

**CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA PARA EL ADULTO MAYOR
INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL GERIÁTRICO SAN ISIDRO DE
MANIZALES 2002**

JULIALBA CASTELLANOS RUIZ

**MAESTRIA EN EDUCACIÓN Y DESARROLLO HUMANO
UNIVERSIDAD DE MANIZALES
CENTRO INTERNACIONAL DE EDUCACIÓN Y DESARROLLO HUMANO -
CINDE
MANIZALES
2002**

**CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA PARA EL ADULTO MAYOR
INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL GERIÁTRICO SAN ISIDRO DE
MANIZALES 2002**

JULIALBA CASTELLANOS RUIZ

**Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar al título de
magíster en Educación y Desarrollo Humano**

Asesora

Mgr. OLGA PATRICIA BONILLA M.

Evaluador Externo

Mgr. CARLOS VALERIO ECHAVARRIA GRAJALES

**MAESTRIA EN EDUCACIÓN Y DESARROLLO HUMANO
UNIVERSIDAD DE MANIZALES
CENTRO INTERNACIONAL DE EDUCACIÓN Y DESARROLLO HUMANO-
CINDE
MANIZALES
2002**

NOTA DE ACEPTACIÓN

Ciudad y Fecha (Día, Mes, Año)

***A mi madre
y a mi hijo,
quienes son
la luz que
guía mi vida.***

AGRADECIMIENTOS

**Al Hospital Geriátrico San Isidro, por su valioso apoyo en mi crecimiento
personal y profesional**

**A los Adultos Mayores que viven en la Institución, por permitirme entrar en
sus corazones, fuente infinita de sabiduría**

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 DESCRIPCION DEL AREA PROBLEMÁTICA	1
1.2 ANTECEDENTES	7
1.3 JUSTIFICACION	16
1.4 OBJETIVOS	19
1.4.1 Objetivo General	19
1.4.2 Objetivos Específicos	19
2. REFERENTE TEORICO	20
2.1 ESCENARIO SOCIOCULTURAL DEL ADULTO MAYOR	21
2.1.1 Envejecimiento y Vejez	21
2.1.1.1 Envejecimiento	22
2.1.1.2 Vejez	23
2.1.2 Cultura y Vejez	25
2.1.2.1 Los ancianos en las sociedades cazadoras recolectoras	25
2.1.2.2 La vejez en las sociedades agrícolas y pastoriles	27
2.1.2.3 El adulto mayor en las sociedades industriales y postindustriales	28

2.1.3 Sociedad y Vejez	30
2.1.4 Familia, Institucionalización y vejez	31
2.2 DESARROLLO HUMANO, DESARROLLO SOCIAL Y VEJEZ	36
2.2.1 Desarrollo Humano y Vejez	36
2.2.2 Desarrollo Social y Vejez	40
2.2.2.1 Tendencias demográficas	40
2.2.2.2 Tendencias en la morbilidad en el adulto mayor	43
2.2.2.3 Marco Legal y Vejez	44
2.2.2.4 Escenarios Institucionales y Políticas	47
2.3 CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO	50
3. METODOLOGÍA	74
3.1 UNIDAD DE ANÁLISIS	74
3.2 UNIDAD DE TRABAJO	74
3.3 TECNICAS E INSTRUMENTOS	75
3.3.1 Técnicas	75
3.3.1.1 Entrevista a profundidad	75
3.3.1.2 Observación participante	76
Instrumentos	76
Diario de campo	76
3.3.2.1.1 Notas de campo	76
3.3.2.1.2 Notas de Observación	77
3.3.2.1.3 Notas teóricas	77
3.3.2.1.4 Notas metodológicas	77

3.3.2.1.5 Notas personales	78
3.3.2.2 Talleres	78
3.4 DISEÑO METODOLOGICO	78
3.5 PROCEDIMIENTO	79
4. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	80
4.1 PRIMERA PARTE: FASE DESCRIPTIVA	81
4.2 SEGUNDA PARTE: FASE INTERPRETATIVA	92
4.3 TERCERA PARTE: FASE DE CONSTRUCCIÓN DE SENTIDO	113
4.3.1 La construcción del concepto de calidad de vida en el adulto mayor, desde una perspectiva subjetiva, elemento identitario	114
4.3.2 La construcción del concepto de calidad de vida en el adulto mayor, desde una perspectiva objetiva, elemento de socialización	131
5. CONCLUSIONES	141
6. RECOMENDACIONES	149
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	159
ANEXOS	166

INTRODUCCIÓN

El presente estudio tiene como objetivo significar los conceptos que asume el adulto mayor con respecto a la categoría de calidad de vida y, a partir de ahí, diseñar una propuesta educativa de atención al adulto mayor.

Las razones sobre las cuales se argumenta la realización de este proyecto, son: en primer lugar, la situación actual de Colombia en términos de distribución demográfica¹, la cual ubica al país con envejecimiento intermedio. Actualmente el 6.7% del total de la población es anciana, se proyecta que para el 2025 sea el 14.8%, un poco más del doble y, se espera que para el período comprendido entre 1980 y el 2020 un crecimiento global de la población mayor del 75% del total. Lo que supone un rápido incremento en el número y en la proporción de personas de 60 y más años de edad como resultado de una prolongación cada vez mayor de la esperanza de vida al nacer, la disminución de la mortalidad infantil, entre otros. Situación que plantea una serie de retos y desafíos a las ciencias sociales para el siglo XXI, en tanto, las interroga sobre su posición epistémica frente al fenómeno de la transición demográfica y su relación con el envejecimiento; en términos de ir consolidando propuestas de atención integral a este tipo de población.

¹ Citado en Gómez, J.F. 1998, Pág 40

Otro elemento importante es el resultante de las modificaciones sociales, por un lado, las que se han venido produciendo en los últimos años, cuya expresión se evidencia en la posición de la mujer en la sociedad, haciendo de ella un sujeto más participativo y visible públicamente; por otro lado, reduciendo el tamaño de la familia con tendencia al modelo nuclear; de igual manera, el aumento de adulto mayores que viven solos, aunado al incremento de patologías, especialmente crónicas y discapacitantes, han llevado al aumento de la institucionalización como una alternativa para las familias o para el mismo adulto mayor.

De allí que al interior de ese contexto, el adulto mayor se sienta vulnerado debido al desplazamiento de su espacio vital que estaba constituido por su núcleo familiar, al espacio institucional, sintiendo que deja su espacio por el de otro, que le resulta extraño y desconocido, regido por normas y reglamentos, habitado por cuidadores y compañeros con quienes debe compartir ese nuevo escenario.

Como consecuencia de lo anterior, debe reconfigurar los diferentes roles que venía desempeñando. Así, el rol de padre, como protagonista del núcleo familiar desaparece para ser ocupado por el del abuelo, en el que el adulto mayor institucionalizado se percibe así mismo con poca o a veces ninguna participación activa en la toma de decisiones de su hogar. A ello se agrega, que ha dejado su rol de proveedor principal de la familia a ser el de consumidor pasivo, ya sea, porque no pudo acceder a una pensión durante la edad adulta o por la presencia de una enfermedad, no pudo seguir laborando y voluntariamente o no, se decide a

la institucionalización como alternativa. Hechos, que lo llevan a cuestionar su sentido de vida, pues considera que ya no posee valores y no ocupa un rol significativo tanto en su espacio vital como en el institucional, que lo conducen a pensar que ya no tienen derecho a exigir nada de su entorno y que ha perdido el control sobre su vida.

Las situaciones anteriores, han llevado a un incremento en la demanda de la atención en salud, en donde, las personas responsables de ofrecer este tipo de servicios, no tienen en cuenta al adulto mayor como actor central, en tanto, tradicionalmente los modelos de atención se han centrado unos, en el abordaje de las condiciones propias del organismo y de los distintos subsistemas que lo integran, excluyendo aspectos socioculturales y otras esferas que hacen parte del individuo como ser integral. Otros en cambio, se han parcializado en la dimensión social, excluyendo a su vez, otras dimensiones inherentes al individuo. Ello, obliga al abordaje de la problemática de la población mayor de una forma más integral y contextualizada a su realidad actual e invitan a reflexionar sobre el significado que tiene para el adulto mayor que habita en una institución de cuidado crónico, el concepto de calidad de vida como principal actor y gestor de ésta.

Más aún, cuando las investigaciones actuales sobre calidad de vida, tales como, el Índice de Desarrollo Humano² centra sus intereses en indicadores como el PIB, avances en la alfabetización, las tasas combinadas de escolarización, la

² Citado en Anuario estadístico de América Latina y el Caribe, 1993

esperanza de vida al nacer, entre otros, que poco dan cuenta del referente contextual real, en el cual vive el adulto mayor y, por consiguiente, no conocen la calidad de vida de esta población. En ese sentido, otros estudios³ sobre el perfil de impacto de la enfermedad, el perfil de salud de Nottingham, entre otras, aplicados al adulto mayor, gira en torno a instrumentos de medición que son diseñados en otros países con características histórico sociales diferentes a nuestro contexto colombiano, lo cual supone nuevos desafíos a las ciencias sociales, debido a que la relativa novedad del tema y su misma complejidad, hacen de la calidad de vida un tema de interés que debe ser resignificado, para todas las poblaciones y en este caso particular, debe ser conceptualizado a partir de los sentires, saberes y haceres del adulto mayor.

Por lo anterior, se espera que este estudio responda de manera concreta al significado que los adultos mayores dan al concepto de calidad de vida. Para una mejor comprensión de esta intención investigativa, la estructura del documento está dividida en tres partes: la primera, hace referencia al planteamiento del problema, las preguntas que orientan la investigación, antecedentes de otros estudios que se hayan realizado en torno a la calidad de vida del adulto mayor, la justificación y los objetivos propuestos. En la segunda parte, se presenta el referente teórico con respecto al adulto mayor, desarrollado en tres capítulos correspondientes, al escenario sociocultural, al desarrollo humano y desarrollo

³ Para ampliar los conocimientos sobre estudios de calidad de vida del adulto mayor se recomienda revisar los instrumentos sobre el perfil del impacto de la enfermedad (SIP), el perfil de salud de Nottingham y el SS36 (Short form 36). En CURSIO, C. Calidad de Vida en Adultos mayores, 1999.

social del adulto mayor y, como eje central, el capítulo sobre la calidad de vida. La última parte, hace mención al proceso metodológico y análisis de la información recogida, para dar cuenta acerca del concepto de calidad de vida del adulto mayor institucionalizado.

Las conclusiones y recomendaciones, que también hacen parte de este último capítulo, están referidas a los posibles proyectos de investigación que se desprenden de este estudio y la concreción de unos lineamientos generales para describir una propuesta educativa de atención al adulto mayor.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCION DEL AREA PROBLEMÁTICA

El concepto de desarrollo humano y desarrollo social apunta al mejoramiento de la calidad de vida de los individuos. Por tanto, un proceso investigativo que busque comprender el concepto de calidad de vida de una población, específicamente del adulto mayor hace que se generen referentes epistémicos y conceptuales significativos para sugerir políticas sociales y públicas de atención al adulto mayor.

En este sentido, las políticas sociales consignadas en el plan internacional de Viena⁴ en el año 1982, estuvieron encaminadas a garantizar la seguridad económica y social de los adultos mayores, así como oportunidades para que esas personas contribuyan al desarrollo de sus países. Teniendo en cuenta, que la formulación y ejecución de políticas relativas al envejecimiento son un derecho soberano y una responsabilidad de cada estado; no se aplican a cabalidad y tienen poco impacto en este grupo poblacional.

Sin embargo, los resultados obtenidos a nivel de políticas sociales y públicas con respecto al adulto mayor institucionalizado, se observa, que han podido garantizar

⁴ Plan internacional de Viena, 1990

la seguridad económica, en cuanto, dependen de una institución para la satisfacción de sus necesidades básicas y no poseen bienes económicos que le permitan acceder a otro tipo de satisfactores. Desafortunadamente, la cobertura es limitada⁵, la atención en salud proporciona bienestar físico y psicológico, aunque este último en menor grado debido a la crisis actual de las instituciones de salud que repercute en el adulto mayor, puesto que, éste se siente vulnerable frente a la incertidumbre de su futuro y a la falta de control de sus vidas.

En este orden de ideas, a pesar de que en la actualidad, instituciones como el ministerio de salud, el ICBF, el ministerio de trabajo y seguridad social y la presidencia de la república entre otras, han procurado dentro de sus estructuras y funciones, acciones en beneficio del adulto mayor; aún existen en el país serios problemas debido a la falta de mecanismos de coordinación interinstitucional y sectorial, que permitan mayor eficiencia en la prestación de los servicios y a la orientación de los proyectos hacia acciones básicas de tipo asistencial y, a la falta de un mayor énfasis en la población mayor por parte del estado.

Sumado a lo anterior, en el país se encuentran varias instituciones a nivel local, oficial y privado, dedicados a atender a la población que no vive con sus familias. Los centros de bienestar del adulto mayor, así llamados hoy, tienen ingresos

⁵ El gobierno nacional aprobó en reunión del consejo nacional de política social el documento CONPES sobre envejecimiento y vejez. Se destaca, que es la primera vez que existe un marco general de políticas públicas que toman en cuenta la problemática de este grupo poblacional y establecen lineamientos dirigidos a ellos, en Colombia.

ocasionales insuficientes, como aportes del sector salud, de beneficencias y loterías.

En 1991 existían 395 instituciones de atención a personas mayores, en su mayoría privadas (296), con una cobertura de 20.000 personas (DANE, 1988-1991). De las cuales, no a todas se realizan una adecuada supervisión y exigencia en el cumplimiento de las reglamentaciones básicas sanitarias, además, de que algunas de ellas no cuentan con personal capacitado o es insuficiente en el área de geriatría y gerontología, reflejándose en muchas ocasiones, en la precaria atención de la población mayor, que solo se reportan a través de los medios masivos de comunicación como una violación a los derechos del adulto mayor.

En acuerdo con lo anteriormente expresado, debe reconocerse la heterogeneidad de la población usuaria de estas instituciones geriátricas, para enfocar los planes terapéuticos en forma individual y colectiva. Se dice, que aproximadamente una tercera parte de la población que ingresa a un centro geriátrico son de corta estancia (permanencia de 1 a 6 meses), por enfermedad terminal, subaguda o proceso de rehabilitación. No obstante, las dos terceras partes restantes, son residentes de larga estancia (6 meses a 2 años o más), generalmente con alteraciones en su capacidad funcional o cognitiva (demencia), o ambos y adultos mayores abandonados por sus familias.

Todo esto genera una mayor vulnerabilidad en la población mayor, ya que estos centros, aunque prestan los servicios básicos en salud, ocupación y recreación; olvidan otras dimensiones del sujeto como, los procesos afectivos, que si bien algunos de los adultos mayores los reciben por parte de su núcleo familiar, la mayoría tienden a sentir falta de afecto, por parte de sus familias, lo que conlleva en ellos, a sentimientos de soledad, apatía hacia los demás, en ocasiones aislamiento y deseos de morir.

El cambio social inició el tambaleo de los valores vinculados a la familia, a la asignación de papeles en su interior y, ha implicado también una serie de modificaciones relativas a los cuidados en la vejez. Estos cambios unidos a una mayor calidad y esperanza de vida, hace que el planteamiento del cuidado del adulto mayor sea fuente de preocupación para los servicios sociales, administrativos, familiares y del mismo individuo mayor, quien siente vulnerada su seguridad y se incrementa su preocupación por considerar que es una persona que está afectando el normal desarrollo de su ambiente familiar y, por consiguiente, se considera un obstáculo, hecho que le genera mayor ansiedad e incluso depresión.

Además, pocas veces se ha hecho un diálogo directo con el adulto mayor sobre estos cuestionamientos y, usualmente la familia ya ha decidido por él; olvidando que éste es el principal actor de su vida y, quien debe decidir que necesita o desea para optar por una mejor calidad de vida.

A partir de los intereses teóricos anteriormente expuestos, con base en la experiencia obtenida en la praxis profesional como fisioterapeuta en una institución de cuidado crónico y, por los cuestionamientos y reflexiones que emergieron al interior de los procesos terapéuticos, surge el interés de llevar a cabo un proceso investigativo que integre los aspectos mencionados para determinar o configurar el referente contextual del adulto mayor, de manera que se brinde respuesta a la pregunta central de este estudio ¿Qué sentido tiene para el adulto mayor institucionalizado el concepto de calidad de vida?.

La respuesta que se encuentre a este interrogante permitirá sugerir políticas y lineamientos educativos con enfoque holístico, en beneficio de este grupo etario, en acuerdo con los intereses, habilidades y posibilidades que han de contribuir a un envejecimiento exitoso, en donde, el adulto mayor sea considerado como sujeto importante y necesario en el proceso de desarrollo humano y de desarrollo social de todos los niveles de la sociedad colombiana.

Por lo tanto, se propone el siguiente objetivo: comprender el concepto de calidad de vida en el adulto mayor institucionalizado en el Hospital Geriátrico San Isidro de la ciudad de Manizales. Para dar cumplimiento a este objetivo se decidió significar las comprensiones que los adultos mayores daban al concepto de calidad de vida, a través de una relación dialógica, en la que pudieran acceder a sus testimonios, sus actitudes, sus formas de interacción; los cuales representan tradiciones, simbologías y prácticas culturales.

Otras preguntas orientadoras del estudio fueron:

- Cuáles son los conceptos de calidad de vida que tiene el adulto mayor institucionalizado?
- Cuáles son las significaciones de las categorías que emergen alrededor del concepto de calidad de vida del adulto mayor institucionalizado?
- Qué significa para el adulto mayor institucionalizado el concepto de calidad de vida?

