

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POSTGRADO

**Significado de la calidad de vida del adulto mayor para
sí mismo y para su familia. Centro de Salud Clas**

Laura Caller Iberico. 2004 – 2006

TESIS

para optar el grado académico de Doctor en Ciencias de la Salud.

AUTOR

Martha Nicolasa Vera Mendoza

Lima – Perú

2007

A DIOS:

Por su protección y bendiciones, porque sin
Él, no sería nada en este mundo.

A mi Rosita, Mi MADRE:

Por sus bendiciones desde el cielo, y seguir
siendo mi ejemplo y motivación y poder
continuar adelante en todo mi quehacer.

A mi esposo, EMILIO:

Por su amor eterno, constante motivación y
apoyo incondicional en todos estos años
juntos, para lograr mis sueños.

A mis HIJOS:

Arturo, Jessica y Jeannette por su estímulo
constante y apoyo incondicional en todo lo
que realizo.

QUIERO EXPRESAR MI AGRADECIMIENTO A:

Dr. Carlos Bustios Romani por ser un MAESTRO y por su calidad de persona como docente y asesor de esta tesis, que hoy con orgullo culmino.

Mis grandes amigas Rocío y Mistral por su ejemplo, amistad y apoyo en la realización de la tesis.

Mi Jeannette, por su amor, apoyo incondicional, dedicación e invaluable ayuda en la realización de la tesis.

Mi Jessica, por su nobleza y por ser mi mayor orgullo y apoyo siempre.

Los adultos mayores y sus familias del AAHH Laura Caller Iberico que conforman la muestra de estudio, por abrirme las puertas de su casa y brindarme información necesaria y sincera; sin ellos no hubiera sido posible concluir esta tesis.

Mis profesores del Doctorado de Ciencias de la Salud de la Facultad de Medicina de la UNMSM, quienes compartieron conmigo sus valiosos conocimientos y experiencias a través de los dos años de estudio. En especial al Jurado Informante: MAESTROS Dr. Pedro Ortiz Cabanillas, Dr. Carlos Bustios Romani; y al Dr. Adalberto Delgado Gamero.

INDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
TÍTULO	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	iv
ÍNDICE DE ESQUEMAS	vii
RESUMEN	ix
SUMMARY	xi
INTRODUCCIÓN	xiii
 CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
1.1.- Reflexiones sobre la temática a investigar	01
1.2.- Vivencias de la investigadora en relación al significado de la calidad de vida del adulto mayor	12
1.3.- Representaciones sociales a emerger	14
1.4.- Categorías directrices	15
1.5.- Formulación del problema	16
1.6.- Objetivos	16
1.7.- Propósito	17
 CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO REFERENCIAL	
2.1.- Antecedentes	19
2.2.- Fundamentación teórica-sociológica-psicológica	22
2.2.1. La situación de los adultos mayores	22

	Pág.
2.2.2. El envejecimiento: teorías que lo sustentan	28
2.2.3. Envejecimiento, adulto mayor y sociedad	29
2.2.4. Funcionalidad familiar y el adulto mayor	31
2.2.5. Teoría psicosocial de las representaciones sociales	32
2.2.6. La vejez y su calidad de vida como objeto de representaciones sociales	41
2.3.- Categorías teóricas o posibles conceptos de la representación social estudiada	45
2.4.- Definición operacional de términos básicos	46

CAPITULO III: TRAYECTORIA METODOLÓGICA

3.1.- Tipo de investigación	48
3.2.- Método de investigación	50
3.3.- Escenario de la investigación	53
3.4.- Informantes del estudio	54
3.5.- Técnicas e instrumentos de recolección de datos	55
3.6.- Proceso de recolección y procesamiento de datos	58
3.7.- Consideraciones éticas	63

CAPITULO IV: RESULTADOS

4.1.- Descripción, categorización, análisis e interpretación	65
4.2.- Representaciones sociales emergentes según semejanzas y divergencias	97

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.- Conclusiones	112
5.2.- Alcances	113

	Pág.
5.3.- Recomendaciones	114
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	115
ANEXOS.	

INDICE DE ESQUEMAS

Número		Pág.
01	Categoría 01: conocimientos acerca del significado de vejez y de ser un adulto mayor	67
02	Categoría 02: conocimientos de la familia acerca del significado de la vejez y de tener un familiar adulto mayor	72
03	Categoría 03: elementos de la calidad de vida del adulto mayor según el mismo	76
04	Categoría 04: elementos de la calidad de vida del adulto mayor según la familia	80
05	Categoría 05: valores y actitudes de la calidad de vida del adulto mayor, referidos por el mismo	83
06	Categoría 06: valores y actitudes de la calidad de vida del adulto mayor según los familiares	86
07	Categoría 07: necesidades del adulto mayor como ser social y su calidad de vida, según el mismo	89
08	Categoría 08: necesidades del adulto mayor como ser social y su calidad de vida, según la familia	92

Número		Pág.
09	Comparación entre categorías y sub-categorías referentes a la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia	95
10	Semejanza Nº 01: conocimiento sobre la vejez y ser adulto mayor o anciano (R.S.)	98
11	Semejanza Nº 02: elementos secundarios de la calidad de vida del adulto mayor (R.S.)	100
12	Semejanza Nº 03: valores y actitudes acerca de la calidad de vida del adulto mayor referidas y observadas (R.S.)	102
13	Semejanza Nº 04: necesidades secundarias del adulto mayor como ser social relacionado con su calidad de vida (R.S.) ..	104
14	Diferencia Nº 01: elemento principal de la calidad de vida del adulto mayor	106
15	Diferencia Nº 02: valores y actitudes del adulto mayor que influyen en su calidad de vida	108
16	Diferencia Nº 03: necesidad principal del adulto mayor como ser social y su calidad de vida	110

RESUMEN

Hasta la segunda mitad del siglo XIX un número muy reducido de la población mundial alcanzaba llegar a la edad de la vejez / ancianidad. Hoy, en el siglo XXI, gracias a los avances de la ciencia y de la tecnología, la disminución de la natalidad y de la mortalidad infantil, así como el mejoramiento de las condiciones sociales del ambiente, la población adulta mayor es cada vez más numerosa; y el cuidado de la salud de esta población se ha constituido en un problema de salud pública y de la seguridad social, que cada vez adquiere más importancia. Según estimaciones de la OPS (2003), para el año 2025, estarán viviendo en el planeta tierra un total de 600 millones de ancianos. La longevidad creciente tiene exigencias propias que no pueden desconocerse, y se debe asegurar que el alto costo necesario para llegar a “viejo” se vea compensado con una calidad de vida adecuada en el adulto mayor; la misma, que para su estudio, debe ser la expresión sentida del propio adulto mayor y de la familia. Los objetivos generales de la investigación fueron: determinar el significado que la expresión lingüística “*calidad de vida del adulto mayor*” tiene para el mismo adulto mayor y para su familia, con la finalidad de tener mejores elementos de juicio que garanticen un cuidado integral de la salud del adulto mayor. El tipo de investigación es cualitativa; el método es, descriptivo-interpretativo-comprensivo; se fundamentó en la “*Teoría de las Representaciones Sociales*” de Serge Moscovici, para construir entre los actores del estudio, la representación del significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Se ejecutó la investigación en el Centro de Salud CLAS Laura Caller Iberico y el asentamiento humano del mismo nombre, en el Distrito de Los Olivos-Lima. La muestra se constituyó por criterio de “*saturación*”, y está conformada por dieciséis adultos mayores (65 – 80 años) y dieciséis grupos integrados por sus familiares. Las técnicas e instrumentos para la recolección de datos fueron: la “*observación, entrevista a profundidad*” y “*grupos focales*”; así como, “*la guía de observación*” y dos cuestionarios con ocho preguntas norteadoras cada uno,

dirigidas tanto al adulto mayor; como a los familiares. La ejecución de la investigación se realizó entre septiembre 2004 a enero 2006. El análisis de los datos según la “*objetivación*” y el “*anclaje*” de Serge Moscovici, y lograr la construcción de la representación social fue en tres etapas: un análisis general; seguido de un análisis ideográfico-axial; y finalmente un análisis nomotético específico. Los resultados del análisis ideográfico-axial, permitió la emergencia de cuatro ejes temáticos, estructurados en unidades de significado, categorías y sub-categorías, presentados en los esquemas del 01 al 08; los resultados del análisis nomotético permitió finalmente la emergencia de las representaciones sociales sobre lo que significa la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia, siendo presentados en los esquemas del 10 al 16. Las conclusiones o consideraciones finales fueron:

- Para el adulto mayor mismo: (i) es tener paz, tranquilidad en su vida cotidiana, sin problemas personales ni conflictos familiares; (ii) es ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto; y (iii) es satisfacer sus necesidades como ser social, de libre expresión y decisión, comunicación e información.
- Para la familia: (i) es que el adulto mayor satisfaga sus necesidades básicas de alimentación, vestido, vivienda e higiene; apoyándolo en lo necesario para que logre, principalmente, su bienestar físico.

Palabras claves: adulto mayor, calidad de vida, representaciones sociales, objetivación, anclaje.

SUMMARY

To second half of century XIX a number very reduced of the world-wide population reached to arrive at the age of the oldness/old age. Today, in century XXI, thanks to the advances of science and the technology, the diminution of the natality and infantile mortality, as well as the improvement of the social conditions of the atmosphere, the greater adult population is more and more numerous; and the care of the health of this population has been constituted in a problem of public health and the social security, that every time acquires more importance. According to estimations of the OPS (2003), for year 2025, they will be living in the planet earth a total of 600 million of old. The increasing longevity has own exigencies that cannot be not known, and it is due to assure that the high cost necessary to arrive at “old” is compensated with a quality of life adapted in the greater adult; the same one, that stops its study, must be the felt expression of the own greater adult and the family. The general missions of the investigation were: to determine the meaning that the linguistic expression “quality of life of the greater adult” has for he himself greater adult and his family, with the purpose of having better elements of judgment than they guarantee an integral care of the health of the greater adult. The type of investigation is qualitative; the method is, descriptive-interpretative-comprehensive; it was based on the “Theory of the Social Representations” of Serge Moscovici, to construct between the actors of the study, the representation of the meaning of the quality of the greater adult for itself and its family. One in center executed the investigation of Health CLAS Laura Iberian Caller and the slums of he himself name, in the District of Olive tree-File. The sample was constituted by criterion of “saturation”, and is conformed by sixteen greater adults (65 - 80 years) and sixteen groups integrated by its relatives. The techniques and instruments for the data collection were: the “focal observation, interview to depth” and “groups”; as well as, “the guide of observation” and two questionnaires with eight norteadoras questions each one, directed as much to the greater adult; to the familiar groups. The execution

of the investigation occurred between September 2004 to January 2006. The analysis of the data according to the “objetivation” and the “anchorage” of Serge Moscovici, and to obtain the construction of the social representation was in three stages: a general analysis; followed of an ideográfico-axial analysis; and finally a specific nomotétic analysis. The results of the ideográfico-axial analysis allowed the emergency of four thematic axes, structured in units of meaning, categories and sub-categories, presented/displayed in the schemes from the 01 to the 08; the results of the nomotétic analysis finally allowed the emergency of the social representations in study, being presented / displayed in the schemes from the 10 to the 16. The conclusions were:

- For the same greater adult: (i) to have peace, tranquility in its daily life, without personal problems nor familiar conflicts; (ii) to be taken care of and protected by the family with dignity; (iii) and, to satisfy its necessities like being social, of free expression and decision, communication and information.
- For the family: (i) that the greater adult satisfies his basic necessities with feeding, dress, house and hygiene; supporting it in the necessary thing so that it obtains, mainly, its physical well-being.

Key words: greater adult, social quality of life, representations, objetivation, anchorage.

INTRODUCCIÓN

La población de ancianos o adultos mayores en el mundo ha crecido mayoritariamente en los últimos años por múltiples factores, y se prevee un crecimiento mayor; lo cual traerá un incremento en muchos aspectos de su vida no siempre favorables, como por ejemplo un deterioro biológico, mental y social, cuyas consecuencias son las enfermedades físicas (agudas, crónicas y terminales), mentales y la exclusión social. Sin embargo, en otros casos continúa siendo una etapa de vida de muchas realizaciones y satisfacciones para el adulto mayor y para su familia.

El envejecimiento es un proceso natural, irreversible que finaliza cuando sucede la muerte. Las alteraciones homeostáticas en la persona, le condicionan a la pérdida de bienestar e insatisfacción. Sin embargo, la longevidad creciente tiene exigencias propias que no pueden desconocerse y se debe asegurar que el alto costo necesario para llegar a viejo se vea compensado con una calidad de vida adecuada en el adulto mayor, sea sano o enfermo. Considerando que la vejez constituye una etapa más de la experiencia humana y que por lo tanto puede y debe ser positiva (con calidad de vida) con desarrollo individual y social de la persona.

Por otro lado, en la sociedad contemporánea se producen cambios sociales y culturales que muchas veces influyen negativamente en las condiciones y calidad de vida de los que envejecen, tales como: pérdida de ocupación o trabajo, disminución de los ingresos, deterioro de la identidad social; sin embargo, más allá de las características generales atribuidas a la vejez, cada persona atraviesa este proceso de acuerdo a su biografía, historia y al posicionamiento personal que adopte en esta etapa de su vida. Por ende, la calidad de vida del adulto mayor estará en relación con la posibilidad de que en esta etapa, forme parte de un proyecto de vida autónomo, enmarcado por el reconocimiento de su pasado y su presente y de la proyección al

futuro dentro de un gran soporte social y familiar, teniendo una participación social significativa y sus deseos y necesidades expresadas y satisfechas.

La percepción subjetiva de la calidad de vida es una característica estable asociada con la personalidad de las personas y el bienestar y la calidad de vida que experimentan o evidencian se encuentran intrínsecamente relacionadas con la salud, factores socioeconómicos, culturales y su grado de interacción social y ambiental.

Para identificar y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores en su longevidad es necesario comprender y preguntarse: **¿qué significa ser viejo?, ¿cómo se ven los viejos a sí mismos?, ¿cómo ve su vida?, ¿qué significa tener una vida con calidad?, ¿qué necesita el adulto mayor para tener calidad de vida?**; las respuestas las tiene que dar el adulto mayor desde su sentir, desde su punto de vista como interesado, él, que está envejeciendo. Asimismo necesitamos saber las respuestas a estas interrogantes por parte de su familia, las cuales pueden coincidir o ser diferentes, a fin de comprender que la capacidad de establecer interacciones entre ellos es necesario para garantizar la calidad de vida del adulto mayor y que se basa en la identificación y la construcción de su propia representación social o conocimiento común que tengan y que signifique para ellos la calidad de vida del adulto mayor; también fue muy importante desarrollar varias entrevistas a profundidad que nos permitieron aproximarnos a su representación social y realidad en su quehacer diario – entorno, y comprender este significado.

Asimismo existiendo las limitaciones de no encontrar estudios de investigación similares a nivel local y/o internacional, es que se desarrolla esta investigación con el fin de aplicar la metodología cualitativa cuyas raíces datan de las ciencias sociales, y hoy, necesarias en las ciencias de la salud.

Todo lo antes mencionado y unido al interés de la investigadora (de origen teórico y vivencias personales) por aportar conocimientos actualizados para la comprensión del “*significado de calidad de vida del adulto mayor*”, conocimientos obtenidos de fuente primaria, permitirán participar como profesional de la salud y del

equipo de trabajo multidisciplinario y ayudar para garantizar esta calidad de vida del adulto mayor en su quehacer profesional. La estructura del estudio cualitativo se presenta en V capítulos. El **capítulo I** esta referido al problema a investigar; reflexiones sobre el tema; vivencias de la investigadora en relación con el significado de calidad de vida del adulto mayor; las representaciones sociales a emerger; la formulación, objetivos del problema y propósito de la investigación. En el **capítulo II** se presenta el marco teórico referencial, se redactan los antecedentes del estudio, la fundamentación teórico-sociológico-psicológico, las categorías teóricas de la representación social y la definición operacional de términos básicos. El **capítulo III** contiene la trayectoria metodológica, es decir, el tipo y método de investigación; el escenario o sede de estudio; informantes o sujetos de estudio; técnicas e instrumentos de recolección de datos; el proceso de recolección y procesamiento de datos y las consideraciones éticas. En el **capítulo IV** se presenta los resultados a través de 15 esquemas figurativos: los ocho primeros producto del análisis ideográfico, y los siete restantes producto del análisis nomotético, que a través de semejanzas y diferencias constituyen las representaciones sociales del “*significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y su familia*” construidas por los investigados y la investigadora. El **capítulo V** está constituido por las conclusiones, los alcances de la investigación y las recomendaciones. Finalmente se presenta las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO I EL PROBLEMA

1.1.- REFLEXIONES SOBRE LA TEMÁTICA A INVESTIGAR

a).- CALIDAD DE VIDA.

Antes de comenzar a abordar el tema relacionado con el “*significado de calidad de vida*”, se quisiera resaltar la importancia que tiene el carácter subjetivo de éste. Y para ello nos basaremos en la siguiente definición de subjetivo: *perteneciente o relativo al sujeto, considerado en oposición al mundo externo. Relativo a nuestro modo de pensar o de sentir, y no al objeto en sí mismo.*

El interés del hombre por la calidad de vida data de tiempos inmemoriales, sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por su evaluación sistemática y científica son relativamente recientes. La expresión “*calidad de vida*” empieza a popularizarse en la década de los 60, hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en diversos ámbitos como son: el cuidado de la salud, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general y en especial en el ámbito de la salud individual y colectiva.

La evolución de este concepto nos muestra su complejidad multidimensional, la que hace muy difícil su delimitación y su definición. Durante los años 60 del siglo XX surge en la sociedad, el interés creciente por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización en el bienestar de la sociedad y surge también la necesidad de medir estos hechos a través de: datos objetivos, de indicadores sociales y estadísticos que permitan medir datos y hechos vinculados al bienestar individual y colectivo.

“Estos indicadores (de bienestar) tuvieron su propia evolución siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para en un segundo momento contemplar elementos subjetivos”.¹

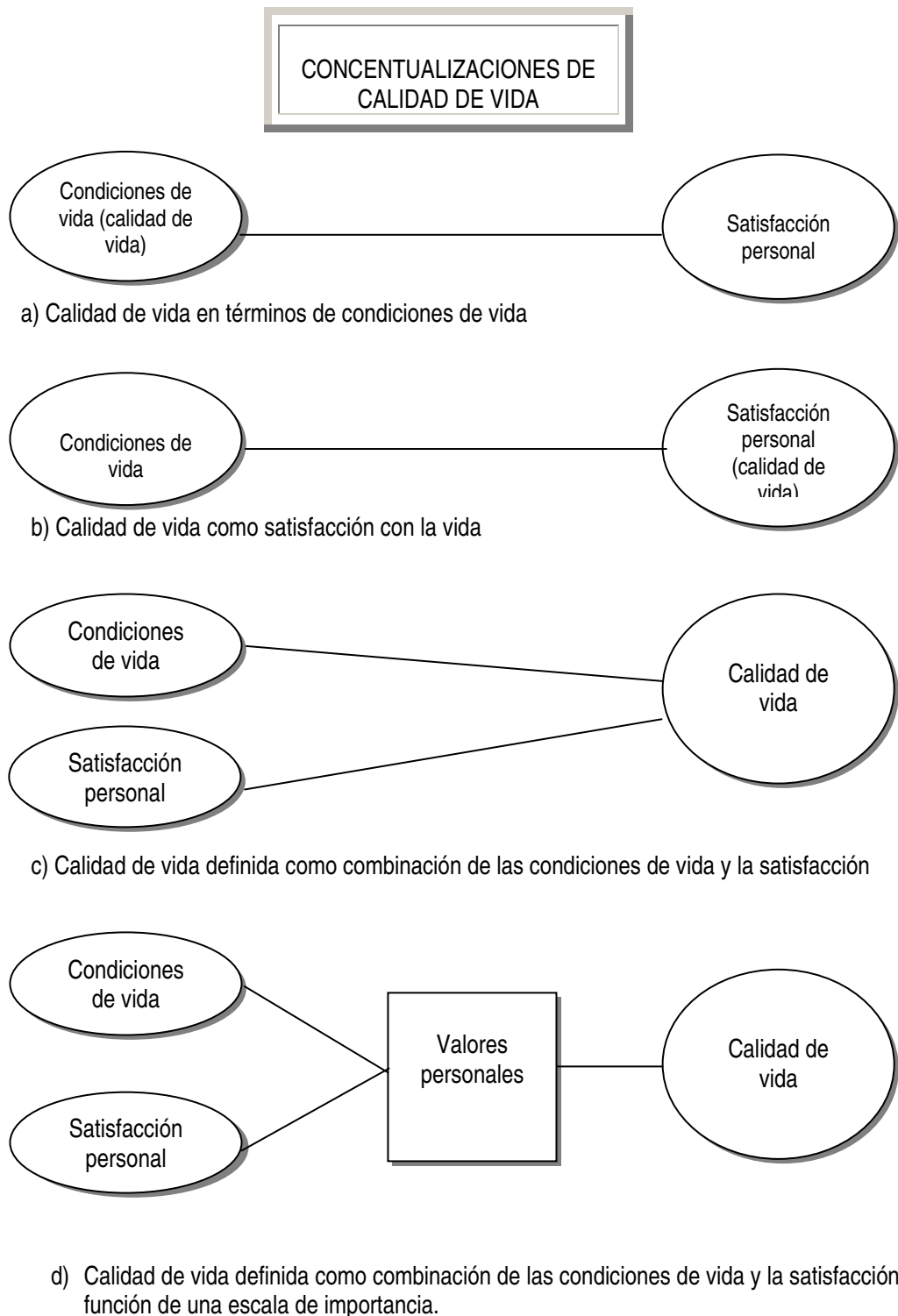
Así pues, a mediados de los setenta se le comienza a definir a esta expresión lingüística “*calidad de vida*” como un concepto integrador que está inmerso en todas las áreas de la vida del ser humano, haciendo referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos. La utilización del término en las revistas *Social Indicators Research* (EEUU, 1974) y *Sociological Abstracts* (EEUU, 1979) contribuyeron a su difusión teórica y metodológica; estableciéndose la década de los 80 como la del despegue definitivo de la investigación en torno a este tema (Gómez – Vela y Sabeh, 2003). Durante los años 80, el término *calidad de vida* se adoptó como un concepto sensibilizador que podía ofrecer a los distintos profesionales de diferentes disciplinas un lenguaje común y guiar las prácticas de los servicios sociales orientados hacia la persona, a su autodeterminación y al logro de un bienestar general como persona.

Sin embargo, hasta hoy no puede establecerse un consenso sobre la definición y la evaluación de calidad de vida. Históricamente han existido dos aproximaciones básicas: aquella que la concibe como una unidad unitaria y la que la considera como una entidad compuesta por una serie de dominios. Felce y Pery (1995) encontraron diversos modelos conceptuales de calidad de vida: **a).** los que la entienden como calidad de condiciones de vida de una persona; **b).** los que valorizan la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales; **c).** los que priorizan condiciones de vida de una persona junto con la satisfacción que ésta experimenta y, **d).** los que la definen como una combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales (ver figura Nº1)

Lo anteriormente mencionado nos permite afirmar que este término ha sido

¹ AROSTEGUI, L. Evaluación de la calidad en personas adultas con retraso mental en la comunidad del país Vasco. España: Universidad de Deusto; 1998. p 20.

Figura Nº1
Conceptualización de calidad de vida
(traducida y adaptada por Felce y Pery, 1995)



entendido a partir de dos enfoques distintos (esto data a partir de los años 90):

- a. **Enfoques cuantitativos**, cuyo propósito es operacionalizar el concepto calidad de vida a través de *indicadores sociales* (condiciones externas relacionadas con el entorno: salud, bienestar social, amistad, estándar de vida, educación, seguridad pública, desempleo, trabajo, vecindario, vivienda entre otros); *indicadores psicológicos* (reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales) e *indicadores ecológicos* (ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente).
- b. **Enfoques cualitativos**, cuyo propósito es comprender el concepto “*calidad de vida*” a través de variables subjetivas adoptando la postura de escuchar a la persona mientras relata sus experiencias, desafíos y problemas en su vida cotidiana y cómo es que los servicios sociales pueden apoyarles eficazmente.

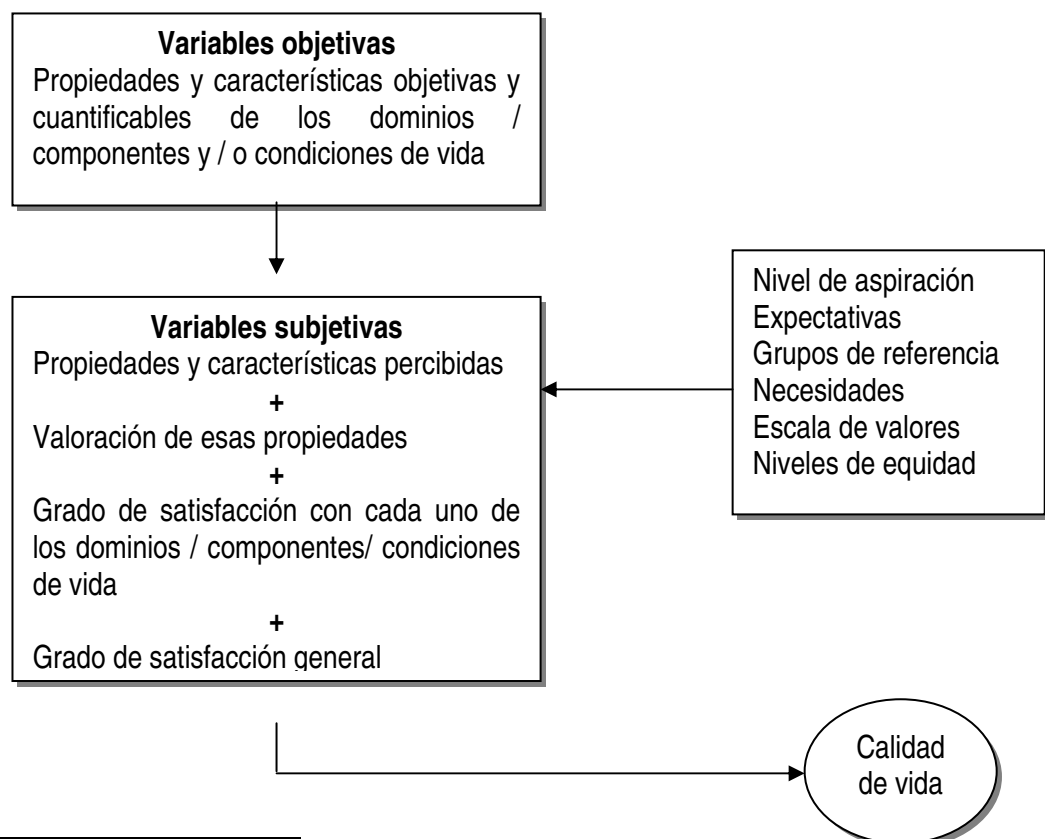
Asimismo, la “*calidad de vida*” puede entenderse en términos de bienestar subjetivo (*felicidad*), y por la presencia o ausencia de indicadores estándar de lo que las personas determinan como una *buena vida* (*estado de bienestar*). Ambos implican la existencia de:

- **Indicadores objetivos de bienestar:** comodidad, estatus de empleo e ingresos (naturaleza y cuantía de las posesiones materiales); soporte familiar, red de apoyo social; tipo de vivienda, comodidad y elementos sanitarios; seguridad de ocupación; coste del alojamiento, accesibilidad y calidad de los servicios (comerciales, de salud, de educación, de recreación); calidad y seguridad de los transportes; accesibilidad y calidad de los servicios de protección; estado de salud (de orden biológico).
- **Indicadores subjetivos presentes:** Sentimiento de satisfacción, estado de ánimo positivo, estado de salud, emociones (de orden subjetivo).

La relación entre ambas variables establecen una conceptualización de calidad de vida (**figura Nº 2**) según Rodríguez (1995) y mencionado por Calizaya.

“En este sentido, el estado de salud representa un indicador de doble naturaleza: por un lado presenta condiciones implícitamente de orden biológico y por otro, condiciones de índole subjetivas manifiestas mediante auto-informes de las propias personas. Asimismo, no puede dejarse de considerar la fuerte interacción que existe entre salud y calidad de vida (*el estado de salud es factor determinante de la calidad de vida y la calidad de vida determina igualmente el estado de salud*)². Rodríguez (1995) puntualiza que existe un número importante de estudios que han demostrado que para muchos pacientes la valoración subjetiva de la salud tiene una relación más fuerte con el bienestar subjetivo que la valoración objetiva.

Figura Nº 2
VARIABLES OBJETIVAS Y SUBJETIVAS EN LA CALIDAD DE VIDA
 (Blanco, 1985; Rodríguez, 1995)



² CALIZAYA, J. Ansiedad, afrontamiento del estrés y calidad de vida en pacientes con tuberculosis. Tesis (Maestría en Psicología Clínica) UNMSM. Lima; 2005. pp. 67 – 68.

También se hacía necesario comprender que *calidad de vida* está relacionada con las necesidades, aspiraciones e ideales del ser humano en todas las etapas del ciclo vital: infancia, adolescencia, adultez y ancianidad; lo que obliga a realizar un análisis de este concepto como la resultante de la sumatoria: calidad de las condiciones de vida + satisfacción personal + valores de la persona como ser social. En el siglo XXI, el concepto de este tema se presenta como aquél en el que el término *calidad de vida* no sólo abarca las intenciones y acciones de individuos que gozan cada vez más de mayores posibilidades de elección y decisión y optan por una vida de mayor calidad, sino también la de los prestadores de servicios humanos en general, que se ven obligados a adoptar técnicas y estrategias de mejora de sus procedimientos; en la medida que ya existen grupos de evaluadores que analizan sus resultados desde criterios de excelencia como es el de “*calidad de vida*”.

Ana Luisa Velandia (1994) refuerza lo descrito ya que plantea que “*calidad de vida*” hace referencia a múltiples aspectos de la vida del hombre y supera con creces, el concepto utilizado antes de “*condiciones de vida*”³: “*Calidad de vida son aquellas sensaciones subjetivas de bienestar psicosomático, autoestima, satisfacción personal y de adaptación al entorno: resultado de la interacción de varios factores como son la salud, alimentación, vestido, vivienda, trabajo, educación, seguridad social, recreación y libertades humanas*”³.

Estos últimos conceptos fueron derivados de la Declaración de los Derechos Humanos dada en 1982 por la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, que permitió establecer el Plan de Acción Internacional de Viena, con énfasis en cinco principios. Finalmente entenderemos a la “*calidad de vida*” como una resultante que depende no sólo del componente biológico del ser humano, sino de las condiciones que se dan en el medio relacional en un amplio sentido, y está vinculado a un cierto estilo de vida; considerando tanto la dimensión objetiva como la percepción subjetiva

³ VELANDIA, A. Investigación en salud y calidad de vida. Primera edición, Bogotá: Universidad Nacional; 1994. p. 300.

³ Ibidem. p. 301.

de bienestar. La “*calidad de vida*” estaría también estrechamente relacionada con el grado de participación de la persona en su medio social, familiar. Por lo tanto, la participación social significativa de la persona y un estilo de vida activo, estarían vinculados al mantenimiento de una buena calidad de vida y a la prevención y atenuación del deterioro físico, mental y social del ser humano para que éste pueda continuar con su condición de “*ser social*”

b).- CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR.

La población anciana ha crecido en los últimos años y se prevee un crecimiento mayor de la misma, lo cual trae un incremento (no siempre favorable) en muchos aspectos de su vida tales como el aislamiento social y las enfermedades relacionadas con esta edad y problemas de salud mental, como las depresiones, trastornos de ansiedad, suicidios, enfermedades mentales y el surgimiento de graves restricciones a la calidad de vida de los adultos mayores. Por otro lado, en la sociedad contemporánea se producen cambios sociales cuyas consecuencias influyen negativamente en las condiciones y calidad de vida de los que envejecen tales como: ausencia de respuesta social al deterioro biológico, pérdida de ocupación o trabajo, disminución del ingreso y deterioro de la identidad social; así como la existencia de la ideología del “*viejismo*” y la desvaloración social del que envejece y **ausencia de un rol social**, para el adulto mayor. Más allá de las características generales atribuidas a la vejez, cada ser humano atraviesa el proceso de envejecimiento de acuerdo a su biografía e historia, y al posicionamiento personal que adopte en esta etapa de su vida, y es que el adulto mayor no sólo debe tener la función de “*abuelo*”, “*viudo*”, “*enfermo*” y demás significantes que responden a la representación social predominante (estereotipada) acerca del anciano y de la vejez, la cual suele homologarse a “*enfermedad*”, “*incapacidad*”, “*improductividad*” o “*dependencia*”. Por ende, la calidad de vida del adulto mayor estaría en relación con la posibilidad de que en esta etapa, forme parte integrada de un proyecto de vida autónomo, en una vía de reconocimiento identificador de su pasado y de su proyección al futuro dentro de una historización de sí mismo enmarcado en un gran soporte social (familiar y de los

servicios de salud) y con una participación social significativa. *“Participación social significativa del adulto mayor, consiste en tomar parte en forma activa y comprometida en una actividad conjunta, la cual es percibida por la persona como beneficiosa”* ⁴.

*“En la medida en que el adulto mayor logre **reconocimiento** a partir de relaciones sociales significativas, esta etapa de su vida será vivida como prolongación y continuación de un proceso vital; de lo contrario, se vivirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social”* ⁵.

