidos N° 12.451-13, 12.452-13 y 13.822-07)*. <https://cutt.ly/5tmG2XTF>

Ministerio de Salud. (2017). *Plan Nacional de Demencia*. <https://cutt.ly/JtmG97qM>

Nitrini, R., Bottino, C. M., Albala, C., Capuñay, N. S. C., Ketzoian, C., Rodriguez, J. J. L., ... & Caramelli, P. (2009). Prevalence of dementia in Latin America: a collaborative study of population-based cohorts. *International psychogeriatrics*, 21(4), 622-630. <https://doi.org/10.1017/S1041610209009430>

O'Neal, M. A. (2024). Women and the risk of Alzheimer's disease. *Frontiers in Global Women's Health*, 4, 1324522. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2023.1324522>



Observatorio Envejecimiento Universidad Católica. (2021). *Edadismo: Imagen social de la vejez y discriminación por edad*. <https://observatorioenvejecimiento.uc.cl/>

Organización Mundial de la Salud. (1 de octubre de 2025). *Envejecimiento y salud*. <https://cutt.ly/vtmG7SOw>

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Global action plan on the public health response to dementia 2017 - 2025*. <https://cutt.ly/FtmHAjBn>

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11)*. <https://icd.who.int/browse11>

Organización Mundial de la Salud. (2021a). *La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y la Década de las Naciones Unidas del Envejecimiento Saludable (2021-2030)*. <https://cutt.ly/PtmHj2od>

Organización Mundial de la Salud. (2021b). *Resumen ejecutivo del informe sobre la situación mundial de la respuesta de la salud pública a la demencia*. <https://cutt.ly/htmGEFEe>

Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Directrices de la OMS para la reducción de los riesgos de deterioro cognitivo y demencia*. <https://doi.org/10.37774/9789275322567>

Organización Panamericana de la Salud. (2021a). Enfermedades no transmisibles. <https://cutt.ly/qtmHQZiv>

Organización Panamericana de la Salud. (4 de noviembre de 2021b). *Gobierno de Chile, CEPAL y OPS/OMS participan en lanzamiento regional de la Década de las Naciones Unidas del Envejecimiento Saludable 2021-2030*. <https://cutt.ly/htmHqFMk>

Palacio Gómez, C. A. (2014). Biología Cultural, psicología social y sinergia organizacional. *Katharsis*, (18), 165–190. <https://doi.org/10.25057/25005731.482>

Romero-Romero, J. C., Henríquez-Henríquez, D., Díaz-Orengo, M. J., Escobar-Moyano, M., Bravo-Lange, E., & Espinosa-Pezzia, A. (2024). Creación y validación preliminar del Test de Actitudes Matrísticas y Patriarcales, basado en la teoría de Humberto Maturana. *Límite (Arica)*, 19(26), 1-17. <http://dx.doi.org/10.4067/s0718-50652024000100226>

Ruiz, A. B. (1996). The contribution of Humberto Maturana to the sciences of complexity and psychology. *Journal of Constructivist Psychology*, 9(4), 283-302. <https://doi.org/10.1080/10720539608404673>

Servicio Nacional de la Discapacidad. (2023). *III Encuesta Nacional de Discapacidad y Dependencia (ENDISC 2023): Resultados principales*. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. <https://www.senadis.gob.cl/>

Slachevsky, A., Parrao, T., Oyarzo, F., & Lillo, P. (2019). *Las demencias: historia, concepto, clasificación y aproximación clínica*. En E. Labos, A. Slachevsky, T. Torralva, P. Fuentes, & F. Manes (Eds.), *Tratado de neuropsicología clínica del adulto: bases conceptuales técnicas de evaluación* (2.ª ed.). Editorial Akadia.