1.2 ANTECEDENTES

Las investigaciones sobre el adulto mayor institucionalizado que se han realizado en Colombia son muy pocas y, menos aún sobre la temática referida a calidad de vida en el adulto mayor que habita en un escenario institucional lo cual plantea retos significativos a las ciencias sociales, en cuanto, abre las posibilidades para descubrir caminos hasta ahora inexplorados, que pueden arrojar directrices y constructos teóricos en beneficio tanto del adulto mayor como de la comunidad en general y, de las instituciones de atención al adulto mayor, en particular.

Para ello, es importante revisar algunos antecedentes con respecto a la calidad de vida, que permitan tener un panorama general frente a esta temática y su relación con el adulto mayor, como protagonista. Ejemplo de ello, se encuentra la investigación realizada por Hernández (1997), titulada “Elaboración de un índice de calidad de vida para personas de la tercera edad”, en la cual, el autor pretende determinar si la calidad de vida del adulto mayor es menor, en relación con la población mayor que vive en su núcleo familiar. En dicho trabajo se llegó a la conclusión que las personas mayores institucionalizadas viven en una situación mucho más precaria, tanto en el aspecto de la salud general como socioeconómica, que las personas que viven en sus hogares. Investigación, que plantea interrogantes al presente estudio, como: Qué políticas deben contemplar

las Instituciones de cuidado crónico para mejorar la calidad de vida del adulto mayor?. La satisfacción de las necesidades básicas de estos centros son suficientes para su bienestar?, Qué piensan ellos de sus condiciones actuales de vida?, Qué situaciones han llevado al adulto mayor a ser insititucionalizado?, Qué situaciones ocurren para que el adulto mayor sea desplazado de sus espacio vital al espacio institucional?.

En este sentido, también se han realizado en las dos últimas décadas investigaciones encaminadas a lograr un mejoramiento en la calidad de vida de las personas de la tercera edad, como la propuesta por Correa, Mendoza y Vargas (1993), llamada “Perfil epidemiológico Geriátrico”, la cual pretendía determinar las condiciones de morbilidad más frecuentes en el adulto mayor. Cuyos resultados mostraron que el 65% de ellos presentan afecciones físicas, entre las que predominan las del sistema nervioso y, que más del 45% padecen depresión leve a moderada, debido principalmente a factores de tipo socioeconómico. De tal manera, que este estudio muestra la importancia de tomar acciones dirigidas hacia la atención primaria de la salud a nivel de la Geriátrica y la Gerontología, en lo relacionado con programas que proporcionen un abordaje integral del adulto mayor. Investigación, que genera preguntas orientadas a: cuál es el papel que desempeña la presencia de enfermedad física o emocional e incluso afectiva en la calidad de vida del adulto mayor? Y, cómo a su vez éstas condiciones pueden coexistir y afectar positiva o negativamente su calidad de vida?.

Entre otras investigaciones, similares a la anterior, se encuentran las mencionadas por Sen, A. et al (1996), que buscaban explorar el concepto de calidad de vida desde diferentes perspectivas. Para tal efecto, la investigación escandinava que se llevó a cabo sobre “el nivel de vida” en 1968 y, el segundo estudio que se realizó a gran escala sobre “el bienestar” en 1972, brindaron aportes significativos, en tanto, ofrecieron un sistema más abarcador de indicadores para describir el nivel y calidad de vida de la población.

Estas investigaciones proporcionan además apuntes significativos a la presente investigación, puesto que lleva a reflexionar sobre cuáles pueden ser los indicadores o categorías más significativas para describir y comprender el sentido del concepto de calidad de vida de los residentes en instituciones de cuidado crónico, a la vez, que posibilita la indagación sobre las posibles inclusiones e interacciones entre las diferentes categorías y así mismo, cuáles se excluirían, según el rol desempeñado por cada una de ellas en la vida del adulto mayor.

Otro estudio escandinavo relacionado, con el anterior y que también es citado por el mismo autor corresponde al “enfoque de las necesidades básicas”, pretendía demostrar que las necesidades básicas de los individuos estaban dirigidas no sólo a los bienes materiales sino que además, existían necesidades de tipo emocional y afectivo. Con esta investigación se concluyó que existen necesidades humanas básicas tanto materiales como no materiales y, que hay que considerar ambos tipos para así evaluar el nivel de bienestar de una sociedad. Este trabajo

brinda elementos importantes, debido a que permite cuestionar tanto al adulto mayor como a las instituciones que tienen a su cargo el cuidado de estas personas sobre que condiciones requiere él para acceder a su desarrollo como ser humano y como ser social?.

Además, de las investigaciones mencionadas, se han realizado otras, sobre la evaluación del efecto sobre la calidad de vida de modos específicos de tratamiento de enfermedades y aunque tiene una orientación más clínica, intentan medir el efecto de las intervenciones en salud sobre la calidad de vida descritas por Sen. A et All (1996) sobre el “perfil del efecto de la enfermedad” (PEE) la cual, como aporte ofrece un instrumento para medir el efecto de una variedad de formas de mala salud sobre la calidad de vida de las personas y en ese mismo sentido, Sen (1996) referencia la investigación sobre “el Índice de Calidad de Vida” (ICV) que contribuye también a la medición de la calidad de vida de los pacientes con cáncer.

Instrumentos, que aunque contribuyen a la medición de las funciones primarias, como la movilidad, la comunicación, la supervivencia, entre otras, se quedan cortos al contemplar las otras dimensiones del ser humano, puesto que, dichos instrumentos presentan dificultades para captar las respuestas subjetivas y, en el caso particular de este estudio, del adulto mayor con respecto a sus sentimientos frente a sus condiciones de deterioro físico, frente a su nivel de funcionalidad, de

bienestar e incluso, de lo que representa para el adulto mayor la felicidad y su calidad de vida más allá de lo evidente.

Con referencia a medidas globales de calidad de vida, Quintero (1998), plantea la necesidad de desagregar datos y realizar análisis de casos individuales, teniendo en cuenta condiciones específicas como ciertos tipos de población, como aquella que padece demencia. Aporte significativo, ya que, en ocasiones, se tiende a generalizar el tipo de medición sin tener en cuenta contextos particulares.

En Colombia, Dulcey. Ruiz (1995 citada en Quintero, 1998) lleva a cabo un estudio sobre “Calidad de vida en relación con condiciones y estilos de existencia diferenciales”, entre algunos departamentos, en el cual, el interés estaba centrado en considerar que con respecto a los individuos es importante tener en cuenta las condiciones y estilos de vida de las personas. Tal estudio reveló índices de calidad de vida, en términos de infraestructura, de servicios de salud, educación e ingresos bastante bajos en contraste con otros relativamente altos. Resultados que al ser extrapolados a los residentes en instituciones geriátricas llevan a la investigadora a considerar otros aspectos como las condiciones y estilos de vida previos, su contexto sociocultural, como elementos coyunturales en la calidad de vida de esta población.

Otros estudios como los descritos por Kliempt, P. Et All (2000) como “El índice de Karnofsky” para valorar los avances de pacientes con cáncer pulmonar, realizado

en 1948, cuyo énfasis se hace en la funcionalidad física y nivel de dependencia. “El índice de calidad de vida de Spitzer”, que evalúa los efectos de tratamientos paliativos en pacientes con cáncer o con enfermedades crónicas. “La evaluación de la deficiencia física y mental (PAMIE)”, en la cual se registraban las discapacidades de índole física, psicológica y social, además de tener en cuenta la población mayor institucionalizada.

Otro, corresponde a la “escala de calidad de vida EUROQOL”, que consiste en un perfil multidimensional del estado de salud, que evalúa movilidad, cuidado personal, roles, actividad de índole familiar y estado de humor. Así mismo, CURCIO (1999), menciona el “Perfil de impacto de la enfermedad (SIP), el “Perfil de salud de Nottingham”, el SF-36 8Short-36) que busca valorar la calidad de vida relacionada con la salud.

Cabe mencionar, con base en los anteriores instrumentos descritos, que en los últimos años se ha evidenciado un notable avance en la elaboración de instrumentos de medición de la calidad de vida. No obstante, se han hecho en términos de enfermedad y salud física, desconociendo aspectos vitales de la persona como el bienestar psicológico, situaciones de tipo laboral, problemática en el entorno familiar y social, la institucionalización misma; que hacen que sea difícil la medición del impacto de la enfermedad en la vida del adulto mayor, que en los mismos, no se ha tenido en cuenta al adulto mayor como actor central.

De otro lado, autores como Berner (1985) proponen relacionar el concepto de calidad de vida con la medición de estado de salud e identificó en éstas 5 dimensiones, como son, el estado funcional, estado mental, dotación genética, el potencial de salud de la persona, el cual incluye la longevidad, el potencial funcional y la incapacidad. A pesar, que éste estudio proporciona una aproximación al concepto de calidad de vida desde diferentes dimensiones, se queda corto al no tener en cuenta condiciones subjetivas de la existencia de la persona con una connotación de integralidad. Tesis, que podría llevar a preguntarse sobre la relevancia o no de tales dimensiones, desde el concepto mismo que tiene el adulto mayor de su calidad de vida y, además, qué otras categorías podrían emerger de este grupo poblacional, como dimensiones fundantes de ésta.

También existen otras formas de abordaje, el estudio de la calidad de vida, es el propuesto por (Manfred Max-neef, 1986), quien ha estudiado el problema de las necesidades humanas existenciales y axiológicas y sus respectivos satisfactores en busca del desarrollo humano y por consiguiente de su calidad. Situación que se lleva a cabo de forma individual, según las posibilidades que este tenga de satisfacer sus necesidades en forma adecuada.

Su aporte es muy valioso y, en este caso particular, con respecto al adulto mayor, puesto que, esta teoría hace énfasis en la persona, en quien el desarrollo es posible y permite una visión más integral.

Por otra parte, Quintero, G. (1998) en apoyo con un grupo investigador realizaron un estudio sobre “salud funcional y el bienestar como componentes de calidad de vida en la vejez”, cuya hipótesis de trabajo, parte de que la función es un importante punto de interrogación e indicador sintético del estado de salud de los senescentes, sin embargo, su uso no se encuentra muy generalizado entre las perspectivas, en donde la funcionalidad y el bienestar se complementan para medir aspectos de la calidad de vida de los adultos mayores. Arrojando como resultado, que el estado funcional como indicador sintético de la salud del adulto mayor resulta ser un factor objetivo en las mediciones de calidad de vida de este grupo poblacional, en tanto que, el bienestar complementa esas medidas, como elemento subjetivo. Investigación que abre otros cuestionamientos como cual es el papel que desempeña la salud funcional como factor objetivo y el bienestar como factor subjetivo en la significación del concepto de calidad de vida del adulto mayor institucionalizado?.

En acuerdo con lo anteriormente expresado, se reafirma el desafío frente al estudio del envejecimiento como parte del ciclo vital del ser humano y a la profundización epistémica del adulto mayor como sujeto de desarrollo humano y de desarrollo social quién debe ser tenido en cuenta como actor central para el mejoramiento de su calidad de vida , máxime si la revisión de literatura científica a este respecto, persiste la polémica y dificultades es su conceptualización; relegándose más a definiciones de tipo operacional. Además a nivel nacional, de las pocas investigaciones que se han realizado, han sido con adultos mayores que

viven en comunidad y no a nivel institucional. A nivel local no se reportan investigaciones de este tipo.

1.3 JUSTIFICACIÓN

En los últimos años se ha venido estudiando la calidad de vida desde diferentes perspectivas disciplinares; desde la psicología, cuyo propósito es orientado hacia el bienestar mental, a nivel médico, a partir de la clínica y el tratamiento, desde la economía como la satisfacción de necesidades básicas y, a partir de las instituciones como la adecuada prestación de servicios de salud y la satisfacción que de ellos se derivan.

Perspectivas, que se han centrado en valoraciones de tipo operacional y no conceptual, como es el caso de la medición de factores de riesgo funcionales y psicosociales, en la valoración del impacto de la enfermedad, los estudiantes de morbimortalidad, entre otros. Mediciones que no han permitido tener una definición clara del concepto de calidad de vida, tal vez debido que su carácter multidisciplinario y a que posee componentes de valoración tanto objetivos como de índole subjetivo.

Situaciones que han llevado, según la revisión de antecedentes sobre calidad de vida a la valoración de la salud y la enfermedad más desde una perspectiva física. Poco desde dimensiones subjetivas del ser humano que hacen parte fundamental del mismo. Es por esta razón, que es de vital importancia el estudiar que sentido

tiene para el adulto mayor institucionalizado el concepto de calidad de vida, puesto que este no es tenido en cuenta como actor y gestor principal de su vida y dado que Colombia hacia futuro se ubicará como un país en transición demográfica intermedia, situación que conlleva a una serie de implicaciones de tipo social, familiar, económico, político e institucional. En nuestras sociedades, el adulto mayor no desempeña un rol importante a menos que sean poseedores de grandes capitales y el resto de la familia dependa de ellos o colaboren en el cuidado de los nietos o apoyo en algunas actividades simples dentro y fuera del hogar. En general, la posición que ocupan en la familia es central mientras se mantiene el núcleo familiar, pero al quedar viudos (as) entra a depender de sus hijos o nietos, ocupando una posición marginal, o siendo desplazado de su espacio vital al espacio institucional, haciendo que el adulto mayor se sienta vulnerado y que cambia notablemente su sentido de vida, sus posibilidades de desarrollo, de libertad y, por ende su calidad de vida. De allí, que se requiere de políticas y medidas destinadas al adulto mayor que les brinden oportunidades para satisfacer su necesidad de autorrealización, por medio del logro de sus objetivos, aspiraciones personales y la realización de sus posibilidades.

Por ello, se debe comenzar a estudiar la problemática de este grupo poblacional y, que mejor que a través de esta propuesta investigativa para comprender el significado que tiene desde su propia perspectiva la calidad de vida en el Hospital Geriátrico San Isidro, que contribuya a la resignificación de este sentido y, fortalezca la transformación de sus condiciones a nivel individual y colectivo.

Teniendo en cuenta, que los cambios en nuestra sociedad requieren de una serie de modelos a nivel de intervención, que puedan responder a la forma de actuar de la familia, medio social y las instituciones y profesionales dedicados al cuidado de la vejez (J.L. González, 1995). Lo más saludable sería buscar un marco legal y organizativo en el cual las familias e implicados en el acompañamiento del adulto mayor puedan direccionar acciones para el bienestar del mismo.

De lo anterior, se observa la necesidad de llevar a cabo una fundamentación científica y humanista del proceso de atención al adulto mayor, dentro de un contexto holístico, en aquellas personas o profesionales que de una u otra manera, tienen algún tipo de relación o de decisión para tener una visión más real de éste grupo etario y así desde un abordaje interdisciplinar, en el cual, se incluya al adulto mayor como actor y gestor de su calidad de vida, se propicie una atención integral e integrada.

Así como, en un segundo momento investigativo, elaborar una propuesta educativa que sirva como instrumento de políticas para mejorar la calidad de vida de este grupo etario a nivel institucional, municipal y nacional.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo General

Comprender el concepto de calidad de vida en el adulto mayor institucionalizado en el Hospital Geriátrico San Isidro de la ciudad de Manizales.

1.4.2 Objetivos específicos

1.4.2.1 Reconocer los conceptos de calidad de vida que tiene el adulto mayor institucionalizado.

1.4.2.2 Significar las categorías emergentes sobre calidad de vida que tiene el adulto mayor institucionalizado.

1.4.2.3 Interpretar lo que significa el concepto de calidad de vida en el adulto mayor institucionalizado.

2. REFERENTE TEORICO

SIGNIFICADO DEL CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA PARA EL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO

El referente teórico con respecto al adulto mayor, se desarrolló en tres capítulos; el primero, corresponde al escenario sociocultural de este grupo etario, en el cual se presentaron algunos conceptos sobre envejecimiento y vejez; seguido por el espacio que ocupa el adulto mayor en los diferentes modelos de formación sociocultural admitidos por la antropología. También, se hace una breve reseña del rol que ocupa él, en la sociedad, la familia y las variaciones que se han venido presentando en tales escenarios; así como, la forma como han afectado al adulto mayor que vive en un ambiente institucional.

El segundo capítulo, denominado Desarrollo Humano, Desarrollo Social y Vejez, hace referencia al concepto de desarrollo humano del adulto mayor institucionalizado, a partir de sus vivencias y de las diferentes teorías o constructos teóricos que existen al respecto en los últimos años. De igual manera, se hace una descripción de las principales tendencias demográficas, políticas, sociales y públicas en relación con la población mayor.

El tercer capítulo corresponde a la calidad de vida del adulto mayor que vive en un escenario institucional, haciendo de forma previa un recuento histórico del concepto de calidad de vida, temática central del presente estudio, seguido por los abordajes que se han llevado a cabo desde las diferentes disciplinas, autores y su relación con la población mayor; puesto que un común denominador de ellos, en palabras de SEN⁶, es su condición de pobreza, pero no visto únicamente como la falta de ingresos, que de hecho existe, sino además, como la privación de las capacidades básicas, es decir, de disfrutar las libertades fundamentales para llevar el tipo de vida que tiene razones para valorar el adulto mayor

2.1 ESCENARIO SOCIOCULTURAL DEL ADULTO MAYOR

2.1.1 Envejecimiento y vejez: El ser humano a través de su ciclo vital atraviesa por diferentes etapas y situaciones que contribuyen a la forma que se desempeñará en la vida. La niñez como la manera de descubrir el mundo; la adolescencia, el asumir nuevas responsabilidades y retos; la edad adulta se producen los eventos de vida más importantes, definición de roles ocupacionales y de pareja; y en la vejez, se dispone de tiempo para reflexionar, hay menos preocupaciones e inhibiciones, se enfrenta a algunas pérdidas como el estatus laboral y social, la muerte de personas queridas y existe mayor vulnerabilidad a la adquisición de enfermedades.