En el trabajo de Ana Luisa Velandia (1994) se determina la calidad de vida en función del anciano como: *“La resultante de la **interacción** entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación, y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a un medio biológico y psicosocial cambiante (contexto interno y externo) el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez”* ³.

También se debe tener en cuenta la percepción de la calidad de vida del adulto mayor relacionada con **enfermedad aguda y crónica**. Los seres humanos nos encontramos influenciados por el medio en el que nos desenvolvemos, siendo múltiples las respuestas emitidas a esta influencia en nuestra vida cotidiana. Durante el estudio del adulto mayor en un proceso de enfermedad, no sólo se altera su estado

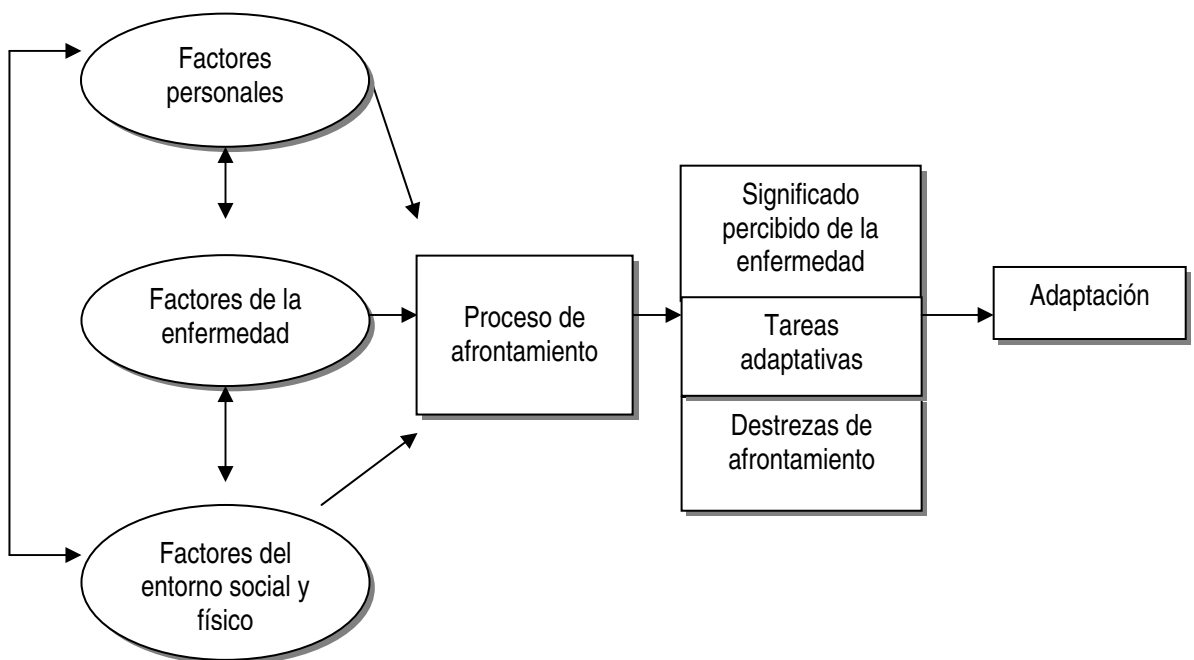
⁴ MARTÍN, E. La prevención comunitaria. Revista sobre igualdad y calidad de vida. Nº 07. España: Colegio Oficial de Psicólogos; 1994. p. 7

⁵ KRZEMIEN, D. Calidad de vida y participación social en la vejez femenina. Mar de Plata: Universidad Nacional del Mar de Plata. Grupo de investigación psicológica del desarrollo; 2001. p. 3.

³ ob. cit. p. 300.

de salud, sino también sus condiciones de vida habituales. El diagnóstico de una enfermedad cambia la forma en que la persona se ve a sí misma y a su vida, afectando profundamente su autopercepción: desde ese momento todo es distinto, los planes del futuro deberán ser revisados no pudiéndose señalar cual será el curso final que seguirán. La percepción del impacto de la enfermedad en la calidad de vida dependerá de tres factores (Moos y Schaefer, 1986; Rodríguez, 1995): **a).** relacionados con la enfermedad misma, **b).** de índole personal y , **c).** relacionados con el entorno físico y social. Lo anterior se plantea con claridad en la figura № 3:

Figura № 3
Factores que influyen en la adaptación a una enfermedad
(Moos, 1982; Rodríguez, 1995)



Las características personales (edad, sexo, clase social, creencias religiosas, nivel de autoeficacia percibida) influyen igualmente en la evaluación del impacto de la enfermedad sobre la calidad de vida. Muchos autores sostienen que las diferencias existentes entre un niño, un adulto y un anciano enfermo son significativas; es decir, que las necesidades, aspiraciones e ideales relacionados con una vida de calidad variarán según la etapa evolutiva (Gómez – Vela y Sabeh, 2003) : por ejemplo,

mientras que en la infancia y adolescencia se suele valorizar el cómo repercute una enfermedad crónica en la satisfacción de la vida percibida, en la tercera edad se presta especial atención a las actividades relacionadas con el ocio y tiempo libre así como a los servicios a los que la persona puede acceder.

c).- TEORÍA DE REPRESENTACIONES SOCIALES Y LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR.

Por lo expuesto anteriormente, la definición del concepto de “*calidad de vida del adulto mayor*” no puede generalizarse ni darse como algo concluido, en tanto siempre será relativo debido a que depende de la cosmovisión de la persona, del fenómeno estudiado y del entorno de dónde se de dicha definición; por ello, no puede ser abordado para su estudio tan sólo desde la óptica del *positivismo*. Más bien, sería mejor abordado desde el enfoque *cualitativo*; dado que el *foco de estudio* es interpretado, comprendido de manera inductiva, epistémicamente relativista, perspectivista, centrada en lo humano. Es decir, desde lo interior, lo subjetivo, de donde emerge el sentimiento a través de la interacción social-familiar-personal, y las “*explicaciones*” que incluyen procesos tales como la descripción, análisis e interpretación de situaciones específicas de la acción práctica de esta etapa de vida, y que son expresadas por él o por su familia.

En este tipo de investigación, la investigadora dentro de lo posible tuvo que ser emocionalmente neutral, estableciendo una clara distinción entre razón y sentimiento, descubriendo el objeto de estudio **externo** a sí mismo y no *crear* su propio objeto de estudio, dado que la persona (adulto mayor) es capaz de reflexionar sobre las cosas que hace, cómo vive y es capaz de explicar a otros sus acciones, sentires, deseos, creencias, etc.

Bergh relaciona el análisis cualitativo con la metodología derivada de la teoría del interaccionismo simbólico iniciada por Coolí y Mead, cuyo foco central no es otro que la comprensión subjetiva, así como las percepciones de y a propósito de

la gente, de los símbolos y de los objetos; siendo el lenguaje el más común de los símbolos, en toda interacción humana.

La tarea de la investigadora en este contexto fue captar la esencia de este proceso, para interpretar el sentido atribuido a los diferentes símbolos (*“significado de la calidad de vida del adulto mayor”*) siendo la interacción humana (del anciano, amigos y familia) la fuente central de datos, para su posterior interpretación; de allí la elección de la investigadora de la teoría y método para su estudio de las **representaciones sociales** del psicólogo social Serge Moscovici (1961) para determinar el significado de la *“calidad de vida del adulto mayor”*, para este psicólogo las representaciones sociales no son sólo productos mentales, sino que son construcciones simbólicas, conocimientos comunes que se crean en el curso de las interacciones sociales; son maneras específicas de entender y comunicar la realidad a través de conceptos, declaraciones y explicaciones originadas en la vida cotidianas en las comunicaciones interindividuales. Según Moscovici, las representaciones sociales son un sistema de pensamientos que permite la relación con el mundo y con los demás, entender los procesos que facilitan el interpretar y construir la sociedad, el quehacer de las personas como procesos cognitivos que aportan elementos afectivos, normativos y prácticos que organizan la comunicación social e individual y constituyen una forma de expresión: *“calidad de vida del adulto mayor”*.

Por lo tanto, la vejez o ancianidad según esta teoría no debe ser limitada sólo a un fenómeno o hecho negativo en la vida de la persona, puesto que hay una percepción social de los hechos de la persona, como miembro de una comunidad cultural integrada en corrientes sociales de interpretación, cuyos móviles y mecanismos funcionales están integrados a la red social. Entonces, las representaciones sociales tienen un abanico de funciones que cumplir: defensa de la identidad de las personas (adulto mayor), integración de fenómenos nuevos (en la ancianidad), orientación de la conducta (comportamientos en esta etapa de vida) y facilitación de la comunicación (en especial con el adulto mayor y que no se sienta excluido). El adulto mayor tiene ya una representación social basada en el sentido común de la persona (estereotipos), en tanto que se reconoce que: *“es viejo”*, *“está*

enfermo”, “*no sirve para nada*”, “*es una carga familiar*”, “*que viva como pueda*”; siendo esta una representación social errada que afecta la calidad de vida del adulto mayor.

Por tanto, la finalidad de la investigadora fue la de transformar lo desconocido de la “*calidad de vida del adulto mayor*”, en algo familiar, a través de dos procesos a decir de Moscovici: la **objetivación** que es el proceso de establecer una estructura en base a unidades de significado, categoría y sub-categorías de manera sistemática e interrelacionadas y generar el significado de “*calidad de vida del adulto mayor*”, según lo interpretado por lo vertido por el adulto mayor y su familia (elaboración del núcleo figurativo o mapa conceptual); y el **anclaje** que consistió en transformar estos conocimientos, comportamientos y actitudes vertidos acerca del significado de la “*calidad de vida*” y fundamentados en la base teórica y códigos sociales, establecer las conclusiones finales acerca de lo que realmente significa la “*calidad de vida*”, con el propósito de iniciar un sistema de acciones para ser desarrolladas por el adulto mayor y su familia, y que permita orientar al equipo de salud para brindar un cuidado integral y satisfacer realmente las necesidades referidas y relacionadas con “*calidad de vida*”, puesto que no se trata sólo de prolongar los años de vida del adulto mayor sino que esos años deben ser vividos con calidad.

1.2.- VIVENCIAS DE LA INVESTIGADORA EN RELACIÓN AL SIGNIFICADO DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR.

Durante mis 35 años de ejercicio profesional como enfermera, por los diferentes niveles de atención en el MINSA (hospital nacional, hospital regional, centro de salud), investigadora y docente universitaria; brindando y administrando el *cuidado de enfermería* al usuario: niño, adolescente, adulto mayor, mujer; y en especial en los últimos 15 años como enfermera de salud pública, tuve la oportunidad de vivenciar situaciones perturbadoras en el hospital o en el seno familiar (comunidad) donde tenían como miembro a un adulto mayor; vivencias relacionadas

por lo general con “malos tratos”, “abandono”, “desamor”, “ingratitude”, “mal estado de salud”; así como con expresiones: “quisiera morir porque ya no sirvo para nada”, “soy una carga para mi familia, así me lo ha dicho mi hijo”, “sólo consumo no doy nada”, “estoy cansado de vivir”, “mi familia no me quiere”, asimismo, la oportunidad de ver a adultos mayores que -para los años que tienen- están “avejentados”, enfermos, discapacitados, en soledad; y en otros casos, relacionada con la observación de una familia pendiente de la vida del anciano, preocupándose por sus necesidades, haciéndole sentirse querido y útil dónde este anciano es independiente, activo; tiene satisfechas sus necesidades básicas y sintiendo que tiene una buena vida. En ambos casos, tanto el anciano como la familia se encuentran frente a una realidad: prolongación de la vida del anciano en términos de esperanza o expectativa de vida individual. Sin embargo, tanto el anciano como la familia no están preparados para utilizar iguales criterios y conceptualizar lo que significa “longevidad pero con calidad de vida”, se desconoce esa comprensión existencial en la cotidianidad de la interacción entre el adulto mayor y la familia.

Asimismo, los “cuidados” que brinda la enfermera y otros miembros del equipo de salud se fundamentan en que se conceptualiza la salud del adulto mayor de manera holística, considerando sus condiciones de vida, condiciones sociales y familiares cuyos significados están inmersos y de la que depende para vivir, pero con calidad; el conocimiento de la existencia de estos factores servirá para que la enfermera y miembros del equipo de salud en su plan de intervención tengan que determinar el bienestar integral del adulto mayor y de la familia y con ello, contribuir a que en el seno de su hogar tenga “calidad de vida”. De allí surgió el interés de profundizar la descripción, análisis e interpretación del significado de calidad de vida del adulto mayor que tiene el mismo desde su perspectiva interna, y de la propia familia, y que se pudo evidenciar a través de las representaciones sociales construidas.

Revisando la literatura acerca de esta teoría cuyo autor es Serge Moscovici principalmente, surge en mí el deseo de investigar este significado y ofrecer una propuesta de diseño metodológico para abordar estudios de investigación con el enfoque cualitativo y tener una visión holística de la realidad que involucra el

significado de la calidad del vida del adulto mayor y otras etapas de vida del ser humano, no sólo desde la dimensión biológica, emocional, individual del adulto mayor, sino desde una dimensión familiar, económica, social y cultural, enmarcándolo dentro de un contexto o ambiente (el hogar) que también es determinante en la calidad de vida del adulto mayor.

1.3.- REPRESENTACIONES SOCIALES A EMERGER.

Ningún investigador por muy bueno que sea, puede determinar la “*calidad de vida*” de una persona; tampoco se le otorga la oportunidad al adulto mayor y a su familia para que expresen lo que estén experimentando en sus interrelaciones cotidianas sobre la “*longevidad con calidad*” y cómo ésta repercute en el seno familiar y en sus miembros; porque para nadie es fácil entender, atender y cuidar al adulto mayor, cuando se vuelve dependiente, enfermo, discapacitado como consecuencia del envejecimiento. Proceso que puede “*retrasarse*” o evolucionar sin pérdida de la calidad de vida, si es que se conocen los elementos o factores de la misma pero de fuente directa de los actores sociales involucrados (anciano, familia).

El abordaje de las representaciones sociales de la “*calidad de vida del adulto mayor*” según Moscovici permitirá “*develar al fenómeno situado*”, “*hacer emerger la representación social*”, según sus componentes:

- a. **La información**, sobre los conocimientos de sentido común sobre el fenómeno que tiene como objetivo comunicar lo que “*dicen*”, “*conocen*”, “*hacen*” o “*son*”, tanto el adulto mayor como su familia, acerca de lo que significa la “*calidad de vida del adulto mayor*”; en sus relaciones cotidianas, en el seno del hogar y en un lenguaje propio. Información que la investigadora tratará de organizar y relacionar a través de categorías y subcategorías emergentes de la investigación.
- b. **El campo de la representación**, que consiste en visualizar el carácter del

contenido del significado de “*calidad de vida del adulto mayor*” dentro de un entorno físico y social, a través de sus interrelaciones sociales (entorno familiar y social) y contrastarlas con la base teórica, lo que permitirá la elaboración de juicios de valor a la investigadora y que posteriormente fueron analizados e interpretados, generando inicialmente conocimientos, valores, creencias en forma jerarquizada, construidas y organizadas por el investigador en relación a sus fuentes inmediatas: “*los informantes*”, “*entorno físico y social*”. Se consideró el total del “*discurso*” y “*lo observado*” sobre la calidad de vida y no sólo sobre un párrafo dado por el anciano o por la familia.

- c. **La actitud y los valores del adulto mayor y familia** que fue la orientación favorable o desfavorable y conocimiento común expresado en relación al significado de la calidad de vida que tiene el adulto mayor y que estuvo basado en una implicación comportamental y motivación de los involucrados al momento de la entrevista y grupos focales y que la investigadora captó a través de la observación y entrevista en las visitas domiciliarias.

1.4.- CATEGORIAS DIRECTRICES.

En relación al objeto de estudio: “*significado de la calidad de vida del adulto mayor*”, se consideraron en la elaboración del instrumento para la recolección de datos, tres categorías teóricas: **conocimientos individuales** y **grupales** acerca de los elementos que constituyen el significado de calidad de vida del adulto mayor, tales como: condiciones de vida (satisfacción de necesidades básicas), satisfacción personal (cumplimiento de expectativas, metas en relación de sí mismo y de su familia); **entorno físico** y **social** del adulto mayor (redes sociales); **valores** y **actitudes** individuales y grupales (comportamientos, imagen percibida) relacionadas con la “*calidad de vida del adulto mayor*”; categorías en que se basan algunas interrogantes, directrices tales como:

- ¿Qué significa ser adulto mayor o anciano para sí mismo y para su familia?
- Esta etapa de vida, ¿qué aspectos positivos y negativos tiene?
- ¿Qué cree Ud. que le da sentido a esta etapa de la vida?
- ¿Se considera Ud. un anciano feliz o satisfecho?
- ¿Qué necesidades tiene que satisfacer el adulto mayor para vivir bien?
- ¿Qué significa calidad de vida del adulto mayor?
- ¿Qué **necesita** para vivir con calidad el adulto mayor?
- ¿La familia contribuye a que tenga el adulto mayor calidad de vida?, ¿cómo?
- ¿Qué es lo más importante para la calidad de vida del adulto mayor actualmente?

Estas preguntas directrices una vez aplicadas constituyen los “discursos” del adulto mayor y de los integrantes de la familia, y que posteriormente a través del análisis general, ideográfico y nomotético permitieron la aproximación a la representación social investigada.

1.5.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cuál es el “significado de la calidad de vida del adulto mayor” para el adulto mayor mismo?

¿Qué “significado tiene la calidad de vida del adulto mayor” para la familia del adulto mayor.

1.6.- OBJETIVOS.

Generales

- Comprender el significado que la expresión lingüística “calidad de vida del adulto mayor” tiene para el adulto mayor.
- Comprender el significado que la expresión lingüística “calidad de vida del adulto mayor” tiene para la familia del adulto mayor.

Objetivos específicos.

- Caracterizar los conocimientos de sentido común acerca de la vejez y de los elementos que constituyen la “*calidad de vida del adulto mayor*” para elaborar su representación social según semejanzas y diferencias.
- Caracterizar el entorno físico y social, así como otros elementos de la calidad de vida para elaborar su representación social según semejanzas y diferencias.
- Caracterizar valores y actitudes del significado de calidad de vida del adulto mayor y elaborar la representación social según diferencias y discrepancias.

1.7.- PROPÓSITO.

La difusión de los resultados de la investigación con enfoque cualitativo y la emergencia de las representaciones sociales acerca del significado de la “*calidad de vida del adulto mayor*” intentará desencadenar procesos de reflexión y de entendimientos: en la familia, en el equipo de salud (especialmente del Programa del Adulto Mayor del MINSA) acerca de cómo mejorar las condiciones de vida y satisfacer mejor las “*necesidades sociales*”, “*emocionales* y “*físicas*” del adulto mayor y pueda tener una apropiada “*calidad de vida*” hasta sus últimos días en la familia; esta comprensión por parte de la familia (después de la intervención del personal de salud) permitirá asegurar la permanencia del adulto mayor en la comunidad y su hogar, evitando un confinamiento prematuro. Motivará a la familia (desde el inicio del estudio) para que ésta se convierta en un estímulo y apoyo favorable y permanente al adulto mayor para mantener, acrecentar o promocionar su salud bio-psico-social y vivir su vida con calidad, hasta el último momento en que Dios le permita disfrutar y permitirá al propio anciano aceptar su nueva etapa con auto-comprensión y auto-tolerancia.

Asimismo, será el inicio de posibles estudios de investigación cualitativa en enfermería u otras disciplinas y que a través de las representaciones sociales se pueda construir no sólo el conocimiento social del significado de la calidad de vida del

adulto mayor, sino muchos otros relacionados con los hechos del ser humano en el transcurso de su ciclo vital. Conocimiento no sólo como información factual sino como el conjunto de valores, creencias, actitudes y prácticas que se tienen en relación a esa categoría, y otras. Posteriormente permitirá brindar un cuidado por parte de un equipo de salud (dado que la atención o cuidado al adulto mayor es multidisciplinario e interdisciplinario de la familia o del propio adulto mayor) más holístico e integral, basado fundamentalmente en acciones preventivo-promocional de la salud bio-psico-social y ambiental del adulto mayor, teniendo en cuenta los conocimientos comunes, creencias, valores y actitudes acerca de este significado de su calidad de vida; en especial en los servicios de salud a través del programa de atención del adulto mayor de reciente apertura en el MINSA (2003), gracias al MAIS (Modelo de Atención Integral de Salud). Los resultados de la investigación serán presentados al MINSA para que sirva de insumo en las actividades de promoción de la salud del adulto mayor y en la formulación de planes, políticas del programa.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2.1.- ANTECEDENTES

- **Internacionales.**

EAMON O'SHEA, Miembro del Grupo de Expertos en la Mejora de la Calidad de Vida de las Personas Mayores. Universidad Nacional de Irlanda, Galway (2003). Presentó el informe en relación a *la mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes* sosteniendo que hay una relación directa entre la dependencia y la calidad de vida, dado que la dependencia en el adulto mayor: *“es un estado en que estas personas debido a la falta o pérdida de autonomía física, psicológica o mental, necesitan algún tipo de ayuda y asistencia para desarrollar sus actividades diarias. La dependencia podría estar originada o verse agravada por la ausencia de integración social, relaciones sólidas, entornos accesibles y recursos económicos adecuados para la vida de las personas mayores”*.⁶

Asimismo, este autor concluye que, la calidad de vida del adulto mayor es una vida satisfactoria, bienestar subjetivo, bienestar psicológico, desarrollo personal y diversas representaciones de lo que constituye una buena vida; y que se debe indagar o preguntar al adulto mayor sobre como da sentido a sus propia vida en el contexto cultural, y de los valores en el que vive, y en relación a sus propios objetivos de vida; para dar un concepto de calidad de vida que no es sólo multidimensional sino que también se tenga en cuenta la

⁶ EAMON O'SHEA. La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes. Irlanda, Galway: Universidad Nacional; 2003. p. 6,10.

experiencia vital de la persona tal y como la interpreta ella misma y los demás.

PELCASTRE, Blanca y GARRIDO, Francisco en su investigación *Menopausia: representaciones sociales y prácticas* (México, 1998) tuvo como objetivo caracterizar los significados que se atribuyen al proceso de la menopausia como una primera aproximación al mundo representacional de este evento; la muestra fueron 20 mujeres entre 45 a 65 años del Estado de Morelos (México). Se realizaron entrevistas a profundidad con guías acerca de: datos sociodemográficos, diagnóstico, sentimientos y sensaciones, cambios en el estilo de vida, cambios fisiológicos e información. Resultados: se halló una representación social basada en el género, que se construye alrededor de la menopausia en términos de cese de la fertilidad y entrada al envejecimiento. Esta caracterización tiene que ver con otra representación: la fertilidad de la mujer, su cuerpo y de su sexualidad. Los investigadores llegaron a las conclusiones: la representación social emergió principalmente de las **prácticas** de las mujeres, que surgen de las vivencias que tienen por la menopausia entre la que sobresale la visita frecuente al médico, discutiéndose las implicaciones desde el marco de la construcción social de los significados de la menopausia y prácticas en sí.

GASTRON, Liliana y Colab. *Representaciones sociales del envejecimiento y vejez: un estudio comparativo*. Universidad Nacional de Lujan, La Plata (2001). Desarrollaron esta investigación con el objetivo de demostrar que los distintos grupos poblacionales construyen su representación social a lo largo de la vida, diferenciadas según edad, género y otras variables sociales y culturales dentro de un marco de la cotidianidad. El estudio tuvo un diseño metodológico de tres etapas: cualitativo-cuantitativo-cualitativo. En la primera etapa (cualitativa) se realizó 34 entrevistas a profundidad a personas de diferentes grupos etáreos (6 a 10 años, 15 a 22 años, 30 a 46 años, y 65 a más años) residentes en las cercanías de la Universidad Nacional de Lujan, culturalmente distintas, con el fin de efectuar un análisis comparativo de los

principales hallazgos. No se realizaron las otras dos etapas. Las representaciones sociales que emergieron en esta primera etapa cualitativa fueron: definición de vejez, la edad de la vejez, la autoimagen, imagen de la sociedad sobre la vejez y fueron construidos colectivamente a través de la información recogida (los diferentes grupos etáreos); cada representación social emergida tiene una relación con la otra a través de la interacción que se dio entre los investigados y el investigador.

REYES, Teresa y Colab. *Salud en la tercera edad y calidad de vida*. Investigación desarrollada en la Universidad Nacional de la Plata (Argentina, 2000) con el objetivo de formular algunos lineamientos (con los resultados) que se podrían considerar para mejorar la calidad de vida de las personas mayores que residen en hogar para ancianos. Se desarrollo un estudio descriptivo-cualitativo con entrevistas a profundidad para ancianos en un hogar para ancianos. La investigación tuvo como resultado que los elementos que se desarrollan con la **calidad de vida del adulto mayor** contemplan las siguientes **dimensiones**: conservar la autonomía física y/o psicológica el mayor tiempo posible, la atención para el cuidado de la salud, la utilización del tiempo de ocio en actividades que contribuyan a su desarrollo integral, los contactos sociales como fuente de apoyo y bienestar, una atención esmerada pegada a los derechos y necesidades de las personas mayores. Planteó: la necesidad de que el ambiente del hogar contribuya positivamente para que sus residentes superen tres crisis claramente identificadas: *la crisis de pérdida de autonomía, crisis de identidad y crisis de pertenencia*.

- **Nacionales.**

RAMÍREZ, Henry. *Ocultando al enemigo*. Tesis para optar el Título de Enfermero. UNMSM (2002). Tuvo como objetivo: comprender las representaciones sociales de los pacientes acerca de su condición de multi-drogo-resistente a la tuberculosis pulmonar. La población fue de 9 pacientes del PCT del Centro

de Salud Conde de la Vega; utilizó la entrevista semi-estructurada, el análisis documental y la observación participante como técnica de recolección de datos. La información fue analizada a través de métodos cualitativos: análisis temático, análisis de contenidos y análisis de discurso.

Como resultados se tuvo que las categorías emergentes como representación social del estudio fueron: *sentimientos emergentes del paciente en relación a la enfermedad; ocultamiento de la misma para la aceptación de los otros; una mirada entre ellos, el dilema: “mi familia lo primero” y conviviendo con el “enemigo oculto” (la tuberculosis)*. Las representaciones sociales emergidas a través del “discurso” del paciente favorecerá la identificación de factores negativos y positivos de su estado de salud y tratamiento, permitiendo una intervención de enfermería del PCT más efectiva, lo que favorecerá la pronta recuperación del paciente.

2.2.- FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA-SOCIOLOGICA-PSICOLÓGICA.

2.2.1. La situación de los adultos mayores.

Uno de los cambios más importantes que vive nuestra *sociedad* es el de la prolongación de la esperanza de vida (origen genético) y expectativa de vida (entorno saludable) debido a los avances de la ciencia y la medicina, la higiene, las condiciones y hábitos de vida. “Según la OMS, en el 2000 había unos 600 millones de personas mayores de 60 años, lo que representa el 10% de la población del planeta. En Europa y en América, la población de más de 60 años, sobrepasa ya el 20% del total...”⁷ pero detrás de estas cifras se esconde el día a día de nuestros mayores, principalmente de los que ya no se valen por sí mismos, y de sus familias o cuidadores, que los acogen y se enfrentan a una vida organizada alrededor de ellos. Vivir con un anciano, que requiera atención constante resulta duro para él y la

⁷ OPS / OMS. Enfermería gerontológica: conceptos para la práctica. Nº 31. Washington D.C., 1995. pp. 9 - 10

familia y en la mayoría de las ocasiones poco gratificante. Aún así, es una opción elegida por muchas familias (así debe ser porque se lo “*debemos*” por todo lo que nos dieron) y aceptada con resignación por otras tantas; sin embargo existe un gran número de familias que consideran que el anciano debe estar en casa hasta el final; por lo cual necesita “*prepararse*” y así puedan “*agregar vida a los años y no solamente años a la vida del adulto mayor*”.

A pesar de los numerosos estudios sobre las necesidades de salud de los adultos mayores, persisten muchos mitos y estereotipos relacionados a ellos. Algunos de estos mitos presentan al adulto mayor como una persona que ha perdido la capacidad de comprensión, que tiene dificultades para recordar, que se muestra rígido, que pasa la mayor parte del tiempo durmiendo y que es desagradable con los demás; y muchos creen que la mayoría de los adultos mayores deben estar internados en centros institucionales (asilos). Sin embargo, la mayoría de los adultos mayores son físicamente activos e inteligentes y mantienen un compromiso y participación social. Asimismo, muchas personas creen equivocadamente que a esta edad la capacidad de aprendizaje esta disminuida; como consecuencia de ello se les niega la oportunidad de nuevos aprendizajes o de reforzar los ya existentes sin tomar en cuenta la gran riqueza de sus experiencias vividas. También existe el concepto equivocado sobre la satisfacción sexual del adulto mayor; a menudo se piensa que por diversas razones a esta edad se vive sin deseo sexual; sin embargo el adulto mayor manifiesta aún actividad sexual, aunque esta pueda estar alterada como consecuencia de cambios fisiológicos, expectativas socio-culturales, problemas de salud orgánica y mental. Es en esta etapa también que el adulto mayor presenta algunos cambios, siendo los más importantes:

- **En el aspecto biológico:**

El color de la piel es pálida, disminuida en su elasticidad y humedad, presenta sequedad y descamación; la temperatura es más fría que lo normal; en el cabello hay adelgazamiento y se torna canoso; en su cara los huesos faciales se tornan más pronunciados, hay disminución de la agudeza visual y auditiva; aumento de la

presión arterial; las manos se tornan colgantes y en las uñas hay disminución de crecimiento; la mujer presenta disminución de estrógenos y de testosterona en el varón; hay aumento de la frecuencia de la micción; tienen disminución de la masa y fuerza muscular; hay desmineralización ósea (osteoporosis); hay disminución de los reflejos involuntarios y menor capacidad de respuesta ante múltiples estímulos; los periodos de sueños son más cortos; entre otros cambios.

- **En el aspecto cognitivo:**

Los cambios estructurales y fisiológicos que se registran en el cerebro a lo largo del proceso de envejecimiento no afectan necesariamente a la capacidad funcional y de adaptación del adulto mayor; en general mantiene un grado importante de alerta y capacidad de percepción hasta el momento de su muerte, sin embargo se produce un desarrollo cognitivo favorable. Muchos adultos mayores pueden presentar en el área cognitiva algunos problemas como la demencia senil que es un síndrome irreversible donde hay un deterioro progresivo de la memoria, pensamiento, razonamiento y un cambio de personalidad que puede deberse a diversas causas.

- **En el aspecto psicosocial:**

El principal trastorno es el **aislamiento social** del adulto mayor que puede ser por exclusión o autoexclusión; hay cuatro tipos de aislamiento social: de actitud, de presentación, de conducta y geográfica. El de **actitud**, tiene su origen en valores personales y culturales porque existe un prejuicio negativo y de rechazo hacia las personas de edad avanzada, los cuales no son fácilmente aceptados en las intervenciones o relaciones sociales como consecuencia de prejuicios o paradigmas que posee la sociedad. El aislamiento de **presentación** (autoexclusión) se produce cuando es el propio adulto mayor que no se acepta como tal, por múltiples factores como puede ser por la imagen corporal (deteriorada por los años), imagen por signos externos de enfermedad o de limitación funcional. El adulto mayor se siente aislado como consecuencia del rechazo (supuesto) de los demás o por la escasez de contacto

social por su carácter introvertido o amargado en muchos casos.

El aislamiento de **conducta** se deriva de que algunas pautas de comportamiento o normas de conducta del adulto mayor no son aceptados socialmente; estos comportamientos incluyen la confusión, conducta relacionada con un síndrome orgánico cerebral, el alcoholismo, adicciones, la excentricidad y la incontinencia. El aislamiento **geográfico** se produce por un distanciamiento de la familia (hijos que viven lejos por ejemplo), por barreras arquitectónicas como las que supone la ausencia de rampas para sillas de ruedas o de servicios higiénicos provistos de medidas de seguridad o de uso adecuado para el adulto mayor, tomando en cuenta sus limitaciones físicas.

- **En el aspecto sexual:**

Como resultado de las alteraciones hormonales en el adulto mayor se producen cambios, en la estructura y funcionamiento del sistema reproductor, sin embargo, estos cambios no afectan a la libido. El adulto mayor necesita expresar sus deseos sexuales. La sexualidad va ligada a la identidad de la persona y refuerza su creencia en la posibilidad de dar a los demás y de que lo que da es apreciado. La sexualidad para el adulto mayor supone amor, ternura, capacidad para compartir y para establecer contacto con las personas, y no únicamente la relación sexual

- **En cuanto a la vivienda y entorno:**

Los cambios que se producen a esta edad se dan en las responsabilidades sociales y familiares y en el estado de salud que influyen en la forma en la que el adulto mayor decide organizar su vida. Algunos, optan por vivir en la casa familiar con hijos, donde conviven distintas generaciones. Otros, prefieren vivir en su casa o departamento propio solos o acompañados de alguna persona, en comunidades o barrios de vecinos también multigeneracionales; otros, son movilizados siendo sacados de su hogar por los hijos quienes le dan un alojamiento temporal creando inestabilidad emocional, conflicto e incertidumbre en el adulto mayor.