⁶ SEN, Amartya. Desarrollo y Libertad. Colombia: Planeta. 2000. P. 127.

2.1.1.1 Envejecimiento: El envejecimiento se define desde tres puntos de vista (GOMEZ, J.F. y Otros, 1995).

- Como estado del ciclo de la vida: La suma de cambios que ocurren en un organismo con el paso del tiempo, aparecen arrugas, se disminuye la velocidad de la marcha y se aumenta el tiempo que requiere para dar una respuesta.
- Como un proceso de deterioro: Acumulación progresiva de cambios con el tiempo, que son responsables del aumento de la susceptibilidad de enfermar y morir.
- Como un daño molecular y celular: Cambio en las membranas citoplasmáticas y núcleos celulares, a través de los años que origina alteraciones en las funciones de los órganos.

La tendencia actual con respecto al envejecimiento plantea la existencia de un antecedente genético, que sumado al estilo de vida y a las condiciones en las cuales vive, determinan el patrón de envejecimiento de cada persona y el estado de salud al envejecer. En este proceso se deben considerar cambios biológicos, cronológicos, psicológicos y sociales que constituyen las diferentes edades del individuo, así:

Edad biológica: El sustrato biológico, cuyo deterioro progresivo puede conducir a una mayor vulnerabilidad al envejecer.

Edad Cronológica: Edad calendario, usualmente se asocia con la edad biológica. A mayor edad, mayor vulnerabilidad.

Edad Social: conjunto de capacidades conductuales de adaptación a las situaciones cambiantes del medio ambiente, a medida que transcurre el tiempo. Condicionada por factores del pasado, del presente y del futuro de cada individuo. El concepto de vejez fue variando tanto más en los últimos años que en el curso de toda la historia⁷. En el siglo XIII tenían viejos a los 30 años y a principios del siglo XX, un hombre de 40 años ya era un hombre mayor. También hay que tener en cuenta la diversidad de nombres con los que se denomina a esta etapa: tercera edad, luego abuelos, años dorados, cuarta edad, vejez, ancianidad, senescencia, senilidad, gerontes, adultos mayores. Algunos términos son peyorativos, otros paternalistas.

2.1.1.2 Vejez: Este concepto está más relacionado con el escenario social, en el cual cada persona es tan anciana como se siente y no necesariamente está condicionado con la edad cronológica que posea. De allí, que el término vejez es más subjetivo y propio de cada individuo y no de la denominación objetivada por los estudiosos de la Geriatría y la Gerontología.

⁷ Accedido en <http://www.rusell.com.ar/tercedad.htm.sep.2000>

Fericgla⁸ establece una distinción entre envejecimiento y vejez, de la siguiente manera:

El envejecimiento es catalogado como un proceso universal, individual, irreversible, declinante y heterogéneo, que implica cambios a nivel celular, tisular, y orgánico; en tanto que la vejez, es una etapa del ser humano, es un concepto abstracto, que nadie como la propia persona puede precisarlo, no sabe cuando comienza.

Con la anterior distinción propuesta por el autor, se puede inferir que el envejecimiento está relacionado directamente con los cambios a nivel neurofisiológico y musculoesquelético que ocurren en el ser humano en general. Mientras que la vejez, como etapa inherente al ciclo vital del individuo posee una connotación más subjetiva, en tanto depende de la percepción de la persona e incluso del contexto sociocultural donde ésta se desenvuelva. Distinción que debe ser tomada en cuenta, al momento de considerar al adulto mayor que vive en una institución de cuidado crónico, puesto que a pesar de ser similar su proceso de envejecimiento a la población general, el concepto que tiene de su vejez puede fluctuar dadas sus circunstancias actuales de vida, de las cuales más adelante se especificarán algunas de ellas.

Además, aún no está totalmente acordado por todos los investigadores en gerontología, una denominación común como cuando se habla de adolescencia o

⁸ FERICGLA, Joseph. Envejecer. Una Antropología de la Ancianidad. Barcelona: Anthropos. 1992. P.35.

niñez. Los norteamericanos hablan de viejos jóvenes y viejos viejos para separar dos etapas.

Hoy se ha tomado la denominación de adulto mayor para hacer referencia a aquellos que transitan entre los 60 y los 65 años, es el periodo de envejecimiento y viejos viejos, para los que están llegando a los 80 y más.

2.1.2 Cultura y Vejez: En lo relacionado con la cultura de la vejez⁸ hay tres modelos generales de formaciones socioculturales, admitidos por la antropología que van a permitir tener una visión más clara del espacio social que ocupa la población mayor en cada uno de ellos.

2.1.2.1 Los adultos mayores en las sociedades cazadoras recolectoras:

En general, son aquellas personas más fuertes de la colectividad y que demográficamente no llegan a ser el 3% de la población. La función del adulto mayor en esas formaciones sociales no queda resumida en recibir de forma pasiva los alimentos que necesitan y aquellos que no pueden conseguir, sino que cumplen con algunas tareas de interés grupal. Prestigio en la medida en que sus fuerzas se los permitan. No obstante, algunos de ellos son importantes en relación a la transmisión simbólico cultural de conocimientos de diversa índole, pero en caso de insuficiencia alimentaria, que ponga en riesgo el principio vital de

⁸ BADILLO, Leon Isabel. Las culturas del ciclo vital. Barcelona: Bardenas. 1997. p. 105-180.

supervivencia del grupo estos pueblos, practican el gerontocidio sin demasiados problemas de carácter moral, emocional o religioso.

En algunos pueblos⁹, se maneja el concepto de suicidio altruista en el cual hay una dura presión social que actúa como fuerza en ese sentido y desde que los individuos de estas sociedades nacen son inducidos a aceptar este probable final de existencia en caso de sobrevivir hasta edades avanzadas. Con este panorama se refleja la importancia que se da a la fuerza productiva, de tal manera, que al verse ésta disminuida, el individuo mayor deja de ser protagonista de su grupo social para asumir un rol netamente pasivo, al interior del ambiente institucional, sin dar prevalencia a otras esferas que siguen presentes y latentes o incluso tienden a incrementarse como son, la experiencia, el afecto, la sabiduría, la solidaridad, entre otros.

Preocupa que aún, a comienzos del siglo XXI, se continúe con este tipo de costumbres que aunque, si bien es cierto, son propios de una cultura y le han permitido sobrevivir, tienden a ser carentes de humanidad pues reducen al ser humano a una herramienta de trabajo, que al cumplir su tiempo útil se desechan. Y a pesar de ello, no se pueden implementar cambios pues, esto hace parte de su estilo de vida, que de lo contrario se estaría violentando su cultura.

⁹ Ibid. p. 160.

2.1.2.2 La vejez en las sociedades agrícolas y pastoriles: En estas sociedades, el adulto mayor, además de asumir algunas responsabilidades y tareas de orden práctico, al igual que los demás, son también, quienes manejan la dimensión esotérica y simbólica en general, como organización de ceremonias religiosas; lo que les permite ejercer determinada autoridad en casi todos los espacios sociales, también se respeta su experiencia en las técnicas de cultivos, reproducción de plantas y animales, curación de animales y de personas entre otras. Lo ya expresado, conduce a que el adulto mayor maneje poder político simbólico y religioso. Esta estructura, asegura la gerontocracia transmitida de generación en generación. Esta realidad da origen según varios antropólogos marxistas¹⁰ a una lucha de clases, en las cuales, los jóvenes cuando llegan a la edad adulta tratan de ganar ciertas prerrogativas y bienes, en tanto, el adulto mayor tiende a mantener el poder hasta la muerte, asegurándose de ser cuidados y atendidos por sus descendientes hasta que ocurra el fallecimiento.

Siendo este modelo antagónico al anterior, si bien favorece al bienestar del adulto mayor, también limita el libre desarrollo del joven y del adulto quien debe estar supeditado a los requerimientos y exigencias de éste. A pesar, de que los dos modelos llevados al extremo deterioran la calidad de vida de uno o del otro, en este se observa un mayor respeto por los conocimientos, experiencia traducida en su edad, de su grupo social a quien se tiene en cuenta para la toma de decisiones;

¹⁰ Ibid, p. 163

y el desempeñar un rol activo dentro de su colectivo, se propende por una calidad de vida positiva.

2.1.2.3 El adulto mayor en las sociedades industriales y postindustrializadas:

Aquí está población reside en su propio hogar, cuidando de los mismos e independientes de su grupo primario en tanto puedan subsistir en solitario. Cuando por la edad muy avanzada o por la presencia de algún tipo de discapacidad, los hijos pueden aceptar su presencia en su medio familiar durante una temporada y hacerla rotativa con los demás hijos, o lo que es cada vez más frecuente que la persona mayor sea internada en una residencia o en una institución, espacio al que la mayoría de las veces, algunos autores como Badillo denominan “espacio de muerte social”¹¹.

Representan alguna excepción, aquellas personas que han logrado acumular cierto capital y, que a través de este logran imponer cierto orden familiar sobre futuros herederos. Al hacer una comparación con los pueblos cazadores y recolectores, en cuanto, al tipo de supervivencia (Genocidio) en las sociedades industrializadas, el límite a partir del cual se deshace de la persona mayor, está en relación con el nivel de bienestar económico de las generaciones productoras, de tal forma, que la adjudicación económica se lleva a cabo en tanto no afecte el nivel de bienestar de su familia según su etnoclase.

¹¹ Ibid, p. 168.

Al llevar a cabo un paralelo con respecto al suicidio altruista, descrito en las sociedades cazadoras se podría pensar que, en las sociedades industrializadas también se presenta; pero que podríamos llamar suicidio social altruista, en éste, el adulto mayor toma la decisión de internarse en una residencia o institución geriátrica tras una fuerte presión social, pues, poco a poco va quedando solo en su casa, recibe menos visitas y le queda más difícil ejecutar las actividades cotidianas. A pesar de ello, en muchas ocasiones él puede estar mejor en una institución que en su hogar, o en un domicilio viviendo en solitario y, en otras circunstancias puede sufrir el maltrato físico o emocional por parte de sus familias, debido a que éstas o los parientes asumen al adulto mayor como una carga por la presencia de enfermedad, en ocasiones discapacitante, o por roles laborales de los conviviente no pueden atenderlo, entre otros.

En nuestras sociedades, el adulto mayor no desempeña un rol importante a menos que sean poseedores de grandes capitales y el resto de la familia dependa de ellos o colaboren en el cuidado de los nietos o apoyo en algunas actividades simples dentro y fuera del hogar. En general, la posición que ocupan en la familia es central, mientras se mantiene la estructura nuclear; pero al quedar viudos (as) entra el adulto mayor a depender de sus hijos o nietos, ocupando una posición marginal, donde cambia notablemente su sentido de vida, sus posibilidades de desarrollo, de libertad y, por ende, su calidad de vida.

2.1.3 Sociedad y vejez: Si bien, el problema de aislamiento y de soledad en los adultos mayores es de vital importancia al momento de la toma de decisiones de tipo fisiológico, psicológico y social, también es importante no sobredimensionarlo. En tanto, la relación entre socialización y vejez, se puede definir como un proceso que constituye al sujeto, este proceso se inicia con la concepción y termina con la muerte, tiene relación con la internalización de la realidad, la interiorización de normas, creencias, valores, la constitución de concepciones del mundo y la identificación con agentes y figuras socializadoras (Rey 1986,87).

Así, durante el proceso de envejecimiento y de acuerdo con el contexto socioeconómico e histórico cultural, cada individuo construye una imagen de sí mismo, de su familia, de la sociedad, que a su vez puede diferir de otros, debido a diferencias familiares o de clase social. En donde, cada persona es tan vieja como se siente así mismo, pero a la luz de la actitud de la sociedad o de los que los rodean, es decir, tiene un componente subjetivo, solo el mismo adulto mayor que se encuentra institucionalizado puede precisarlo. Al envejecer, es relevante destacar como característica importante, la disminución de los contactos sociales, permaneciendo solo lazos estrechos con los convivientes, algunos vecinos y amigos. En general, sus actividades sociales se reducen al ambiente social o religioso, como cumpleaños y funerales. Esa disminución de los contactos con otras personas, puede deberse a la separación de los hijos y de otros miembros de la familia, bien sea, por alteraciones en la capacidad funcional o por motivos culturales (conflicto generacional). También, ocurre con más frecuencia por la

pérdida del rol laboral que implica no estar asociado a un grupo de personas o puede darse por la disminución de la agudeza visual o auditiva que afecte significativamente sus relaciones en diferentes escenarios sociales.

Así mismo, pueden disminuir los contactos sociales por la muerte, la enfermedad o la emigración de alguien muy querido, ya sea el esposo(a) o los hijos, lo que los convierte en personas desoladas. A ello, se adicionan factores de tipo socioeconómico y demográfico, tales como un menor nivel de educación, una menor disponibilidad de recursos económicos, vivir solo, no tener familia o ser abandonados por parte de ésta, que contribuyen a que el adulto mayor se sienta aislado y sin apoyo de su grupo social.

2.1.4 Familia, institucionalización y vejez: La familia es un grupo primario que funciona como agente de socialización y es fundamental para el desarrollo del ser humano. La relación entre sus miembros la es directa, íntima y personal, por ello, la calidad de las relaciones es más intensa que en cualquier otro contexto. La familia como sistema relacional, articula sus miembros entre sí y supone un punto de encuentro entre las necesidades individuales y las instancias sociales. Se debe pensar en ella como un ente vivo, que sufre transformaciones y cambios en la que se da un doble proceso de continuidad y crecimiento, que permiten su desarrollo como un conjunto que preserva a la vez la individualidad de sus miembros y es allí donde se debe ubicar al adulto mayor.

En este sentido, las variaciones en el cuidado familiar de las personas mayores puede entenderse, desde las modificaciones sociales que se han venido produciendo en los últimos 50 años y que han supuesto transformaciones importantes en el sistema de vida familiar; cambios que han afectado el nivel de vida y la atención de los miembros que los componen. En las últimas décadas respecto a la familia se puede destacar: La modificación de la posición de las mujeres en la sociedad con su participación en el ámbito público y laboral; reducción en el tamaño de la familia con tendencia hacia el modelo nuclear; aumento de la esperanza de vida y baja natalidad.

Ahora, aunque algunas de las necesidades de la familia (educación, curación de la enfermedad, cuidado de los adultos mayores...), las cubren organizaciones que son ajenas a ellas, las decisiones básicas que se siguen tomando en el seno de la misma. Moragos¹². Las familias deciden a que colegio asistirá su hijo o si es conveniente institucionalizar a un miembro de la misma para su cuidado. Se escucha muy a menudo una polémica que surge de la cuestión de si el adulto mayor está mejor atendido en casa o en una institución. Para lo cual, hay diversos puntos de vista. Y muchas valoraciones a hacer, quedando la posibilidad dicotómica de “sí” o “no” descartada por completo. No se trata de si o no, quizás, el lema más apropiado sea “En casa mientras sea posible, en la institución cuando sea necesario”.

¹² Accesado en <http://www.comunides.infocel.com/internet,familia/articulo/tercera/2742.septiembre,2000>

Además, es de reconocer que en muchas ocasiones el adulto mayor puede tener una mejor calidad de atención en una institución que en su hogar, donde por roles laborales, la familia o convivientes no puede atenderlo, también puede ocurrir agobio para el manejo, debido a la presencia de una enfermedad degenerativa o discapacitante. Y en tal caso, lo visitan en el ambiente institucional, en algunos casos los llevan por temporadas a su entorno familiar. Pero, aunque no exista una circunstancia así, llevar a un adulto mayor para su cuidado a una residencia, supone una responsabilidad que pesa en los familiares y puede acarrear una serie de problemáticas de orden psicológico: encomendar el cuidado el adulto mayor a una institución, es conceptuado por muchas personas como un afán de descargarse egoístamente. En la actualidad, con todos los recursos de que se dispone en atención y servicio social, muchos de los problemas que se argumentan sobre la necesidad de institucionalización del adulto mayor se justifican con base en el imaginario social sobre la vejez.

Resulta difícil luchar contra este estereotipo, que genera determinadas actitudes prejuiciadas y, que además, no se fundamenta en hechos, sino en la ignorancia y la deformación que produce una visión sesgada sobre la vejez¹³. En los países en los que la jubilación se produce a edades tempranas, los jubilados suelen tener buena salud y tiempo suficiente para dedicarse a las actividades que prefieren y propenden por una mejor calidad de vida.

¹³ Ibid, p. 6

Así el concepto del rol de “Abuelo”, se ha ido modificando y no siempre se ajusta al estereotipo clásico. En estos casos, el abuelo ya no es aquella persona pasiva sin vida propia ni actividad. Pero, no todo el mundo vive igual la vejez y cuando las familias consultan en un momento dado con el psicólogo o la trabajadora social respecto al adulto mayor es porque tienen problemas con ellos o no disponen de tiempo para atenderlos, o la familia no sabe que hacer con el dolor físico del adulto mayor, o como cuidarlo, como prevenir que se quede solo en casa sin que ocurra ningún riesgo entre otros.

Es esencial para cualquier persona, poder considerar la posibilidad de amparo, apoyo psíquico o emocional, y de relación social. Pero hay situaciones en las que esto solo no es suficiente, especialmente si hay una enfermedad crónica o discapacitante, o cuando la edad es demasiado avanzada para afrontar una vida en solitario. Es en estos momentos en los que hay que tomar una decisión apropiada, la familia debería intervenir y colaborar con el adulto mayor, atendiendo a las posibilidades, valorando los recursos disponibles y siempre pensando en su calidad de vida.

Scherr (1960) y Blenkner (1965) consideran que la responsabilidad filial es la obligación de atender las necesidades de los padres que envejecen. Blenkner, en cambio denomina madurez filial a la disposición de los hijos de dar testimonio de responsabilidad filial. En las investigaciones realizadas, se señala que las personas alcanzan la madurez filial y en la mayoría de los casos ayudan a sus

padres para que sigan siendo autónomos. Valorar las posibilidades y las responsabilidades es una cuestión delicada; cuando el adulto mayor ha ingresado a una institución, a veces, hay que desculpabilizar a la familia y ayudarles en esta situación, Brindándoles soporte y valorando de forma objetiva sus circunstancias.

Otras investigaciones ponen su énfasis en ubicar las estrategias que ayuden a, tratar la situación de soledad en la que se encuentra el adulto mayor, procurando que la familia comprenda que si bien la institución brinda afecto en la atención profesional , no puede suplir su cariño y la vinculación familiar. De hecho, el lazo emocional entre hijos y padres mayores resulta fundamental. Hasta hace algunos años el hecho de ingresar a un adulto mayor en una institución era poco frecuente, pero dado a los cambio que se viven en un futuro próximo, la decisión sobre la adecuación de recibir asistencia en una residencia será una opción libre y normal, aceptada socialmente. Antes, normalmente la familia se hacia cargo de ella, era bastante normal el prototipo de familia con abuelos, tíos-abuelos, padres e hijos integrando el grupo familiar. De hecho si la familia podía repartir la responsabilidades en el cuidado del adulto mayor difícilmente se la institucionalizaba, pero la tendencia del modelo familiar actual es la del núcleo reducido a padres e hijos.

2.2 DESARROLLO HUMANO, DESARROLLO SOCIAL Y VEJEZ

2.2.1 Desarrollo humano y vejez: Con el panorama general que se ha mostrado hasta este momento alrededor del adulto mayor, se evidencia su mínima participación como agente activo de cambio dentro del contexto de la vida cotidiana al interior del escenario institucional. A quién simplemente se le aplican las políticas del momento pero las cuales no generan trascendencia para su bienestar biopsicosocial. Limitándose más bien a brindarle paños tibios a su problemática real. Por ello, es necesario buscar alternativas que redunden en beneficio de esa población a partir de sus propias necesidades expresadas y sentidas.

Se pretende buscar un concepto de desarrollo humano y social del adulto mayor institucionalizado a partir de las vivencias de éste y de las diferentes teorías o trabajos que existen al respecto en los últimos años. Es así, como se han desarrollado estudios por parte de los psicólogos evolutivos y del desarrollo en los cuales se ha intentado hacer un análisis descriptivo, normativo y canónico del desarrollo para intensificar los estados actuales del individuo (Listas de palabras que debían ser dominadas por los niños en determinadas épocas de su desarrollo,

igualmente ocurría con las conductas motoras, entre otras). No obstante estos trabajos no han contemplado el proceso de desarrollo durante la vejez.

Dentro de las teorías del desarrollo humano, Erik Erikson¹⁴, ha sido quien ha desarrollado una teoría de la personalidad que brinda elementos novedosos en la tradición psicoanalítico. La relación del individuo con las exigencias sociales y culturales y la evolución del ciclo vital desde la infancia hasta la vejez. Su teoría es psicosocial y no psicosexual como la de Sigmund Freud quien consideraba que a partir de determinada edad y esa edad era puesta a los 50 años) el sujeto no era analizable dada la falta de flexibilidad del psiquismo.

Erikson expresa que el desarrollo del individuo avanza a través de las etapas psicosociales las cuales debe enfrentar y resolver. Hablando de la edad adulta propiamente dicha, plantea que hay un interés por guiar y preparar el camino de la próxima generación convirtiéndose esto en un equilibrio en dicha edad. Su preocupación por la producción se resuelve guiando los propios hijos o ayudando a otros, puede lograrse también por medio del trabajo productivo. En conclusión, los esfuerzos de la persona se extienden hacia el bienestar de la sociedad en general; su fracaso lleva a la preocupación por el estancamiento, la vida pierde su significado y la persona se siente amargada, atrapada y desilusionada..

¹⁴ ERIKSON, Eric. El ciclo vital completado. México: Paidós, 1990. p. 70.

En la última etapa, los adultos mayores se enfrentan a una última crisis, integridad y evitación de un sentido de la desesperación. La integridad reposa en la aceptación del ciclo de la vida colectiva e individual de la humanidad, por consiguiente significa un amor nuevo hacia los padres del individuo. Este permite que la persona enfrente el envejecimiento y la muerte con dignidad, en otras palabras, esta fase final implica un sentido de sabiduría y una filosofía de vida que a menudo va más allá del ciclo vital del individuo. A pesar de lo ya mencionado, el envejecimiento y la amenaza de muerte se convierten en fuentes de temor y depresión.

Para Jung “ El hombre que envejece debería saber que su vida no asciende ni se ensancha, sino que hay un proceso interno, implacable que fuerza a restringirla”¹⁵. Mientras que el hombre joven centra su atención en su desenvolvimiento en el mundo exterior y cuidados de su familia, el hombre que envejece dirige su interés, como una necesidad y un deber hacia el conocimiento y la comprensión de si mismo. Pero las personas no han sido preparadas para la vejez, como si lo hacen para la juventud al introducirlas en el conocimiento del mundo y de la vida. Sólo las religiones han procurado servir desde la antigüedad de escuelas que guían al hombre hacia la comprensión de la segunda mitad de la vida, de la vejez, de la muerte y la eternidad, procurando darles un sentido y fin propios.

¹⁵ JUNG, Carl. La Psique y sus Problemas Actuales. Madrid: Poblet, 1935. p. 187.

Por esto, las religiones contienen promesas de trascendencia que hacen posible que el adulto mayor viva esta etapa de la vida con un afán parecido a las primeras etapas. Este apoyo religioso y espiritual, se acentúa más en el adulto mayor cuando se encuentra un ambiente institucional, con el apoyo parcial o sin este por parte de sus familias, la pérdida de roles, o la tendencia a un rol pasivo y acrítico frente a si mismo y a su entorno, la precaria situación económica, entre otros, hacen que su única esperanza sea “Una vida mejor después de la muerte”.

Así mismo Jung, sugiere que la vida de un adulto mayor guiada por un objetivo o una finalidad es, en general mejor, más sana y enriquecida que conduce a una mejor calidad de vida que aquella que no posea una finalidad; y que es mejor deambular por el camino de la vida con la mirada hacia delante y no hacia atrás.

Según Daniel Levinson, (citado por RICE, 1997), Psicólogo social, propuso un modelo de desarrollo del adulto en el cual incluye períodos de relativa estabilidad (períodos de construcción de la estructura) entremezclados con otros de transición (períodos de cambio de estructura). Para él, las edades comprendidas entre los 60 a los 65 años se constituyen en un período de transición de la vejez, concluyen los esfuerzos de la edad mediana, tiene lugar la preparación para el período que viene, un momento bien importante dentro del ciclo vital. Y edades de 65 años en adelante, correspondiente al período de la vejez que hace relación a la confrontación con el yo y la vida, a la necesidad de hacer las paces consigo mismo, la familia y con el mundo.

Algo que cabe destacar, es que el período de edad después de los 65 años se considera como uno solo, por lo cual faltan trabajos investigativos en personas mayores de 80 años que podría considerarse como un período de vejez tardía en que pueden tener lugar un posterior desarrollo psicosocial. Pero dado el contexto cultural no se le ha brindado la importancia que reviste pues se considera que el adulto mayor se encuentra en una etapa de muerte social, olvidando que gracias a su experiencia de vida y su potencial humano aún pueden alcanzar un mayor desarrollo como individuo y como ser social.

Por lo cual, se puede inferir, que se debe indagar sobre la capacidad del adulto mayor que vive en instituciones de cuidado crónico, para usar estrategias que resulten eficaces para retroalimentar y permitir que su entorno inmediato y remoto siga funcionando, para reorganizar el sistema existente o crear nuevos sistemas que estén de acuerdo con sus necesidades y deseos actuales. De allí, que se debe estimular una posición crítica frente a si mismo, a su contexto y plantear acciones que satisfagan esas necesidades y deseos actuales.

2.2.2 Desarrollo Social y Vejez

2.2.2.1 Tendencias Demográficas: El envejecimiento de la población es un fenómeno mundial, debido al aumento en el número y en la proporción de adultos mayores a quienes se les deben brindar oportunidades para que participen activamente en los diferentes roles sociales y contribuyan a ello, desde su

capacidad funcional existente tanto a nivel físico como psicológico y social. Las tendencias demográficas requieren atención pública inmediata, en América Latina y el Caribe,¹⁶ alcanzarán un nivel de 42 millones de adultos mayores de 60 años o más. Para el 2020, 12.4% de la población latinoamericana y caribeña equivaldrá a un total de 82 millones.

Las condiciones demográficas que caracterizan a Latinoamérica son aumento progresivo de la población, rápida urbanización, fuerte tendencia a disminuir las tasas de fecundidad y aumento de la expectativa de vida al nacer. Los países más envejecidos son: Uruguay, Argentina, Cuba, Chile y Costa Rica. Con envejecimiento intermedio: Brasil, Colombia y México. Y los menos envejecidos Nicaragua, Guatemala, Ecuador y Bolivia. La mayor esperanza de vida la tienen los cubanos con 75.2 años en 1990.

Es claro que el envejecimiento de las poblaciones en los diferentes países no seguirá un curso único u homogéneo. Habrá una marcada heterogeneidad al interior de los mismos en cuanto a niveles y patrones de envejecimiento. Frente a estas tendencias demográficas, la OPS hace referencia a que la mayoría de los países Latinoamericanos se encuentran en una etapa de transición demográfica. Es de anotar que para dichos países sus intereses primarios están concentrados en la inversión en salud, en niñez y juventud, quedando relegado a un último plano la vejez. En cambio países más avanzados en la transición demográfica, ya están

¹⁶ GOMEZ, Jose Fernando, CURCIO, Carmen Lucía y GOMEZ, Diana. Evaluación de la Salud de los Ancianos. Manizales: Información y Publicaciones, 1995. p. 17-19.

implementando modelos de evaluación del cuidado para adultos mayores, asegurando un sistema de pensión y protección de la salud para el rápido crecimiento en la población de los adultos de 75 años o más.

En Colombia, se ha incrementado la esperanza de vida de 44 años para los nacidos entre 1937-1939 pasará a 70 años para los nacidos en el 2000. Se prevé que la población mayor de 60 años se incremente en un 6.8% en el 2003. A continuación se muestra la proyección de habitantes de 60 años y más en 1980, 2000 y 2025. Según las naciones unidas.

TABLA No. 1¹⁷

AÑOS EDAD	1980	2000	2025
60-69	931.000	1.559.000	4.112.000
70 y más	502.000	1.030.000	2.494.000
TOTAL:	1.433.000	2.589.000	6.606.000

Llama la atención que según Rincón (citado en Anuario estadístico de América Latina y El Caribe, 1998) en 1990 Colombia se puede considerar como un país con población joven con edad media de 22 años y 6.2% de mayores de 60 años; en el año 2000 tendrá características de población madura con 25 años de edad media y un 6.8% de personas viejas. En el 2050 la edad media será de 38 años y por lo menos 1 de cada 5 colombianos tendrá más de 60 años, para este mismo año, un menor de 5 años estará acompañado de 3 personas mayores de 60 años o más, contrario a lo que ocurría en 1950 cuando 3 menores de 5 años eran acompañados por un adulto mayor.

¹⁷ Ibid, p. 20.

En el siguiente cuadro se presentan las tendencias demográficas de adultos mayores en el municipio de Manizales, en el año de 1998*.

TABLA No. 2

TOTAL EN EL MUNICIPIO	29.484 Adultos mayores
Zona urbana	27.861
Zona rural	1.623
Hombres	13.209
Mujeres	16.205

2.2.2.2 Tendencias en la morbilidad en el adulto mayor: También es importante anotar que el envejecimiento genera cambios en el estilo de vida de la población, lo cual tiene repercusiones significativas en el volumen y distribución de la carga de enfermedad. En Colombia la mayor pérdida de años de vida saludable (AVISA) por una persona lo generan los menores de 5 años y las personas mayores de 60 años. El total de años de vida saludables perdidos en Colombia, es de 55 millones anuales y de éstos 651.000 corresponden a las personas mayores de 60 años. Para las personas mayores de 60 años, la distribución de la carga de enfermedad a causa de enfermedades transmisibles¹⁸ . señala que las infecciones respiratorias justifican el 50% de la carga total de pérdida de años y las enfermedades nutricionales el 19%. Es frecuente que la persona mayor sufra de desnutrición o mal nutrición, hecho que se ve agravado por la pobreza, el aislamiento, la mala distribución de los alimentos al interior del hogar, e incluso problemas dentales que los afectan.

* Información brindada por la sección de Geriatria y Gerontología de la Secretaría de Salud de Manizales. Junio, 2000.

¹⁸ Ibid, p. 63-65

Las tendencias de morbilidad también han variado considerablemente, ahora son más frecuentes las enfermedades crónicas que originan discapacidad y minusvalía. Al respecto, Gómez., J.F. (1990) los principales motivos de consulta fueron: enfermedades hipertensivas, cardíacas, artritis y otros trastornos afines, además de enfermedades del aparato respiratorio. Patologías que son de larga duración, periodos de exacerbación frecuente y requieren constantemente servicios de atención en salud, por lo cual se deben establecer estrategias diferentes a las utilizadas en otros grupos poblacionales. Como ya se anotó, existe una mayor tendencia a la adquisición de enfermedades crónicas, las cuales dependiendo de las características fisiológicas, sistémicas e individuales en general pueden predisponer con el tiempo a una discapacidad que sumado a posibles alteraciones en la visión, la audición, en el suelo, edentulismo o limitación en la funcionalidad de miembros superiores o inferiores, pueden ser causa de deterioro de la calidad de vida de la población mayor, situación que puede conducir a un mayor aislamiento de su grupo familiar o social, y así evitar convertirse en una carga para ellos, o por el temor a ser rechazados, lo que va mermando su capacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, deteriorando en forma progresiva los procesos comunicativos afectivos sociales o funcionales entre otros.

2.2.2.3 Marco Legal y Vejez: Se supone que a partir de la ley 100 de 1993, en desarrollo del artículo 48 de la Constitución Nacional, se transforma el antiguo e inequitativo concepto de asistencia pública y estructura y reglamenta un sistema

único de seguridad social, como un conjunto de instituciones, normas y procedimientos de que disponen las personas y la comunidad, para gozar de salud y bienestar garantizados por el estado y la misma sociedad, proporcionando cobertura integral a las contingencias que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional. En lo referente a la reglamentación de los servicios para los adultos mayores, solo lo hace para aquellos casos de los adultos mayores indigentes (Art. 257 y siguientes), como servicio social complementario y como esa ley rige para todos los habitantes del territorio nacional automáticamente cobija las personas de edad.

Por lo anterior, se puede inferir que los adultos mayores son quienes más hacen uso de los servicios de atención en salud, especialmente médicos y de rehabilitación, lo que incrementa los costos. Desafortunadamente, la cobertura de seguridad social es limitada (CONPES-1995)¹⁹ si se hace referencia especialmente a las mujeres de mayor edad, solo el 20% de la población está afiliada a través del régimen contributivo y el 42% no afiliada corresponde a la franja más pobre de la población, quedando cada vez más desprotegido y vulnerable algún tipo de deterioro en su capacidad funcional.

En Colombia en la legislación civil, Artículo 251: aunque la emancipación de los hijos les de el derecho de obrar libremente, siempre persiste la obligación de

¹⁹ El gobierno nacional aprobó en reunión del consejo nacional de política social el documento conpes sobre envejecimiento y vejez. Se destaca que es la primera vez que existe un marco general de políticas públicas que toman en cuenta la problemática de este grupo poblacional y establece lineamientos dirigidos a ellos en Colombia.

cuidar a sus padres en la ancianidad o en cualquier estado en que se necesite de su auxilio.

Art. 411: Obligación de dar alimentos a los padres entre otros, y son de dos clases Congruos (413) y necesarios, los primeros son los necesarios para la subsistencia, los segundos hacen relación al modus vivendi o clase social a la que pertenezcan.

La legislación penal, en el decreto ley 50 de 1979 en concordancia con el artículo 263 del código civil del procedimiento penal, regula la inasistencia humanitaria, lo que da arresto de seis meses a tres años.

Artículo 278: El internamiento en casa de reposo, ancianato o clínica psiquiátrica cuando se hace con documentos falsos y se ocultan los medios para sostener al envejeciente, se sanciona con prisión de seis meses a un año.

Artículo 279: La negación de afecto, las humillaciones permanentes e incluso las amenazas físicas que pueden conducir al delito denominado tortura moral que contempla sanción de prisión de cinco a diez años.

Desafortunadamente, a diario se atenta contra los derechos de los adultos mayores y aunque en la Constitución Nacional están establecidos por ley sus derechos, haciendo referencia no solo a los núcleos familiares inmediatos, sino también con respecto a las políticas del Estado, es solo en los últimos años que se viene haciendo un análisis más cuidadoso de la problemática del adulto mayor.

2.2.2.4 Escenarios Institucionales y Políticas: En la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento realizada en el año de 1982, se inició con un programa internacional de acción encaminado a garantizar la seguridad económica y social de las personas de edad, así como oportunidades para que esas personas contribuyeran al desarrollo de sus países. Lo cual quedó consignado en el plan de acción internacional de Viena²⁰ sobre el envejecimiento.