- **El proceso de la muerte:**

El Perú actualmente, se encuentra con el grupo de países que están en transición demográfica plena y según el INEI (2001) la **población de ancianos** está constituida por una mayor proporción de mujeres con el 53% del total. El 70% de mujeres ancianas viven en zonas urbanas y el resto en las rurales, siendo los departamentos con más ancianos: Lima (33.8%), La Libertad (60%), Piura (5.5%), Puno (5%) y Cajamarca (4.9%). Se encuentra activo el 64.8% de hombres y el 35.2% de mujeres. El 30% es jubilado o pensionista, el 13.4% se encuentra enfermo o incapacitado y el 7% se considera discapacitado.

*“Proyecciones oficiales estiman que para el año 2020 esta proporción de adultos mayores subirá al 11% de la población total y a 12.6% en el año 2025. En cifras absolutas, las personas de 60 años y más subirán de 1`848,000 en el año 2000 a 3`613,000 en el año 2020, y a 4`470,000 en el año 2025”.*⁸

Envejecer en el Perú no significa sólo el deterioro del cuerpo, sino también de los ingresos económicos pues, en general, el 41.7% de la población de la tercera edad vive en la pobreza y se calcula que unas 363,800 personas mayores de 60 años se encuentran en condiciones de extrema pobreza según el INEI (2005); asimismo el 35.4% no sabe leer ni escribir y tan sólo el 4.48% de ellos alcanzó una formación superior universitaria. El Estado apenas puede brindar asistencia directa al 0.67% de esta población a través de los 35 centros de promoción familiar que administra el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MINDES), donde participan 2,454 ancianos quienes no tienen albergue pero reciben alimentación, terapia ocupacional, y en algunos casos, ingresan a un programa de alfabetización. Según los voceros del MINDES, unos S/. 367,000 nuevos soles se destinan anualmente para atenderlos. Se estima que el 40% de camas de los servicios de medicina interna de los Hospitales

⁸ COLEGIO DE PSICÓLOGOS DEL PERÚ. Calidad de vida en el adulto mayor. Cuaderno Nº 04. Lima: CDR I; 2003. p. 1 - 5.

del Estado es ocupado por ancianos (Instituto de Gerontología, UPCH). Hay programas municipales que brindan servicios para el adulto mayor pero no hay continuidad. A veces se hacen campañas esporádicas y en circunstancias especiales (Asociación del Adulto Mayor, AUKIS de Ollantay).

Los principales asilos para ancianos del país dependen de la Sociedad de Beneficencia Pública financiado con recursos propios; allí están los adultos mayores que no cuentan con familia o no tienen un hogar o vivienda. En los hogares geriátricos Canevaro, San Vicente de Paúl y albergues periféricos de Lima, residen 750 personas de la tercera edad. En San Vicente de Paúl, el 86% de ancianos son dependientes totalmente. Aquí se invierte S/. 800 nuevos soles mensuales por cada uno de ellos; la suma es pequeña cuando se compara con los montos invertidos por anciano en las casas de reposo privadas. En Lima, existen más de 20 y las mensualidades pueden variar desde los US\$ 60 a US\$ 600 dólares mensuales.

También, cuando se piensa que el adulto mayor se encuentra más seguro y tranquilo con sus familias, los 35 Centros de Emergencia de la Mujer (CEM) del Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual nos revela otra realidad: un promedio de 1,100 casos de maltrato contra adultos mayores se producen al año y en un 76% las víctimas son mujeres. La mayoría de agresiones físicas y psicológicas ocurre frecuentemente en el ámbito familiar y se estima que la cifra debe ser mucho mayor a la registrada, ya que por lo general las víctimas tienen miedo a presentar una denuncia por temor a represalias o por sí mismas no pueden movilizarse fuera del hogar para hacer la denuncia (El Comercio, 24 de abril de 2005).

En relación al cuidado de la salud de los ancianos con problemas, el 83% tuvo acceso a ser atendido: el 40% en MINSALUD, el 40% en ESSALUD y el 3% en el sector privado. Las principales causas de morbilidad son del aparato respiratorio, del sistema óseo muscular, del sistema nervioso; y las principales causas de mortalidad son las infecciones respiratorias agudas, enfermedades isquémicas del corazón y enfermedades cerebro-vasculares (MINSALUD, 2003).

2.2.2. El envejecimiento: teorías que lo sustentan.

Las teorías que sustentan el envejecimiento sostienen que éste es *“un fenómeno universal, es un proceso secuencial, acumulativo e irreversible que deteriora al organismo progresivamente hasta hacerlo incapaz de enfrentar las circunstancias y condiciones del entorno”*⁷. Las alteraciones físicas que produce el envejecimiento en el adulto mayor, es altamente individual y se deben a los cambios tisulares, reducción de la masa muscular orgánica y esquelética y a la disminución del volumen de líquido extracelular; estos cambios son los responsables del gasto cardíaco, de la fuerza muscular, del flujo sanguíneo renal, de la visión, de la audición y del sentido del gusto. El envejecimiento se sustenta en las siguientes teorías:

- a). Teorías de **enfoque biológico**: inmunitaria; de los radicales libres; la del estrés y la del error; entre otras.
- b). Teorías de **enfoque social** entre las que tenemos las de: Cuning y Henry (1961); la teoría del **compromiso o de la disociación** que sustenta que es el propio adulto mayor quien comienza a disminuir sus funciones sociales, lo que origina rechazo y aislamiento entre él y la sociedad; Havighurst (1973) postuló la **teoría de la actividad**, la cual afirma que la persona socialmente activa tiene más capacidad de adaptación para su nueva etapa de vida. Esta teoría sostiene que la actividad es la clave de la satisfacción y autorrealización del adulto mayor, pues implica una correlación directa entre la satisfacción con la vida asumiendo múltiples funciones y las actividades sociales.
- c). **Teoría de la continuidad** tiene un enfoque psicológico y se centra en la capacidad de adaptación y de ajuste del adulto mayor en su nuevo periodo de vida, tomando en cuenta su personalidad y estilo de vida manifestado en este periodo (se cree que conociendo el tipo de personalidad, es posible predecir las condiciones de su proceso de envejecimiento); los estudios plantean

⁷ ob. cit. p. 7.

cuatro tipos de personalidad y sus patrones de adaptación en el anciano: *personalidad integrada, personalidad defensiva, personalidad pasiva - dependiente y personalidad no integrada.*

Uno de los investigadores con mayor trascendencia en el área gerontológica fue Abraham Maslow (referido por Medellín⁹) quien sustenta, la **teoría de la auto-realización en el anciano**, la que explica el desarrollo del verdadero yo, y de las potencialidades latentes, y que el adulto mayor autorealizado es más decidido y tiene mejor noción de lo que es adecuado e inadecuado, tiene la capacidad de escuchar a otros; posee un alto grado de tolerancia y de aceptación; es *creativo*, es más expresivo, natural y sencillo, afectivo, positivo y saludable. Todas estas teorías tienen sus limitaciones pero nos sirven de base para comprender mejor las manifestaciones comportamentales del adulto mayor en base a sus necesidades.

2.2.3. Envejecimiento, adulto mayor y sociedad.

Una de las esferas que se ve más afectada por el proceso del envejecimiento es la social. Y la sociedad o sociedades manifiestan conductas compatibles o no con el fenómeno del *viejismo*. En este tipo de sociedad, se rinde culto a la productividad, consumismo, juventud, belleza, automatización y vitalidad; rechazando al anciano por considerarlo inútil e improductivo. A ello, se suma el abandono familiar, la incomunicación, la falta de oportunidad para su participación social y el estereotipo de que la enfermedad y discapacidad son resultados inevitables de la vejez. Sin embargo, se sabe que el adulto mayor se enferma más veces que el joven, pero no lo excluye al hecho de que él si puede atender el cuidado de su propia salud, pues la discapacidad en el adulto mayor no es universal ni sólo producto de cambios biológicos sino más bien de factores sociales, psicológicos y comportamentales y que estos comienzan en una etapa temprana de la vida, que más tarde pueden originar, afecciones crónicas, y que para la familia en la mayoría de los casos pasan

⁹ MEDELLÍN, G. Crecimiento y Desarrollo del ser humano. Tomo II: Edad Escolar a Adulto Mayor. Colombia: Bogotá, Editora Guadalupe Limitada; 1998. p. 855.

desapercibidos estos factores sociales, o no se les da importancia, generando en el adulto mayor, un elevado o prematuro envejecimiento. Así pues, la sociedad ejerce gran influencia sobre el adulto mayor durante su proceso de envejecimiento a través de:

- El ambiente sociocultural y psicológico donde vive (entorno familiar, amical favorable o desfavorable).
- La familia y contactos sociales que le sirven de apoyo y desarrollo, o que también pueden dejarlo en situación de abandono: social, moral y material.
- Los cambios frecuentes en el entorno, que afectan su comportamiento y su autopercepción generado por sí mismo, por los miembros familiares, por los amigos o por eventos sociales.
- La identificación con grupos étnicos y religiosos que le pueden brindar apoyo social en la minoría de casos (redes de apoyo social).
- La salud, como determinante de bienestar proporcionada principalmente por el equilibrio y bienestar a través de la satisfacción de sus necesidades físicas o básicas, de seguridad, de pertenencia, de afecto, y de autorrealización.

Socialmente, las actitudes de los miembros de una comunidad hacia los mayores se encuentran estrechamente relacionadas con la imagen que socialmente se mantiene de ellos; la misma que se encuentra relacionada a su vez, con el estatus que los adultos mayores disfruten en dicha comunidad. *“En este sentido, aquellas culturas que mantienen valores tradicionales y donde los miembros de mayor edad desempeñan funciones rituales, de transmisión de conocimiento o de formación de nuevos miembros, valoren y tratan más positivamente a las personas mayores que las culturas nómadas, donde se consideran una carga, o las tecnológicas, donde las personas mayores no poseen el control de los recursos ni de los conocimientos. (Keith, 1992)”*.⁸

La confluencia de todos estos factores es posible que permitan no sólo extender la esperanza de vida de la persona, sino también, posponer algunas pérdidas

⁸ ob. cit. p. 5

en sus capacidades funcionales y potencialmente prometer mejorar su calidad de vida por más años, y no sólo darle más años; es decir, que la meta debe ser que la longevidad se convierta cada vez más en mejor calidad de vida y cada vez menos en una calamidad para el adulto mayor y del entorno familiar.

2.2.4. Funcionalidad familiar y el adulto mayor.

La familia es concebida como un sistema abierto, integrado dentro de un marco social, por ello es que, la salud de la unidad familiar es un predictor de salud mental y física y por extensión, de la salubridad de un sistema social, ya que lleva implícita la inclusión, funcionamiento adecuado y capacidad de adaptación del individuo (adulto mayor) dentro del contexto familiar; y por ende, del resto de la sociedad. La familia es una organización que acepta la individualidad de sus miembros, posee la capacidad de conocer, usufructuar y enfrentar sus derechos, pidiendo y dando apoyo físico-emocional a sus miembros. Pero, también puede someter a las individualidades originado crisis, conflictos y contradicciones, excluyendo o anulando a algunos de sus miembros para asistir a los otros.

Una de las funciones primordiales de la familia históricamente es el apoyo psicosocial a sus miembros, fomentando el desarrollo de sus habilidades interpersonales y sociales. Esta función protectora de la familia como sistema social es de máxima importancia para la calidad de vida del adulto mayor, dado que frente a dificultades de contactos internos y externos a su entorno familiar, ésta puede efectuar modificaciones y mantener aquellos cambios necesarios que posibiliten al adulto mayor, mecanismos de adaptación y de aceptación a la nueva etapa de su ciclo vital y de este modo ayudarlo a tener vida longeva con calidad.

Según Witkowski, P. (1990), *“la familia se desarrolla a través de las distintas etapas del ciclo vital exigiendo cada etapa nuevas demandas de adaptación, se trata de una estructura viva y en movimiento (sistema abierto) y la estabilidad de su estructura va a estar en función de la capacidad de movilizar*

*pautas transaccionales y alternativas de solución”*¹⁰. Así pues, la familia es un sistema abierto de seres humanos, los que se relacionan por lazos de consanguinidad y afinidad congregados en un lugar común, delimitados cultural y geográficamente para satisfacer las necesidades básicas, físicas, sociales, psicológicas de sus miembros.

Los límites del sistema familiar cuando se trata de la calidad de vida del adulto mayor, deben ser lo suficientemente flexibles que permitan una modificación conjunta con el entorno, cuando éste se transforma para preservar la integridad de su estructura y fomentar el desarrollo psicosocial de cada uno de sus miembros, en este caso: el adulto mayor. Algunos estudios transculturales demuestran que aunque en sociedades distintas a la nuestra, puedan darse modalidades diferentes a la hora de desarrollar objetivos comunes dentro de ella, más allá de las diferencias culturales, existen elementos nucleares comunes que apoyan las semejanzas básicas, que se dan en todos los procesos familiares, dado que las familias pertenecientes a diferentes culturas que funcionan de modo adecuado, se enfrentan a fenómenos similares: el envejecimiento, la calidad de vida, el estilo de vida del adulto mayor.

2.2.5. Teoría psicosocial de las representaciones sociales

Después de revisar a grandes teóricos de la investigación cualitativa y psicosocial, se seleccionó la teoría de Serge Moscovici como sustento teórico para realizar este estudio, por ser una teoría psicosocial con enfoque cualitativo, en la que los procesos de análisis, no terminan con la organización y categorización de los datos, sino que pasan a la elaboración de perspectivas y conceptos interpretativos. Enfoque en el que no fue necesario lanzarse a las complejidades de generar una gran teoría, pero que sin embargo es importante por tener que usar y explorar nuevas ideas, y generar nuevos conocimientos (de sentido común) relacionados con la calidad de vida del adulto mayor.

¹⁰ WITKONSKI, P.; KAHN, J. Mutations sociales et psychopathologie familiale. *Anales medico – psychologiques*. Washington D.C.; 1989. p. 954.

Así pues, la investigación cualitativa se caracteriza porque, capta múltiples versiones de realidades diferentes en la que se debe integrar lo particular y lo universal, pasando de lo único de un caso individual (adulto mayor), o de un ambiente individual (entorno familiar) a la comprensión de cómo funciona un proceso o fenómeno más general (la representación social del significado de calidad de vida del adulto mayor), y para garantizar ello, el análisis del “*discurso*” debe ser metodológico y retóricamente convincente.

Coffey refiere “*los objetivos principales de la investigación cualitativa son el contexto local y la historia humana, de la cual cada individuo y comunidad estudiada son un reflejo, y no lo generalizables que sean*”¹¹. Lo que significa que los datos cualitativos, analizados con atención minuciosa al detalle, comprendidos e interpretados en términos de sus moldes y formas internas (estructura teórica) nos sirven para desarrollar ideas teóricas sobre los procesos sociales, fenómenos y formas culturales importantes que vaya más allá de los datos mismos.

La teoría de las representaciones sociales, tiene su origen en la psicología social francesa y en particular en el trabajo de Serge Moscovici (1976 – 1984). Quien propuso desarrollar “*una teoría que reviviera lo social en la psicología social centrándose en los procesos compartidos y colectivos*”¹². Para Moscovici, la sociedad es el foco de estudio, más que simplemente, el telón de fondo para las investigaciones basadas en lo individual. Básicamente, es una teoría del conocimiento social en la que el “*conocimiento*” se define de una forma amplia. No sólo como información factual, sino como sistemas de creencias y valores compartidos y de prácticas sociales. Su centro de interés, es la circulación de significados y comprensiones en las sociedades modernas, caracterizados por la diversidad y por la explosión de los medios de comunicación masivos. Su fuerza

¹¹ COFFEY, A. Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Colombia: Universidad de Antioquia; 2003. p. 196.

¹² MORAN, I. *Social representations of gender in the media: Quantative and qualitative conten analysis*. En MIELL, d y M. NETHERELL (Eds.=. Doing social psychology London: sage; 2000. p. 2.

radica en la habilidad para conceptualizar tanto la interacción de los individuos, como el poder de la sociedad para capturar las formas en que interactúan (la familia es quien mejor refleja y condensa la compleja interacción entre ella, el adulto mayor y su medio social inmediato en relación a su calidad de vida).

a).- Antecedentes teóricos a las representaciones sociales de Serge Moscovici.

Los antecedentes teóricos con influencias básicas de otros teóricos, que estructuran mejor el modelo de las representaciones sociales de Moscovici (1979) son tres: la etno-psicología de Wundt, el interaccionismo simbólico de George Mead y el concepto de las representaciones colectivas de Durkheim.

WUNDT con su versión antropológica, parte del análisis de la interacción humana y sostiene que, debajo de la acción deliberada y voluntaria del hombre, existe un impulso que implica expresiones afectivas, espontáneas, que generan respuestas de otros individuos, y permite el entendimiento entre las personas. Según Wundt, el mecanismo de “*comunicación de gestos*” proveería las bases indispensables de la vida social, sin la cual los seres humanos nunca podrían empezar a entenderse, pues la “*comunicación de los gestos*” origina productos culturales con existencia concreta: **el lenguaje**, proporciona un medio para la operación de la actividad cognoscitiva superior; **los mitos**, surgidos de ésta base dan forma a la capacidad humana para imaginar; y **las costumbres** enmarcan la referencia dentro de la cual operan las opciones individuales y la voluntad.

Kurt DANZIGER refiere también, que hay una respuesta mimética innata a las expresiones afectivas espontáneas, y que generan respuesta de otros individuos, por lo que es posible la transferencia de los estados mentales del hombre.

Dentro de la psicología social hay dos vertientes fundamentales para la representación social: la tradición de Mead con el interaccionismo simbólico en la sociedad estadounidense; la investigación de representaciones sociales por Moscovici en Francia.

George Mead con su interaccionismo simbólico sostiene que entre individuos, existe un espacio interactivo no biológico, sino **social** que es percibido en término de significaciones puesto que su materia es el **símbolo**. Mead toma como unidad de análisis lo que denomina **acto social**; aquí el símbolo y sus significados son propiedad de la situación interactiva de las personas, no están fuera. La existencia de tal significado no implica necesariamente la conciencia del mismo, puesto que ello sólo se consigue a través de la **simbolización**. En el espacio interactivo, según Mead radican símbolos y significados, por lo que sólo ahí puede formarse la **mente** (MIND) conformado en el proceso de la comunicación. Los individuos no existen como tales sino como la persona (SELF) cuyo tamaño abarca su espacio social teniendo a la sociedad (SOCIETY) como **fondo**. En consecuencia, Mead enfatiza dos características en esta interacción humana:

- Quien se comunica puede comunicarse consigo mismo.
- Esta comunicación crea la realidad. Mead coloca la intersubjetividad dentro de lo que llama **conversación interior**, el pensamiento constituido por tres interlocutores: el Yo, el Mi y el Otro.

El Yo que actúa, que aparece, que emerge de repente y sin aviso. El Mi, que constituye el percatamiento de lo que hizo el Yo. El Otro, bagaje de criterios con que cuenta el Mi para evaluar los actos espontáneos de ese Yo... por eso el Otro de Mead es un Otro generalizado que corresponde a la colectividad, a la realidad social, a la comunicación en la cual el Yo y el Mi existen. En síntesis, el Mi es asumir el punto de vista **colectivo** con relación a uno mismo, y el Otro generalizado es la gran colectividad con la que uno se relaciona y que tiende a ser interiorizada: la sociedad crea a las personas gracias a la *reflexibilidad* de la experiencia. A través del lenguaje el individuo se relaciona con su propio pasado, asume la actitud de los otros, respecto a si mismo y se integra al proceso social de forma dinámica... como persona.

Las aportaciones más significativas de Mead a las ciencias sociales, incluyendo a la psicología, fueron:

- Enfatiza la noción de una realidad simbólica, distinta a la de una probable realidad natural; susceptible de creación, de transformación y de destrucción.
- Anticipa la visión epistemológica que cuestiona lo que es o no científico, por medio del consenso significativo, y el criterio de objetividad científica como una construcción simbólica.
- Su análisis de la sociedad, contempla la posibilidad de la incorporación total del individuo a un universo de razón, actividad consciente y voluntaria, hacia una esfera pública no restrictiva, a un entorno macro-sistémico.
- La naturaleza social del lenguaje y la naturaleza simbólica de la sociedad, dejan de ser objeto de especulación filosófica haciéndose accesible al análisis empírico.

b).- El Modelo de Serge Moscovici (RS).

En las representaciones colectivas de DURKHEIM (citado por Moscovici¹³), este autor estableció diferencias entre las representaciones individuales y las representaciones colectivas, explicando que lo colectivo no podía ser reducido a lo individual. Es decir, que la conciencia colectiva trasciende a los individuos como una fuerza co-activa y que puede ser visualizada en los mitos, la religión, las creencias, y demás productos culturales colectivos.

La representación social *“es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos”*. *“Es el conocimiento de sentido común que tiene como objetivos comunicar, estar al día y sentirse dentro del ambiente social; y que se origina dentro del intercambio de comunicaciones del grupo social. Es una forma de conocimiento a través de la cual quien conoce se coloca dentro de lo que conoce”*¹⁴. La

¹³ MOSCOVICI, S. Psicología social. Volumen II. España: Madrid; 1986. p. 8, 18.

¹⁴ RAMIREZ, H. Ocultando al enemigo. Tesis (Licenciatura en Enfermería). Lima: UNMSM; 2002. p. 38.

representación social tiene dos caras: la figurativa y la simbólica, por lo que se puede atribuir a toda figura un sentido y a todo sentido una figura.

Robert Farr, desde una perspectiva esquemática refiere que aparecen las representaciones sociales cuando los individuos debaten temas de interés mutuo (la vejez, calidad de vida del adulto mayor) o cuando existe el eco de los acontecimientos seleccionados como significativos o dignos de interés por quienes tienen el control de los medios de comunicación. La representación social tiene doble función: *hacer que lo extraño resulte familiar y lo invisible perceptible* ya que lo insólito o desconocido es amenazante cuando no se tiene una categoría para clasificarlo o para entenderlo.

María Auxiliadora Banchs (1984) también mencionada por Ramírez¹⁴ define a la representación social como *contenido y como proceso: una particular forma de conocimiento y una estrategia de adquisición y comunicación del mismo conocimiento*. Forma de conocimiento de sentido común que caracteriza a las sociedades modernas *bombardeadas* de manera constante por la información que los medios de comunicación difunden; siguen a la lógica científica y que encuentran su expresión en un lenguaje cotidiano propio de cada grupo social.

c).- Características esenciales de las representaciones sociales.

Las representaciones sociales ubicadas en un esquema sintético cumplen funciones como formas de conocimiento común sobre amplios temas de la realidad, teniendo cuatro características esenciales a). Privilegiar, seleccionar y retener algunos hechos relevantes del discurso ideológico concernientes a la relación sujeto en interacción, o sea descontextualizar algunos rasgos de este discurso; b). Descomponer este conjunto de rasgos, en categorías simples, naturalizando y objetivando los conceptos del discurso ideológico en relación al sujeto en grupo; c). Construir un “*mini modelo*” o teoría implícita, explicativa y evaluativa del entorno a partir del discurso ideológico que impregna al sujeto; d). El proceso reconstruye y

¹⁴ Ibidem p. 38.

reproduce la realidad otorgándole un sentido y procurando una guía operacional para la vida social, para la resolución de los problemas y conflictos.

- Las representaciones sociales son teorías de sentido común sobre el mundo, ramas de conocimiento social sobre amplios temas. Existen a nivel individual, como colectivo y que pueden ser detectadas, en el habla y la conducta de las personas y a un nivel más amplio en la sociedad (servicios de salud)
- Intentan integrar los campos de análisis individual e interpersonal, en niveles socioculturales de comprensión (multinivel); ejemplo: entrevistas a profundidad, análisis de textos.
- Es a través de las representaciones sociales que las personas, los grupos y la sociedad dan sentido al mundo en que viven; porque ayudan en la comunicación e información.
- Las representaciones sociales pueden darse como amplios sistemas que sostienen las actividades humanas.
- Intentan ofrecer una comprensión más *social* de las creencias de las personas, basadas en la perspectiva del construccionismo social; por ello, que los significados contruidos socialmente (por ejemplo el envejecimiento, calidad de vida del adulto mayor) cambian a lo largo del tiempo y varía de una sociedad a otra pues las creencias de las personas están ampliamente determinadas por los factores históricos, sociales y culturales.
- Esta teoría no puede proporcionar comprensiones universales o generalizadas; sino más bien particulares o singulares.
- Las representaciones sociales se generan y transforman en las actividades en la vida social cotidiana, a través de **encuentros sociales**: *“es una ocasión de interacción cara – a – cara, que comienza cuando los sujetos se dan cuenta de que han entrado en la presencia inmediata del otro y que se acaba cuando ellos captan que se han salido de esta situación, de la participación recíproca”*¹⁵.

En los encuentros sociales, la participación recíproca, implica y exige un trabajo de pacto, de colaboración para mantener un centro de atención

¹⁵ WOLF, M. Sociologías de la vida cotidiana. España: Madrid, Ed.: Catedral; 1982. p. 30.

cognoscitiva, discursiva y visual compartida, lo que testimonia y manifiesta al mismo tiempo, la disponibilidad de los participantes; se logra a través de **reglas** que hacen que se exprese, el respeto recíproco por medio de expresiones apropiadas, reglas que hacen posible, una comunicación ordenada cara a cara de tipo lingüístico generada por la organización social.

- La teoría de las representaciones sociales propone que las personas, grupos sociales “*enact*” (generen) dos procesos en el desarrollo de las representaciones sociales: anclaje y objetivación.

El **anclaje** emplea procesos de categorización que sirven para dar sentido a algo, vinculándolo con algún otro ámbito de conocimiento familiar; por ejemplo: nombrando al “*viejo*” nuestra sociedad entiende este fenómeno como una enfermedad, incapacidad, deterioro físico y mental y que debe ser tratado similar a una enfermedad (es decir, por médicos, con medicación y en un entorno hospitalario en la mayoría de los casos).

La **objetivación** implica la transformación de un concepto abstracto en un objeto, o imagen tangible; por ejemplo, el adulto mayor o anciano es objetivado con la imagen de una persona encorvada, débil, que usa bastón y anteojos, con canas y arrugas. La elaboración del núcleo figurativo es el elemento relevante de la objetivación.

d). **Dinámica de una representación social.**

Según Moscovici, en la representación social se distinguen dos **procesos básicos** que explican cómo lo social transforma un conocimiento en representación colectiva y cómo ésta modifica lo social: el **anclaje** y la **objetivación**. Ambas se refieren a la *elaboración* y al *funcionamiento* de una representación social mostrando la interdependencia entre lo psicológico y los condicionantes sociales, así tenemos:

ANCLAJE.

Con ella, la representación social se liga en forma natural y dinámica con el marco de referencia de la realidad y es un instrumento útil para interpretar la realidad

y actuar sobre ella. *“Al insertarse el esquema objetivado dentro de una red de significaciones; la representación social adquiere un **funcionalidad** reguladora de la interacción grupal, una relación global con los demás conocimientos del individuo simbólico popular”*. Es decir, el anclaje consiste en transformar entidades abstractas, ideas, en algo concreto y material (teoría emergente), los productos del pensamiento en imágenes, conceptos y realidades físicas. Las figuras del núcleo de la representación social tienen un significado que permiten utilizar la representación social como un sistema interpretativo que guía la conducta colectiva. El anclaje, implica la integración cognitiva del objeto de representación social dentro del sistema pre-existente del pensamiento y sus respectivas transformaciones, es la inserción orgánica dentro de un pensamiento constituido.

Jodelet (1984)¹⁶ afirma: *“el anclaje genera conclusiones rápidas sobre la conformidad y la desviación de la nueva información con respecto al modelo existente y proporciona marcos ideológicamente constituidas para integrar la representación y sus funciones”*. Moscovici dice que *“la objetivación traslada la ciencia al dominio del **ser** y el anclaje la delimita en el de el **hacer**; la objetivación presenta cómo, los elementos de la ciencia se articulan en una realidad social, el anclaje hace visible la manera en que contribuyen a modelar las relaciones sociales y también cómo se expresan, según cultura, creencias, estereotipos, etc.”*

OBJETIVACIÓN.

Es la selección y descontextualización de los elementos, la formación del núcleo figurativo y naturalización de los significados (similar al aprendizaje significativo). Lo abstracto que es la suma de elementos descontextualizados debe tornarse en una imagen más o menos consistente en la que los aspectos metafóricos ayudan a identificarla con mayor nitidez. Se constituye, se construye un *edificio teórico esquematizado*, con las siguientes funciones:

¹⁶ JODELET, D. Las representaciones sociales. Artículo publicado en <http://www.encolombia.com/foc2.4.htm>

- Constituye punto común o mediador entre la *teoría científica inicial* y su *representación social*.
- Se realiza el cambio de lo que en la *teoría es exposición general abstracta e indirecta* de una serie de fenómenos (versiones sobre calidad de vida) en una traducción inmediata y funcional de la realidad que sirve al hombre común y corriente.
- El modelo *asocia* diversos elementos en un *foco explicativo* con una dinámica propia y suficiente.
- Permite a la representación social, *convertirse en un marco cognoscitivo estable y orientador, tanto de las percepciones o de los juicios sobre el comportamiento como de las relaciones interindividuales*. Es decir, la objetivación supone un proceso de categorización, a través del cual se generan y se da un nombre a los conceptos, cosas, hechos, personas; permitiendo transformar lo desconocido en un sistema de categorías que nos son propias.

La concepción científica se confronta con el **sistema de valores sociales** resultando, una elección de entre sus elementos. La **naturalización** le da a la representación social el **carácter de evidencia válida**; se convierte en una “*teoría profana*” autónoma que sirve para categorizar a las personas y sus comportamientos. La representación social requiere un armazón de valores. La imagen es objetivada junto con una carga de afectos, valores y condiciones de naturalidad y se transforman estos conceptos en auténticas categorías del lenguaje y del entendimiento. Se pone a disposición para la interpretación una imagen o esquema de la que derivan los significados.

2.2.6. La vejez y su calidad de vida como objeto de representaciones sociales.

En el campo social como en otros campos el término de calidad de vida de las personas no tiene consenso, pues hasta la fecha se ha desarrollado una amplia terminología para definir este concepto, tales como: vida satisfactoria, bienestar

subjetivo, bienestar psicológico, desarrollo personal y diversas representaciones de lo que constituye una “buena vida”. En la práctica y relacionado con la calidad de vida del adulto mayor, Eamon refiere: “*el enfoque más común a la hora de medir la calidad de vida de las personas mayores, ha sido utilizar varios tipos de indicadores de vida satisfactoria, los que exploran dimensiones absolutas de calidad de vida del adulto mayor*”⁶. Estudios recientes, consideran a este concepto como multidimensional y toman en cuenta también la experiencia vital de las personas tal y como la interpretan ellas mismas y las demás; en consecuencia, el análisis cualitativo le da el sentido al estudio de la calidad de vida de los adultos mayores.

En 1982, la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en Ginebra adoptó el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento. En 1991, la Asamblea General adoptó los “*Principios de las Naciones Unidas*”¹⁷ a favor de las personas de edad y su calidad de vida, siendo éstos:

- **Independencia**, que incluye el acceso a la alimentación, al agua, a la vivienda, al vestuario y a la atención sanitaria adecuada. Derechos básicos a los que se añaden la oportunidad de un trabajo remunerado y el acceso a la educación y a la capacitación.
- **Participación activa de los adultos mayores**, en la formulación y aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar, para compartir sus conocimientos y habilidades con las nuevas generaciones y poder formar movimientos y asociaciones.
- **El apartado titulado cuidados** declara que las personas de edad, deberían poder beneficiarse de los cuidados de la familia, tener acceso a los servicios sanitarios y disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales,

⁶ ob. cit. p. 10.

¹⁷ ROBINSON, M. Los derechos humanos de las personas mayores. Ginebra: Naciones Unidas; 2001. pp. 2 – 4.

cuando residan en hogares o instituciones donde les brinden cuidados o tratamiento.

- **El principio de autorrealización** afirma que las personas de edad deberían aprovechar las oportunidades para poder desarrollar plenamente su potencial a través del acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.
- **El principio de dignidad** afirma que las personas de edad deberían vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotación y malos tratos físicos y mentales, ser tratadas dignamente, independientemente de la edad, la raza o el sexo. En resumen estos principios vienen a ser representaciones que la sociedad ha generado para que el adulto mayor tenga una buena vida, y por ende calidad de vida.

La representación social relacionada con la calidad de vida del adulto mayor, según su teoría debe cumplir las siguientes condiciones:

- a. Ser un objeto social polimorfo pues reviste múltiples formas en nuestra sociedad. La idea de envejecimiento diferencial, según género, etnia, cultura, ocupación, entorno ambiental, calidad de vida, etc., ha sido básica para que el sociólogo suizo Lalive d'Épinay popularizara el término *vejezes* (en plural), luego de darle este título a una de las obras más importantes e influyentes de la gerontología de los 80.
- b. Ser una interrogante del grupo social pues, la vejez es una categoría social de interés, y la calidad de vida del adulto mayor también lo es; las cuales están inmersas dentro de un modelo sociocultural que determina diversas etapas, generadoras cada una de ellas de representaciones colectivas, y que sirve de hilo conductor a las significaciones que la cultura de una comunidad asigna al transcurso de la vida, permite plantear el grupo, en sentido amplio. El grupo se constituiría alrededor de la vejez y de su calidad de vida como un objeto.

- c. Dar origen a un interjuego de tipo estructural, dado que para los individuos la vejez está relacionada con la propia identidad, es la representación social de un segmento de la vida: es nuestro futuro de lo que se trata. Y es ineludible. Todos Seremos Viejos... (si llegamos), y viejos con calidad de vida o sin ella.
- d. La dinámica social del objeto “vejez” y la calidad de vida del adulto mayor, están determinadas por la conformación del grupo social estudiado. Al estudiar las representaciones sociales en las personas mayores y sus familiares, ellas mismas conformarían el grupo que “se representa” para construir su representación social respectiva.
- e. La ortodoxia genera más bien ideologías principistas, dogmas y no representaciones sociales. En la categoría de vejez y calidad de vida del adulto mayor hay ausencia de un sistema ortodoxo. Del análisis antedicho, resultado de lecturas y debates entre investigadores, surge que la vejez y su calidad de vida puede ser considerada objeto de representación social, cumpliendo con los requisitos enunciados y procesados a través del anclaje y la objetivación.

El marco teórico de interés para el estudio de estas categorías, está provisto también por la sociología de la vida cotidiana. Wolf define lo cotidiano “como un campo de eventos que son conocidos, y más precisamente “convividos” como tales por los sujetos (Wolf, 1982). Esta sociología se inscribe en la tradición del significado de Dilthey y del sentido, dado por Weber. Aparece en ella la mediación de lo intersubjetivo.

Lo que caracteriza al evento cotidiano, es que es vivido, o significado, desde un particular modo de observación del sujeto. Lo cotidiano resulta de un modo de ver la realidad o, de un modo que la subjetividad participa de las representaciones sociales. Entonces, lo cotidiano como subtexto del tejido de las acciones sociales implica una relación del sujeto con sus representaciones. Esta relación es definida desde la inmediatez, a partir de la cual se estructura el discurso que informa. Esta

corriente suele identificarse con la etnometodología de Harold Garfinkel. La investigación social que quiere dar cuenta de lo cotidiano, debe asumir la mediación subjetiva de su objeto. Lo cotidiano es siempre las vivencias del sujeto, que les asigna un significado de acuerdo al código de su sociedad.

En consecuencia, de todo lo antes referido establecer una representación social acerca de la calidad de vida del adulto mayor implica la existencia de: conocimientos e información que se tiene acerca del fenómeno estudiado (sobre las condiciones de su vida y satisfacción personal), creencias, estereotipos, valores determinados acerca del adulto mayor como ser social dentro de un espacio geográfico, social e individual en relación al fenómeno; y de comportamientos o actitudes que tiene el grupo, el individuo (adulto mayor y familia) en relación al fenómeno estudiado: significado de calidad de vida del adulto mayor.

2.3.- CATEGORIAS TEÓRICAS O POSIBLES CONCEPTOS DE LA REPRESENTACIÓN SOCIAL ESTUDIADA.

Tomando en cuenta el marco teórico y conceptual, y para el logro de los objetivos de la investigación se planteó inicialmente como categorías de estudio:

- a). **Conocimientos** de los sujetos de la investigación acerca de lo que significa para ellos la calidad de vida del adulto mayor: condiciones de vida (vivienda, alimentación, higiene, vestido, recreación, descanso, etc.), satisfacción personal (autorrealización, sentimientos positivos, pertenencia, afecto, etc.) y significado de la vejez o de ser un adulto mayor.
- b). **Campo de la representación: entorno físico** (condiciones de vivienda e infraestructura, etc.) y **entorno social** (interrelaciones del adulto mayor) donde desarrolla su vida como ser social.
- c). **Escala de valores, creencias y actitudes** que tiene el adulto mayor y su

familia en relación a los elementos de la calidad de vida del adulto mayor (imagen, comportamientos, preferencias, etc.).

2.4.- DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS BÁSICOS.

- a). **“Significado de calidad de vida del adulto mayor”**.- es la expresión directa a través del conocimiento común, referidas a la calidad de vida, tornándose en el conjunto de conceptos, explicaciones e interpretaciones dinámicas e inherentes al sentido común, que resulta de la interacción entre los sentimientos y la satisfacción del adulto mayor por sus condiciones de vida; las actitudes y valores positivos hacia su vida y la satisfacción de sus necesidades como ser social.
- b). **“Representación social”**.- Es el conjunto de conceptos y explicaciones originadas en la vida cotidiana del adulto mayor y su familia para dar significado a la calidad de vida del adulto mayor y que se hace evidente a través de la objetivación (elaboración de la estructura según núcleos figurativos o esquemas de la representación social) y el anclaje (interpretando y comprendiendo las categoría y sub-categorías) a través del cual se elabora una red de significaciones que emerge, apoyada en una base teórica.
- c). **Familia del adulto mayor**.- grupo social constituido por más de dos miembros unidos por lazos de afecto, solidaridad y apoyo y que viven bajo el mismo techo sin que compartan necesariamente lazos de consanguinidad.
- d). **Adulto mayor**.- es la persona mayor de 65 años, sea hombre o mujer.
- e). **Núcleo figurativo**.- constituye la estructura, la parte más estable de la representación, ejerce una función organizadora para el conjunto de la representación. Se define por la frecuencia de los contenidos expresados por

lo que tiene una función consensual y resume el significado de la calidad de vida del adulto mayor a través de relaciones sistemáticas entre unidades de significado, categorías y sub-categorías.

- f). **Lo cotidiano.-** son las vivencias que se dan en el día a día para cada persona en su interrelación con otras, y que se les asigna un significado de acuerdo a los códigos, normas de su sociedad o grupo familiar.

CAPITULO III TRAYECTORIA METODOLÓGICA

3.1.- TIPO DE INVESTIGACIÓN.

La investigación tiene un enfoque eminentemente cualitativo, investigación que tiene sus raíces en las ciencias sociales, específicamente en la antropología y la sociología y que según Rodríguez (1996) actualmente *“es un campo interdisciplinar, transdisciplinar y en muchas ocasiones contradisciplinar. Atraviesa las humanidades, las ciencias sociales y las físicas. Los que las practican son sensibles al valor del enfoque multimetódico. Están sometidos a la perspectiva naturista y a la comprensión interpretativa de la experiencia humana. Al mismo tiempo, el campo es inherentemente político y construido por múltiples posiciones éticas y políticas (...)”*¹⁸.

Según Taylor y Bogdon (1986, p 20) mencionado por Rodríguez (1996), la *“investigación cualitativa es aquella que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable del investigado”*.

Para Le Compte (1995) mencionado también por Rodríguez afirma que *la investigación cualitativa es una categoría de diseños de investigación que extraen descripciones a partir de observaciones (...) por entrevistas, narraciones, notas de campo, grabaciones, inscripciones de audio y video cassettes, registros escritos de todo tipo, fotografías o películas y artefactos (...). Este tipo de investigación parte de*

¹⁸ RODRIGUEZ, G. Metodología de la Investigación cualitativa. España: Granada, Ediciones ALJIBE; 1996, p. 31.

la realidad concreta y de los datos que ésta le aporta, sirven para llegar a una teorización posterior a través del análisis e interpretación de la información.

La investigación desarrollada por la investigadora cumple con las características de la investigación cualitativa, porque es:

- a). **Holística**, ya que se dio en un contexto determinado y está orientada al caso (“*discurso*” del adulto mayor y su familia); buscó la comprensión de la información investigada más no comparaciones entre caso a caso.
- b). **Empírica** debido a que esta orientada al trabajo de campo (hogares en la comunidad); ha hecho énfasis en lo observable y en observaciones de los informantes; no fue intervencionista; ha hecho descripciones en lenguaje natural apoyado en la interpretación teórica y códigos sociales.
- c). **Interpretativa** dado que tanto los informantes como la investigadora, después de un entendimiento previo, han puesto atención en el reconocimiento de los elementos de un suceso relevante de la vida de la persona: “*significado de la calidad de vida del adulto mayor*”; y la investigadora para ello, logro desarrollar una gran interacción en la ejecución de la investigación con los adultos mayores y sus familiares, sujetos de la investigación. Y lograr ese “*entendimiento*” significa según Habermas¹⁹ “*el significado mínimo de que (a lo menos) dos sujetos lingüísticamente e interactivamente competentes entienden una expresión lingüística (...) y para entender lo que un hablante quiere decir con ese acto, el oyente, tiene que conocer las condiciones bajo las que pueden ser aceptado*”.
- d). **Empática** puesto que se dedicó el interés de la investigadora intencionalmente hacia los informantes, se busco su propio marco de referencia, el contexto en el que habitan; aunque planificado el diseño de la

¹⁹ HABERMAS, J. Teoría de la acción comunicativa. España: Madrid, Editorial Taurus Humanidades; 1992; p. 393.

investigación, las categorías del estudio fueron emergiendo de manera sensible, puesto que los informantes aportaron una experiencia vivida de lo que para ellos significa la calidad de vida del adulto mayor, siendo también una experiencia vivida para la investigadora.

3.2.- MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.

Entendido como la forma característica adoptada por la investigadora para desarrollar la investigación. El método utilizado fue el **descriptivo-interpretativo y comprensivo** ya que la información obtenida fue en un periodo determinado de tiempo a través del discurso de los informantes, la observación de la investigadora y la interacción verbal-comunicativa entre ambos. Posteriormente, después de la descripción de la realidad encontrada, para el análisis e interpretación de la información se tuvo como referente teórico a la **teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici**, aplicando el anclaje y la objetivación. Asimismo, fue necesaria de la **intuición analítica** de la investigadora en todo el proceso de análisis para llegar a la representación social, siendo necesario discernir, esclarecer, seleccionar, separar, agrupar, apartar y aprender el discurso y construir la representación social.

Para la **interpretación-comprensión** de la información también se utilizó la hermenéutica, pues según Falla²⁰ (2004): *“San Agustín, (el de la Ciudad de Dios, 413 d.C.) –a quien la ciencia histórica le atribuye el descubrimiento de la historia- que la hermenéutica adquiere el valor de método moderno para el estudio contextualizado de los actos comunicativo (...) de las correspondencias entre lenguaje, pensamiento y ser; por tanto una racionalidad en torno a la relación, comunicación, entendimiento- contexto-situación (...) que Gadamer (de “Verdad y Método”) después de citar a San Agustín, identifica a la hermenéutica como la “teoría general de la interpretación”. Entonces, interpretar, comprender un*

²⁰ FALLA, R. Comunicación y hermenéutica. Anales de la facultad de Medicina, julio-septiembre 2004; ISSN-1727-4389, C.S.I. UNMSM, Boletín 53,. p. 24

mensaje, hacer visible lo oculto es pues la revelación del conjunto de hechos convergentes en los actos comunicativos, ya sean los entendidos o no entendidos por la sociedad". Y también, según el Diccionario de la Lengua Española, "interpretar" es la raíz latina "interpretari" que significa: "explicar o declarar el sentido de algo y principalmente de un texto; explicar acciones, dichos, o sucesos que pueden ser entendidos de diferentes modos. Concebir, ordenar o expresar de un modo personal la realidad"²¹.

Asimismo según Ditley (1900) -mencionado por Azaña (2004)- define a la hermenéutica como "el proceso por medio del cuál conocemos la vida psíquica con la ayuda de signos sensibles que son su manifestación"²². Por lo que la hermenéutica, permite interpretar lo oculto, el significado de los hechos de las palabras, los textos, gestos, pero conservando la singularidad del ser humano, ubicándolo dentro del contexto en el que se desenvuelve, y que al decir de Moscovici crear sus representaciones individuales y sociales según códigos o normas sociales y culturales establecidas para su vida cotidiana.

Concluyendo diremos que la **triangulación de estos métodos (descriptivo-interpretativo y hermenéutico)** permitió a la investigadora recoger de manera sistemática, la información, los valores y actitudes que evidencian las formas, acciones y significados que el adulto mayor y su familia **crean o tienen (representación social) en relación al "significado de la calidad de vida del adulto mayor"** desde un punto de vista netamente subjetivo, individual, personal y práctico pero, unido a convencionalismos y normas sociales y culturales a través de la interacción entre el investigador y el informante. Asimismo, permitió obtener los datos originales "no transformados ni refinados" por terceros (de fuente primaria), para lo cual se tuvo que tener en cuenta lo siguiente:

²¹ REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Diccionario de la Lengua Española. Edición XXII. Tomo XI, Perú: Lima, Editorial Talleres Gráficos de Quebecor – World Perú S.A.; 2005. p. 876.

²² AZAÑA, C. Prostitución femenina. Historia de vida de mujeres que ejercen el trabajo sexual. Centro de Salud Tahuantinsuyo Bajo. Tesis (Licenciatura en Enfermería), UNMSM. Perú: Lima; 2003. p. 24.

- La conversación, dialogo o relato fue organizado y ordenado, inicialmente por la investigadora a través de las preguntas norteadoras (basadas en las tres categorías teóricas iniciales de trabajo).
- Una vez iniciado el dialogo (previamente se estableció un clima de confianza o rapport positivo después de varios encuentros casuales), éste se organizó secuencialmente, y el informante modificaba las repeticiones y ocurrencias necesarias, hasta lograr un entendimiento entre ambos sujetos de la investigación.
- Se estableció, en la conversación un sistema de turno-de-palabra (entre la investigadora y el informante), sin estar éstos fijos sino que variaban acorde a las necesidades de expresión y a la actitud del informante de manera espontánea y natural, situándola siempre dentro del contexto.
- El tiempo de la conversación no tuvo límite; sin embargo la investigadora lo controló, evitando cansancio o fastidio en el informante y tomando en cuenta lo acontecido dentro de un consenso que generó una comunicación intersubjetiva y el entendimiento por ambas partes.

También la investigadora para lograr los objetivos propuestos tuvo que adquirir y desarrollar algunas habilidades desde la recolección de datos tales como: **tener paciencia** en las entrevistas a profundidad al adulto mayor y grupos focales a la familia para ser aceptada por ellos (se trabajo en ello durante casi un año); se tuvo que **ser flexible** y tener **capacidad de adaptación** a las circunstancias presentadas en la recolección de datos; ser muy **versátil** a través de un lenguaje sencillo, al realizar el dialogo, para lograr que los informantes puedan dar la información necesaria aclarando a tiempo cualquier duda (por su individualidad ya que no hay dos personas iguales). Se fue muy **persistente** (porque no es fácil este tipo de investigación por el tiempo que involucra y otros aspectos que se presentan). Se aprendió a ser **meticulosa**, para cuidar todos los detalles desde el primer contacto con los informantes, en la recolección de la información, en la organización de los tiempos

(coordinando para las visitas domiciliarias), en la construcción de las notas de campo, en las grabaciones y degrabaciones del texto o discurso para ir construyendo los archivos, hasta la formalización de la recolección de datos y termino del estudio; haciendo “*abandono del campo dentro de una interrelación casi familiar*” (en este momento las 16 familias con su adulto mayor consideraron a la investigadora como *parte de su comunidad*, como integrante de su contexto social).

3.3.- ESCENARIO DE LA INVESTIGACIÓN.

La investigación se desarrollo en la comunidad del Asentamiento Humano Laura Caller Iberico y sus zonas aledañas, cuya población es usuaria del Centro de Salud del mismo nombre en el Distrito de Los Olivos. Es una comunidad autogestionaria, fundada hace aproximadamente 20 años; inicialmente fue una comunidad urbana-marginal, pero que en la actualidad gracias al esfuerzo de su población tiene las características de ser una zona urbana, con algunas limitaciones. El citado Centro de Salud esta situado en la convergencia de la Avenida Universitaria y la Avenida Marañon.

La comunidad usuaria del Centro de Salud esta organizada por Sectores, Urbanizaciones, Asociaciones de Vivienda y Asentamientos Humanos. La investigación se ejecuto específicamente en el AAHH. Laura Caller, en sus 5 sectores; la población esta organizada de la siguiente manera: 8 juntas directivas, 14 agentes comunitarios ($Z_1 = 3$; $Z_2 = 1$; $Z_3 = 3$; $Z_4 = 6$; $Z_5 = 1$), 3 comedores y 12 vasos de leche. Las viviendas están construidas de material noble en su mayoría, tienen servicios básicos, adecuada eliminación de basuras, el 90% de los pobladores son dueños de los terrenos, cuentan con áreas verdes y lozas deportivas en los 5 sectores.

La investigadora, tiene ocho años de trabajo continuo en el centro de salud y asentamiento humano, como docente de las prácticas de los estudiantes la EAPE-UNMSM, por lo que tiene un gran acercamiento a la población usuaria del

establecimiento de salud. Este acercamiento permitió la ejecución del estudio por las facilidades brindadas por los *informantes*, dado que existe confianza, para autorizar el ingreso de la investigadora a sus domicilios y realizar las entrevistas a profundidad y a grupos focales tanto al adulto mayor como a sus familiares respectivamente, dentro de un clima de respeto mutuo y empatía.

El escenario específico para la recolección de datos fue el domicilio u hogar de los informantes utilizado a través de las visitas domiciliarias para aplicar las técnicas e instrumentos, puesto que cuando las personas están en su propio hogar, suelen sentirse más contentos, amigables y seguros, se tornan más dispuestos para hablar, incluso de su privacidad, intimidad, sentimientos; además poder observar por parte de la investigadora *el campo de la representación social*, así como, los posibles comportamientos, conductas o las interrelaciones que se dan entre el adulto mayor y su familia, necesarios para identificar los valores y la orientación de las actitudes (favorable o desfavorable), que inciden en la calidad de vida del adulto mayor.

3.4.- INFORMANTES DEL ESTUDIO.

Los informantes que participaron en la investigación, fueron dieciséis (16) adultos mayores tanto hombres como mujeres (mayores de 65 años) y sus familiares. Éstos fueron captados en el Programa del Adulto Mayor del Centro de Salud (de incipiente creación y que la investigadora ayudó para su captación e ingreso al programa) y en la misma comunidad (gracias a la información de las promotoras de salud se pudo ubicar los domicilios con suma facilidad). Se tuvo como criterios de inclusión:

- Que el adulto mayor tenga de 65 a 80 años, que este orientado en tiempo, espacio y persona, al momento de realizar la entrevista a profundidad.
- Que sean residentes en la zona, por lo menos por diez años ininterrumpidos.
- Que una vez informado del estudio acepte voluntariamente participar en él tanto el adulto mayor como la familia.

- Que su domicilio este ubicado en uno de los 5 sectores del asentamiento humano, dado que para “*construir*” las representaciones sociales, éstas deben tener un “*carácter individual*”, en los valores, actitudes, opiniones, creencias, conocimientos de las personas y área geográfica determinada.
- Que al momento de realizar el grupo focal estuvieran participando por lo menos dos miembros de la familia del adulto mayor.

3.5.- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

En la recolección de datos se aplicó las siguientes técnicas: la **observación directa** a fin de identificar, actitudes/comportamientos del adulto mayor y su familia, el ambiente y entorno físico del hogar donde habita el adulto mayor (observar comodidad, espacio, confort, limpieza, etc.); así como observar el aspecto físico del adulto mayor y las condiciones de vida en las que vive (alimentación, vestido, higiene, aparente estado general, etc.); así como, la forma de establecer sus relaciones intrafamiliares, su comunicación; observar también, la postura, gestos, expresiones faciales, movimientos corporales, forma de hablar, (lenguaje fluido, coherente, racional, etc.), tanto del adulto mayor como de sus familiares, puesto que a través de ello se obtuvo información valiosa, dado que los ojos, el movimiento o postura del cuerpo, nos pueden indicar muchas cosas, y que me permitieron apreciar indicios de alegría, tristeza, satisfacción personal, dolor, temor y otras emociones o sentimientos en el adulto mayor y en sus familiares importante para la construcción de la representación social.

Otra técnica utilizada fue la **entrevista a profundidad** dirigida al adulto mayor y para el grupo focal realizado con sus familiares.

En la entrevista a profundidad individual, según Rodríguez, mencionado por Azaña (2003) “*se desea obtener información sobre determinado problema y a partir de él, establecer una lista de temas, en relación con los que focaliza la entrevista (...), pero sin sujetarse a una estructura formalizada de antemano (...), la entrevista*

*a profundidad, es uno de los medios para acceder al conocimiento, a las creencias, a los rituales, a la vida de esa sociedad o cultura, obteniendo datos en el propio lenguaje de los sujetos”*²² .

El grupo focal se realizó, con los familiares del adulto mayor y estuvo integrado por 2, 3 y hasta 5 miembros de la familia (actualmente las familias son pequeñas, ya sea por ser disfuncional o porque el adulto mayor vive con un hijo o nietos); esta técnica se basó, en discusiones abiertas que se dio entre la investigadora y la familia informante, buscando focalizar, discutir, analizar (para después interpretar), y llegar a un consenso en relación a las categorías, subcategorías emergentes para dar validez y confiabilidad a la información; y (la confiabilidad también se buscó a través de la opinión de investigadores en la revisión del informe final) que describen los elementos que constituyen la representación social del significado de la calidad de vida del adulto mayor. En el desarrollo de dichas técnicas la investigadora, tuvo que tomar las siguientes recomendaciones: adoptar una posición cómoda, relajada, estableciendo una distancia de más o menos 50 centímetros entre ella y los informantes; evitar gesticular para no distraerlos; evitar realizar movimientos corporales que demuestren inquietud, impaciencia o apuro; en varias oportunidades se utilizó el parafraseo (entendido como, una declaración corta que intercalaba en el dialogo la investigadora y que trataba de reflejar la esencia de lo que el informante decía, como una tentativa de aclarar ciertos conceptos que emitían los informantes). Se estableció también una relación empática entre ambos sujetos de la investigación sumamente necesaria en este tipo de estudios (gracias a encuentros previos entre ellos), pues a decir de Ander- Egg, mencionado por Horna²³ *“la empatía es, ponerse en el lugar del otro, captar sus sentimientos, comprender sus reacciones y contemplar el mundo desde la perspectiva de la otra persona. Así pues, la comprensión empática consiste en la capacidad de captar intuitivamente la*

²² ob. cit. p 27.

²³ HORNA, A. La empresa en el camino del éxito. Primera Edición, Perú: Lima, Universidad Norbert Wiener; 2001. pp. 92 -93.

realidad de otras personas comprendiendo sus conductas, sus motivaciones profundas y sus perspectivas vitales. Esto permite a su vez penetrar en los sentimientos, ideales y perspectivas del otro y por lo tanto, comprenderlo en lo que éste es y comunica". Por ello, a la investigadora le permitió la empatía establecida sentir el mundo interior y personal de los informantes como si fuera el suyo.

Durante la entrevista a profundidad al adulto mayor, se le estimuló a fin de que pueda brindarnos la información requerida con acciones tales como: asentir con la cabeza, repetir la última palabra de la frase que acababa de hablar, emitir sonidos como: aja, hum, ya, (...), entiendo, siga por favor, entonces, etc. o establecer un pequeño silencio (hasta que se anime a hablar nuevamente cuando estaba emocionado o tenía que recordar algo mas personal).

La entrevista a profundidad y los grupos focales tuvieron como instrumento dos guías semi-estructuradas con 08 y 07 preguntas abiertas (norteadoras) respectivamente, relacionadas con las categorías teóricas pre-establecidas, tanto para el adulto mayor como para sus familiares, de manera individual en su aplicación (Anexo B y C).

Al aplicar las preguntas abiertas se tuvo en cuenta las siguientes consideraciones: formularlas en forma clara y sencilla, adecuadas al lenguaje y conocimiento común, empezando a formularlas con "un como, o un que". Ambas técnicas de recolección de datos tuvieron como propósito profundizar en el recojo de la información relevante, que manifieste el conocimiento, los valores y actitudes de los informantes relacionadas a la representación social del significado de la calidad de vida del adulto mayor que ellos crearon, e interpretada y explicada posteriormente por la investigadora; procurando a través de estas representaciones lograr una aproximación a la realidad del fenómeno estudiado, pues a decir de Moscovici (1986) ¹³ "*Éstas son entidades casi tangibles, que en nuestro universo cotidiano circulante, cruzan y se cristalizan incesantemente, a través del habla, del gesto y de un encuentro*". Entonces, las representaciones sociales que emergieron a través de

¹³ ob. cit. p. 8.

estas técnicas, se constituyen en una teoría propia, “pagana”, del conocimiento popular acerca de la calidad de vida del adulto mayor para si mismo y su familia.

Los testimonios emitidos fueron grabados con autorización de los participantes (2 de ellos no lo aceptaron). Asimismo, desde el inicio de la investigación, aplicación de técnicas e instrumentos, se elaboró el “cuaderno de anotaciones de campo” donde de manera ordenada y codificada se fue registrando los datos según las 3 categorías teóricas, dándole el color de página: blanca, azul y verde respectivamente para cada una y así diferenciarlas. Inicialmente la transcripción fue individual y una por una, posteriormente, se transcribió el proceso completo de la recolección de datos, con ello se elaboró el “texto de campo”, en el que se elaboró el croquis del asentamiento humano y relación de nombres y direcciones de los informantes para realizar la visita domiciliaria. En la mayoría de los casos se realizó 3 visitas: Una para ubicar o verificar el domicilio de los informantes, la segunda para entrevistar al adulto mayor y la tercera para desarrollar el grupo focal con la familia del adulto mayor y si coyunturalmente no se completo el recojo de la información se realizó otras visitas a fin de lograr los objetivos de la investigación.

Los instrumentos previamente, fueron validados por la concordancia de juicio de expertos (3 psicólogos y 3 enfermeras de salud pública), cuyas sugerencias permitieron mejorarlos. La confiabilidad fue inmediata a través de la retroalimentación con los investigados al momento de aplicarlos.

3.6.- PROCESO DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS.

Para la recolección de datos se realizaron los siguientes pasos:

- Entrevista con el Medico Jefe y Enfermera Jefe del Servicio de Enfermería del Centro de Salud, para pedir su autorización y poder establecer interrelaciones, coordinaciones con el adulto mayor y su familia en la Consulta Externa y Programa del Adulto Mayor, a partir de julio de 2004. Se

dio el contacto inicial de la investigadora con los informantes a partir de septiembre a diciembre de 2004, (“vagabundeo en la comunidad”) a través de la inscripción de usuarios para conformar el Club del Adulto Mayor y su captación en el servicio de admisión de los mismos para la consulta externa de medicina mayormente, acciones que fueron favorecidas por la presencia de la investigadora como docente de la practica con los estudiantes de enfermería (lo que le dio continuidad en la estadía en el centro de salud y comunidad).

- A partir de febrero de 2005 se captó a varios adultos mayores de 65 a 80 años de edad, así como a sus familiares (siempre van con acompañante) a los que se les explicó el objetivo del estudio (uno por uno), informándoles en qué consistía, cómo iba a ser la recolección de datos y cuál iba a ser su participación, el tiempo que deberían proporcionar para la entrevista o grupo focal, asegurándoles su anonimato y resguardo de su privacidad en todo momento. Obteniéndose finalmente la aceptación y participación de dieciséis de ellos y su familia, a partir de ese momento, hasta que terminó la recolección de datos que fue en abril de 2006.
- Se elaboró un cronograma de visitas domiciliarias (previa negociación con los informantes) en un promedio de 03 visitas por adulto mayor y familia que en la mayoría de casos, se tuvo que reprogramar por situaciones coyunturales a la investigación, presentadas por el adulto mayor o por la ausencia del familiar al grupo focal.
- Se solicitó a los informantes que dispusieran de un ambiente de la casa que fuera tranquilo y que no hubiera interrupciones (para el caso de las dos técnicas a aplicar), por lo general el escenario fue la sala, el comedor y en dos casos, el dormitorio del adulto mayor.
- El tiempo promedio del que se dispuso para la entrevista a profundidad fue de 60 minutos y para el desarrollo del grupo focal fue de 90 minutos; de

preferencia para el adulto mayor se realizó en la mañana (entre las 9 a.m. a 11 a.m.) y el del grupo focal fue en la tarde (entre 5 p.m. a 7 p.m.); únicamente dos casos se realizaron el día sábado. En algunas de las primeras entrevistas a profundidad, como producto de los recuerdos o acciones hechas por sus familiares, el adulto mayor se puso nostálgico y triste, hecho que afectó a la investigadora (por haber tenido algunas experiencias similares con su madre, la que murió hace 04 años) y que sin embargo se superó en las siguientes entrevistas a profundidad con óptimos resultados.

Para la recolección de datos se tuvo como material los cuestionarios con preguntas norteadoras; tarjetas bibliográficas; una grabadora de mano; lápiz; borrador; lapiceros de color: rojo, azul y negro; cuaderno de notas de campo; etc. El proceso de análisis de datos ya comienza en esta etapa, entrevista por entrevista.

El análisis e interpretación de la información para construir la representación social en estudio se dio a través de la objetivación y el anclaje (Modelo de Serge Moscovici), considerando lo sostenido por Bourdieu y mencionado por Farr ²⁴ que *“todos los miembros de un mismo grupo de la misma clase, son productos de condiciones objetivas idénticas. Da las posibilidades de extender un análisis de su práctica social, efecto de la universalidad a la particularidad en la medida en que ellos se homogenicen, distintos de otros. Lo que se manifiesta a través de palabras, sentimientos o conductas y a través del lenguaje”*.

Esta fase analítica - que es parte de la objetivación – se empezó con la sistematización de la información, desarrollando acciones de clasificación y ordenamiento de los datos desde la primera recogida de datos. Para lo cual, primero se marcó a cada uno de los cassettes de audio, usándose un código que se mantuvo para efectos del manejo de la información en todas las etapas de la investigación. Los códigos de identificación que se dio a los informantes (adultos mayores y familia) fue colocar el primer nombre del adulto mayor e inicial “F” para la familia,

²⁴ FARR, R. Representações sociais: a teoria e sua historia. Brasil, Petrópolis, Vozes; 1994. p. 180.

agregándole un número arábigo acorde al número de entrevista o grupo focal realizado teniendo así por ejemplo: F₁, F₂, ..., F₁₅. Adicionalmente a cada grabación en audio después de finalizada la entrevista a profundidad y el grupo focal la investigadora graba comentarios relevantes relacionados con la observación al informante, al entorno físico y social, así como cualquier otro detalle (como silencios, lapsos, pistas importantes en cuanto al investimento afectivo presente; la variación o versos contradictorios que emergen, y no es el discurso esperado o pueden ser indicadores valiosos de la forma en como el discurso se orienta hacia el significado de la calidad de vida del adulto mayor; la retórica para organizar el discurso y argumentar de forma positiva o negativa de una versión de los datos) que ella consideró relevante y necesario para completar la información en cumplimiento de los objetivos del estudio. También a cada guía de entrevista y grupo focal desarrolladas se adjunto una tarjeta de algunos datos que se logró escribir durante el desarrollo de cada técnica.

Toda la información degrabada y transcrita hasta este momento fue muy extensa, pues a través de la lectura, la investigadora exploró, halló, descubrió, confirmo y refuto datos muy generales relacionados con los elementos de la calidad de vida del adulto mayor, elaborándose categorías simples.

Luego, se procedió a “*descontextualizar*” el discurso, es decir a volver a leer íntegramente, todo el contenido de la información recolectada en forma ordenada, clara y completa y retener selectivamente aquellas categorías o subcategorías, en base de las categorías teóricas que a decir de Velandia³ (1994) constituyen la calidad de vida relacionada con el bienestar del adulto mayor categorías teóricas que corresponden a las vivencia: **a).** sensaciones subjetivas de bienestar psicossomático; **b).** autoestima alta; **c).** satisfacción personal; y **d).** adaptación al entorno; enmarcándola en función de criterios culturales y normativos concordante con el sistema de valores personales y de la sociedad.

³ ob. cit.

En esta etapa del estudio se hizo una reducción y selección de datos a través de la **objetivación** que empieza con la elaboración de ejes temáticos (análisis axial), a partir del discurso del adulto mayor primero y luego de la familia. Posteriormente, en función de las categorías empíricas emergentes, se estableció una estructura, formando el núcleo figurativo de la representación social, sobre lo que significa la calidad de vida del adulto mayor. Se tuvo como criterio de selección de los conceptos, que éstos fueran sistemáticos según frecuencia, orden y secuencia en su presentación en los discursos (esquemas del N° 01 al N° 08).

Para entrar al segundo paso de la objetivación, que es la descripción, análisis y explicación del núcleo figurativo; éste se estructuró de manera objetiva y específica en 15 esquemas figurativos de pensamiento sintético, condensado, simple, concreto que a decir de Jodelet ¹⁶ (1981) *“formado con imágenes vividas y claras... los conceptos teóricos se constituyen en un conjunto gráfico, coherente que permite comprenderlos en forma individual y en relaciones”*. Se elaboraron 4 esquemas figurativos relacionados con las dimensiones de las representaciones sociales y el significado de la calidad de vida del adulto mayor: **información** (conocimiento, lo que se “sabe”), la **imagen** (lo que se “ve”) que esta en su entorno, relaciones; las **opiniones** (lo que “cree”) como interpreta la realidad inmediata; y la **actitudinal** (lo que se “siente”); todo ello dentro de un campo de la representación social, tanto del adulto mayor como de la familia. Los esquemas o mapas conceptuales que constituyen las representaciones sociales emergidas tuvieron como criterios en su elaboración: **comparar** para determinar las **similitudes** (convergencias) y las **diferencias** (divergencias) entre los conceptos que integran el significado de la calidad de vida del adulto mayor (esquemas del N° 09 al N° 16).