Se resalta la importancia de que los países reconozcan y tengan en cuenta las tendencias demográficas y los cambios en la estructura de su población con el fin de optimizar su desarrollo. Y sabiendo que la formulación y ejecución de políticas relativas al envejecimiento son un derecho soberano y una responsabilidad de cada estado, el plan de acción internacional sobre el envejecimiento se apoya en un grupo de principios que se deben ajustar a las condiciones socioeconómicas, políticas y culturales de cada nación.

Es importante recordar además, que desde finales del siglo XX la asistencia a los adultos mayores fue sustentada en los conceptos de calidad y beneficencia, así es como nacen los asilos, auspicios, etc. Conducidos por comunidades religiosas. Después, a partir de la Constitución de 1886 cambia esta concepción por la de asistencia como una obligación por parte del estado por lo que se promulgó la ley 29 de 1905 en la que se reconocen las pensiones de jubilación oficial para empleados con 30 años de servicios y 60 años de edad. Posteriormente en el

²⁰ AUSTRIA. ASAMBLEA MUNDIAL SOBRE ENVEJECIMIENTO. Plan de Acción Internacional de Viena Sobre el Envejecimiento: Naciones Unidas, 1983. p. 13-18.

decreto 3224 de 1963. La asistencia pública consiste en procurar el bienestar individual, familiar y colectivo mediante la prevención de la enfermedad, promoción y recuperación de la salud de quien careciendo de bienes de subsistencia y de derecho para exigirlos a otras personas, están incapacitadas para trabajar. En 1991 existían 395 instituciones de atención a personas mayores, en su mayoría privadas (296), una cobertura de 20.000 personas (DANE, 1998-1991).

Todas estas instituciones están obligadas a cumplir las normas del Ministerio de Salud, según lo definido en el artículo 5 de la ley de 1990 y tiene por objeto brindar atención integral, es decir, a nivel biológico, psicológico y social a la población definida. Así mismo, los programas para la implementación de la política relativo a la vejez hacen parte de las políticas del Salto Social (CONPES, 1995) definidos en la constitución política y desarrollados por la ley 60 de 1993 y por decreto ley 2132 de 1992 que reorganiza el sistema de cofinanciación. Entre los objetivos se encuentran:

- Brindar bienestar a las personas mayores, asegurándoles servicios de salud y seguridad social, una subsistencia adecuada, vivienda digna y asistencia integrada, priorizando las acciones en las personas más pobres.

- Desarrollar una cultura donde el envejecimiento y la vejez sean considerados como símbolos de experiencia y respeto, para eliminar así la discriminación y la segregación por motivos de edad, y contribuir al mismo tiempo al fortalecimiento de la solidaridad y al apoyo mutuo entre generaciones.

- Mejorar la respuesta institucional para la atención de las personas mayores usando de manera más eficiente la infraestructura existente.

Para ello, se plantean algunos programas, en salud y seguridad social, la atención en salud va más allá del enfoque patológico, para lo cual se tendrán en cuenta los aspectos físicos, sociales y ambientales que puedan vulnerar la salud de esa población.

2.3 CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO

Autores como Dulcey, (1998), hacen referencia a la historia del término calidad de vida, y señala el concepto de supervivencia acuñado en la edad media época en la cual se daban algunos consejos para sobrevivir como: no leer en la cama, no amar demasiado y no hacer mucha fuerza, entre otras.

De forma más reciente se ha retomado el concepto de calidad de vida; en la tradición europea antes de la década de los 50, se hacía referencia a los términos de “bienestar” y de “nivel de vida“, cuyo enfoque se centraba más en las necesidades de las personas o en sus recursos. Mientras que el desarrollo de este concepto en los Estados Unidos se ubica en la década de los años 60, en un intento por parte de los investigadores de corte social para comprender la contradicción entre los deficientes indicadores de salud pública (violencia, incremento del crimen, aumento del desorden público, entre otros) y el incremento en el bienestar económico. Con lo cual se llegó a la conclusión, que el uso del crecimiento económico como único indicador para la medición de calidad de vida era insuficiente y se requería la inclusión de indicadores sociales que brindaran una visión más objetiva de la calidad de vida de un individuo y de un colectivo.

Con el tiempo, la medida de lo humano fue cambiando y con la industrialización, la ruptura entre producción y consumo, aparece una visión de la persona como recurso y no como fin. De tal forma que aparecen indicadores como el ingreso per

cápita y el PIB para hacer relación al bienestar del individuo. A raíz de esto, la Organización de las Naciones Unidas en la década de los 70 cuestiona esos indicadores de bienestar y desarrollo. Y es así como en 1990 el programa de desarrollo de dicha organización (PNUD) retoma el concepto con el nombre del índice de desarrollo humano, y se comienza a publicar anualmente el informe sobre desarrollo humano en el que se hacen comparaciones entre más de 100 países del mundo y se analizan múltiples indicadores tales como la esperanza de vida al nacer, por zona de residencia, por género, por distribución de ingreso y nivel educativo, que actúan como indicadores equiparables a índice de calidad de vida. El índice de desarrollo humano (IDH) para Colombia en 1995 fue de 0.858 con lo cual se sitúa dentro de los países con alto desarrollo humano, que según el informe sobre el índice de desarrollo humano presentado en 1998 se debe a las variaciones en cada uno de los indicadores que lo componen, aunque no de manera uniforme, los mayores efectos se deben a ganancias notables en el PIB per cápita y avances en la alfabetización y en las tasas combinadas de escolarización. Y se proyecta para el año 2005 que el IDH en Colombia será de 0.854, esto dependerá de los logros que puedan alcanzarse en el campo de la salud y la educación. A pesar de que facilitan una definición operativa y brinda elementos sobre la calidad de vida no refleja una conceptualización clara e integral de esta temática.

Sin embargo, persiste la dificultad para su conceptualización, una de las razones corresponde a su carácter multidisciplinario y complejo, además viene siendo

apropiado y empleado en el lenguaje cotidiano sin llegar a un consenso en su definición; como bien lo anota Farquhar (1995), limitándose más a medir conceptos relacionados con las áreas de interés o por disciplinas (salud, economía, política). En general, diversos estudiosos de la calidad de vida han coincidido en el carácter objetivo y subjetivo de este concepto y que por consiguiente se requiere el uso de indicadores de ambas clases para medir en forma más precisa el bienestar de la población. No obstante, en la actualidad a pesar de la evolución de este concepto, existen muchas teorías que intentan dar aproximaciones más abarcadoras o más disciplinares.

Es así, como en la medicina se ha visualizado desde la clínica y el tratamiento hacia el concepto de bienestar; la psicología como bienestar mental y satisfacción; la economía como la satisfacción de necesidades básicas y desde una perspectiva de rehabilitación se ha tomado desde el punto de vista de la funcionalidad.

A este respecto Richart (citado por Kliemtp. P. 2000), considera que las definiciones que se han dado alrededor del concepto de calidad de vida son más un reflejo de orientación profesional y áreas de interés de los diferentes autores que un análisis riguroso del concepto como tal. Situación que se ha hecho evidente a través de la revisión de diversos textos, en los cuales varios autores coinciden, así: Kaplan, define calidad de vida como el impacto de la enfermedad y de la incapacidad sobre el funcionamiento diario. Ferruci, diferenciaba incapacidad funcional de la enfermedad dice que para “la enfermedad deben

emplearse estrategias terapéuticas y para la incapacidad terapias de rehabilitación y de apoyo social”. En Ribera, (1992)²¹ Según estos autores, la variable salud es la de mayor valor en la percepción de bienestar del adulto mayor y que los déficit en el estado de salud, constituyen el primer problema para ellos y afectan su calidad de vida. Sin embargo, no toman en cuenta el concepto que emana del adulto mayor ni tienen en cuenta medidas subjetivas como la percepción que este tiene dentro de la institución a cerca de su calidad de vida, de acuerdo con su contexto y cultura.

Montenegro y A. Laguna (1998), en la Universidad de Alicante, entienden como calidad de vida “La satisfacción de vivir con libertad y bienestar, es decir, con un funcionamiento físico, social, económico y emocional que permiten lograr todos nuestros deseos, encontrándonos satisfechos, en paz, queridos y consolados”. Esta definición muestra como fin último la satisfacción de los deseos, que en caso de lograrlo, no indican necesariamente que conduzcan al bienestar del adulto mayor o que sean realizables. Además, el empleo del término “consolados”, implica un intento de brindar protección basada en la minusvalía, en la no satisfacción de los deseos y en un estado de resignación frente a su vida actual. Ello llevaría a pensar que esa persona debe ser consolada, pues no alcanzó una buena calidad de vida o no está en condiciones de lograrla.

²¹ Accesado en <http://www.paho.org/spanish/DPIrs990806.htm>, junio, 2000

Gaspar, O, (1998) considera la calidad de vida como “el grado de adaptación del individuo a su propia condición y a su medio, en función de su estado de salud, de sus carencias y del soporte que recibe para suplir esas carencias”.

Según Musteller, (1997)²² lo controvertido del término hace que su utilización requiera de ajustes. Así en la conferencia de Portugal se concluyó que el concepto de calidad de vida permanece aún indefinido. Pero es, en el sentido médico una representación agregada y contrapuesta a la de malestar, incapacidad y dolor como resultado de enfermedades. Esta posición intenta dar una concepción aproximada a la calidad de vida desde una perspectiva de la salud, sin tener en cuenta que el adulto mayor y el ser humano en general es un ser multidimensional, como bien lo expresa Quintero (1992). quien ofrece una conceptualización más amplia y define la calidad de vida como una categoría multidimensional del bienestar material y espiritual del ser humano, en un marco social y cultural determinado. En esta definición resalta su dimensión objetiva y subjetiva a la vez, que van desde la producción y distribución de bienes materiales y espirituales, hasta la satisfacción de las necesidades humanas.

Curcio (1998), considera que se ha gestado un proceso de reconceptualización y crítica sobre el proceso de salud-enfermedad, en lo que respecta a la búsqueda de reconocimiento de la especificidad de lo social (comportamientos, estilos de vida,

²² Accesado en <http://www.paho.org/spanish/DPI/rs990621.htm>, junio, 2000

cultura e historia cultural y colectiva) frente a lo biológico (genéticos, hereditarios) y su interrelación e influencia directa sobre las condiciones de vida de la persona. Situaciones que han generado un cambio de paradigma en el concepto de salud, que a su vez a conducido a un cambio en la concepción de calidad de vida relacionada con salud, puesto que se insiste en los conceptos de bienestar y satisfacción como resultantes de la calidad de vida.

En la actualidad, para comprender la relación entre calidad de vida y salud en el adulto mayor, se insiste en considerar el impacto que tiene el proceso de envejecimiento y la presencia de enfermedades en las funciones primarias de éste. Además, se hace necesario considerar las redes de apoyo primarias y secundarias y las instituciones sociales.

El Royal college of psysicians – Brithis Geriatrics Society Report hace referencia a que las limitaciones de las medidas tradicionales no deben hacerse en términos de proporciones de enfermedades como se ha empelado en el modelo médico. Idealmente la calidad de tal cuidado debe ser analizado por la evaluación de la resultante “Calidad de Vida” del adulto mayor institucionalizado. Aunque este concepto es difícil de definir e incluso medir, especialmente con adultos mayores frágiles tanto física como mentalmente. Sin embargo una buena calidad de vida debe ser la meta del cuidado de larga estancia.

San Martín y Pastor (1990)²³, definen la calidad de vida como la resultante de la interacción permanente de un complejo de elementos de naturaleza muy diversa relacionados con el desarrollo económico, desarrollo social, nivel de vida, necesidades humanas fundamentales, desigualdades económico-sociales modos de vida, nivel de salud-enfermedad del adulto mayor, así como percepciones de la gente acerca de sus condiciones sociales de vida y traducción subjetiva de dicha percepción en sentimientos de bienestar-malestar, satisfacción-insatisfacción, felicidad-infelicidad.

Bowling (citado por Kliemtp, P.2000), define calidad de vida como un concepto que representa respuestas individuales a los efectos físicos, mentales y sociales de la enfermedad sobre las actividades de la vida diaria e influye en el grado en el que el adulto mayor se siente satisfecho con las situaciones y desempeñar los roles que desea. Esto abarca más que el bienestar físico, la percepción de bienestar de un nivel básico de satisfacción y un sentido general de sentirse mal consigo mismo. Este autor junto con Clark en 1998, sugieren que las características a ser evaluadas sobre la calidad de vida del adulto mayor que vive institucionalizado incluyen: Salud general, Habilidad funcional, Salud mental, Comodidad, Bienestar emocional, Privacidad, Oportunidad y control sobre la vida. Estas pueden ser operacionalizadas usando escalas sobre capacidad funcional, salud mental y preguntas individuales sobre oportunidades en la vida, rutinas, relaciones,

²³ Accedido en <http://www.loginet.com.mx/doctores/vejeze.htm>, junio, 2000

privacidad, niveles de actividad, privaciones del adulto mayor en el ambiente institucional.

También, se deben tener en cuenta elementos tales como: Ambiente físico (localización, estructura, residencia), Número de camas por cuarto, Ambiente social, (Reglamento institucional, residencias mixta, oportunidades, decisiones), Actitudes y comportamiento de cuidados por parte del equipo profesional.

Además, se han diseñado algunos modelos que han oscilado entre tomar como principal interés, el medir los recursos mediante los cuales las personas podían dominar y controlar sus vidas. En esta posición, definían el nivel de vida como el dominio de los individuos o de los recursos en forma de dinero, posesiones, conocimiento, energía mental y física, relaciones sociales, seguridad y otras.

Otros modelos, como el escandinavo se basan en el enfoque de las necesidades humanas básicas tanto materiales como no materiales y en el cual hay que tener en cuenta ambos tipos para evaluar el nivel de bienestar en una sociedad Galtung, (citado por NUSSBAUM, M y SEN, A. 1996).

Erik Allardt ²⁴ Propone las condiciones necesarias centrales para el desarrollo y la existencia del ser humano, estas son: “Tener”, hace referencia a las condiciones materiales que son necesarias para la supervivencia del adulto mayor y para evitar

²⁴ NUSSBAUM, M y SEN, A. La Calidad de Vida. México: Fondo de Cultura Económica, 1996. p. 126 - 130

la miseria, que se podría medir a través de los siguientes indicadores: Recursos económicos, condiciones de la infraestructura institucional, empleo, condiciones de trabajo, salud, educación. Desafortunadamente, en los países en desarrollo, los indicadores podrían ser diferentes dado el contexto, que en muchas situaciones se mediría la mera disponibilidad del agua, alimentos y vivienda. Tampoco son objetivas las técnicas para comparar a los países, dividiendo las medidas entre el número de sus habitantes; encontrando así, el PIB per cápita, y número promedio de personas que viven en un hogar por habitación, entre otras. Aunque, estas son útiles no satisfacen la manera de describir el nivel de bienestar humano.

En cuanto a la necesidad básica humana de "amar", se refiere a la necesidad que tienen los adultos mayores de relacionarse con otras personas y de formar identidades sociales dentro de la institución, se puede medir a través de: El arraigo y los contactos con la comunidad local, el apego a la familia y los parientes, patrones activos de amistad, relaciones y contactos con compañeros, miembros en asociaciones y organizaciones, relaciones con los compañeros y cuidadores. Con respecto al "ser", se define como la necesidad de integrarse a la sociedad y vivir en armonía con la naturaleza, que se puede caracterizar como el desarrollo personal. Los indicadores miden: Las actividades políticas, las oportunidades para llevar a cabo actividades recreativas, las oportunidades de una vida significativa en el escenario institucional, las oportunidades de disfrutar de la naturaleza.

Con referencia a este modelo, aunque permite una consideración más completa para el desarrollo humano y a nivel de bienestar en una sociedad resulta ambiguo en algunos aspectos, debido a que su posición es más de tipo social dejando de lado algunos aspectos internos del individuo que son pilares fundamentales para su desarrollo como persona y como miembro de una sociedad.

Así mismo Brock en 1996 ²⁵ hace la claridad de que es necesario revisar investigaciones y obras que no se ocupan explícitamente de la calidad de vida y que sin embargo tienen una importante influencia sobre ella. Ejemplo de ello, son por un lado la ética médica, que involucra la toma de decisiones en los tratamientos médicos dentro de un contexto clínico, se incluyen las descripciones de consentimiento informado y las decisiones en los tratamientos para mantener la vida. La segunda, es el desarrollo de medidas que evalúan los resultados de tratamientos y programas para el cuidado de la salud, las cuales se han diseñado para orientar la política de salud y, por consiguiente, se puede aplicar a un número considerable de personas y de factores de la sociedad; este último aspecto de especial interés en este trabajo.

En este sentido, cuando se diferencia entre la calidad y la cantidad de vida ambos son importantes para el grado en que una persona tiene una buena vida, Brock, dice que completar y terminar un plan de vida es lo que ayuda a muchas personas mayores, próximas a morir a sentir que han vivido una vida plena y completa y

²⁵ Ibid, p. 135-142

aceptar la cercanía de la muerte con dignidad. Gran parte de los estudios filosóficos sobre las teorías del bien para las personas, en este caso del adulto mayor institucionalizado es común distinguir tres clases de teorías:

- Teoría Hedonista: Considera que el bien último para las personas está en tener cierto tipo de experiencias conscientes como el placer, la felicidad, la satisfacción de deseos. Aspectos como tener buena salud, hacer ejercicio y otros, solo son parte de la buena vida. Siendo muy subjetiva esta teoría, en tanto lo que es bueno para un adulto mayor, puede no serlo para otro.
- Teoría de la satisfacción de las preferencias: Una buena vida está fundamentada en la satisfacción de preferencias o deseos del adulto mayor.
- Teorías ideales: Consiste en la realización de ideales específicos, normativos de la persona. Establecen limitaciones o complementan la medida en que la felicidad y la satisfacción de preferencias sirven al adulto mayor institucionalizado.