En el anclaje se procedió a la interpretación y comprensión de todos los 16 esquemas y sus contenidos elaborados, obteniéndose como resultado una *“expresión directa del significado de la calidad del adulto mayor, un conocimiento común”* que le corresponde a la comunidad Laura Caller Iberico y que le es propia. Porque a decir

¹⁶ ob. cit

de Straus²⁵ “*la naturaleza o esencia de un objeto no reside misteriosamente en el objeto en sí, sino que depende de cómo se define éste*”. Asimismo, se confirma lo referido por Dilthey (mencionado por Monchietti²⁶, 2000) “*la naturaleza la explicamos, la vida humana la comprendemos*” (...) Así pues, comprendimos el significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia, a través de la construcción de sus representaciones sociales... de su “*conocimiento común*”.

3.7.- CONSIDERACIONES ÉTICAS.

En todos los momentos de la investigación se aplicó el principio bioético de “*autonomía*” y el de “*beneficencia*”, porque tanto al adulto mayor y a sus familiares que intervinieron en la investigación, se les informó de manera sencilla y clara los objetivos de la investigación, y la forma y contenido de las entrevistas a profundidad y realización de los grupos focales; asegurándoseles su privacidad y anonimato (incluso no revelar lo dicho por el adulto mayor a la familia sin su consentimiento, y viceversa), respetando los tiempos en su realización, y apoyándoles en situaciones coyunturales de mejora de la realidad del adulto mayor y su calidad de vida y de la familia, fue a través de la consejería, educación sanitaria brindada, etc. dada la experiencia y preparación como enfermera de salud pública de la investigadora.

²⁵ STRAUSS, A. y CORBIN, J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Segunda Edición, Colombia: Editorial Universidad Antioquia; 2002. p. 113

²⁶ MONCHIETTI, A. Representación social de la vejez y su influencia sobre el aislamiento social y la salud de quien envejece. Revista de Psico-Gerontología. Tiempo on-line. <http://www.psiconet.com>. Número 4, Argentina: Buenos Aires; 2000. p. 3.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Lo cualitativo y la vida cotidiana del ser humano nos permite aproximarnos a la realidad desde un enfoque que a decir de Vásquez²⁷ “*TRIPOLAR O TRIDIMENSIONAL: a). las personas y grupos desde su singularidad e intersubjetividad (adulto mayor y sus familiares); b). los contextos sociales particulares (el lugar: comunidad); c). las instituciones – estructuras sociales (centro de salud, organizaciones de base de la comunidad: C.S. CLAS Laura Caller Iberico); con lo que superamos los reduccionismos, sin restarle importancia al contexto y su articulación con lo colectivo; (...) entre la vida práctica de las personas, sus condiciones de vida y coteinidad*”.

Uno de los fundamentos que nos permitió desarrollar la presente investigación de enfoque cualitativo, tomó como supuesto teórico para develar el significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia; la teoría de las representaciones sociales y construir este significado o representación social, a través de la objetivación (elaboración de la estructura temática – núcleo figurativo) y el anclaje (elaboración de nuevos conocimientos). Pues el concepto de “*calidad de vida*” según los teóricos, es un macro concepto multidimensional que envuelve componentes o condiciones diversas, cuyo peso e importancia varía en relación a una serie de parámetros personales, sociales, culturales, económicos, políticos, etc.

²⁷ VASQUEZ, J. Investigación, Acción en Derechos Humanos: su representación social en el movimiento urbano popular. MUP. Departamento de Psicología. México: U. A. M. Iztapalapa; 2000. p. 104 – 106, 241 – 280.

Se tomó muy en cuenta lo expresado por las personas investigadas, porque a decir de Strauss ²⁵ *“las personas son el producto de su cultura, el tiempo en el que viven, el género, la experiencia y la educación dentro de un contexto”*. Asimismo, Jodelet²⁸ refiere que: *“el conocimiento espontáneo, el del sentido común que envuelve esencialmente nuestro entorno; la manera de comprender y explicar los hechos e ideas que conforman nuestro universo de vida es el que nos permite actuar en y con otras personas, situaciones respecto a ella y responder las preguntas que nos plantea el mundo. Las representaciones sociales son modalidades hacia la comunicación, la comprensión y el dominio de ese entorno social, material e ideal”*.

También Moscovici ²⁹ sostiene que *“la representación social constituye una red de imágenes, conceptos y símbolos que los individuos construyen juntos en grupos a fin de evaluar personas, cosas o entidades indivisibles. Son sociales pero vividas individual y psicológicamente”*.

Los dieciséis adultos mayores de la muestra tienen las siguientes características: 7 son varones y 9 mujeres; la **edad promedio** es de 72 años en los hombres y de 71 años en las mujeres; el **grado de instrucción** fue: analfabetos (3 mujeres), primaria (4 hombre y 4 mujeres), secundaria (1 mujer), superior (3 hombres, 1 mujer). El **estado civil** fue: viudo (2 hombres, 5 mujeres), casado (3 hombres, 1 mujer), separado (2 hombres, 2 mujeres), conviviente (1 mujer). Tuvieron como **ocupación pasada**: profesor (2 hombres, 1 mujer), un ingeniero, un enfermero del ejército, un juez de paz, una partera tradicional y un trabajador de campo. Los miembros del grupo familiar tuvieron como promedio entre 3 a 4 integrantes.

²⁵ ob. cit. p. 94.

²⁸ JODELET, D. Las representaciones sociales: fenómenos, conceptos y teorías en Psicología Social II. España: Barcelona, Editorial Paidós; 1989. p. 20.

²⁹ MOSCOVICI, S. El fenómeno de las representaciones sociales en relaciones humanas, familia y sociedad. Argentina: Buenos Aires; 1981. p. 21.

4.1.- DESCRIPCIÓN, CATEGORIZACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

Se procedió al ordenamiento, transcripción y descontextualización de los testimonios en forma ordenada, secuencial y concreta, según presentación del mayor número de elementos similares entre las diferentes respuestas individuales. En un primer plano de la objetivación se realizó un análisis ideográfico-axial del discurso de ambas muestras, elaborándose ocho esquemas o mapas conceptuales (núcleo figurativo) cuyos títulos corresponden a cada categoría emergida según unidades de significado. Posteriormente, a través del análisis nomotético se procedió a la elaboración del núcleo figurativo final (anclaje) de la aproximación a la representación social del significado de la calidad de vida del adulto mayor vinculando las categorías emergidas por semejanzas y diferencias entre ambas muestras y según unidades de significado.

CATEGORÍA Nº 01: CONOCIMIENTO ACERCA DEL SIGNIFICADO DE LA VEJEZ Y DE SER UN ADULTO MAYOR.

En el **Esquema Figurativo Nº 01** se puede observar emergieron **tres sub-categorías** que en orden de mayor a menor frecuencia de presentación en el “*discurso*” son:

- **“Vejez, etapa normal de la vida”.**

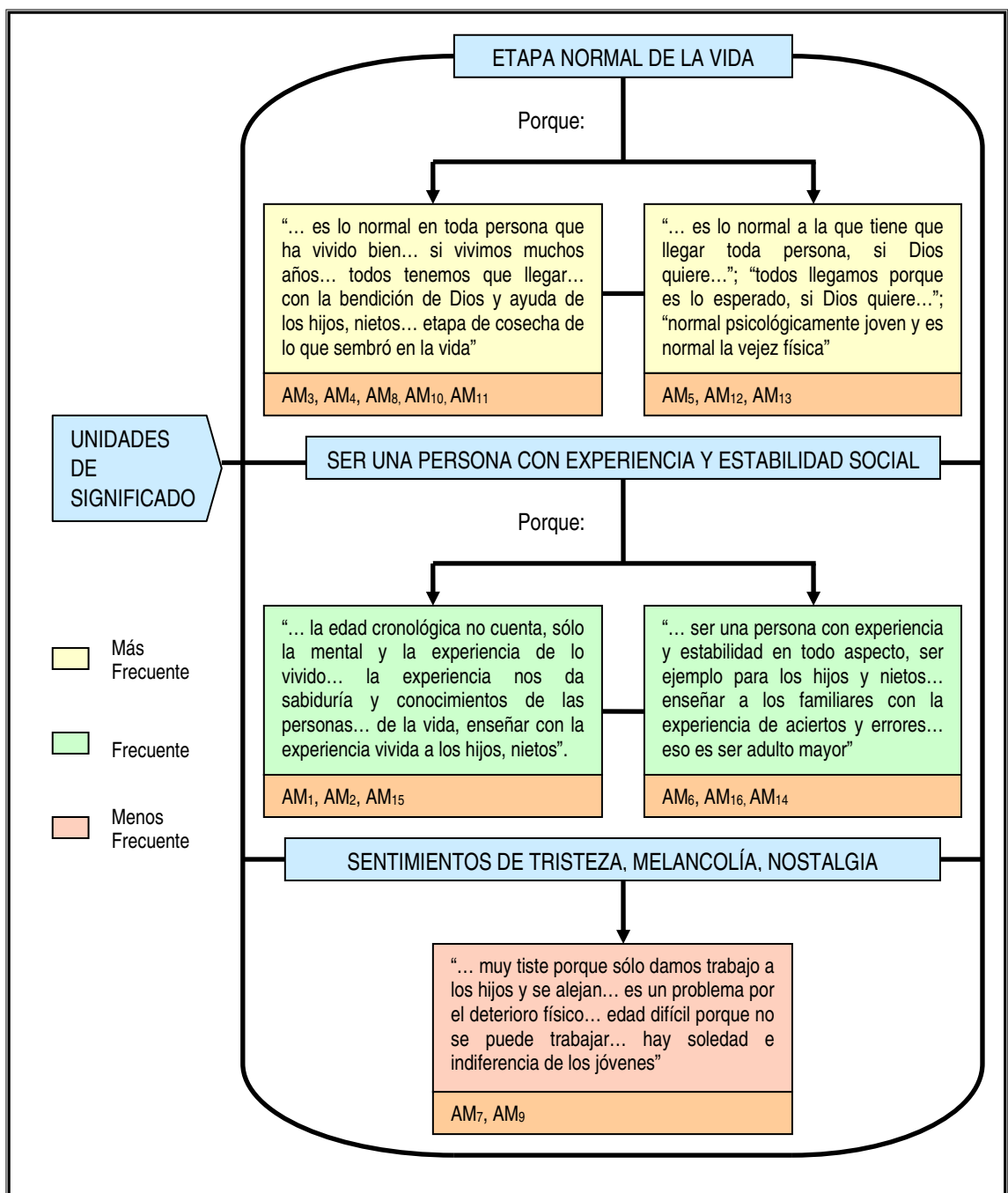
Está referida a que el adulto mayor conoce que la vejez es un hecho universal e irregular, presente a lo largo del ciclo vital del ser humano, esencialmente individual e irreversible y es considerada como un hecho **normal**, esperado por el que vive o tiene más años. Lo cual es muy significativo para su calidad de vida, pues según Medellín⁹ “*se debe aceptar que se envejece y se muere, la aceptación de las limitaciones que da la edad avanzada, no significa derrota en el individuo sino un*

⁹ ob. cit. p. 855.

ESQUEMA Nº 01

CATEGORÍA 01: CONOCIMIENTOS ACERCA DEL SIGNIFICADO DE VEJEZ Y DE SER UN ADULTO MAYOR

En los adultos mayores a través de las interrogantes: *¿qué significa para Ud. la vejez?* y *¿qué significa para Ud. ser un adulto mayor o anciano?*; se puede detallar las siguientes unidades de significado y sub-categoría emergentes.



estímulo permanente para su autocuidado y así llegar a un final digno con un mínimo de limitaciones, con un corazón y una mente joven”.

El comprender a la vejez como algo normal, refleja que la persona tiene un sentimiento de integridad, resultante de su capacidad de mirar atrás y contemplar la vida con satisfacción; por los logros alcanzados, en especial por tener una familia, hijos, amigos, estatus, etc.

Este conocimiento de sí mismo del adulto mayor está determinado a partir de sus propias experiencias, modelos, ideas y expectativas e influenciado por los cambios que sufre, como producto del proceso de envejecimiento tanto físico, psicológico y social, y a su vez por la percepción que la sociedad tiene de él. Los adultos mayores entrevistados tienen ese conocimiento.

- **“Adulto mayor es ser una persona con experiencia”.**

Es la otra subcategoría que se presenta en segundo lugar en orden de frecuencia; quiere decir, que el adulto mayor siente que en esta etapa de vida se ha acumulado todo lo que ha vivido él, tanto lo positivo como lo negativo. Acumulación que le otorga *“un empoderamiento”* en su realidad inmediata, pues lo refieren así:

“Uno tiene experiencias para enseñar a los hijos... para tener y mantener una familia” AM₁₄, AM₁₂.

“Acumulo de experiencias porque uno es como el vino, más añejo por el tiempo se es mejor... la familia lo respeta, lo aprecia más”; “uno sabe más, ha vivido más... la experiencia, el conocimiento que nos da la vida misma, para ser padres, para tener una familia” AM₁, AM₂, AM₅, AM₆.

“Uno es sabio y con experiencia por todo lo vivido; lo que sirve para ayudar a los hijos, y con los nietos posiblemente ya no cometeremos errores pues aprendemos con la experiencia, con los hijos” AM₁₅, AM₁₆.

Las personas entrevistadas sienten que el tiempo vivido, les permitió tener experiencias que los convierten en *“una historia que contar... una enciclopedia, por la experiencia vivida y aplicada”* (AM₇). Por lo que les agrada que se les preste atención, tomando en cuenta sus *“consejos”*, sus individualidades pues cada uno es un mundo y al decir de Kozier, K. mencionado por Tejada³⁰ *“los adultos mayores necesitan ser reconocidos por sus propias características individuales. Puede ser difícil reconocer estas diferencias, debido a que tienen menos energía para demostrar que son diferentes. Quizás esta es una de las razones por la que ellos tienden a hablar de sus realizaciones, sus trabajos, hazañas y experiencias del pasado”*.

Por ello, si los más jóvenes reconocen esta experiencia de autorrealización al adulto mayor, este reconocimiento será motivo de satisfacción para él, y que a pesar de sus deficiencias (físicas, psicológicas y sociales que pudieran tener) sienten que aún presentan capacidades, habilidades y virtudes, las cuales deben ser destacadas y potenciadas con paciencia, tolerancia y mucho amor por parte de la gente joven.

- **“El adulto mayor tiene sentimientos de melancolía, tristeza y nostalgia”.**

Sub-categoría que expresa los sentimientos del adulto mayor sobre los aspectos negativos de la vejez, que son recogidos en los siguientes testimonios:

“En esta etapa, pierden todo (...), los premios, halagos, el trabajo y hasta la familia... pierdes amigos... tus cosas”; “se pierden las fuerzas, uno empieza a depender de los hijos... para todo” (AM₇); *“pierdes el trabajo porque se piensa que el viejo no tiene derecho a trabajar, y eso es falso porque si se puede trabajar, sólo necesitamos una oportunidad y que la gente joven no te vea con indiferencia”* (AM₉)

³⁰ TEJADA, O. Percepción que tiene el adulto mayor respecto a su proceso de envejecimiento en el Albergue Central Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro. Tesis (Licenciatura en Enfermería). Lima: UNMSM; 2006. p. 19.

“Nostalgia por lo que quedo en el pasado, tristeza porque los hijos crecen y se van... es la ley de la vida... para que te vean tienes que esperar su voluntad (...) pero gracias a Dios no son todos los hijos, al menos te queda unito” (AM7).

Se diría que estos testimonios nos están diciendo que la tercera edad es la etapa de las *“pérdidas”*; si, pérdidas que sufre el adulto mayor en casi todas las esferas de su vida: biológicas, psicológicas y sociales. Todas ellas generan de una u otra manera un impacto negativo que suelen cambiar su autopercepción como persona y de la vida, llevándola a la tristeza, depresión y situaciones mayores que puede quitarle el deseo de vivir, con lo cual no habría calidad de vida. Según Medellín⁹ *“en la vejez se presentan situaciones especiales que son los temores a diferentes procesos y uno de ellos es el miedo a la soledad y al aislamiento; porque la vejez genera la soledad, lo anterior nada tiene que ver con el estar o no en compañía de otras personas”*. Pues la mayoría de las veces, ancianos (as) que han tenido hasta diez hijos se encuentran mental y psicológicamente solos, y la tristeza se da por la soledad, y la soledad se da por ejemplo, por la pérdida del conyugue, por separación y divorcio (que son casos en los que están algunos adultos mayores encuestados); soledad que se da cuando por ser viejo se le aísla, se le excluye de la vida cotidiana del hogar o de la familia, *“no se le toma en cuenta”* para nada por ser viejo, con lo que pierde autonomía e independencia, poco a poco y ese hecho hace que él se vea a sí mismo como una persona cada vez más desvalida y necesitada de los demás. Comienza a vivir un cierto temor al futuro, que aunque siempre existió (temor que pueden experimentar también muchos jóvenes) ahora se hace más incierto y penoso. Ante sentimientos o experiencias de este tipo es fácil que la persona anciana tienda a replegarse en el pasado y a experimentar una desagradable sensación de inutilidad y de estorbo para los demás. He aquí el peligro que conviene prevenir, pues lleva en sí mismo, la semilla de la depresión cuando la persona se refugia en su soledad y se encierra en su propio aislamiento.

Finalmente, diremos que el adulto mayor considera en su mayoría que la vejez es una etapa normal en la vida de toda persona, con la que posiblemente

⁹ ob. cit. p. 876.

termine su vida; envejecer es un hecho que si vivimos, nos llegará a todos, no es una enfermedad. Asimismo, consideran que el ser un adulto mayor es ser una persona con experiencia, que tiene un conjunto de limitaciones, las cuales no se dan en todas las personas de la misma manera y que el adulto mayor experimenta también alteraciones afectivas que están muy ligadas a su nueva situación de vida caracterizadas por la melancolía, tristeza y la depresión por ejemplo.

CATEGORÍA N° 02: CONOCIMIENTO DE LA FAMILIA ACERCA DEL SIGNIFICADO DE LA VEJEZ Y EL DE TENER UN FAMILIAR ADULTO MAYOR.

Medellín⁹ refiere que *“cada persona nace en un lugar y en una sociedad determinada, así por el proceso de envejecimiento en el contexto de situaciones sociales, históricas, culturales y económicas, los individuos adquieren conceptos, creencias, mitos y expectativas de sí mismos, de la familia y de la sociedad”*. Por que todas las personas tienen conocimientos de *“sentido común”* acerca del proceso de envejecimiento y del significado de ser un adulto mayor.

En este sentido, al indagar entre las familias de los adultos mayores entrevistados sobre la categoría de estudio, a partir del núcleo figurativo elaborado y presentado en el **Esquema N° 02**, emergieron dos categorías:

- **“Vejez como proceso natural en la vida de la persona”.**

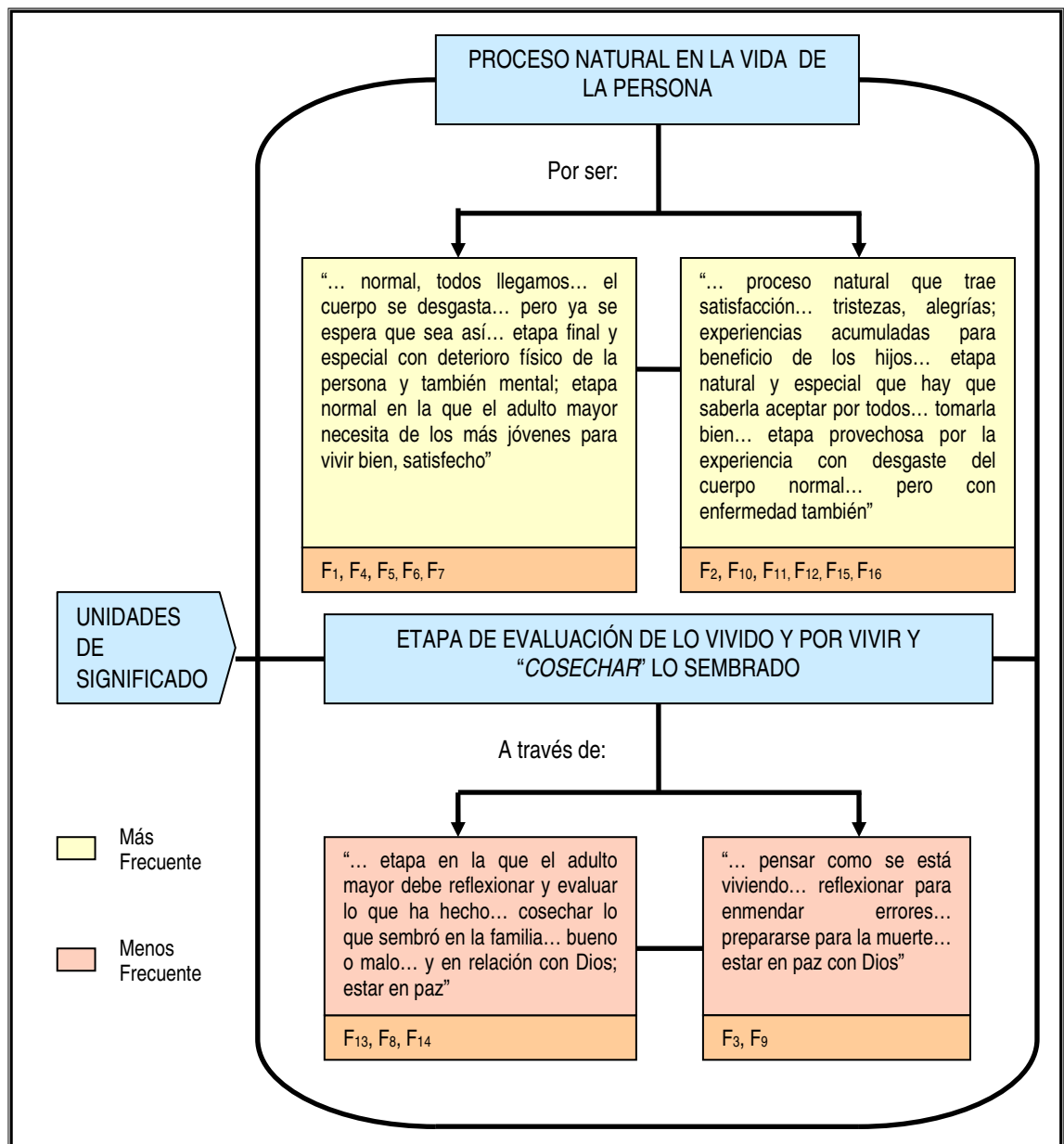
Con la mayor frecuencia al igual que el adulto mayor, las familias consideran a la vejez como: *“Un proceso natural, etapa final de la persona a la que llegamos todos si hemos vivido una buena vida y si Dios quiere, hay que aceptarla y tomarla bien...”* *“Proceso natural, pero difícil en especial si se enferma el abuelito”*; *“etapa de experiencia, provechosa, etc., etc.”*

⁹ ob. cit. 855.

ESQUEMA Nº 02

CATEGORÍA 02: CONOCIMIENTO DE LA FAMILIA ACERCA DEL SIGNIFICADO DE LA VEJEZ Y DE TENER UN FAMILIAR ADULTO MAYOR

En los familiares de los adultos mayores a través de las interrogantes: *¿qué significa para ustedes la vejez?* y *¿qué significa o representa para ustedes tener un familiar que sea adulto mayor o anciano?*; se describe las siguientes unidades de significado y sub-categoría emergentes.



Conceptos que se dieron con más frecuencia dentro del discurso, lo que nos indica que la familia comparte con el adulto mayor un conocimiento común acerca del significado de la vejez; y que es entendido como un **proceso** natural, sentido por el que vive muchos años y consistente en la pérdida progresiva del vigor y resistencia con el paso del tiempo; que tiene un ritmo de desarrollo que difiere poco de persona a persona, pero el tiempo y las características propias de los cambios difieren en cada persona, por lo que es un proceso individual, impredecible, constante, irreversible y natural en el ciclo vital de toda persona y que se debe aceptar en su dimensión porque no depende de la persona sino “*sólo de Dios*”.

Proceso caracterizado porque la persona tiene mucha experiencia, que presenta desgaste físico y enfermedad en su mayoría; la familia al tener este conocimiento se diría que está preparada para aceptar al adulto mayor y su vejez con todas sus repercusiones tanto a nivel individual como familiar, pues la familia funcional actuará en esta etapa de vida como red social de apoyo que acrecienta su importancia durante el envejecimiento. De allí la necesidad de comprender y encarar la problemática de este proceso natural de la persona, desde el espacio familiar con y para el anciano, para apoyarlo y apoyarse en esta etapa de vida, y vivirla con calidad, con satisfacción.

- **Etapa de evaluación de lo vivido y cosechar lo sembrado.**

Esta sub-categoría emergente nos indica que la familia en su minoría considera a la vejez como el “*resultado*” de vida, momento en el que el adulto mayor debe comparar y valorar este resultado, con las metas o fines que tuvo en la vida, con sus experiencias sean éstas positivas y negativas, con el objeto de poder “*reprogramar*” o corregir aquello que se pueda, y hacerlo de manera correcta o adecuada y continuar con su proyecto de vida hasta el final.

Según Erikson y su teoría psicosocial mencionada por Papalia³¹ ... “*cuando*

³¹ PAPALIA, D. y WENDKOS, S. Desarrollo humano con aportaciones para Iberoamérica. Sexta Edición, Colombia: Santa Fe de Bogotá, Editorial Mc Graw Hill; 1997. p. 489.

los adultos entran en la etapa final de la vida, su tarea consiste en contemplar su vida en conjunto y con coherencia. Necesitan aceptar su propia vida tal y como la han vivido y creer que lo hicieron lo mejor posible en sus circunstancias. Si tienen éxito en esta tarea, habrán desarrollado la integridad del ego... cuando impera la integridad, la persona posee la fuerza propia de su edad, que es la sabiduría y con ésta sabe aceptar las limitaciones". El adulto sabio sabe aceptar el cambio y cuando oponerse al mismo, cuando sentarse en silencio y esperar, y cuando luchar. Es más, Ericsson contempla la tercera edad como un periodo no de finalización de la vida o de los deseos, o necesidades, sino como un periodo reflexivo y más productivo y creativo que en el pasado y que *"las personas de edad avanzada enfrentan una necesidad de aceptar su vida –la manera como han vivido- con el fin de aceptar su próxima meta. Luchan por lograr un sentido de integridad, de coherencia y totalidad de la vida".*

El adulto mayor, es una persona que todavía se esfuerza para desarrollarse a sí mismo, comparando, valorando su presente con su pasado y dedicándose de manera seria, una atención especial a sí misma, a fin de seguir creciendo en base a sus aciertos o errores y poder resolver problemas acorde a sus potencialidades siempre con el apoyo de la familia o familiares.

En relación a *"cosechar lo sembrado"*, esta expresión está direccionada a que el adulto mayor en esta etapa va a recoger los *"resultados"* de su experiencia de vida, de lo que ha hecho en su vida en él mismo o con la familia, pues según algunas opiniones:

"Quiero darle mucho más... dado que ella trabajó duro cuando yo era chica... me case y siguió ayudándome, por eso debo retribuirle" (F₁).

"Darle lo que necesita, porque se lo debemos, siempre fue un gran padre" (F₅).

"Engreírla... quererla como ella lo ha hecho" (F₆).

“Tenemos un compromiso moral con ella, porque en su juventud dio lo mejor para sus hijos y ahora es momento de retribuirle” (F₁₃, F₁₄).

“Se ha convertido en una preocupación, porque siempre está enferma... desde joven... siempre ha sido así” (F₃).

“Un problema... siempre ha sufrido con sus achaques... pero es mi madre y hay que tenerle paciencia y mucho amor... si fui rica fue en amor que mi madre nos dio” (F₉).

Lo que nos indica que si el adulto mayor sembró “*tempestades*” en la familia o brindo sentimientos de “*bienestar*” de “*calma*”, cosechará eso de sus familiares dado que el hombre es el producto de sus hechos, de sus acciones, que se evidencia en esta etapa de vida. Pero también consideran que puede “*cosechar*” lo que él no sembró, como es: la ingratitud, el desamor, descuido de la familia o sufrimientos, porque sus familiares viven mal, o también sufren maltratos y abusos que no se lo merecen.

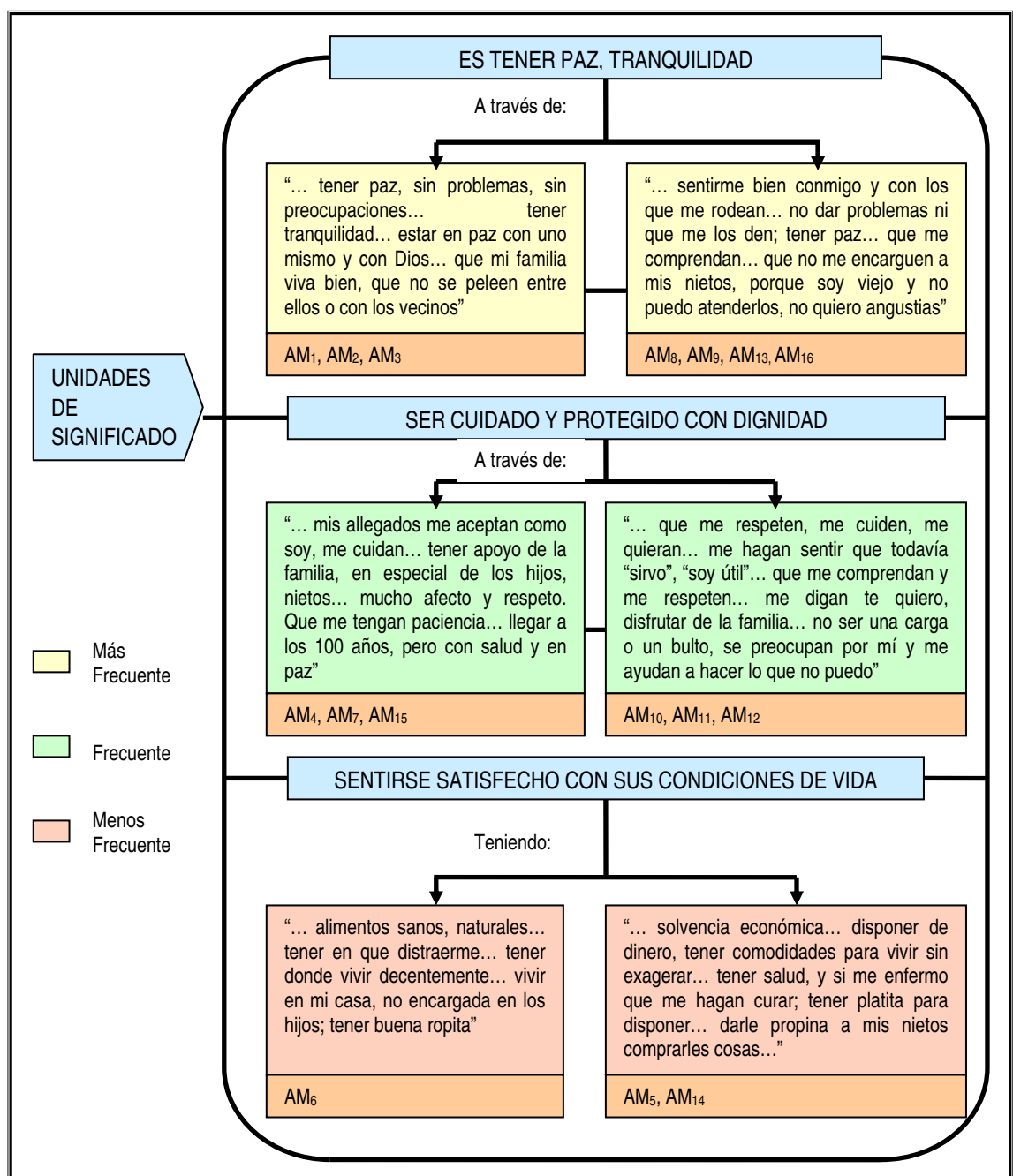
CATEGORÍA N.º 03: ELEMENTOS DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR SEGÚN EL MISMO.

En el **esquema N.º 03** se puede observar que el adulto mayor considera que calidad de vida significa para él: tener paz, tranquilidad; es decir, tener una vida alejada de tensiones, problemas, sin dificultades personales ni mucho menos conflictos familiares; asimismo, calidad de vida es que su familia le brinde **cuidados** y **protección** pero con amor y respeto a su persona, a su dignidad en todo sentido; refiere también en menor frecuencia que calidad de vida es sentirse satisfecho con las condiciones de vida que tiene o le proporciona la familia, es decir la alimentación, el vestido, el entorno (vivienda) disponer de una pequeña cantidad de dinero para disponer en sus “*gustitos*” o darle “*propina a los nietos*” o “*comprar alguna cosita para apoyar a la casa*”.

ESQUEMA Nº 03

CATEGORÍA 03: ELEMENTOS DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR SEGÚN EL MISMO

Para determinar en el adulto mayor si su vida actual tiene calidad se le preguntó: *¿Ud. se considera un anciano feliz, satisfecho?, ¿porqué?, ¿qué aspectos positivos tiene la vejez para que el adulto mayor viva con calidad?*; dando a través de unidades de significado las siguientes sub-categoría emergentes.



- **Tener paz, tranquilidad.**

En esta sub-categoría se evidencian que son elementos importantes y de primer orden para que el adulto mayor tenga calidad de vida: **Paz**, que según el Diccionario de la Real Academia de Lengua Española significa: *“situación y relación mutua de quienes no están en guerra; estado psíquico de tranquilidad y sosiego”*; *“afabilidad de unos con otros, especialmente en las relaciones familiares”*. Es decir que el adulto mayor desea vivir sus años dorados en un entorno donde no haya *“violencia”, “maltratos”, “problemas”, “preocupaciones”* con él, o entre los miembros de la familia y entre amigos o vecinos; debido a que su nueva etapa de vida que no trae sólo el deterioro físico, sino también, de su estado emocional, de sus creencias, miedos o represiones, causándole inseguridad, miedo, temor a cambiar de rol (por ejemplo de ser padre a ser hijo) a responsabilidades asignadas por la familia y que no pueda cumplir. Esto se expresa en los siguientes testimonios:

“Tengo miedo de que me dejen cuidando a mis nietos que son pequeños e inquietos y no los pueda controlar... no me hacen caso... no los puedo perseguir cuando ellos salen corriendo... eso me angustia... les puede pasar algo y mi hija se desquita conmigo, y que me hago si algo les pasa”.

“Me dejan solo (a) cuidando la casa... tengo miedo de que roben... me asusta quedarme solo (a)”... “ya no veo para atender a mis nietos... tengo que cocinar, ya me he quemado dos veces”. “Me da mucha pena cuando discuten en mi delante mi hijo con su mujer... no me respetan”... “mejor me muriera”.

- **Ser cuidado y protegido con dignidad.**

El adulto mayor considera en esta subcategoría como otro elemento de su calidad de vida (él acepta que no tiene el vigor ni el dinamismo de la juventud) el ser cuidado, ser protegido por su familia para continuar con su vida normal, pero siempre pide ser respetado como persona y no ser considerado como una carga, un

“objeto del cual hay que disponer como mejor le parezca al joven”; “que se me llame la atención como si fuera un niño, por algo que hice y a ellos no les parezca correcto o bien... y a veces delante de mi nietos... me da vergüenza”.

Según Medellín⁹ *“un viejo no puede asimilarse a la imagen de un niño, ni nunca será el hijo de su hijo, aún en su fragilidad sigue siendo el padre con su historia familiar”.* Es decir, las personas (familia u otros) de las que depende directa o indirectamente el adulto mayor deberán brindarle un *“cuidado solidario”* que a decir de Leininger³² *“incluye actos de asistencia, de apoyo y de facilitación dirigidas hacia otro individuo o grupo con necesidades que son evidentes o previsibles”;* pues la solidaridad con afectividad, respeto por la persona, sirve para mejorar o favorecer sus condiciones humanas o las formas de vida, es fundamental para el desarrollo, crecimiento y supervivencia de todos los seres humanos; no olvidar que las conductas solidarias según Leininger incluyen consolar, preocuparse, interesarse, comprometerse, ayudar, dar y recibir amor, alimentación, presencia, conductas estimuladoras, socorro, ternura, contacto y confianza al adulto mayor por parte de la familia.

- **Sentirse satisfecho con sus condiciones de vida:**

En un tercer lugar por la frecuencia de presentación en esta sub-categoría emergente, el adulto mayor considera como otro elemento de su calidad de vida, el sentirse bien por la satisfacción de sus necesidades de: alimento, vestido, vivienda, distracción, disponibilidad económica (aunque sea mínima), por tener salud, entre otras; en proporción a sus deseos y respetando sus gustos en especial el de los alimentos, dado que la buena alimentación y nutrición desempeña un papel esencial en el bienestar general del adulto mayor y ésta debe ser de su preferencia y no debemos considerarla asiladamente del adulto mayor, pues la nutrición guarda estrecha relación con los sentimientos, la posición económica, la cultura y el estado

⁹ ob. cit. p. 876.

³² LEININGER, M. Teoría transcultural. México, Editorial Mc Graw Hill; 1992. p. 59.

de salud de las personas. Comprender que el adulto mayor necesita un apoyo discreto y una comprensión afectuosa, indispensable para seguir manteniendo su nutrición adecuada, que se logra respetando sus costumbres, gustos alimentarios, permitiendo que elija sus alimentos para que no pierda el apetito o interés por la comida; enseñándole con paciencia que es lo mejor para él. Asimismo, los adultos mayores económicamente seguros, son más comunicativos, están en alerta, son capaces de sobreponerse a los problemas sociales y continuar influyendo en la vida de otras personas, mientras que aquellos que no se encuentran en esta posición se ven forzados a presentar el rol asignado por la familia o sociedad y se deprimen fácilmente, lo cual va a ser un elemento negativo en su calidad de vida.

Finalmente diremos que la calidad de vida del adulto mayor en su opinión significa que él debe tener paz, tranquilidad, cuidado y apoyo familiar con respeto y amor a su persona y a su dignidad y ayudarle a lograr la satisfacción de sus necesidades por sus condiciones de vida presentes.

CATEGORÍA N.º 04: ELEMENTOS DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR SEGÚN LA FAMILIA.

En el **Esquema N.º 04**, podemos observar que según la familia del adulto mayor investigado considera que él tiene calidad de vida cuando se le apoya para la satisfacción por sus condiciones de vida; y para lograr su bienestar integral como persona.

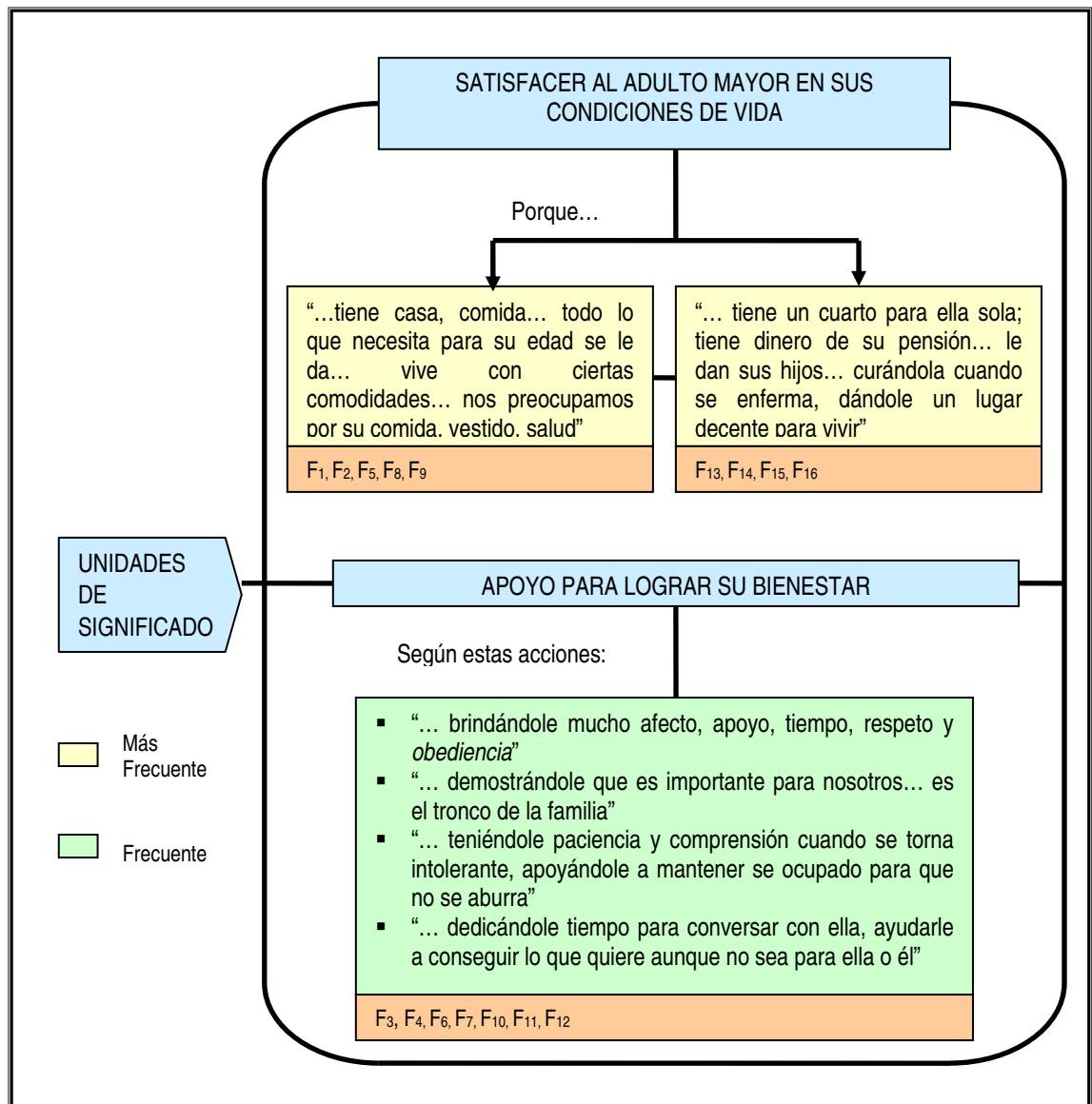
- **Satisfacción del adulto mayor por sus condiciones de vida.**

La familia considera que lo primordial es satisfacer sus necesidades básicas para la vida; como lo sostiene Maslow, son necesidades que son vitales como el alimento, el vestido, la vivienda; sin embargo para el adulto mayor esta sub-categoría está en tercer lugar según sus prioridades. En igual frecuencia de presentación para la familia calidad de vida del adulto mayor es darle:

ESQUEMA Nº 04

CATEGORÍA 04: ELEMENTOS DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR SEGÚN LA FAMILIA

Para determinar los elementos que constituyen la calidad de vida del adulto mayor, según los familiares de éste, se les preguntó: *¿creen que el adulto mayor familiar sienta satisfacción por su vida; se siente feliz, se siente bien?; ¿cree Ud. que su familiar adulto mayor tiene calidad de vida?, ¿porqué?;* dando a través de unidades de significado las siguientes sub-categoría emergentes:



- **Apoyo para lograr su bienestar como persona.**

Apoyo caracterizado por brindarle al adulto mayor afecto, respeto, paciencia, tolerancia – comprensión, tiempo para atenderlo, escucharlo; y apoyarlo para que él satisfaga sus necesidades, logre sus deseos o metas que no sólo están relacionados con él sino con la propia familia – nietos por ejemplo; dedicándole tiempo para escucharlo (le gusta contar una situación de manera repetitiva); dándole oportunidad de que pueda tener “una ocupación” acorde a su edad, para que el adulto mayor se siga sintiendo útil e importante, “engriéndolo (a)”.

“En mi jardín interior le di un pedacito de terreno y él lo cultiva... ja, ja, ja es bien gracioso, ahora ha sembrado verduras y lo cosecha para que todos comamos”; “... consintiéndole... le encanta comprarnos cositas con el dinero que le doy o tiene”. (F₄, F₁₁, F₁₄).

“Mis dos papas se ayudan, se quedan los dos en casa a limpiar, barrer –no les obligo- mi papá sale a comprar el pan... ayuda en todo... sale y compra su periódico para entretenerse”. (F₁₂, F₁₆, F₁₀).

“Le engreímos, sacándole aunque sea de vez en cuando a pasear o a visitar a otros hijos,... a la iglesia...” (F₇, F₈). “Ella espera mucho de sus nietos, desea que sean profesionales... ella es comadrona y quiere que nosotros seamos mejor que ella” (F₁₃).

Finalmente, diremos que calidad de vida del adulto mayor para sus familiares significa que él tenga o esté satisfecho con su alimentación, techo, vestido principalmente; pero sin dejar de velar también por su bienestar, pues lo consideran su responsabilidad, y a decir de Medellín⁹ “todo ser humano encuentra en la familia las posibilidades de crecer, realizarse y ser feliz, dependiendo de la posibilidad de que tan dispuesto (a) esté cada quien a ser una fuerza positiva en la consecución del bienestar de quienes están comprometidos en la diaria convivencia, donde no basta

⁹ ob. cit. p. 876.

soportarse mutuamente (lo que a la larga cansa) sino que es necesario desempeñar el papel que a cada uno corresponde”.

En toda familia y donde hay un adulto mayor en especial, nadie es más importante que otro miembro puesto que todos son importantes y necesarios como personas, ya que hemos sido creados a imagen y semejanza de Dios y no porque se envejezca se pierde ese valor. En la familia todos son necesarios en ese constante preparar a las generaciones para continuar el proceso integrador de la sociedad, compartiendo todo: sentimientos, dudas, temores, afanes, esperanzas y sobretodo un profundo afecto, respeto y solidaridad.

En una familia con estas características, Medellín⁹ refiere que *“el anciano encontrará algo más que sus necesidades de abrigo y alimento, encontrará contactos afectivos significativos”*, es decir, relaciones que dejan actitudes, conductas, emociones y sentimientos profundos, trascendentales y perdurables, donde el anciano (a) y familiares encuentran la dicha de envejecer juntos, en especial los padres con el apoyo de los hijos o nietos, con calidad de vida hasta que Dios lo quiera.

CATEGORÍA N.º 05: VALORES Y ACTITUDES DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR, REFERIDOS POR EL MISMO.

En el **Esquema N.º 05**, se puede observar que el adulto mayor en esta etapa de su vida le concede muchísima importancia y valor para sentirse bien, satisfecho y tener calidad de vida lo expresado a través de las dos sub-categorías siguientes:

- **El adulto mayor necesita sentirse una persona valorada, valiosa por parte de la familia.**

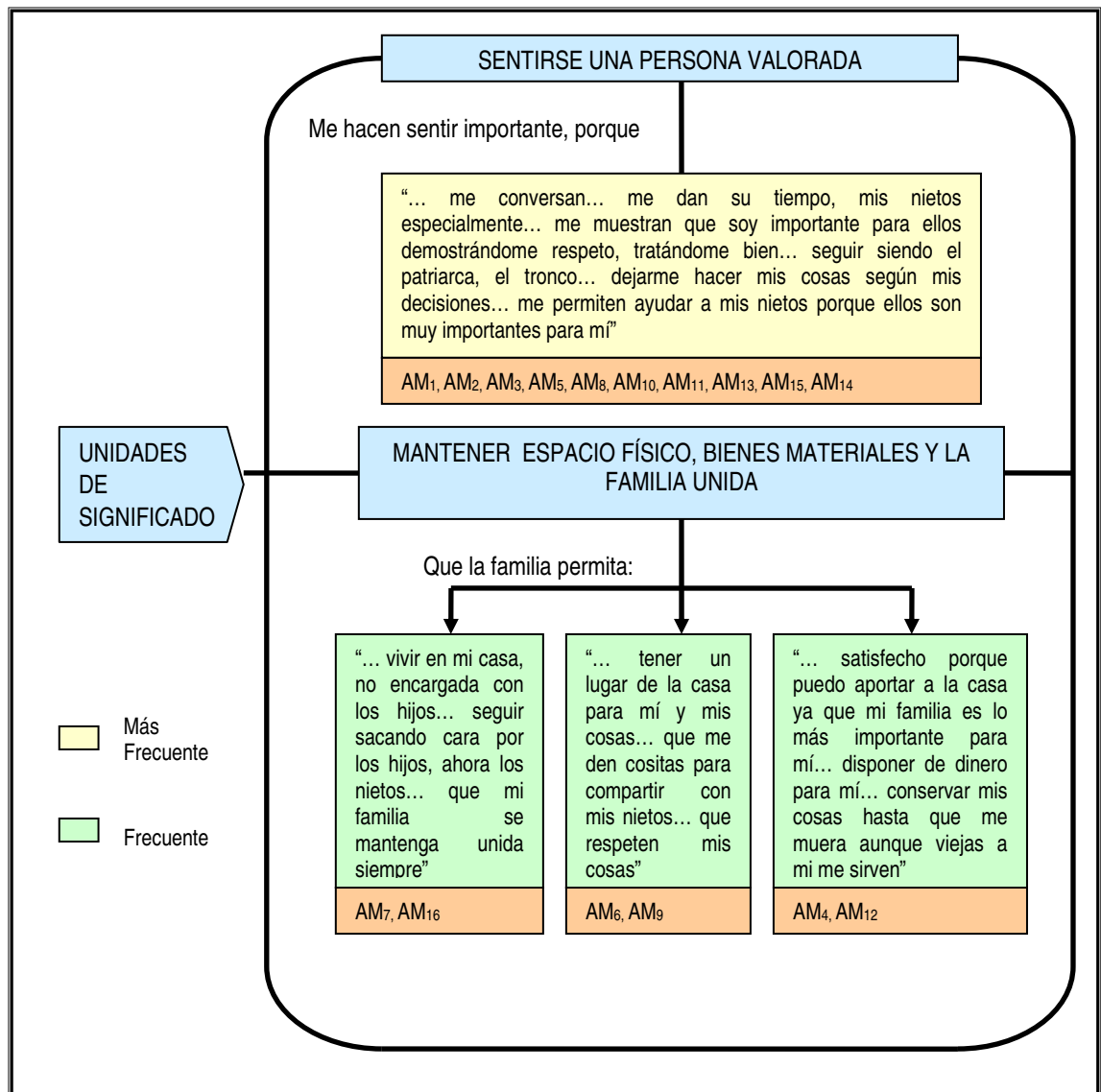
A través de esta sub-categoría, el adulto mayor expresa que influye en su calidad de vida, el desarrollo por parte de la familia de actitudes favorables que le

⁹ ob. cit. p. 876.

ESQUEMA Nº 05

CATEGORÍA 05: VALORES Y ACTITUDES DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR, REFERIDOS POR EL MISMO

Para identificar los valores y actitudes que se relacionan con la calidad de vida del adulto mayor, a los entrevistados se le hizo las interrogantes: *¿qué es importante para Ud. ahora?*, *¿qué le agrada que la familia haga por Ud. y sentirse satisfecho?*; dando a través de unidades de significado las siguientes sub-categoría emergentes:



manifiesten valor hacia su persona, hacia su conducta y hacia el reconocimiento de él como ser humano, con sus debilidades y fortalezas latentes.

En el adulto mayor *“uno de los mayores miedos de envejecer es perder poder, la independencia y la capacidad de tomar decisiones”* y con ello también es el temor a la pérdida de lo logrado durante su vida hasta llegar a esta edad, de ahí su deseo intenso de no perderlo, sea material, afectivo o social ese *“empoderamiento de su vida”* por ello es importante para él conservarlo.

Kozier³³ refiere que *“los adultos mayores necesitan ser reconocidos por sus propias características individuales. Puede ser difícil reconocer estas diferencias, debido a que tienen menos energía para demostrar como son de diferentes. Quizás esta es una razón por la que ellos tienden a hablar de sus realizaciones, sus trabajos, hazañas y experiencias del pasado”*. Que sin embargo son experiencias que pueden extenderse en el presente y que la familia debe valorarlo.

Los valores físicos, afectivos y actitudinales del adulto mayor deben ser respetados y aceptados por la familia, sabiendo que con ello se va a contribuir a que él tenga calidad de vida, a que tenga bienestar, satisfacción, brindándole guía u orientación en aquellos casos que estos valores atenten contra su vida o salud o su bienestar, basado siempre en el afecto y el respeto mutuo; enseñándole cuando se equivoca, porque él esta en capacidad de aprender y corregirse, adecuarse al cambio, a la realidad en la que se encuentre; dado que la presencia o falta de estos valores, así como, también el grado de ayuda de otras personas. Para su existencia se convierten en esta etapa en el objetivo de primordial importancia para el adulto mayor.

- **Mantener un espacio físico, bienes materiales y a su familia unida.**

También valora el adulto mayor muchísimo dentro de lo que significa su calidad de vida, el tener un espacio físico dentro del hogar; tener *“su cuarto”*

³³ KOZIER, K. Fundamentos de enfermería: concepto, proceso y práctica. Volumen I, España, Editorial Mc Graw Hill Interamericana; 1998. pp. 679, 695.

disponible sólo para él (ella) y que sea el mismo que ocupó siempre, así como que la familia le respete sus “cosas”: ollas, platos, ropero, cama, ropa, etc.; que:

“Aunque viejas son mías y yo las quiero, aunque sea para regalarlas pero, cuando yo quiera... mi hija me dice que están viejas y que no sirven, pero... para mí si me sirven... con qué esfuerzo las compre... no me entienden”.

“Nosotros no tocamos las cosas de los abuelitos, porque es de ellos... les acompañamos desde jóvenes... son sus gustos... aunque están fuera de época pero a ellos les sirve”.

Es decir, pide que la familia no disponga de sus bienes materiales por muy antiguos o humildes, pues para muchos de ellos, refieren que *“demoraron una vida para tenerlos, y los hijos no son nadie para disponerlos”*. También es importante para el adulto mayor y su calidad de vida que su familia se mantenga unida (aunque en la mayoría se observa la falta de la pareja del adulto mayor) que no haya conflicto entre los familiares jóvenes (hijos, nietos), le tienen temor a las *“pérdidas”*, es mucha alegría y bienestar cuando la familia *“aunque pobre, se mantenga unida... aunque sea compartiendo un maíz”*.::

CATEGORÍA N° 06: VALORES Y ACTITUDES DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR, SEGÚN LOS FAMILIARES.

En el **Esquema N° 06** la familia del adulto mayor expresa que los valores y actitudes referidos con su *“calidad de vida”* se manifiestan a través de: hacerle sentir una persona valiosa y apoyarlo para que pueda continuar su vida normal y que no se afecte por *“el peso de los años”* o por la edad.

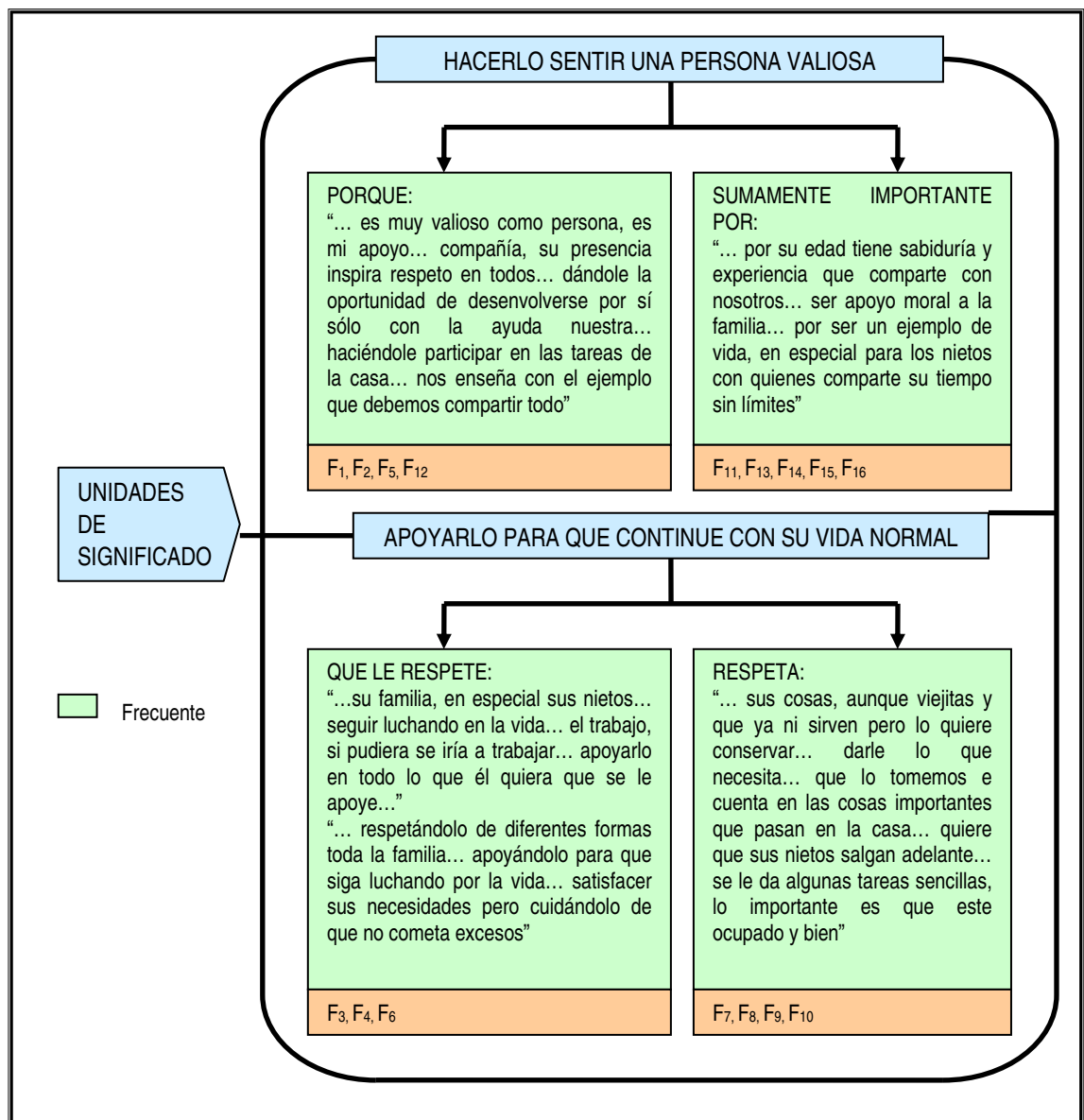
- **Hacerlo sentir una persona valiosa.**

Porque los familiares al adulto mayor lo consideran una persona importante,

ESQUEMA № 06

CATEGORÍA 06: VALORES Y ACTITUDES DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR SEGÚN LOS FAMILIARES

Para identificar los valores y actitudes que se relacionan con la calidad de vida del adulto mayor según los familiares, se les preguntó: *para tener calidad de vida, ¿qué creen que es lo esencial para el adulto mayor?, ¿cómo participan ustedes para que tengan calidad de vida?*; dando a través de unidades de significado las siguientes sub-categoría emergentes:



por su “sabiduría”, “experiencia”, “su ejemplo de vida”, “ser apoyo”, y estos sentimientos lo evidencian a través de actitudes y conductas cargadas de respeto, afecto y reconocimiento como persona.

“Mi madre es muy importante para mí, por su compañía, su apoyo, ella se queda en la casa... hay confianza de que nada pasará... cuida a mis hijos”. “Es un gran respeto vivir con mis padres, son modelo para mis hijos... nos brindan su tiempo... los queremos mucho”.

“Es muy inteligente mi padre y trabajador... siempre busca que hacer, aquí ha hecho su chacrita... (risas) en el jardín interior... siempre está ocupado, lo que hace que se sienta bien y nosotros también”.

“Es muy trabajador, siempre está buscando hacer algo, es muy cariñoso con nosotros... queremos mucho al abuelito... es inteligente, actualmente está haciendo un libro... fue Director del colegio”.

- **Apoyarlo para que continúe con su vida normal.**

Los familiares del adulto mayor consideran que la vejez no es un sinónimo de enfermedad e incapacidad; pues las personas mayores pueden hacer casi todo lo que hacían cuando eran jóvenes, sólo que suelen hacerlo más despacio. Papalia ³⁰ refiere que *“el envejecimiento es posible que este programado de alguna forma en nuestro organismo y lo que se ve en él es el resultado de un continuo proceso de deterioro y reparación de nuestros cuerpos... entonces es normal el envejecimiento de la persona”.*

El apoyo tiene como finalidad a que el adulto mayor siga haciendo sus “cosas” pero con ayuda; es decir tener un envejecimiento satisfactorio; así refieren que *“lo importante es que esté ocupado, que no se aburra.* Estas conductas de apoyo

³⁰ ob. cit. p. 502.

de basan en la “*Teoría de la Actividad*” referida por Papalia³⁰ “*cuanto más activo del envejecimiento permanezca, más realizado se verá en la vejez*”.

De acuerdo con esta perspectiva, las personas mayores han de seguir comportándose, lo más que puedan, como personas de mediana edad. Deben mantener todas las actividades posibles y en especial tener una actividad que los mantenga ocupados o también reemplazar los roles perdidos (esposo o trabajador) con otros roles (como abuelo o voluntario en actividades sociales). Con estos comportamientos el adulto mayor se va a sentir bien, satisfecho por lo tanto tendrá calidad de vida. Sin embargo no olvidar que la manera en que una persona pueda enfrentar la vejez depende normalmente de su personalidad y del grado de actividad durante su vida; y “*se demuestra que existe la misma posibilidad de ser feliz en la vejez para las personas que les gustan estar cargadas de trabajo, que para las que disfrutan abandonándose a la lujuria del tiempo libre, posiblemente por primera vez en su vida*”³⁰.

CATEGORÍA N.º 07: NECESIDADES DEL ADULTO MAYOR COMO SER SOCIAL Y SU CALIDAD DE VIDA.

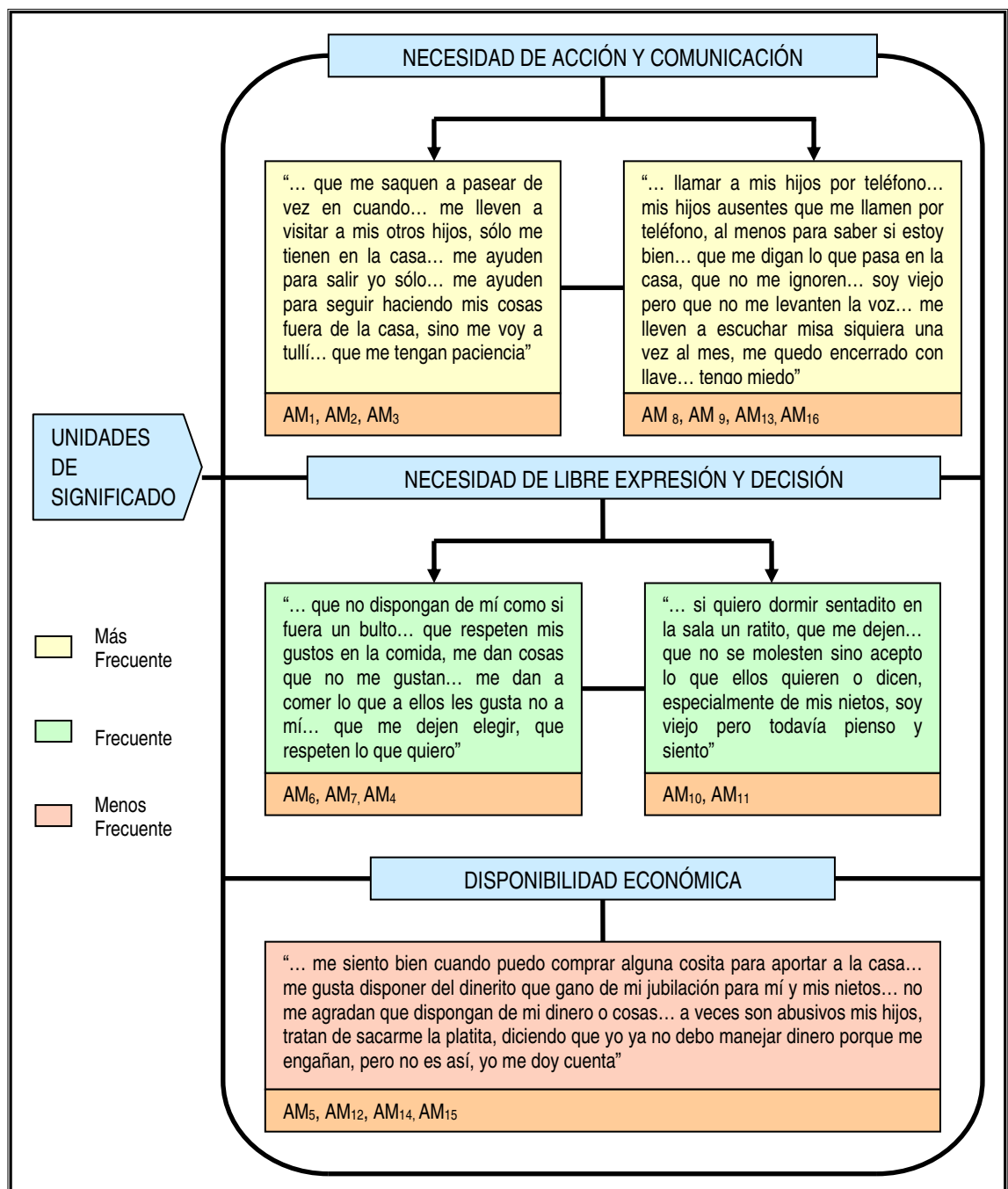
Si se considera que calidad de vida para el adulto mayor, como ser social es sentirse satisfecho, sentirse bien; podemos observar en el **Esquema N.º 07** lo expresado a través de tres sub-categorías, presentadas en orden de frecuencia de mayor a menor, las siguientes: la satisfacción de sus necesidades de acción y comunicación que puede ejercerlas sólo o con el apoyo de la familia en primer lugar; seguido de tener libertad de expresión y tomar decisiones para ejercer su derecho a opinar como miembro integrante de la familia; y en menor frecuencia expresó que tiene la necesidad de tener la libertad de disponer de dinero acorde a su realidad o disponibilidad económica ya sea como producto de su jubilación o ayuda económica que voluntariamente le proporcionan sus hijos u otras fuentes (que le envíen dinero por el arriendo de sus chacras en provincia, por ejemplo).

³⁰ ob. cit. p. 497.

ESQUEMA Nº 07

CATEGORÍA 07: NECESIDADES DEL ADULTO MAYOR COMO SER SOCIAL Y SU CALIDAD DE VIDA

Al indagar en el adulto mayor interrogantes tales como: *¿la familia le permite que Ud. salga de la casa o se comuniqué con otras personas?, ¿le permite disponer de dinero?, ¿toma en cuenta su opinión?*; emergieron las siguientes unidades de significado que constituyen la presente categoría con tres sub-categoría emergentes.