Esta teoría es más objetiva que las dos anteriores , en la medida que una “ buena vida” para un adulto mayor es, en parte, determinado por los ideales correctos o justificados acerca de ella. Y no depende directamente de lo que lo hace feliz ni de lo que son sus preferencias. Sin embargo, se podría construir una teoría más abarcadora que incluyera las tres anteriores, puesto que la buena vida está compuesta tanto de elementos subjetivos como objetivos, y con la interacción de

ambos en un momento dado conducen a mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

Es interesante hacer una descripción de la posición que asume Hoavi Morreim²⁶ frente a la calidad de vida en la salud, hace una diferenciación entre los juicios objetivos y subjetivos de ésta. Para determinar el grado de objetividad y de subjetividad se tiene en cuenta en la evaluación de los juicios de valor del adulto mayor, si son compartidos por un grupo más amplio que convivan dentro de la institución o por el contrario, pertenecen solo a ese adulto mayor. Cabe mencionar casos particulares, como la de un adulto mayor que requiere incrementar su movilidad para tener una mayor independencia para la ejecución de las actividades de la vida diaria y por ende una “buena vida”. Mientras que las prioridades de otra persona pueden estar enfocadas en la ocupación del tiempo libre para sentir que poseen una mejor calidad de vida.

De allí, que es necesario distinguir y complementar tanto los juicios de valor como otras evaluaciones que tienen que ver con los juicios políticos, morales, económicos entre otros para una mejor comprensión y contribución a la calidad de vida del adulto mayor institucionalizado.

Brock, considera que no se debe escoger una de las teorías sino más bien algunos elementos de ellas para vincularlas a una teoría ideal e identifica cuatro

²⁶ Ibid, p. 39.

elementos para vivir una buena vida: Funciones primarias (Movilidad y comunicación), funciones específicas de la gente (Para la ejecución de un plan de vida de un adulto mayor en particular), satisfacción de deseos, felicidad.

Otros autores, como James Griffin ²⁷, no comparten su posición teórica debido a que persigue valores metaéticos y no ubicados en el contexto real del individuo. Si bien esta razón es cierta, también existen aspectos que como la felicidad, la satisfacción de deseos pueden ser más los fines que persigue el adulto mayor para alcanzar una mejor calidad de vida que los medios en si mismos. Griffin, propone identificar los valores prudenciales de la persona entre los cuales se incluye la dignidad humana, el ser capaz de decidir y elegir de forma autónoma un estilo de vida y estar en libertad de asumirlo a partir de una concepción amplia de calidad de vida.

Sin olvidar que por su misma extensión, en ocasiones necesita por razones prácticas, morales y otras, delimitar el concepto a un área de interés como es el caso de decisiones sociales, en la economía, en la salud, sin dejar de lado el concepto amplio en torno a la calidad de vida.

Otra forma de abordar la calidad de vida, corresponde al propuesto por el economista Chileno Manfred Max-neef ²⁸ quien ha estudiado el problema de las necesidades existenciales y axiológicas y sus respectivos satisfactores para

²⁷ Ibid, p. 182-189

²⁸ MAX-NEEF, Manfred. Desarrollo a Escala Humana: Una Opción para el futuro. Chile, 1986. p. 20-55

proponer una forma diferente de comprender el desarrollo. Posición desde la cual las cifras son un dato importante más no suficiente para entender la realidad, ya que por encima de ellos está la calidad de vida del individuo y los diferentes elementos que la conforman.

Así mismo, surge el interrogante ¿cual es el concepto de calidad de vida que pueda identificar al adulto mayor institucionalizado?. ¿Que aspectos o circunstancias determinan su calidad de vida?. Una posible respuesta aplicando el desarrollo a escala humana sería por medio de la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales, las cuales son las mismas para todos, pero difieren en la elección que se hace de ellas en cuanto a calidad y cantidad de los satisfactores y de las posibilidades que tengan los adultos mayores que viven en una institución de tener acceso a los mismos. Es decir , la satisfacción de las necesidades depende de los intereses de cada uno, la relación que el adulto mayor tenga con su grupo social en particular y sus entorno en general.

También es importante, comprender las necesidades como una potencialidad inherente al adulto mayor puesto que lo pueden motivar, movilizar y conducir a la búsqueda de soluciones.

Para ello es necesario comprender el grado de apropiación que tiene el adulto mayor de sus necesidades. Ya que, en ocasiones existen ciertas necesidades en su ambiente institucional que no son reconocidas por ellos, o que por el contrario

reconocen, pero que no se atreven a manifestarlas públicamente por temor a la censura institucional o siente impotencia frente a ello.

Lo que lo lleva a asumir un rol cada vez más pasivo frente a si mismo y a su entorno inmediato, también se puede dar que el ha identificado sus necesidades y las ha expresado para mejorar su situación individual y del colectivo. No obstante, este último caso ocurre con poca frecuencia y como se ha reportado en algunos estudios, el adulto mayor que vive en una institución tiende a asumir una posición acrítica y pasiva frente a su escenario de vida institucional. Por ello, se deben buscar los satisfactores de tipo sinérgicos que develan procesos liberadores que se impulsan por la comunidad de adultos mayores desde abajo hacia arriba.

La sistematización de los satisfactores según las categorías existenciales (ser, estar, tener y hacer) y las categorías axiológicas (subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad) pueden servir de ejercicio participativo de autodiagnóstico de grupos de adultos mayores insertos en el escenario institucional, a través de un dialogo interactivo. Su resultado puede contribuir a la toma de conciencia de sus carencias y potencialidades más profundas y a una mejor comprensión de su concepto de calidad de vida.

Sen²⁹, emplea la palabra “capacidad para representar las combinaciones alternativas que una persona puede hacer o ser: los distintos funcionamientos que puede lograr” y define “Funcionamientos como aquellos que representan partes

²⁹ SEN, Amartya. Desarrollo y Libertad, Op. cit. p.35.

del estado de una persona: en particular las cosas que logra hacer o ser al vivir. La capacidad de una persona refleja combinaciones alternativas de los funcionamientos que esta puede lograr, entre los cuales puede elegir una colección” (Sen, 1996).

El enfoque se basa en una visión de la vida, en tanto combinación de varios “quehaceres y seres”, en los que la calidad de vida debe evaluarse en términos de la capacidad para lograr funcionamientos valiosos. Las funciones valoradas por una persona, en este caso particular, por el adulto mayor pueden ir desde las básicas como tener abrigo, alimentarse bien y no presentar enfermedades que se puedan prevenir, hasta condiciones más complejas como son el respeto a si mismo, participar de forma activa en el escenario institucional, integrarse a su contexto social, ser autónomo en la toma de decisiones. La capacidad es un tipo de libertad para el logro de diferentes estilos de vida y de una mejor calidad de vida.

En el caso del adulto mayor institucionalizado, se puede decir que escoge o que otros deciden por él debido a que el conjunto de capacidades que posee no le permite elegir o decidir por si mismos. La forma para evaluar las capacidades y funciones de una persona se pueden llevar a cabo por medio de una cifra real. Y cuando ese logro es real se puede denominar como “Vector de funciones”. “El conjunto de capacidades estaría formado por los distintos vectores de funciones entre los que puede elegir. Mientras que cada combinación de funciones de una

persona refleja sus logros reales, el conjunto de capacidades representa la libertad para lograrlos: las distintas combinaciones de funciones entre los que puede elegir esta persona” (Sen, Desarrollo y libertad, 2000).

En el enfoque sobre capacidad se resalta la importancia de diferenciar entre las funciones realizadas o lo que el adulto mayor es capaz de hacer realmente (bañarse, vestirse, desplazarse con o sin ayuda, alimentarse bien y hacerlo de forma independiente) y el conjunto de capacidades de las opciones que tiene que ver con sus oportunidades reales (elegir que alimentos consumir o que otros elijan el menú para que el adulto mayor esté bien nutrido) salir de la institución, ir a misa, ir de visita donde otros compañeros que conviven en la institución.

En este proceso también hay que tener en cuenta la heterogeneidad de los factores que influyen en la ventaja individual, puesto que es inevitable el pluralismo. Ya que hay diferentes funciones que pueden ser más importantes que otros. Otro elemento a contemplar es el valor o el peso que le concede el adulto mayor a su libertad fundamental frente al logro real. En tanto se debe conocer su realidad como sujetos que razonan y la complejidad inherente al ser humano. Como se busca una evaluación social de la calidad de vida por parte del adulto mayor en un ambiente institucional, se deben hacer ponderaciones valorativas sobre los factores que hay acuerdo, hasta llegar a un consenso razonado a A partir de la elección de los participantes alrededor de los diferentes componentes de la calidad de vida.

Sen, propone tres enfoques prácticos para evaluar las capacidades:

- Enfoque directo: se hace un análisis de las ventajas, de las capacidades y de los vectores de funciones con respecto al concepto de calidad de vida que tiene el adulto mayor. A través de, una ordenación parcial de los factores que el adulto mayor considera son importantes con respecto a su concepto de calidad de vida, pero sin exigir la ordenación total.
- El enfoque complementario: se haría comparaciones entre las condiciones de vida del adulto mayor institucionalizado en los espacios de lo económico y se complementarían con aspectos relacionados con las capacidades. Por ejemplo, seguridad social, atención básica en salud, la distribución de recursos en las instituciones de cuidado crónico que albergan esta población.
- El enfoque indirecto: Centra su atención en torno a las rentas y está relacionado con las escalas de equivalencia. Pero no se tendrá en cuenta en esta investigación debido a que el interés está centrado en el conjunto de ser y de hacer de los adultos mayores.

Para comprender mejor las ventajas humanas Sen³⁰ distingue entre cuatro conceptos diferentes de ventaja referentes a una persona:

³⁰ SEN, Amartya. Calidad de Vida. Op. cit. p. 61-62

- Logro de bienestar: como una evaluación del “bienestar” del estado del ser del adulto mayor (estar adecuadamente nutrido, evitar la morbimortalidad, tener movilidad, el autoconcepto, participación en la comunidad, entre otros).
- Logro de agencia: se valora el éxito que ha tenido el adulto mayor en la búsqueda de sus objetivos para su bienestar individual.
- Libertad de agencia: la capacidad de actuar y provocar cambios, de acuerdo con sus objetivos, valores y proyectos de vida.
- Libertad de bienestar: representa la libertades del adulto mayor para disfrutar los diferentes bienestares posibles.

Con respecto a lo anterior, es necesario agregar que tanto la calidad de vida como la evaluación de la libertad del adulto mayor tiene que hacerse de manera simultánea e integrada. Puesto que, su calidad de vida presente es a su vez resultado no solo de lo que logra, sino también de cuales eran las opciones entre las que él tuvo la oportunidad de escoger (Sen, 1985, pp. 69-70). De manera muy elocuente, Sen, en su texto sobre desarrollo y libertad propone dos razones por las cuales tiene importancia la libertad de cada persona en este caso, el adulto mayor en el concepto de desarrollo relacionada respectivamente con la evaluación y con la eficacia.

En el primer caso, se parte de la premisa que las libertades fundamentales de este grupo etario son esenciales y que el logro de una sociedad debe evaluarse precisamente desde las libertades que disfrutan y por ello es importante incrementar las oportunidades de ellos, aún en el ambiente institucional para obtener resultados valiosos como personas holísticas; no desde lo tradicional, es decir, centrado en la medición de variables como la utilidad o la renta real.

En segunda instancia, rescatar la iniciativa del adulto mayor para ayudarse a sí mismos e influir en el mundo, reflejado de la eficacia social. Máxime en el caso del anciano que vive institucionalizado que tiende a asumir un rol pasivo en el control de su vida, y de su influencia en el contexto que ha olvidado o que tal vez no considere importante su libertad de agencia. En donde, el logro de las libertades fundamentales se halla muy relacionado con la preocupación de éste acerca de su calidad de vida; ya que ambas llaman la atención sobre la forma como transcurre la vida humana, las opciones y recursos que se tienen no solo a nivel económico sino también como individuo.

Sen³¹, distingue dos formas para expandir la libertad de una persona, la primera relacionada con el fin primordial o “papel constitutivo” y en segundo hace referencia al medio principal o “papel instrumental”.

³¹ SEN, Amartya. Desarrollo y Libertad. Op. cit. p. 94-98

En cuanto al primero tiene que ver con la forma en que el adulto mayor se apropia de las libertades fundamentales para el enriquecimiento de su propia vida (libertad económica, política, oportunidades para alcanzar su desarrollo individual y colectivo, la capacidad para evitar por ejemplo la desnutrición, la morbilidad evitable con el apoyo de las redes institucionales y otros).

El papel instrumental de la libertad hace relación con la forma en que contribuyen los diferentes tipos de derecho que posee el adulto mayor y las oportunidades que este tiene para expandir su libertad y fomentar por consiguiente una mejor calidad de vida. Esas libertades tienen que ver con las libertades políticas, en las que se incluyen los derechos que tiene el adulto mayor para decidir sobre quienes deben gobernar y asumir una posición crítica frente a la misma. También se refiere a las acciones económicas, las oportunidades sociales, las garantías de transparencia y la seguridad protectora, esta última fundamental para proporcionar una red social de apoyo y así evitar que el adulto mayor institucionalizado caiga en situaciones de miseria o maltrato.

La manera como un adulto mayor ha hecho uso de un determinado nivel económico a lo largo de su historia de vida, el como lo usa ahora, o como se refleja en su presente se puede identificar en cinco fuentes ³².

³² Ibid, p. 94-98

- Heterogeneidad personal: tiene que ver con la compensación que el hace para contrarrestar las desventajas generadas por algunas limitaciones en su capacidad funcional a nivel físico, como la presencia de una enfermedad, de una discapacidad, la edad e incluso el género. Hacen que las necesidades de cada uno sean diferentes y que a su vez sean diversas las formas en que ellos, según sus situaciones particulares puedan requerir diferentes niveles económicos para disfrutar de una mejor calidad de vida.

- Diversidad relacionada con el medio ambiente: Las diferencias en el medio ambiente como el clima, la contaminación pueden alterar la calidad de vida del adulto mayor de acuerdo con un determinado nivel de renta.

- Diferencias del clima social: hace referencia a las relaciones que se establecen en el ambiente institucional entre los adultos mayores entre ellos con los cuidadores más directos y de ellos con los cuidadores indirectos (la región y el estado).

- Diferencias entre las perspectivas relacionales, tiene que ver con los recursos necesarios que posee cada adulto mayor dentro y fuera de la institución para que se respete a si mismo.

- Distribución dentro de la familia: En este caso particular, dentro de la institución algunos adultos mayores no tienen familias, otros las tienen pero no poseen

recursos económicos para subsidiar la estancia del adulto mayor en la institución, o sus aportes son muy bajos y en otros casos (en la mayoría) debe ser subsidiados por el estado. De allí que se podría decir en vez de renta familiar, la renta institucional como la sumatoria de los ingresos antes mencionados.

Las fuentes antes mencionadas muestran como la diferencia entre la renta y el bienestar hacen que una renta alta no indique necesariamente un nivel alto de bienestar y de calidad de vida y viceversa. Más bien interactúan diferentes factores al momento de considerar lo que es una buena calidad de vida. Ya que, las rentas reales son indicadores insuficientes para valorarla.

Es importante hacer un análisis de la vida real que obtienen los adultos mayores que viven institucionalizados, en tanto que, el centro de atención han de ser las libertades que generan los bienes en esta población, más que los bienes en si mismos. Y como lo planteó Adam Smith “Lo que se considera en una sociedad una necesidad, depende de algunas libertades mínimamente necesarias, como la necesidad para aparecer en público, sin sonrojarse” o para participar en la vida de la comunidad (Smith, citado por Sen en Desarrollo y Libertad, Página 98).

Un común denominador del adulto mayor institucionalizado, es su condición de pobreza, pero no vista solamente como la falta de ingresos, que de hecho existe sino además, como la privación de capacidades básicas, es decir, de disfrutar las libertades fundamentales para llevar el tipo de vida que tiene razones para valorar.

Aspecto más evidente cuando la relación entre el nivel económico y la capacidad dependen de los roles sociales (se tiende a relegar al adulto mayor sin tomarlo en cuenta en decisiones de relevancia social y personal), de lugar (Según el contexto y cultura donde vive el adulto mayor, tiene que ver por ejemplo con un país subdesarrollado con crisis económica), de situación epidemiológica (la tendencia a la multipatología y el carácter crónico) y otros factores que un adulto mayor no puede controlar.

Ello combinado con el inconveniente de no haber accedido a una pensión a través del rol productivo previo a la vejez, incrementa su desventaja para convertir la poca renta en capacidades y ubicarlo en una posición desventajosa al momento de intentar lograr una buena calidad de vida. Más en una sociedad como la nuestra, en donde, la adquisición de riqueza se ha convertido en el fin del ser humano, y no en uno de los instrumentos para que la persona alcance su autorrealización, autonomía y una mejor calidad de vida.

3. METODOLOGÍA

3.1 UNIDAD DE ANÁLISIS

El presente estudio busca significar los sentidos que los adultos mayores le dan al concepto de calidad de vida y, como a partir de ahí, reconfiguran nuevos roles y exigencias institucionales que contribuyan al mejoramiento de su atención

3.2 UNIDAD DE TRABAJO

Está conformada por las significaciones que el adulto mayor del hospital Geriátrico San Isidro le otorga el concepto de calidad de vida. En este proceso investigativo participaron adultos mayores de ambos géneros: Del género masculino (12) y del femenino (12). Así mismo asisten (17) adultos mayores funcionales física y mentalmente (8) mujeres y (9) hombres. (6) adultos mayores con discapacidad física, (3) mujeres y (3) hombres. Y (1) mujer con discapacidad de tipo sensorial.