- **Necesidad de acción y comunicación.**

El ser humano es por naturaleza un ser social, es parte de un grupo social con el que interactúa y comparte interrelaciones de reciprocidad, basadas en el afecto, respeto, solidaridad; y el adulto mayor no pierde esta necesidad a satisfacer con apoyo de la familia, quien le facilita la oportunidad de movilizarse y de comunicarse dentro (con los miembros de su familia) y fuera del entorno familiar; pues la comunicación en la persona según O'Brian³⁴ *“es camino para la comprensión tanto de quienes nos rodean como de nosotros mismos. Es una fuerza poderosa e influyente, que cuando se usa cuidadosamente, puede proporcionar satisfacción, alegría, acercamiento y estímulo en las relaciones interpersonales”*. Por tanto la comunicación eficaz entre el adulto mayor, su familia y sus allegados es de vital importancia para que él se sienta satisfecho, alegre y tener el acercamiento favorable con los otros como ser social hasta el último día de su existencia.

Sin embargo en los investigados esta necesidad no esta satisfecha, lo que hace que el adulto mayor se sienta *“confinado”, “aislado”, “rechazado”* causándole que su vida no tenga la calidad deseada porque él no se siente bien, satisfecho. La familia no considera en el adulto mayor la satisfacción de esta necesidad porque ya es *“viejo”*.

- **Necesidad de expresión y decisión.**

O'Brian³³ refiere que *“el individuo busca caminos y medios para expresar su yo interior, porque tales expresiones dan significado a su vida”*. Es decir la vida para ser más digna de vivirse y más fácil de conocerse y de amarse unos a otros, es a través de la expresión de los sentimientos, deseos, vivencias; y la expresión de ellos

³⁴ O'BRIAN, M. Communication and relationship in nursing. EEUU: Washington D.C., Mosby Company; 1986. p. 3.

³³ ob. cit. p. 26.

es una de las libertades más grandes del ser humano y tratándose del adulto mayor cobra mucha más relevancia, así como la necesidad de expresar sus opiniones porque aún hoy, el paradigma de que el adulto mayor “*ya no escucha*”, “*no entiende*”, “*perdió la capacidad de decidir*” y por ello los más jóvenes deben decir por él, hasta “*pensar*”, “*sentir por él*”; con lo que se consigue que el adulto mayor “*sienta que ha perdido valía como persona... y se ha convertido en un objeto, una cosa que ocupa un espacio en la casa familiar y con ello es sustraerle su individualidad y dignidad*”³³.

*“Los seres humanos somos seres culturales y sociales por excelencia, somos parte de diferentes agrupaciones de diversas formas. Es decir, tenemos el derecho y el deber de participar; se trata pues, de opinar, intervenir y decidir sobre las cuestiones que tienen que ver con el grupo, y que –como parte de él- también nos afectan, como sus individualidades”*³⁵.

- **Disponibilidad económica.**

Es otra sub-categoría emergida del discurso y que también es otra necesidad que el adulto mayor como ser social y su satisfacción al igual que las otras anteriores, influyen en su calidad de vida; dado que el disponer de dinero (no en abundancia) como “*una caja chica*” para pequeñas compras o gustos es una necesidad de bienestar, parte del valor socioeconómico basada en derechos que tiene el ser humano y por lo tanto el adulto mayor no está ajeno a este derecho.

Finalmente diremos que el adulto mayor considera que como ser social y cultural para tener calidad de vida debe satisfacer sus necesidades de: libertad de acción, comunicación, expresión, decisión y tener disponibilidad económica (no necesita mucho dinero), siempre con el apoyo de la familia.

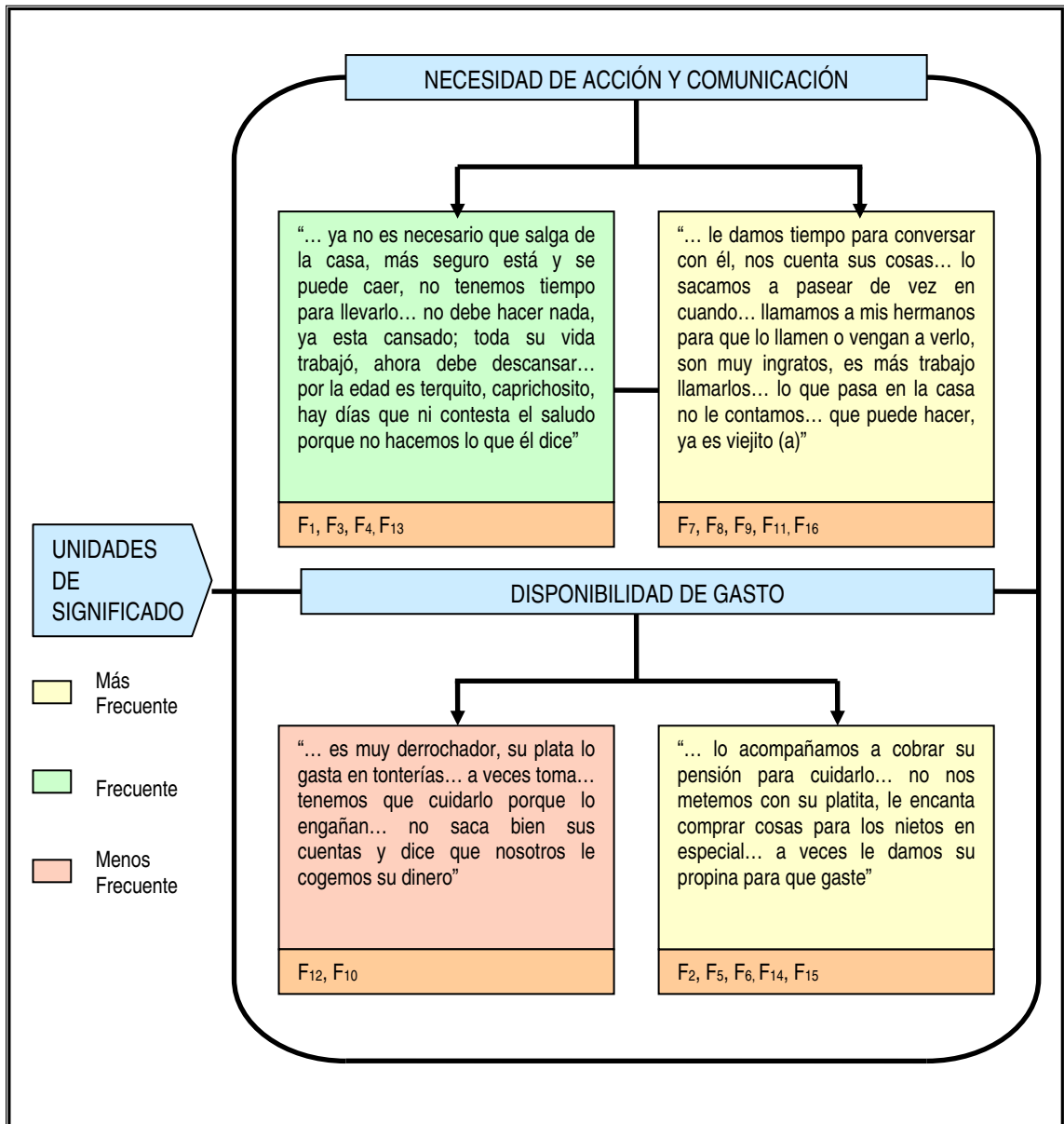
³³ ob. cit. p. 26.

³⁵ BARONE, L. Valores y actitudes. Primer Edición, Colombia: Bogotá, Arquetipo Grupo Editorial S.A.; 2004. p. 34.

ESQUEMA Nº 08

CATEGORÍA 08: NECESIDADES DEL ADULTO MAYOR COMO SER SOCIAL Y SU CALIDAD DE VIDA, SEGÚN LA FAMILIA

Se interrogó a los familiares del adulto mayor a fin de identificar unidades de significado sobre las principales necesidades del adulto mayor como ser social y su calidad de vida: *¿consideran la opinión del adulto mayor para tomar decisiones?, ¿lo motivan para que se relacione con otros?, ¿debe aislarse en el hogar?, ¿le permiten disponer de dinero?,* emergiendo las siguientes sub-categoría emergentes:



CATEGORÍA N.º 08: NECESIDADES DEL ADULTO MAYOR COMO SER SOCIAL Y SU CALIDAD DE VIDA SEGÚN LA FAMILIA.

En el **Esquema N.º 08**, se puede observar que la familia del adulto mayor identificó que él tiene como necesidades como ser social para su calidad de vida: la libertad de acción y comunicación, y la de disponer de dinero para pequeños gastos (no en grandes cantidades).

Asimismo, que no es necesario que el adulto mayor salga de su casa, se comunique con otros pues hay el temor a que se pueda caer y *“complicar su vida y la nuestra”*. También sostienen que el adulto mayor no necesita disponer de dinero *“porque lo engañan”, “es derrochador”, “no sabe sacar las cuentas”, “todo le damos, no necesita para nada dinero”*.

A. Maslow citado por O'Brian³³ *“concibió un sistema de necesidades comunes a todas las personas, identificándolas de acuerdo a una jerarquía de prioridades, que principia con las que deben satisfacerse con mayor frecuencia de que el sujeto se mueva al siguiente nivel de funcionamiento”*.

Si bien es cierto que las necesidades básicas o fisiológicas son las que deben satisfacerse con más frecuencia, en todo ser humano las necesidades del siguiente nivel son las de **seguridad y estabilidad** que también deben ser satisfechas como ser social, pues toda persona tiene en su vida, necesidades de **igualdad** (libertad de acción, de movimiento, de información/comunicación, sea éste joven o viejo), de **seguridad** (la física, emocional y económica, en especial las dos últimas), acompañado de confianza, integridad, solidez y honradez; y por lo general la persona recibe tales garantías de su familia en primer lugar, después de sus compañeros o socios, y por último del mundo o la sociedad que lo rodea .

En el caso de la población estudiada, los familiares no reconocen esta necesidad del adulto mayor a ser satisfecha en su mayoría, y de hacerlo no estarían

³³ ob. cit. p.11

ayudándolo a satisfacerla aunque no completamente; porque hay una mayoría de los familiares que no le conceden importancia a esta necesidad, ignorando que la no satisfacción de estas necesidades pueden provocar en el adulto mayor un aislamiento o exclusión social lo que es negativo para él, pues puede caer en situaciones de conflicto caracterizado por la ansiedad y la depresión, llevando al adulto mayor a envejecer más rápido de lo previsto e incluso llevarlo al suicidio.

Asimismo, está demostrado que el adulto mayor puede entrar en un estado de soledad; *“la soledad llega a todos los individuos en una u otra forma, por la depresión y el temor a quedar aislados de los demás, por problemas y sentimientos que no pueden compartir con nadie”*⁹.

Pues hay un tipo de soledad con pareja e hijos, en la que el adulto mayor experimenta la soledad en compañía de otras personas, llevando dentro de sí una sensación de vacío. Esto sucede en las familias o en las parejas donde se ha terminado todo vínculo de comunicación y afecto; pues, el compartir la vida con alguien con la que no es posible hablar, opinar, constituye una intensa soledad. La familia entiende esta situación y algunos han creado estrategias para superarlo como: la de salir a pasear, o llevarlo a la iglesia, etc.

COMPARACIÓN, RELACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS “DOS DISCURSOS” SEGÚN SUB-CATEGORÍAS.

Después de la descripción, análisis e interpretación de las categorías y subcategorías emergidas del discurso tanto del adulto mayor y de sus familiares relacionado con el significado de la calidad de vida del adulto mayor, se elaboró la comparación, relación e interpretación entre ellos, presentados en el **Esquema N° 09**, que determinan la aproximación a la representación social en estudio.

⁹ ob. cit. p. 879

ESQUEMA Nº 09

COMPARACIÓN ENTRE CATEGORÍAS Y SUB-CATEGORÍAS REFERENTES A LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR PARA SÍ MISMO Y PARA SU FAMILIA

CATEGORÍAS EMERGIDAS	SUB - CATEGORIAS:	
	ADULTO MAYOR	FAMILIARES DEL ADULTO MAYOR
Conocimientos que tienen acerca de la vejez y de ser un Adulto Mayor.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Etapa normal en la vida de la persona, pero sin fuerzas físicas. 2. Se es una persona con experiencia y sabiduría por lo vivido. 3. presencia de sentimientos de tristeza, nostalgia (por la fuerza de la juventud) y melancolía por lo <i>"se deja atrás"</i>. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proceso natural de la vida de la persona con deterioro físico. 2. Etapa de evaluación por el anciano de lo vivido, es la etapa de la cosecha por lo sembrado en la juventud.
Elementos que dan calidad de vida al Adulto Mayor	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es tener paz, tranquilidad, alejado de los problemas y conflictos personales y familiares. 2. Ser cuidado y protegido pero con dignidad. 3. Sentirse satisfecho por tener alimentación sana y adecuada, vestido, casa (lugar donde vivir), limpieza. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Darle lo necesario para satisfacer sus condiciones de vida: alimento, vivienda, vestidos, <i>"gustitos"</i>. 2. Apoyarlo en lo que sea necesario para lograr su bienestar, sus deseos, metas del adulto mayor.
Valores y actitudes referidas a la calidad de vida del Adulto Mayor.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ser una persona valorada por los demás, en especial por la familia a través de manifestaciones de: respeto, buen trato, afecto. 2. Continuar manteniendo un espacio físico (sólo de él) en la casa, sus prendas o cosas personales y que su familia se mantenga unida. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hacerlo sentir una persona importante, valiosa; demostrándole manifestaciones de: amor, respeto, compañía, comunicación, comprensión. 2. Brindándole afecto y apoyo para que continúe con una vida normal aunque con algunas deficiencias físicas.

CATEGORÍAS EMERGIDAS	SUB - CATEGORIAS:	
	ADULTO MAYOR	ADULTO MAYOR
Necesidades del Adulto Mayor como ser social relacionadas con su calidad de vida.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Satisfacción de la libre expresión (tiene voz y voto), especialmente en lo relacionado a él y a la familia y no perder su libertad de decidir, especialmente en lo que se relaciona a sus gustos, deseos, y a la familia. 2. Satisfacción de sus necesidades de acción, es decir, valerse por sí mismo para movilizarse dentro y fuera del hogar (acepta que debe ser con apoyo familiar) con relativa frecuencia y no quedarse confinado dentro del hogar, perdiendo su libertad de acción. También necesita estar comunicado con su realidad familiar y social a través del teléfono, conversación, diálogo con los miembros del hogar. 3. Tener disponibilidad económica para poder distribuir o apoyar en el hogar o la familia, para seguir sintiéndose seguro económicamente. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. No lo consideran. 2. Satisfacer la necesidad de acción y de comunicación del adulto mayor. 3. Poderle ayudar para que el adulto mayor tenga disponibilidad económica.

4.2.- REPRESENTACIONES SOCIALES EMERGENTES SEGÚN SEMEJANZAS Y DIVERGENCIAS.

Según el análisis nomotético, se establecen las semejanzas y diferencias relacionándolas sistemáticamente para ser la emergencia de la representación social; así tenemos:

SEMEJANZA Nº 01: CONOCIMIENTO SOBRE LA VEJEZ Y SER UN ADULTO MAYOR O ANCIANO.

En este **Esquema Nº 10**, se puede observar que los investigados consideran y tienen como conocimiento común acerca de la “*vejez*” y el de ser un “*adulto mayor*” como: Etapa normal, un proceso natural de la vida de la persona, caracterizada por un deterioro físico, pérdida de fuerza, vigor y deterioro mental, que sin embargo tiene resultados positivos y beneficios para la persona: es la etapa de cosechar lo vivido, bueno o malo, de definir y refinar nuevos roles. Estos conceptos corresponden a conocimientos comunes de las personas, basados en su experiencia acerca de la última etapa del ciclo de vida, que no se aleja del conocimiento científico. Medellín⁹ sostiene: “*el envejecimiento es un proceso biológico, psicológico y social, es la resultante de factores que se caracterizan por una serie de cambios sucesivos de carácter irreversible, los cuales se producen en el individuo mucho antes que sus manifestaciones se hagan visibles para él o ella mismo (a)*”. Entonces la vejez se caracteriza por la declinación de todas las facultades físicas y psicológicas, emergiendo otras como la creatividad, por ejemplo.

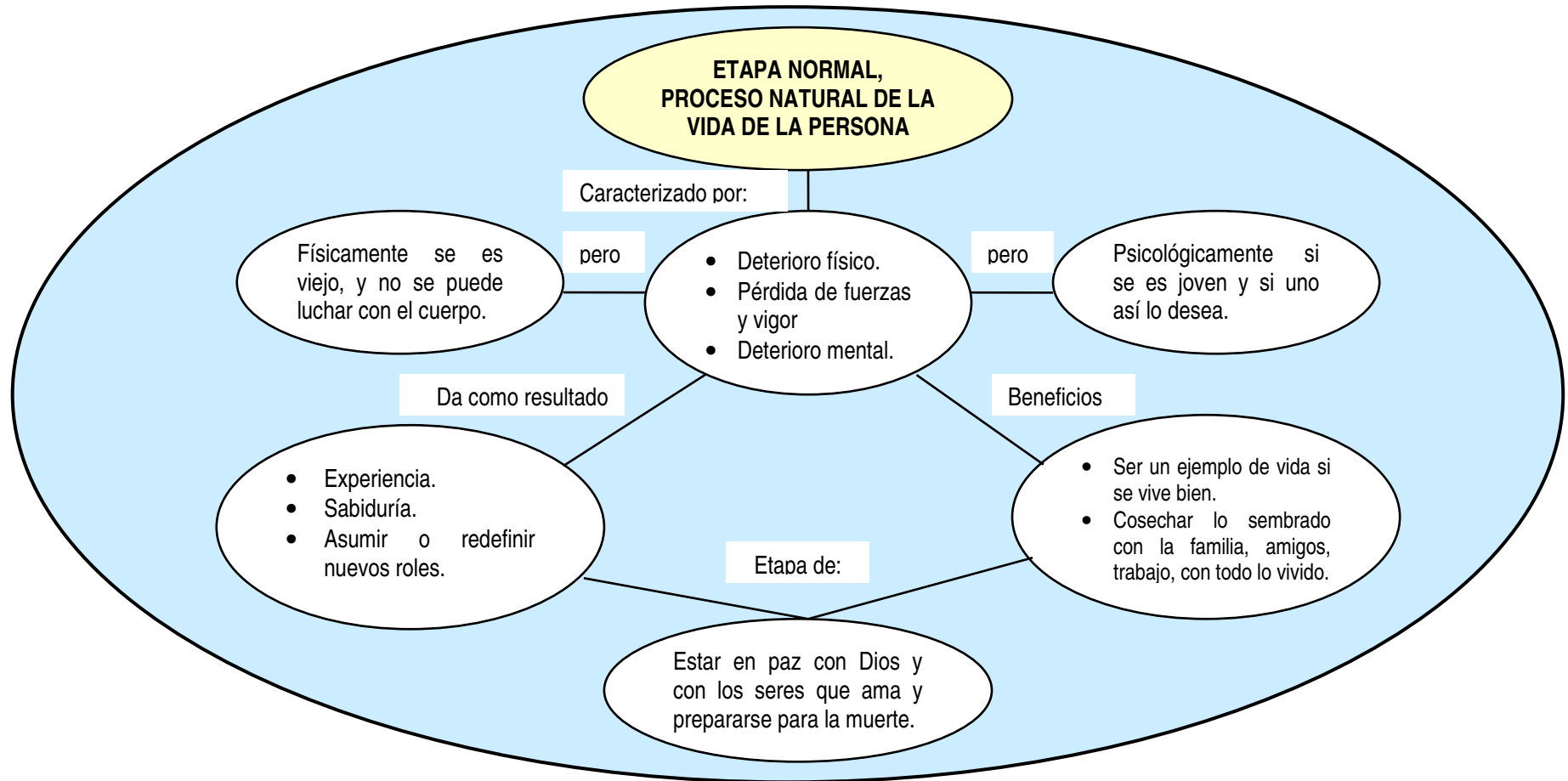
Sin embargo es muy discutible aún científicamente que alguien pueda dar respuesta a la pregunta: *¿Cuándo empieza la vejez realmente?*; entonces la vejez depende de cada persona; “*es oportuno no recordar que ninguna etapa de lo vida se puede regir por una cronología exacta*”⁹.

⁹ ob. cit. p. 855.

⁹ Ibidem.

ESQUEMA Nº 10

SEMEJANZA Nº 01: CONOCIMIENTO SOBRE LA VEJEZ Y SER ADULTO MAYOR O ANCIANO (R.S.)



El tener conocimiento común los investigados acerca de lo que es la vejez y lo que se espera de ella, hace que las personas reflexionen y se preparen para ello, lo acepten con naturalidad, y comprender que se puede mirar atrás y contemplar la vida con satisfacción o insatisfacción, según haya sido su quehacer y estilo de vida. Conociendo que en la vejez, como en todo proceso humano, se puede influir en algunos aspectos y participar en él, mejorándolo y planificándolo, para asegurar en ella que se puede ser capaz de vivir, compartir, contribuir, amar, estar en paz y ser útil a la familia y sociedad, según las capacidades de cada persona y los demás se beneficien de su experiencia y de sus éxitos, sólo como producto de la vejez.

La “*cosecha*” en la vejez, es el tiempo de la sabiduría para relativizar y establecer prioridades; para poner las cosas en su sitio, también en el sitio del corazón. Es el momento para darse cuenta de que tantas cosas a las que el adulto mayor había dado demasiada importancia, no la tenía en realidad... es el tiempo para la quietud, sosiego y vida y paz interior; para aprender a definir o redefinir roles y espacios de participación familiar y comunitaria.

SEMEJANZA № 02: ELEMENTOS SECUNDARIOS DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR.

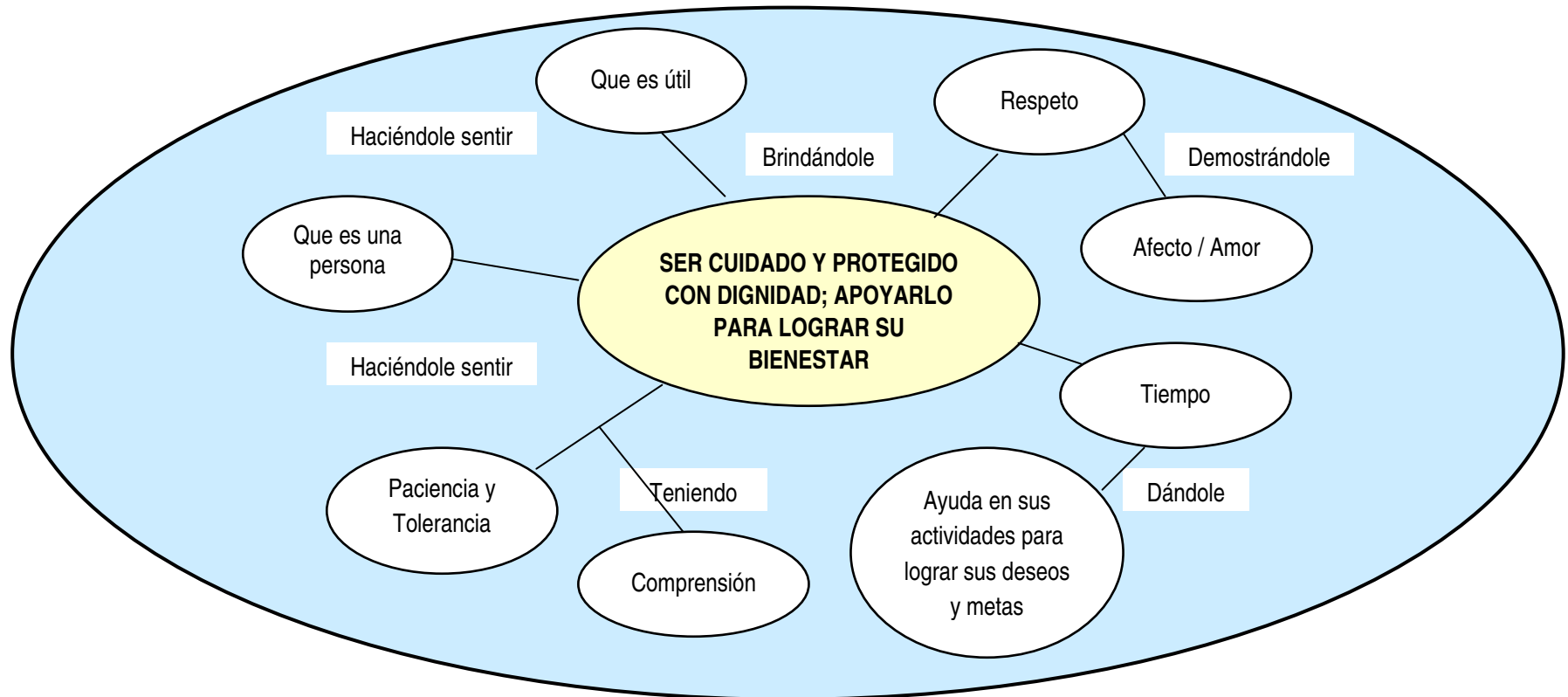
En el **Esquema № 11**, la semejanza está en los elementos secundarios de la calidad de vida del adulto mayor; dado que él considera como elemento primario o principal, el de tener paz y tranquilidad.

La “*calidad de vida*” para el adulto mayor es: **ser cuidado y protegido con dignidad, apoyado para que logre su bien, su bienestar, su satisfacción.**

En el proceso de saber vivir la vejez (con calidad), mucho influye las actitudes y acciones de la sociedad, en este caso del grupo familiar principalmente en el que el adulto mayor envejece. En especial el cuidado y protección que se le brinde debe estar dentro de un marco de actitudes positivas hacia el adulto mayor y las

ESQUEMA Nº 11

SEMEJANZA Nº 02: ELEMENTOS SECUNDARIOS * DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR (R.S.)



* SECUNDARIOS, porque para el adulto mayor el principal elemento que para él constituye su calidad de vida (se presentó con más frecuencia) no lo es para los familiares y discrepan, pues, para ellos es otro el elemento principal de la calidad de vida del adulto mayor (Esquema Nº 14; diferencia 01); pero si hay semejanza en estos otros elementos de la calidad de vida.

acciones del cuidado deberán respetar su **dignidad**, su condición de persona, de ser humano, su privacidad, pues el adulto mayor es merecedor de ella y es su **derecho** porque en 1991, la Asamblea General aprobó los principios de las Naciones Unidas a favor de los personas de edad, y en la sección **“Cuidados proclama que las personas de edad deben gozar de atenciones familiares, contar con asistencia médica y poder disfrutar de los derechos humanos y las libertades fundamentales”**³⁶.

En los investigados, los cuidados con dignidad se evidencian a través de la demostración de respeto y afecto por la familia al momento de dirigirse al adulto mayor; al establecer sus interrelaciones, le ayudan en sus actividades diarias y en sus deseos, en especial los nietos refieren que le dedican tiempo para conversar, escucharlo (a); le tienen paciencia, tolerancia y comprensión, cuando aparece un incidente crítico con él y con todas estas manifestaciones lo hacen sentir una persona útil, importante.

SEMEJANZA Nº 03: VALORES Y ACTITUDES ACERCA DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR REFERIDAS Y OBSERVADAS.

En el **Esquema Nº 12**, a través de la observación y de lo expresado por los entrevistados se generaron conocimientos comunes acerca de la representación social del significado de calidad de vida del adulto mayor a través de la tenencia y práctica de valores y actitudes positivas de la familia hacia el adulto mayor y hacen que él se **sienta una persona valorada, valiosa** a través de la demostración de un *“trato cálido”*, *“cariñoso”*, impregnado de respeto, interesándose por su persona, por lo que le pasa, manifestándole afecto y amor de muchas maneras: *“mis hijos me quieren mucho, se preocupan por mí, lo que me hace feliz”*; *“mis nietos están pendientes de mí, pero yo también me desvivo por ellos,; viene, me besan, me abrazan... sólo le pido a Dios que a ellos les vaya bien siempre para que estén*

³⁶ GASTRON, L. Género, representaciones sociales de la vejez y derechos humanos. 51 Congreso Internacional de Americanistas, Chile; 2003. p. 3.

ESQUEMA Nº 12

SEMEJANZA Nº 03: VALORES Y ACTITUDES ACERCA DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR REFERIDAS Y OBSERVADAS * (R.S.)



* OBSERVADAS por la investigadora en la visita domiciliaria, en la entrevista a profundidad y en los grupos focales (se dedicó mucho tiempo para poderlos observar y complementar los discursos).

conmigo hasta que me muera”; le brindan compañía y dedicación; con todas estas manifestaciones se les hace sentir al adulto mayor que es importante en el seno familiar. Con todo lo expresado, consideran que estas acciones son importantes en la calidad de vida en el adulto mayor. Pues a decir de Maslow, referido por O’Brien³⁴ *“cada individuo necesita amor, afecto y consideración en las relaciones humanas, para sentirse satisfecho”*. O’Brien sostiene también que *“estos sentimientos que comprenden tanto dar como recibir amor, están edificado sobre una base de seguridad y necesidades físicas satisfechas. La persona busca amor y da amor a otros; necesita la aceptación y la compañía de los demás, y a su vez, él comparte su potencial y su propia persona, con aquellos que le demuestran amor”*. Sentimientos experimentados también por el adulto mayor.

La investigadora pudo observar que en el ambiente familiar, el adulto mayor es respetado, querido, valorado como persona importante, muestran interés y preocupación por lo que le pasa; el trato es tierno, muy amoroso hacia la mayoría de los adultos mayores; los familiares pueden tener alguna dificultad económica pero lo que les sobra es el amor y el afecto hacia su adulto mayor.

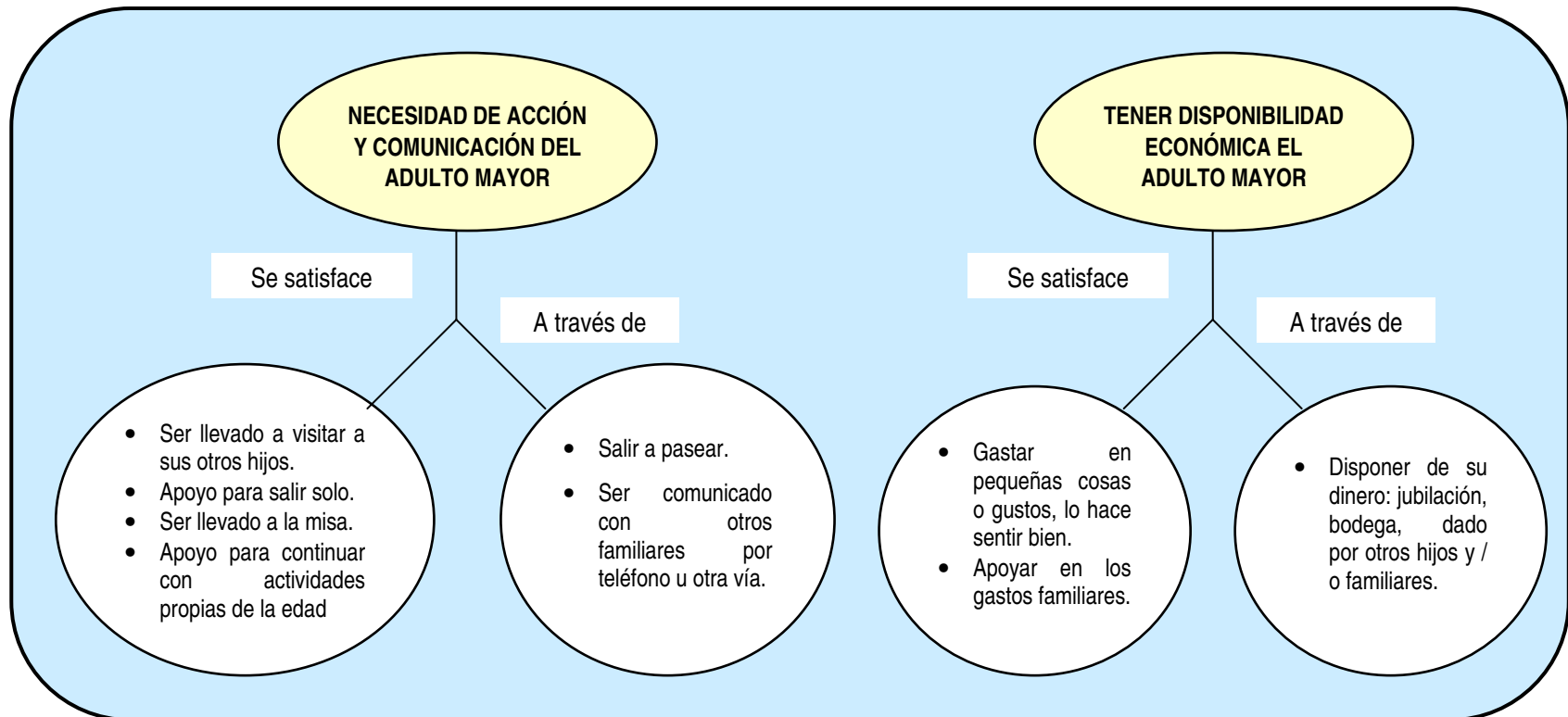
SEMEJANZA N.º 04: NECESIDADES SECUNDARIAS DEL ADULTO MAYOR COMO SER SOCIAL RELACIONADO CON SU CALIDAD DE VIDA.

En el **Esquema N.º 13**, la semejanza N.º 04 indica que la necesidad secundaria del adulto mayor como ser social según los entrevistados, es la satisfacción de la necesidad de acción y comunicación. Es decir, la necesidad de acción significa que el adulto mayor a pesar de los años quiere disfrutar de su libertad de para movilizarse por sí mismo, sin depender de otros, sin perder sus contactos sociales (salir a pasear, a visitar a otros hijos, realizar las actividades que hacía de joven), establecer nuevas relaciones o actividades como trabajos voluntarios o trabajos no remunerados, porque al final, el trabajo sea cual fuere, dignifica a la persona; por ello consideran

³⁴ ob. cit. p. 14.

ESQUEMA Nº 13

SEMEJANZA Nº 04: NECESIDADES SECUNDARIAS * DEL ADULTO MAYOR COMO SER SOCIAL RELACIONADO CON SU CALIDAD DE VIDA (R.S.)



* SECUNDARIAS, porque esta necesidad se presenta con menos frecuencia en los adultos mayores y con más frecuencia en los familiares; debido a que el adulto mayor reconoce con más frecuencia otra necesidad como ser social (Esquema Nº 14) y los familiares no lo consideran como necesidad.

que el adulto mayor debe satisfacer esta necesidad como ser social para tener calidad de vida. La necesidad de comunicación está dimensionada en la necesidad del adulto mayor de informarse y ser informado, ya sea con los miembros de la familia como con los amigos o vecinos para estar al tanto de lo que ocurre en la realidad local, nacional e internacional. La satisfacción de esta necesidad también estaría relacionada con la calidad de vida.

Otra necesidad, como ser social del adulto mayor, es tener disponibilidad económica; pues ellos refieren que no quieren ser una carga económica, no quieren ser dependientes aún para gastos pequeños como *“hacerle un regalito o darle una propina a los nietos”*. La seguridad o disponibilidad de dinero preocupa enormemente al adulto mayor, porque el no tener dinero se relaciona con la mala salud, con la insatisfacción por la vida, con un entorno inadecuado. La inseguridad económica o privación económica daña enormemente las posibilidades y la calidad de vida del adulto mayor. Por ello, la familia debe garantizar a los adultos mayores un nivel mínimo de ingresos adecuados.

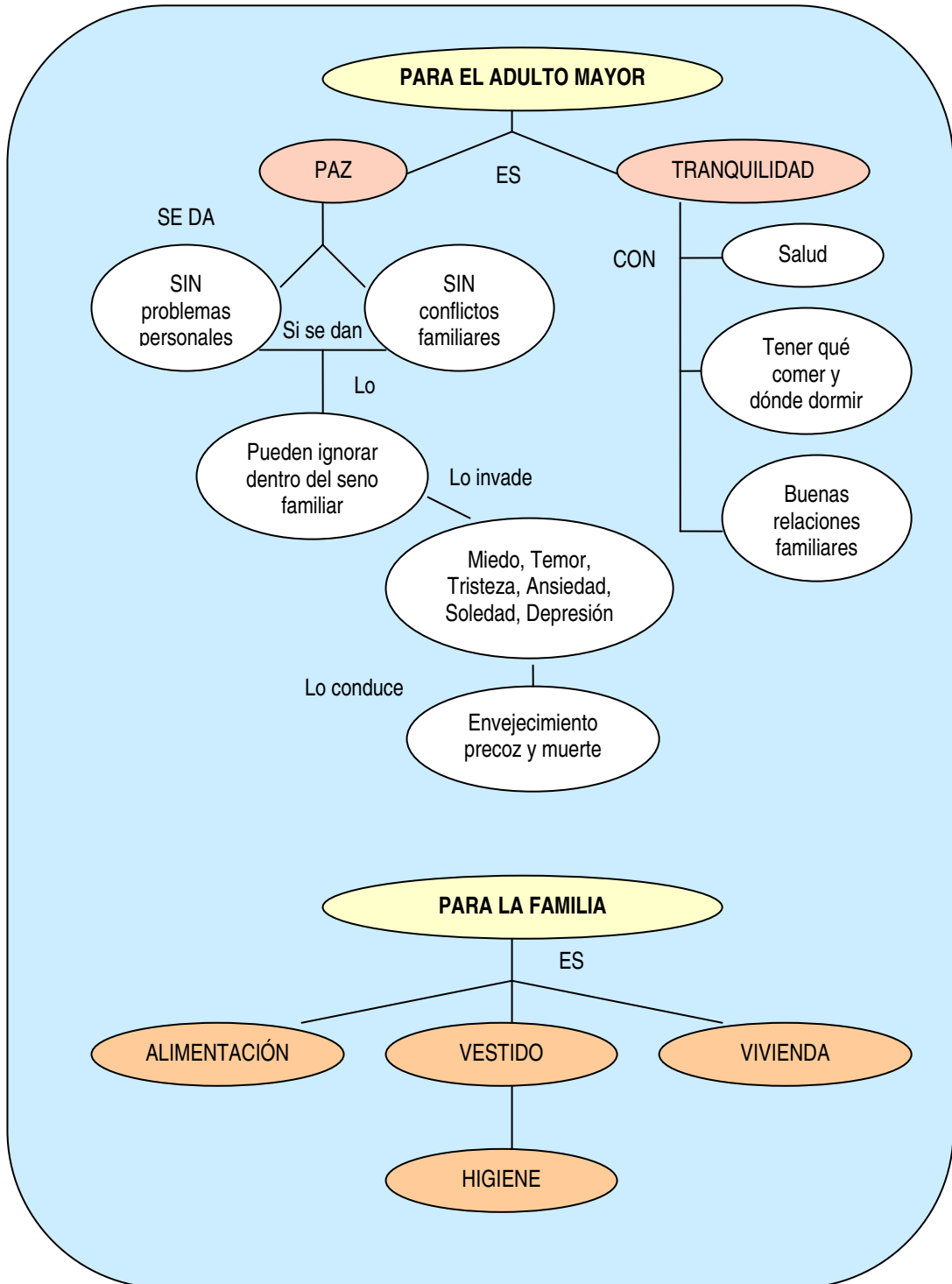
Finalmente diremos que los entrevistados a través del conocimiento común consideran a la satisfacción de necesidades de acción, de comunicación y disponibilidad económica como elementos protectores de la calidad de vida del adulto mayor.

DIFERENCIA Nº 01: ELEMENTO PRINCIPAL DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR.

En el **Esquema Nº 14**, a través de las diferencias encontradas en los dos grupos que constituyen la muestra se expresa la representación social sobre el elemento principal que constituye la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para la familia; para el adulto mayor es: **tener paz y tener tranquilidad** en tanto que para la familia es: **la satisfacción de las necesidades básicas de alimentación, vestido, vivienda e higiene**. Esta última es también considerada por el adulto mayor

ESQUEMA Nº 14

DIFERENCIA Nº 01: ELEMENTO PRINCIPAL* DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR



* Para el adulto mayor es el elemento indispensable de su calidad de vida; nótese la gran diferencia con lo considerado por la familia.

aunque en tercer nivel.

Paz y tranquilidad para los adultos mayores significa la no presencia de problemas personales ni conflictos familiares; es decir no quiere ser participe de situaciones adversas ni de conflicto, que se puede dar en el hogar por falta de comunicación, información, afecto, respeto entre sus miembros, así como la exclusión física y el no participar en nada importante que se da en el seno familiar, es decir que no se le considere, *“pues la paz duradera es premisa y requisito para el ejercicio de todos los derechos y deberes humanos; la paz es tolerancia, no sólo en la medida que nos esforcemos cotidianamente en conocer mejor a los demás y en respetarlos se conseguirá, se romperá la marginación, la indiferencia, el rencor y la animadversión”*³⁴. *“La concordia hace crecer a las cosas pequeñas, la discordia arruina a las grandes”*. Juan Pablo II citado por Vargas refirió: *“¿Por qué si todos constituidos una sola familia humana, por el hecho de haber venido al mundo, somos partícipes de la misma heredad... conseguir la paz como una meta en beneficio de todos?”*³⁷.

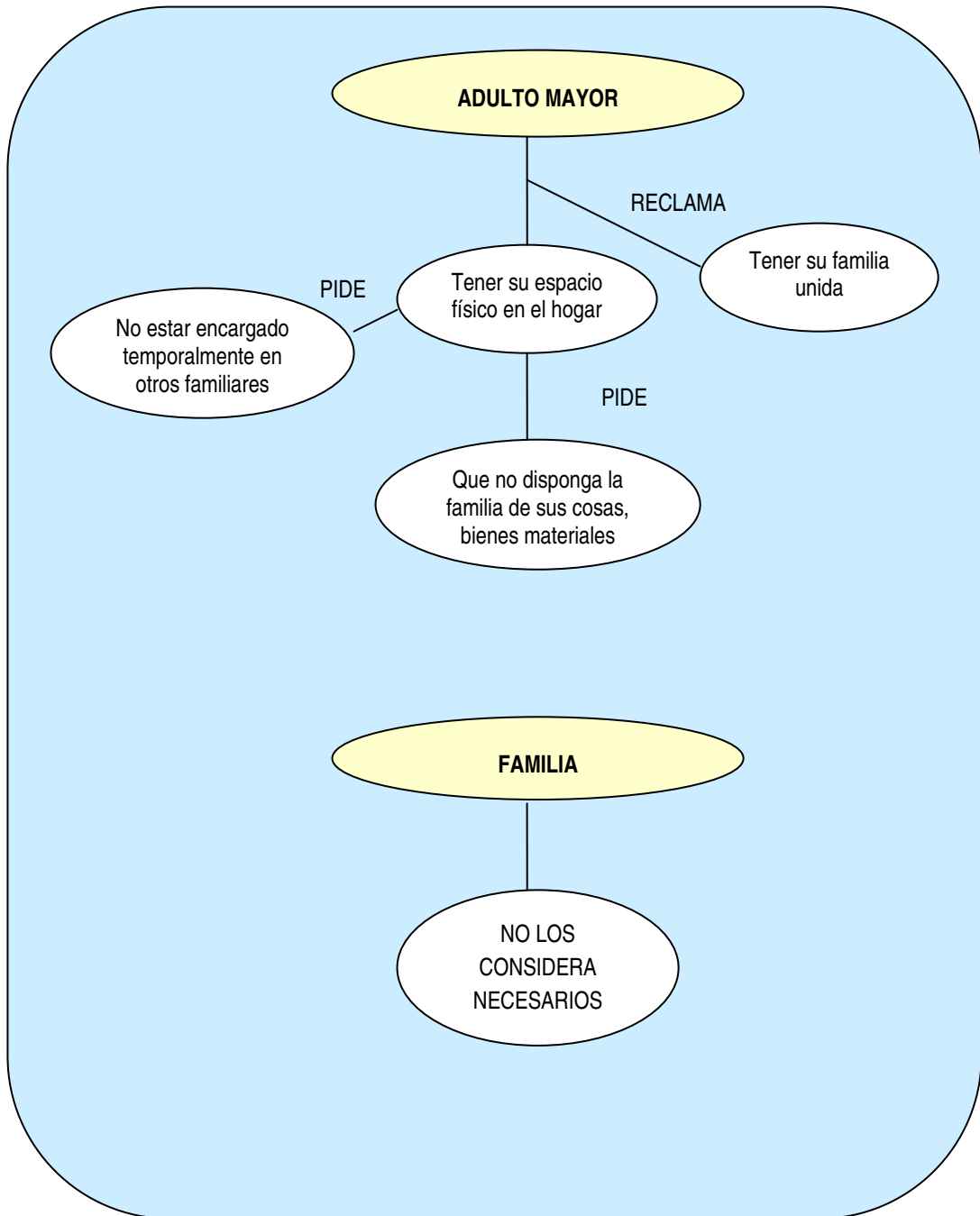
Entonces, es responsabilidad moral de la familia del adulto mayor con la participación de él mismo, dentro de un gran sentido de solidaridad familiar, conseguir la paz, darle paz al adulto mayor en sus últimos años y con ello se contribuirá en su calidad de vida.

El adulto mayor refiere que la satisfacción de necesidades básicas es de importancia pero no vital porque: *“cuando hay problemas o conflictos no hay ni hambre... apetito uno se “chupa” (se pone delgado) cuando se pelea con la familia, sea quien sea... hasta desea morir”*. Sin embargo no hay que olvidar que si no se satisfacen las necesidades básicas o fisiológicas (según Maslow) el adulto mayor puede enfermar por mala alimentación, vestido inadecuado, vivienda insalubre y

³⁴ ob. cit. p. 350.

³⁷ VARGAS, V. *Ética para enfermeras*. Primera Edición, Perú: Arequipa, UNSA; 1996. pp. 53 – 60.

ESQUEMA Nº 15
DIFERENCIA Nº 02: VALORES Y ACTITUDES DEL ADULTO MAYOR QUE INFLUYEN EN SU CALIDAD DE VIDA



falta de higiene personal y también lo va a invadir la ansiedad, depresión y también puede llevarlo a la insatisfacción por la vida, al envejecimiento precoz y muerte.

Finalmente diremos que ambas representaciones –aunque con diferencias– forman parte esencial de la “*calidad de vida del adulto mayor*”; la diferencia está en el nivel de frecuencia en su presentación del discurso de los informantes. Pero están íntimamente relacionadas con la calidad de vida del adulto mayor, y con la totalidad de las necesidades para conservar la vida; dado que el ser humano es una unidad bio-psico-social, donde se relacionan las necesidades biológicas, psico-emocionales (espirituales) y sociales; sumado a un medio ambiente saludable. Sin embargo para el adulto mayor está en primer lugar las necesidades psico-emocionales, su salud mental.

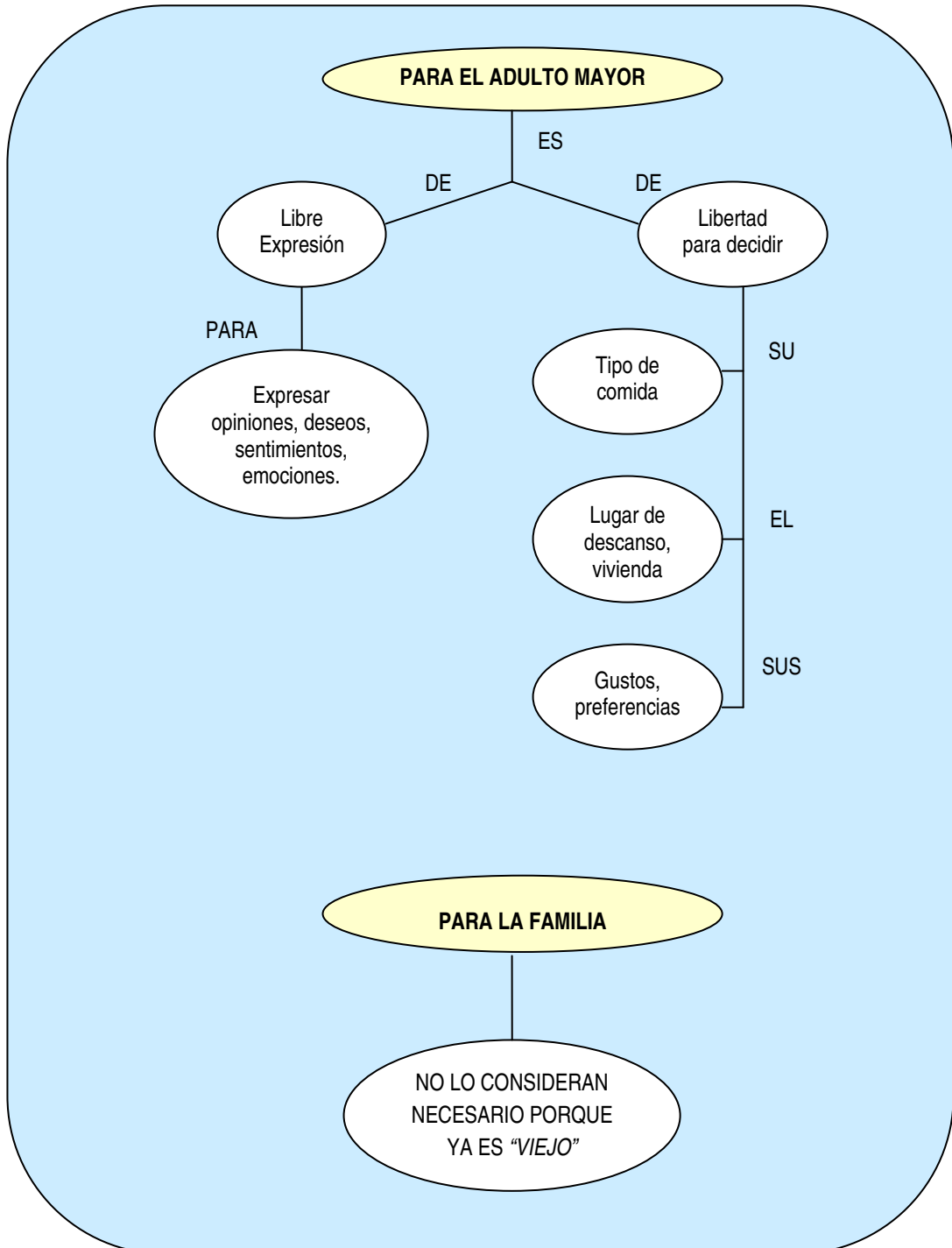
DIFERENCIA Nº 02: VALORES Y ACTITUDES DEL ADULTO MAYOR QUE INFLUYEN EN SU CALIDAD DE VIDA.

En el **Esquema Nº 15** se grafica una concepción diferencial alrededor de los valores (lo que es más importante) y actitudes favorables que se relacionan con la “*calidad de vida*” del adulto mayor y que sólo son considerados importantes por el adulto mayor; más son ignorados por la familia. Esto último, no obstante que lo más importante en esta etapa de la vida del adulto mayor que le da calidad de vida, es: seguir conservando un espacio físico en su hogar, su vivienda, pide que no sea “*alojado (a) un mes en una casa de un hijo, al otro mes en otro*”; mantener el espacio preferencial que tuvo en la juventud dentro del hogar; asimismo que no dispongan de sus cosas porque no son necesarias ya que “*ahora los hijos son dueños de casa*”.

Es muy importante para el adulto mayor y para su tranquilidad el que su familia esté unida y que sea solidaria. Los familiares sin embargo no consideran importante lo que para el adulto mayor si lo es. Por lo tanto, si respetan estos valores estarían participando en el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor.

ESQUEMA Nº 16

DIFERENCIA Nº 03: NECESIDAD PRINCIPAL* DEL ADULTO MAYOR COMO SER SOCIAL Y SU CALIDAD DE VIDA



* Para el adulto mayor esta necesidad es importante como ser social y tener calidad de vida en tanto la familia considera que no es necesario satisfacer estas necesidades.

DIFERENCIA N.º 03: NECESIDAD PRINCIPAL DEL ADULTO MAYOR COMO SER SOCIAL Y SU CALIDAD DE VIDA.

En el **Esquema N.º 16** también se muestra una notoria diferencia conceptual sobre la necesidad principal que necesita desarrollar el adulto mayor como ser social y su calidad de vida; mientras que para el adulto mayor su condición de ser social le impone la necesidad de ejercer la **libre expresión y tener la libertad de decidir** en los hechos de su vida cotidiana; para la familia esa necesidad no existe o no la considera importante en un “*un viejo*”. La libre expresión para opinar, expresar sus deseos, sentimientos y emociones personales y que se relacionan con las vivencias en el hogar, entre todos los miembros de la familia y él, así como con los amigos, los vecinos; le desagrada y se siente mal sino lo toman en cuenta; también es una forma de mantener sus capacidades funcionales; además para desarrollarnos plenamente, los seres humanos necesitamos relacionarnos con nuestros semejantes, padre, hermanos a través de la libre expresión y la libertad de expresión o comunicación de las opiniones y de los pareceres, es un derecho de los más preciosos del hombre, el derecho de libre voz, y eso es lo que reclama el adulto mayor para tener calidad de vida.

La libertad de decidir, es otro derecho solicitado u otra necesidad como ser social del adulto mayor; en su caso pide la libertad de decidir en acciones relacionadas con su bienestar, como es: elegir el tipo de comida, qué comer, cuándo comer, y que no le impongan lo que le gusta a la familia, que pueda decidir en el cumplimiento de sus gustos y preferencias “*porque aunque viejo (a) aún soy capaz de pensar, razonar y decidir que es lo mejor para mí*”. Sin embargo, la familia no consideró estas necesidades como importantes de satisfacer por el adulto mayor como ser social y en su calidad de vida, lo cual es lamentable.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.- CONCLUSIONES.

Como producto del análisis ideográfico y nomotético de la información obtenida y a partir de las diferencias, se plantea la aproximación a la representación social sobre “*el significado de la calidad de vida del adulto mayor*” de la siguiente manera:

Para el adulto mayor:

- Principalmente es tener paz y tranquilidad en su vida cotidiana sin problemas personales ni familiares, sin temores, miedo, ansiedad por los conflictos que pudieran presentarse dentro del seno familiar.
- Ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, con afecto y respeto por su persona y sus bienes materiales; ayudándole a lograr sus metas.
- Permitiéndole gozar de su derecho de libre expresión, comunicación e información dentro y fuera del hogar, así como su libertad de decisión en especial en lo relacionado a sus deseos, intereses y perspectivas.

Para la familia:

- Proporcionándole al adulto mayor “*dentro de lo posible*”, alimentación, vestido, vivienda e higiene; otras necesidades no son importantes satisfacerlas porque “*es viejo*” y no las necesita.

En función a los resultados obtenidos en la investigación se ha llegado a un nivel de profundización sobre el “*el significado de la calidad de vida del adulto mayor*” que nos permite proponer las siguientes hipótesis:

- H₁** : En el adulto mayor en su vida cotidiana, a mayor nivel de paz, tranquilidad, protección familiar, digna y amorosa, sin perder su derecho a la libre expresión, comunicación y decisión; mayor será su calidad de vida.
- H₂** : En relación a la familia, cuanto menor considere el nivel de satisfacción de las necesidades de seguridad, estabilidad, posesión y pertenencia del adulto mayor, menor será el nivel de su “*calidad de vida*”.
- H₃** : A diferencia de los jóvenes y adultos, la pirámide de necesidades para el adulto mayor requiere una especial consideración o adecuación, reubicando las necesidades de amor y afecto principalmente, en el primer nivel, conjuntamente con las llamadas necesidades básicas (Anexo F).
- H₄** : La necesidad de autorrealización no es sólo un derecho del joven; el adulto mayor debe sentirse autorealizado si y solo se tiene el apoyo y ayuda familiar para el logro de sus metas y perspectivas garantizando con ello su calidad de vida.

5.2.- ALCANCES.

- El tipo de estudio es pionero en el campo de la enfermería geriátrica-gerontológica, tiene una metodología de intervención cualitativa para aplicarla en lo subjetivo, en lo humano, buscando siempre el bienestar y satisfacción de las necesidades del adulto mayor.
- Dado que las representaciones sociales tienen un carácter particular debido a que los valores, actitudes, opiniones, conocimientos, creencias le son propias

de las personas de una área geográfica determinados; la aplicabilidad del presente estudio es sólo para el Asentamiento Humano Laura Caller Iberico de Los Olivos. Sin embargo, extrapolando los resultados se constituyen en el inicio del camino para aplicarlo en otras realidades y grupos humanos, puesto que los conocimientos, actitudes y creencias de las personas están ampliamente influenciados por factores históricos, sociales, culturales y económicos; los cuales se fundamentan en códigos y normas sociales, que son comunes a toda sociedad humana.

- Los resultados de la investigación servirá como base sólida al programa del adulto mayor del MINSA, para planificar estrategias sanitarias que no sólo prolonguen la vida del adulto mayor sino que se haga énfasis en su calidad de vida, sea éste sano o enfermo.

5.3.- RECOMENDACIONES.

- Continuar en enfermería, con la realización de investigaciones con esta metodología porque son necesarios, según los fines de nuestra profesión. Asimismo propiciar investigaciones multidisciplinarias que a todos los integrantes del equipo de salud nos permitirán comprender mejor la forma de pensar, actuar y sentir de los adultos mayores y sus familiares en relación a la preservación de la *“calidad de vida del adulto mayor”*, para así garantizar una vida con calidad a la población anciana. Más que cada vez ésta tiene un incremento mayor en nuestro país y ellos merecen vivir los años dorados con calidad, porque se lo debemos por todo lo que nos dieron.
- Motivar por parte del docente de la EAPE y de otras disciplinas, en la enseñanza de la investigación, el desarrollo de investigaciones con el enfoque cualitativo y la teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici, a fin de propiciar en el estudiante el *“constructivismo social”* y tener una comprensión más social, más humana de la cultura y necesidades de las personas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) AROSTEGUI, L. Evaluación de la calidad en personas adultas con retraso mental en la comunidad del país Vasco. España: Universidad de Deusto; 1998. p 20.
- (2) CALIZAYA, J. Ansiedad, afrontamiento del estrés y calidad de vida en pacientes con tuberculosis. Tesis (Maestría en Psicología Clínica) UNMSM. Lima; 2005. pp. 67 – 68.
- (3) VELANDIA, A. Investigación en salud y calidad de vida. Primera Edición, Bogotá: Universidad Nacional; 1994. p. 300.
- (4) MARTÍN, E. La prevención comunitaria. Revista sobre igualdad y calidad de vida. Nº 7. España: Colegio Oficial de Psicólogos; 1994. p. 7.
- (5) KRZEMIEN, D. Calidad de vida y participación social en la vejez femenina. Mar de Plata: Universidad Nacional del Mar del Plata, Grupo de investigación psicológica del desarrollo; 2001. p. 3.
- (6) EAMON O´SHEA. La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes. Irlanda: Galway, Universidad Nacional; 2003. p. 6, 10.
- (7) OPS / OMS. Enfermería gerontológica: conceptos para la práctica. Nº 31. Washington D.C.; 1995. pp. 9 – 10.
- (8) COLEGIO DE PSICÓLOGOS DEL PERÚ. Calidad de vida en el adulto mayor. Cuaderno Nº 04. Lima: CDR I; 2003. pp. 1 – 5.

- (9) MEDELLÍN, G. Crecimiento y Desarrollo del ser humano. Tomo II: Edad Escolar a Adulto Mayor. Colombia: Bogotá, Editora Guadalupe Limitada; 1998. p. 855.
- (10) WITKONSKI, P.; KAHN, J. Mutations sociales et psychopathologie familial. Anales medico – psychologiques. Washington D.C.: 1989. p. 954.
- (11) COFFEY, A. Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Colombia: Universidad de Antioquia; 2003. p. 196.
- (12) MORAN, I. Social representations of gender in the media: Quantative and qualitative conten analysis. En MIELL, d y M. NETHERELL (Eds.=. Doing social psychology London: sage; 2000. p. 2.
- (13) MOSCOVICI, S. Psicología social Volumen II. España: Madrid; 1986. p. 8, 18.
- (14) RAMIREZ, H. Ocultando al enemigo. Tesis (Licenciatura en Enfermería). Lima: UNMSM; 2002. p 38.
- (15) WOLF, M. Sociologías de la vida cotidiana. España: Madrid, Ed.: Catedral; 1982. p. 30
- (16) JODELET, D. Las representaciones sociales. Artículo publicado en <http://www.encolombia.com/foc2.4.htm>
- (17) ROBINSON, M. Los derechos humanos de las personas mayores. Ginebra: Naciones Unidas; 2001. pp. 2 – 4.
- (18) RODRIGUEZ, G. Metodología de la Investigación cualitativa. España: Granada, Ediciones ALJIBE; 1996, p. 31.

- (19) HABERMAS, J. Teoría de la acción comunicativa. España: Madrid, Editorial Taurus Humanidades; 1992; p. 393.
- (20) FALLA, R. Comunicación y hermenéutica. Anales de la facultad de Medicina, julio-septiembre 2004; ISSN-1727-4389, C.S.I. UNMSM, Boletín 53. p. 24
- (21) REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Diccionario de la Lengua Española. Edición XXII. Tomo XI, Perú: Lima, Editorial Talleres Gráficos de Quebecor – World Perú S.A.; 2005. p. 876.
- (22) AZAÑA, C. Prostitución femenina. Historia de vida de mujeres que ejercen el trabajo sexual. Centro de Salud Tahuantinsuyo Bajo. Tesis (Licenciatura en Enfermería), UNMSM. Perú: Lima; 2003. p. 24.
- (23) HORNA, A. La empresa en el camino del éxito. Primera Edición, Perú: Lima, Universidad Norbert Wiener; 2001. pp. 92 -93.
- (24) FARR, R. Representações sociais: a teoria e sua historia. Brasil, Petrópolis, Vozes; 1994. p. 180.
- (25) STRAUSS, A. y CORBIN, J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Segunda Edición, Colombia, Editorial Universidad Antioquia; 2002. p. 113.
- (26) MONCHIETTI, A. Representación social de la vejez y su influencia sobre el aislamiento social y la salud de quién envejece. Revista de Psico-Gerontología. Tiempo on-line. <http://www.psiconet.com>. Número 4, Buenos Aires; 2000. p. 3.
- (27) VASQUEZ, J. Investigación, Acción en Derechos Humanos: su representación social en el movimiento urbano popular. MUP. Departamento de Psicología. México: U. A. M. Iztapalapa; 2000. p. 104 – 106, 241 – 280.

- (28) JODELET, D. Las representaciones sociales: fenómenos, conceptos y teorías en Psicología Social II. España: Barcelona, Editorial Paidós; 1989. p. 20.
- (29) MOSCOVICI, S. El fenómeno de las representaciones sociales en relaciones humanas, familia y sociedad. Argentina: Buenos Aires; 1981. p. 21.
- (30) TEJADA, O. Percepción que tiene el adulto mayor respecto a su proceso de envejecimiento en el Albergue Central Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro. Tesis (Licenciatura en Enfermería). Lima: UNMSM; 2006. p. 19.
- (31) PAPALIA, D. y WENDKOS, S. Desarrollo humano con aportaciones para Iberoamérica. Sexta Edición, Colombia: Santa Fe de Bogotá, Editorial Mc Graw Hill; 1997. p. 489.
- (32) LEININGER, M. Teoría transcultural. México, Editorial Mc Graw Hill; 1992. p. 59.
- (33) KOZIER, K. Fundamentos de enfermería: concepto, proceso y práctica. Volumen I, España, Editorial Mc Graw Hill Interamericana; 1998. pp. 679, 695.
- (34) O'BRIAN, M. Communication and relationship in nursing. EEUU: Washington D.C., Mosby Company; 1986. p. 3.
- (35) BARONE, L. Valores y actitudes. Primera Edición, Colombia: Bogotá, Arquetipo Grupo Editorial S.A.; 2004. p. 34.
- (36) GASTRON, L. Género, representaciones sociales de la vejez y derechos humanos. 51 Congreso Internacional de Americanistas, Chile; 2003. p. 3.
- (37) VARGAS, V. Ética para enfermeras. Primera Edición, Perú: Arequipa, UNSA; 1996. pp. 53 – 60.

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

Anexo		Pág.
A	Observación dirigida al adulto mayor y a su familia.....	II
B	Entrevista a profundidad dirigida al adulto mayor	IV
C	Guía de grupo focal familiar del adulto mayor	V
D	Características generales del adulto mayor entrevistado. Asentamiento Humano Laura Caller Iberico – Los Olivos. Febrero 2005 – Abril 2006	VI
E	Observaciones al adulto mayor y familiares entrevistados Grupo Focal. A.A.H.H. Laura Caller Iberico – Los Olivos. Febrero 2005 – Abril 2006	VII
F	Adecuación de la Escala Jerárquica de Necesidades de Abraham Maslow, a las necesidades del adulto mayor	VIII

ANEXO A

OBSERVACIÓN DIRIGIDA AL ADULTO MAYOR Y A SU FAMILIA

OBJETIVO: Observar las actitudes o comportamientos del adulto mayor y sus familiares, así como el ambiente físico del hogar, interrelaciones familiares-sociales para complementar la información acerca del significado de la calidad de vida del adulto que tiene de sí mismo y su familia

1.- Dirección : _____ Fecha : _____

2.- Hora de inicio : _____ Hora de Término : _____

3.- Número de entrevistado : _____

4.- Aspecto físico del adulto mayor y su familia (higiene, vestido, imagen personal, etc.)

Adulto mayor : _____

Familiar : _____

5.- Formas de comunicación:

Postura al conversar

Adulto mayor : _____

Familiar : _____

Gestos, expresión facial

Adulto mayor : _____

Familiar : _____

Movimientos corporales

Adulto mayor : _____

Familiar : _____

Formas de hablar (lenguaje)

Adulto mayor : _____

Familiar : _____

Parafraseo (frases o jergas utilizadas para expresar "bienestar o estar bien")

Adulto mayor : _____

Familiar : _____

6.- Actitudes:

Abierto-receptivo

Adulto mayor : _____

Familiar : _____

Retraído

Adulto mayor : _____

Familiar : _____

Otras

Adulto mayor : _____

Familiar : _____

7.- Ambiente y clima familiar percibido - interrelaciones familiares que predominan

Armonía	SI	NO	Trato afectuoso	SI	NO
---------	----	----	-----------------	----	----

Confianza	SI	NO	Apoyo interpersonal	SI	NO
-----------	----	----	---------------------	----	----

Tolerancia	SI	NO	Reciprocidad	SI	NO
------------	----	----	--------------	----	----

8.- Recursos materiales percibidos (tipo de vivienda, condiciones, limpieza, etc.) :

Bueno	SI	NO
-------	----	----

Regular	SI	NO
---------	----	----

Deficiente	SI	NO
------------	----	----