Para un total de (24) adultos mayores, con quienes se llevaron a cabo trece talleres y un taller con familias de algunos de ellos; cada taller con una duración de una hora cuarenta y cinco minutos, divididos en dos grupos para facilitar la recolección de la información. Adicionalmente, se realizaron (10) entrevistas a

profundidad a (10) de ellos que se hayan detectado como informantes claves; a través de un dialogo abierto.

3.3 TECNICAS E INSTRUMENTOS

3.3.1 Técnicas

3.3.1.1 Entrevista a profundidad: Esta se realizó con base en un diálogo abierto y personal entre la investigadora y los adultos mayores institucionalizados. Los temas estuvieron dirigidos a la comprensión de los puntos de vista de los informantes respecto a su vida, sus experiencias, sus anécdotas y sus puntos de vista con respecto a el concepto de calidad de vida vivenciado en la institución; otro aspecto sobre el cual se profundizó en la entrevista, se centró en analizar las vivencias más representativas del pasado y el presente que determinaban sus formas de concebir la calidad; y , por último, se indagó sobre el cómo ellos estaban proyectando su calidad de vida, en términos de reflexiones, roles y actitudes.

Por tanto, la entrevista no sólo profundizó los conceptos sobre los cuales los adultos mayores describían la calidad de vida, sino y, además, el como ellos vivenciaban de manera individual y colectiva dicho asunto. Los tópicos generadores de la discusión y la profundización en la entrevista, estuvieron

enmarcados bajos las siguientes indicaciones: concepciones de calidad de vida, vivencias sociales del concepto y aplicaciones institucionales. **Ver anexo A.**

3.3.1.2 Observación participante: Dicha técnica estuvo orientada a observar las interacciones, relaciones y significaciones simbólicas que los adultos mayores del Hospital Geriátrico le otorgaban al concepto de calidad de vida. El proceso de observación se centró en identificar aquellas expresiones y argumentaciones casuales, simbolizaciones, gestos, actitudes, entre otras, que permitieran complementar la comprensión y la significación del concepto de calidad de vida, ya no sólo desde el argumento, sino desde la puesta en escena del mismo, en la interacción, la relación y la simbolización, cuyas expresiones, dan cuenta de vivencias, costumbres, estilos y modos de vida.

3.3.2 Instrumentos

3.3.2.1 Diario de campo: Para su elaboración se tuvo en cuenta la reflexión particular de la investigadora y la socialización de algunos elementos con dos psicólogas participantes en los talleres. Ello permitió tener una visión, de la investigadora y otra visión desde fuera al observar el mismo fenómeno pero tomando ángulos distintos. (Anexo B).

3.3.2.1.1 Notas de campo: A través de las cuales se incluyeron las descripciones del adulto mayor Institucionalizado con respecto a sus

representaciones simbólicas, a cerca del concepto que tienen sobre calidad de vida, entre otras, los acontecimientos, las conversaciones sostenidas, los sentimientos y acciones que generan a la investigadora cuando está en contacto con ellos, teniendo la precaución de utilizar términos de tipo descriptivo y no evaluativos. Dentro de esta se tendrán en cuenta cuatro tipos de notas:

3.3.2.1.2 Notas de observación: Como su nombre lo indica, por medio de la observación se hizo una confrontación entre lo que ocurría en el ambiente institucional con respecto al concepto de calidad, los factores que interactúan e intervienen y los datos de tipo no verbal que llevan a la comprensión del tema de investigación. (Anexo C).

3.3.2.1.3 Notas teóricas: A partir de la posición teórica de la investigadora se intentó dar un significado acerca del concepto de calidad de vida, analizar los imaginarios y representaciones simbólicas que tiene el adulto mayor para hoy y hacia futuro acerca de este tema.

3.3.2.1.4 Notas metodológicas: Se hizo referencia a las estrategias como la ubicación de los observadores, de la investigadora en un momento dado para recoger la información tanto a nivel de contexto institucional como del adulto mayor.

3.3.2.1.5 Notas personales: Se utilizaron para describir tanto las percepciones como las sensaciones que se evidencian en el momento en que sucede un hecho, o el adulto mayor expresa una situación significativa, por ejemplo con relación a la percepción que este tiene del esfuerzo que realizan las instituciones para mejorar su calidad de vida.

3.3.2.2 Talleres: A través de esta modalidad se pretendió hacer una lectura a profundidad de los textos sociales en lo relacionado a la significación que le da el adulto mayor al concepto de calidad de vida y sus implicaciones en el quehacer cotidiano. A partir de la aplicación de modalidades terapéuticas que permitieron abordar las diferentes esferas que hacen parte de la calidad de vida del adulto mayor institucionalizado. (Anexo D).

3.4 DISEÑO METODOLÓGICO

Teniendo en cuenta que el propósito fundamental del estudio es la comprensión del concepto de calidad de vida que el adulto mayor significa en sus testimonios, estilos de vida, interacciones, argumentaciones y actitudes; el presente estudio se realizó bajo una lógica cualitativa en el marco de un diseño micro – etnográfico. Pues su objetivo fundante, como se dijo anteriormente, era el ir tejiendo el sentido de la calidad de vida, mediante una lectura de los marcos simbólicos, argumentativos dialógicos e interactivos que circulaban en un ambiente institucional específico; el Hospital Geriátrico de la ciudad de Manizales.

3.5 PROCEDIMIENTO

El presente estudio se realizó a partir del desarrollo de tres etapas, veamos:

La primera de ellas, se centró en la delimitación del área problema y, por tanto, en la revisión de antecedentes investigativos, la construcción de un referente teórico y la concreción del origen del estudio, las preguntas centrales de la investigación, su justificación y objetivos.

En la segunda etapa se procedió a diseñar las técnicas y los instrumentos para la recolección de información, se aplicaron los instrumentos y se realizó la observación participante. Sobre la base de los resultados de este proceso, se hizo el análisis de la información, cuyo propósito estaba encaminado a construir los argumentos de sentido, los cuales, a su vez, dan cuenta de las comprensiones y significaciones que el adulto mayor da al concepto de calidad de vida.

En la tercera y última etapa, se preparó la presentación del informe final en cual se incluía, además de los elementos anteriores, las conclusiones del estudio, las recomendaciones investigativas y los lineamientos generales de la propuesta educativa no formal de atención al adulto mayor.

4. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

El análisis de información se concibió bajo una lógica espiral hermenéutica, la cual está enmarcada en tres grandes momentos: el primero de ellos de corte más descriptivo, el segundo de corte interpretativo y, el último, de construcción de argumentos de sentido.

En la primera parte de este capítulo, la cual corresponde a la fase descriptiva, permitió a partir de la información recogida descubrir las tendencias más significativas que dieron origen a las categorías descriptivas, como un primer acercamiento al sentido que tiene para el adulto mayor del concepto calidad de vida. En la segunda parte, la fase interpretativa, se hizo un análisis con base en los argumentos interpretativos de las categorías descriptivas y se establecieron las principales relaciones entre las mismas. El resultado final de esta parte del capítulo, se enuncia en las hipótesis centrales sobre las cuales tejer los argumentos de sentido.

En la tercera y, última parte, fase de construcción de sentido, se construyeron los argumentos comprensivos, sobre los cuales se significa el concepto de calidad de vida, alrededor de la pregunta central del estudio: ¿Qué sentido tiene para el adulto mayor el concepto de calidad de vida?. El proceso que se siguió, intentó

triangular los aportes de lo actores (adultos mayores), las inferencias del investigadora y el aporte de los teóricos (los autores).

4.1 PRIMERA PARTE: FASE DESCRIPTIVA

CUADRO No. 1

CATEGORÍA	TENDENCIAS
1. ESPIRITUALIDAD	- T.1 Paz - T.2 Liberación - T.3 Esperanza - T.4 Credo religioso - T.5 Muerte
2. AFECTIVIDAD	- T.1 Autovaloración - T.2 Padres/Madres - T.3 Pareja - T.4 Hijos - T.5 Compañeros - T.6 Cuidadores
3. SALUD	- T.1 Enfermedad - T.2 Ausencia de dolor - T.3 Capacidad funcional - T.4 Bienestar - T.5 Libertad
4. AMBIENTE INSTITUCIONAL	- T.1 Espacio físico - T.2 Habilidades sociales - T.3 Seguridad
5. ECONOMIA	- T.1 Satisfacción de necesidades básicas - T.2 Roles laborales - T.3 Seguridad Social - T.4 Manejo actual del dinero
6. RECREACIÓN Y OCUPACIÓN DEL TIEMPO LIBRE	- T.1. Diversión - T.2 Descanso - T.3 Deportes - T.4 Lúdica - T.5 Roles Ocupacionales

De acuerdo, con los argumentos recogidos en cada uno de los instrumentos anteriormente descritos y basados en las preguntas: ¿Cuáles son los conceptos de calidad de vida que tiene el adulto mayor institucionalizado? Cuáles son las

significaciones de las categorías que emergen alrededor del concepto de calidad de vida del adulto mayor institucionalizado? Qué significa para el adulto mayor institucionalizado el concepto de calidad de vida?. Se encontró seis categorías (ver cuadro No.1); la primera se nominó **ESPIRITUALIDAD**, en la cual se encontraron como tendencias significativas, que permitieron dar cuenta del papel que ocupa esta categoría en el concepto que tiene el adulto mayor sobre su calidad de vida. **La paz**, como sinónimo de espiritualidad, los testimonios³³ que apoyan este análisis son: “Pensar en Dios es sentirse en paz”, “Mi única esperanza de estar en calma y tranquilo” “es pensar en las aguas mansas y transparentes”, “estar tranquilo”, “estar libre de cuentas con el altísimo”, “es descansar en el seno de Jesús”, “voy al cielo donde está Dios y ya no me preocupo por nada”.

En este sentido, el adulto mayor relaciona la espiritualidad con **la liberación**, esta situación se puede corroborar con las siguientes afirmaciones³⁴, “liberarse del dolor terrenal”, “quitarse las ataduras del cuerpo”, “acabar con mis tristezas y mi amargura”, “pasar a una mejor vida”, “dejar libre a los demás de mi presencia porque yo solo soy un estorbo”. A su vez el adulto mayor considera la espiritualidad como una **esperanza**, expresada en frases³⁵ como “yo me encomiendo a Dios y a la Virgen Santísima para que no se olviden de mí”, “tengo

³³ Testimonios tomado del taller número 12

³⁴ Ibid, pag. 193

³⁵ Ibid, pag. 193

confianza en que en el otro mundo voy a ser muy feliz”, “lo último que se pierde en esta vida esta esperanza”.

También, relaciona la espiritualidad con el **credo religioso**, ello se apoya en afirmaciones como “Dios sabrá que hacer con uno”, “todos los días le pongo un veloncito al Niño Jesús de Praga para que me proteja”, “yo donaría mucho dinero a la iglesia si lo tuviera para que los padres ayudaran a otros infelices como yo”, “con la ayuda Dios y la Virgen”, “creo que Dios nos vigila para que no hagamos cosas malas”, “Lo único que me alienta a seguir aquí es Jesús y María”, “Diosito me tiene guardado allá arriba un lugar muy bonito para mí”, “primero que todo Dios y después la salud para vivir bien”, “el cielo es un lugar donde se siente la presencia de Dios con alegría y regocijo”, “Dios nos ampara”.

A si mismo, el adulto mayor asocia la espiritualidad con **la muerte** apoyado este análisis en afirmaciones³⁶ como “no le tengo miedo a la muerte, porque me arrepentí de lo que hice mal y siempre he tratado de hacer las cosas bien”, “yo quiero estar en el cielo con la virgen, Dios y mi familia”, “ahora quisiera morir para no sufrir mas”, “Yo espero morir en paz con Dios y con las personas”, “Yo ya hice lo que tenía que hacer en esta vida, ahora solo soy un estorbo, solo me queda la muerte, para ser feliz con la Virgencita y con todos los Santos”, “quiero morirme, porque llevo una vida muy amargada”.

³⁶ Ibid. pág.193

Con respecto, a la segunda categoría, se denominó **AFFECTIVIDAD**, dadas las tendencias que surgieron al hacer el análisis respectivo de los datos empíricos recogidos por medio de los instrumentos, como las entrevistas y los talleres. Estas tendencias fueron; **la autovaloración** que posee el adulto mayor de si mismo, lo cual se identifica en estas afirmaciones³⁷: “el adulto mayor tiene eso, que cualquier cosa que le digan o le hagan lo acomplejan”, “me siento oprimido con la vejez”, “Yo estoy contento porque hice lo que quise toda la vida”, “yo ya no voy a aprender cosas, si loro viejo no aprende a hablar”, “ya no valgo nada, ya no soy persona”, “soy una inútil, un mueble más”.

En esta categoría ,también se incluye **el rol de pareja** como elemento importante para comprender el concepto que tiene el adulto mayor al interior de una institución de cuidado crónico sobre calidad de vida; según la opinión³⁸ expresada por ellos, así: “hoy me gustaría volverme a casar, tener una señora muy fiel y muy buena persona”, “yo sería buen esposo”, “me hace falta tener un amor pero aquí no porque todo el mundo repara”, “me falta una novia para que me administre”, “esta es como mi casa, tengo compañeros solo le agregaría una esposa”, “hoy me gustaría tener una compañera pero no me lo permiten”, “Extraño mucho a mi esposo que murió hace quince años”.

Otra tendencia, relacionada con la afectividad la constituye el rol desempeñado por los **padres/madres** de los adultos mayores como se aprecia en los siguientes

³⁷ Testimonios tomados de los talleres 1 y 3

³⁸ Testimonios tomados del taller 13

testimonios³⁹: “cuando era niña y quedé huérfana, hubiera sido mejor que me dejaran morir, para no sufrir tanto”, “cuando vivía con mi papá y con mi mamá era muy feliz, vivíamos en una casa linda llena de flores”, “me levanté con mis padrinos porque quedé huérfano muy pequeño y ellos me pegaron y me dieron mucha madera”, “me hace mucha falta mi mamá”.

En cuanto a la relación entre afectividad con los **hijos**, los participantes opinan a partir de las siguientes frases⁴⁰: “de lo único que me arrepiento es de nunca haber tenido un hijo”, “solo soy un estorbo para mi hijo y mi nuera”, “ hoy me gustaría vivir con mis hijos pero ellos son muy pobres y no me pueden tener”, “mi hija viene cada ocho días y está muy pendiente de mí”, “yo estoy tan desbaratada que no hay quien me cuide en mi casa”.

A su vez, el adulto mayor relaciona la afectividad con los **compañeros**, con quienes comparte el ambiente institucional, este aspecto se apoya en afirmaciones⁴¹, tales como: “hoy mi familia son mis compañeros”, “me siento muy bien porque tengo un buen amigo”, “María, la del cuarto 75 es mi mejor amiga, sabe todos mis secretos y mis tristezas, la quiero mucho”, “ya no tengo esperanzas, aquí todo representa mi familia”. Otro aspecto a resaltar, es lo referente a las relaciones de los adultos mayores con los **cuidadores** a nivel

³⁹ Testimonios tomados de los talleres 6 y 10

⁴⁰ Testimonios tomados de los talleres 6, 10 y 14

⁴¹ Testimonios tomados del taller 5

afectivo, situación que se evidencia en testimonios⁴²: “las auxiliares de enfermería nos brindan cariño”, “falta comprensión y afecto por parte de algunas de las personas que nos cuidan”, “hoy mi familias son mis compañeros y los que me hacen las terapias”.

La tercera categoría que surgió en el presente estudio se llamó **SALUD**, a la cual el adulto mayor brinda un énfasis especial para dar significado a su calidad de vida. Situación que se evidenció, por medio de tendencias, tales como, **la ausencia de enfermedad** como sinónimo de salud, esta afirmación la apoya los siguientes testimonios⁴³: “es no estar enfermo”, “estar en forma”, “es tener bienestar físico”, “es estar aliviado”, “uno enfermo se siente acomplejado”. En este sentido, el grupo de participantes relaciona la **ausencia de dolor** con la salud, ello sustentado en afirmaciones como: “es no sentir ningún dolor en el cuerpo”, “no me gusta cuando enfermo porque las coyunturas me duelen”.

Además, relacionan la salud con la **capacidad funcional** manifestada en afirmaciones⁴⁴ como las siguientes: “la salud es una bendición de Dios porque yo puedo hacer las cosas sin la ayuda de otros”, “cuando estoy aliviada yo misma tiendo mi cama”, “puedo ir a misa y al taller”.

⁴² Testimonios tomados de los talleres 5 y 10

⁴³ Testimonios tomados del taller 9

⁴⁴ Testimonios tomados de los talleres 2 y 9

Otra tendencia encontrada fue la de asignarle a la salud características de **bienestar**, ejemplo de ello, lo demuestran los siguientes testimonios⁴⁵: “Sentirse uno optimista y jovial”, “tener deseos de vivir”, “estar bien y contento”, “Estar en forma”.

La salud es considerada como sinónimo de **libertad**, los testimonios⁴⁶ que apoyan este análisis son: “con la salud se consigue todo lo que uno quiera”, “uno puede vivir bueno”, “si yo estuviera aliviado podría conseguir una novia”, “es poder cantar, dormir y vivir sabroso”, “salud, dinero y amor”, “salud es volar, sin que me detengan”.

En este orden de ideas, la cuarta categoría corresponde al **AMBIENTE INSTITUCIONAL**, como dimensión significativa que emerge alrededor del concepto de calidad de vida del adulto mayor que habita en dicho espacio. En donde, el adulto mayor considera al ambiente institucional como un **espacio físico**, ello se apoya en afirmaciones⁴⁷ como: “el hospital es ahora mi hogar”, “ el cuarto es muy bueno, tengo buena cama y cobija”, “me gusta el hospital, es como si viviera en una finca”, aquí me siento muy bien”, “el cuarto es como si fuera mío, sin pensar en que tengo que pagar”, “aquí tengo mis cosas”. A su vez, el grupo participante hace mención a la relación entre el ambiente institucional y las

⁴⁵ Ibid, pags. 173. 187.

⁴⁶ Testimonios tomados de los talleres 3 y 9

⁴⁷ testimonios tomados del taller 4

habilidades sociales, expresiones⁴⁸ como las siguientes confirman lo anterior: “es bueno charlar con las terapeutas sobre la vida”, “las auxiliares se preocupan de que estemos bien”, “me siento a gusto con mis compañeros”, “me hace falta una amiga”, “mis compañeras son muy buenas”, “tenemos que aprender a vivir en paz entre nosotros”, “aquella no me cae bien, porque es muy envidiosa”. Ellos también asocian esta categoría con la **seguridad**, manifestado en expresiones⁴⁹ como: “yo tengo derecho a protestar si algo no me gusta, tengo asegurado el techo y la comida para que más”, “aquí tengo todo lo que necesito”, “yo tengo que cumplir unas normas y unas reglas para que no me echen”, “todos tenemos derecho a la defensa”, “soy afortunada por tener lo que necesito acá”, “yo conozco mis derechos”.

La **ECONOMIA**, se constituye en la quinta categoría que el adulto mayor considera como parte fundamental para tener una buena calidad de vida, en tanto la asocia con **La satisfacción de necesidades básicas**, las afirmaciones⁵⁰ que apoyan este análisis son: “el dinero es importante después de Dios”, “el dinero compra todo lo que uno quiera”, “la plata sirve para comprar cosas como la comida, la salud y el amor”, “el tener billete es importante, porque sin el no se podrían satisfacer las necesidades de uno”, “después de tener uno lo básico para que se pide más”. Otra tendencia que se percibió fue la de asignar a la economía

⁴⁸ Ibid, pag.177

⁴⁹ Testimonios tomados de los talleres 4 y 5

⁵⁰ Testimonios tomados del taller 11

un carácter de **rol laboral**, evidenciado a través de los siguientes testimonios⁵¹: “yo se hacer de todo un poco, pero ahora por la enfermedad no hago nada”, “nunca tuve un oficio fijo”, “trabajé en el campo, en la construcción y vendiendo lotería”, “yo trabajaba en lo que resultara”, “ en la vida nací para ser pobre”, “yo trabajaba y ganaba poquito como para pasar el día”, “nunca pude estudiar, si acaso aprendí a leer y escribir y por eso nunca gané mucha plata”, “a veces, después del trabajo, iba a paseos con la familia o con los amigos”.

De la misma forma, relaciona la economía con la **seguridad social**, testimoniado⁵² así: “como trabajaba de finca en finca nunca me pensionaron”, “cuando uno está viejo ya no le dan trabajo y se queda en la calle”, “lo peor que le pueda pasar a cualquiera es esperar a que otros lo mantengan”, “lo poquito que tenía me lo quitaron”, “llegué a viejo y me quedé solo y sin dinero”.

Así mismo, el grupo participante asoció la economía con el **manejo actual del dinero**, expresiones⁵³ como las siguientes confirman lo anterior: “ya para qué plata”, “no manejo dinero, solo lo que me regalan”, “a veces los amigos le dan plata a uno”, “si yo tuviera mucho dinero acabaría con la pobreza”, “llegando a ser rico pondría a vivir a los adultos mayores de aquí como reyes y me casaría”, “el dinero no podría aliviarme”.

⁵¹ Testimonios tomados de los talleres 2 y 11

⁵² Ibid, pags. 173. 191

⁵³ Testimonios tomados de los talleres 7 y 11

La sexta categoría se nominó, **RECREACIÓN Y OCUPACIÓN DEL TIEMPO LIBRE**, la que desempeña un rol importante en el concepto que tiene el adulto mayor acerca de su calidad de vida en un ambiente institucional. Se halló en las expresiones de los adultos mayores, relaciones entre recreación y ocupación del tiempo libre con la **diversión**, evidenciado en testimonios⁵⁴ como: “se pasa el tiempo más rápido cuando uno está contento”, “cuando uno está alegre se le olvidan las tristezas, es bueno disfrutar las cosas buenas de la vida. En cuanto, al término **descanso**, es asociado por los participantes con la recreación y ocupación del tiempo libre, en afirmaciones⁵⁵ como: “me recargo de baterías cuando nos llevan a paseos”, “siento el cuerpo liviano después de participar en las actividades de los estudiantes de educación física”, “a veces es rico hacer pereza”.

Otra tendencia que se relaciona con esta última categoría es el **deporte**, como se identifica en testimonios⁵⁶ como: El deporte es salud, ahora participo en caminatas, es mi deporte favorito”, “ya para que hago ejercicio”, “los deportes que me gustan ya no los puedo hacer”.

Según la opinión de los adultos mayores, la **lúdica** se relaciona también, con la recreación y ocupación del tiempo libre, confirmado en expresiones⁵⁷ como: “El juego es importante para uno sentir que todavía está vivo”, “apenas ahora de viejo estoy aprendiendo a gozar cosas que no hacía”.

⁵⁴ Testimonios tomados del taller 8

⁵⁵ Ibid, pag, 185

⁵⁶ Testimonios tomados de los talleres 3 y 8

⁵⁷ Ibid, pag. 175.185.

En este sentido, ellos identifican la recreación y ocupación del tiempo libre con los **roles ocupacionales**, apoyan este análisis testimonios⁵⁸ como: “me gustaría ser aseoador porque tengo la capacidad”, “ahora trabajo en bordados me gusta mucho”, “soy una inútil, ya no ayudo”, “no sirvo para nada”, “me gustaría aprender construcción y plomería pero no puedo porque estoy enfermo”, “ahora me gustaría trabajar en la cocina pelando biches”, “si pudiera volvería a hacer las cosas de antes”.

En acuerdo con lo anteriormente dicho, esta primera fase del proceso investigativo, permitió identificar tendencias conceptuales que direccionaron las categorías descriptivas del estudio, donde la investigadora a partir de los datos empíricos que emergieron de los actores estableció parámetros teóricos con el fin de delimitar su objeto de estudio.

Delimitación, que favoreció a la investigadora, la transición a la fase interpretativa donde se expresa aquello que se quiere decir sobre lo investigado, en este caso, identificar los conceptos de calidad de vida que tiene el adulto mayor institucionalizado en el Hospital Geriátrico San Isidro, a partir de las tendencias con sus respectivas categorías descriptivas expresadas en esta primera fase. Situaciones que permitieron plantear la siguiente hipótesis: **La calidad de vida es concebida por el adulto mayor como un estado de bienestar que lo acoge, que lo hace sentir importante, lo reconoce y lo invita a vivir estados de**

⁵⁸ Testimonios tomados del taller 7

tranquilidad. Las dimensiones humanas e insitucionales que propician estos estados deben estar concebidas bajo los presupuestos de la espiritualidad, la afectividad, la acogida institucional, el bienestar económico y la potenciación de la esfera ocupacional y lúdica.

4.2 SEGUNDA PARTE: FASE INTERPRETATIVA

Esta fase se centrará en la construcción de los argumentos interpretativos; el insumo más importante para la realización de este proceso lo aporta los argumentos descriptivos, los cuales fueron hilvanados a partir de cada una de las categorías emergentes y descritas en el capítulo anterior. La orientación metodológica de esta fase, fue leída bajo la pregunta por el significado de los argumentos planteados por los actores y contrastado por el punto de vista de la investigadora. En esta fase se estableció las relaciones entre cada una de las categorías a la luz de la siguiente hipótesis: La calidad de vida es concebida por el adulto mayor como un estado de bienestar que lo acoge, que lo hace sentir importante, lo reconoce y lo invita a vivir estados de tranquilidad. las dimensiones humanas e institucionales que propician estos estados deben estar concebidas bajo los presupuestos de la espiritualidad, la afectividad, la acogida institucional, el bienestar económico y la potenciación de la esfera lúdica

CATEGORÍA UNO: LA ESPIRITUALIDAD, COMO CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO

Frente a la categoría de la espiritualidad, se puede inferir que cumple un papel crucial en la construcción del concepto de calidad de vida en el adulto mayor, en tanto, muestra la relación del sujeto con un Dios, quien lo conduce a la búsqueda de verdad, de su trascendencia; ello matizado en las tendencias descritas en la fase anterior (ver página 81). Donde la creencia en un ser superior desempeña un rol importante en sus vidas.

En este sentido, mientras en la juventud el hombre se ocupa más de su contexto, de la satisfacción y cumplimiento de sus necesidades básicas y la ejecución de los diferentes roles; en la vejez, el adulto mayor dirige su interés más hacia procesos de autorreflexión y hacia la búsqueda y comprensión de si mismo.

Sin embargo, el adulto mayor que vive en el ambiente institucional tiende a añorar y a desear volver a vivir su pasado, sin aceptar su realidad presente, quedando aspiraciones no cumplidas y , aparece en él, una actitud de abandono y de entrega a la predeterminación divina, como una alternativa para llenar el vacío, de lo que no pudieron realizar a lo largo de sus vidas.

Además, la espiritualidad, le proporciona al adulto mayor un sentido de vida, que es externo a él, en un momento fundamental de su ciclo vital, en el cual siente

que no posee un proyecto de vida, una fuerza que le ayude a direccionar su presente y lo conduce a pensar que su vida ya no tiene significado, constituyéndose la religión como única vía para recuperar ese sentido de vida, representado en las imágenes religiosas que lo acompañan en su cuarto y en la asistencia a los ritos religiosos como la misa.

En acuerdo con lo ya expresado, también actúa como elemento coyuntural en la vida del adulto mayor para alcanzar la paz, la reconciliación consigo mismo, con su pasado y su presente. Abriéndole un camino de luz y de esperanza, para que después de la muerte la vida sea mejor y que de alguna manera haya tenido sentido.

En este orden de ideas, simboliza además, la posibilidad de liberación del sufrimiento, representado en sus remordimientos, en el arrepentimiento de las acciones que pudo llevar a cabo en su pasado, que nunca las hizo y a las cuales hoy siente que no puede dar soluciones. A ello, se agrega la presencia de enfermedad, en ocasiones discapacitante que le ha generado mayor limitación o dependencia para la ejecución de las actividades de la vida diaria, pérdida de la pareja, la ausencia o poca presencia de sus seres queridos, el decremento o carencia de oportunidades para hallar una vida más satisfactoria.

Factores, que se convierten en razones para buscar en su esfera espiritual e incluso en la muerte, una alternativa para acceder a la eternidad, para sentirse

libres de su carga histórica y, alcanzar por fin esa felicidad tan anhelada, al lado de esos seres queridos que en algún momento fueron significativos y abandonar por fin este mundo de la vida, mundo en el cual se sienten prisioneros, constituyéndose, por consiguiente, la muerte en una forma de resolución a su situación actual.

Como se puede interpretar, esta categoría ocupa un lugar trascendental en torno al concepto de calidad de vida, ya que direcciona y le da sentido a su vida presente, a la vez que se convierte en camino hacia la felicidad eterna. Categoría en la cual vienen a confluir y a establecer interacciones con las demás categorías (ver pág. 81). Puesto que le permiten al adulto mayor tener esperanzas para tener una calidad de vida mejor.

Lo anterior, lleva a plantear la siguiente hipótesis: **La calidad de vida, es un concepto etéreo que no moviliza la acción del adulto mayor como autodeterminante de su vida, lo cual, la hace una categoría movida por fuerzas divinas externas a él.**

CATEGORÍA DOS: LA AFECTIVIDAD, COMO CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO

Según, la información obtenida a través de este estudio y, de las tendencias que emergieron, como la autovaloración, la relación padres/madres, la pareja, los hijos,

la relación con los compañeros y los cuidadores para la construcción de la categoría, en la cual se percibe la relación que establece el adulto mayor con algunos vínculos afectivos, que permitieron, a la investigadora llevar a cabo las siguientes interpretaciones:

El adulto mayor, que vive en un ambiente institucional tiende a presentar una autovaloración baja, debido a que se autocritica de manera muy severa, por los errores cometidos en su pasado y en su presente, por no ser autónomo en la toma de decisiones actuales y a futuro. Además, de considerar que esos errores, no lo hacen merecedor del amor hacia si mismo ni de los demás hacia él.

Marcado aún más, por la herencia histórico cultural que ha recibido, lo cual, se manifiesta en su autoconcepto y en la tendencia que tiene el ser humano a pensar que el manantial, de donde proviene su felicidad, está en el otro y no en si mismo. Al sentir que no merece ser amado por el otro, entonces, tampoco, tiene derecho a sentir amor por si mismo, sino por el contrario, desamor hacia si mismo, reforzando cada vez más su autoconcepto negativo.

Como consecuencia de la manera en que vivieron su pasado, en ocasiones, en un ambiente de maltrato físico, verbal o emocional; a través del cual, sintieron que no tenían derecho a ser sujetos de amor, pues, ni siquiera en sus hogares lo habían conocido, más bien, allí se les había negado.

En lo referente al escenario familiar, llama la atención, que el adulto mayor institucionalizado hoy, no la percibe como el modelo tradicional, es decir, el conformado por padres e hijos, sino más bien, una familia social, puesto que, ya han fallecido sus padres, algunos de los adultos mayores abandonaron sus hijos durante la juventud, otros, han sido abandonados por sus hijos o debido a la severidad de la discapacidad física o mental del adulto mayor han llevado a la familia o incluso a el mismo, a elegir el ambiente institucional, como el nuevo hogar.

Espacio en el cual, el adulto mayor adopta diferentes posiciones a este respecto. Por un lado, ven en la institución y, en el cuidador, su familia, pues, son ellos los que satisfacen sus necesidades básicas, como la alimentación, el vestido, el abrigo, los medicamentos, entre otros; que han sido aspectos muy importantes a lo largo de sus vidas y, a los cuales, no puede acceder de manera independiente hoy.

De otra forma, algunos adultos mayores desean permanecer en sus hogares, con sus hijos, pero no lo pueden hacer, debido a los factores ya mencionados o porque sienten que ya no son personas importantes para sus familias y buscan en los cuidadores y compañeros suplir ese afecto, con quienes se sienten apoyados y comprendidos, o simplemente no son aceptados por sus familias.

En otras ocasiones, el adulto mayor quien durante su juventud no asumió la familia de manera responsable, abandonando sus deberes y obligaciones hacia sus hijos que durante su infancia dependían de él y esposa(o). No se preocupó por establecer y enriquecer los vínculos al interior del núcleo familiar, hoy, algunos de ellos, se sienten culpables de los errores del pasado y responsables de su presente como una forma de castigo frente a sus faltas.

Otros, en cambio reclaman las obligaciones y deberes por parte de sus hijos y esposas(os) y, los culpan por su presente, sin reconocer su papel dentro de las circunstancias en que transcurrió su juventud y en las que vive actualmente.

De otro lado, manifiesta el interés de tener pareja con quien compartir sus experiencias pasadas, sus tristezas, preocupaciones, sus enfermedades, a quien brindar afecto y de quien, recibir ese amor que tanta falta hace en sus corazones.

En tanto, consideran que el amor de pareja, después del de Dios, es el más importante para brindarles de alguna manera sentido a sus vidas, para que haya una razón, para seguir viviendo en un mundo de desesperanza. Lo anterior, denota que la afectividad hace parte del constructo conceptual que el adulto mayor hace de su calidad de vida y muestra como a través de su vivencia puede afectar positivamente su salud, la espiritualidad, la recreación y ocupación del tiempo libre e incluso el ambiente institucional. Espacios en los cuales, necesariamente se genera, se propicia y se vive el afecto.

Las interpretaciones ya expuestas, conducen a plantear la hipótesis siguiente: **El concepto de calidad de vida del adulto mayor está representado por los vínculos afectivos que provienen de otras personas y, no necesariamente con los miembros de la familia biológica, lo cual, la hace una categoría movilizada por elementos afectivos externos a él.**

En relación con la hipótesis de la primera categoría, se encuentra una estrecha relación con los factores externos, los cuales proporcionan bienestar desde las expresiones afectivas, de compañía, apoyo y seguridad. No obstante, si bien, el concepto es significado desde factores externos, como son el cuidado, la seguridad y la compañía, adquieren una dimensión subjetiva, en cuanto, a la exigencia de las mismas, como expresiones que movilizan los sentimientos, las expresiones afectivas y las exigencias de suplir necesidades básicas de seguridad.

CATEGORÍA TRES: LA SALUD, COMO CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO

Para el adulto mayor, la salud se dimensiona a partir de las cuatro tendencias (ver Pág. 81) que permiten relacionar esta categoría con la posibilidad de ser y hacer lo que se desee en un momento dado, y brinda herramientas para hacer un acercamiento hacia el concepto de su calidad de vida. En donde, la ausencia de enfermedad favorece en el adulto mayor el poseer una mayor capacidad funcional,

que se evidencia en su independencia motora para realizar los diferentes desplazamientos, en la ejecución de las actividades de la vida diaria sin supervisión o ayuda de cuidadores o agentes externos. Elementos que favorecen su participación en las diferentes actividades, eventos cotidianos y de tipo social programados por la institución.

En acuerdo con lo anteriormente dicho, se establece la importancia que tiene para el adulto mayor la salud, como aspecto preponderante dentro de su calidad de vida, ya que le permite acercarse a espacios de participación donde no implique la dependencia o asistencia de un cuidador que le limite sus intereses particulares por no poderlos llevar a cabo, por si mismo. De allí, que la salud se manifiesta en el sentido, en que el adulto mayor pueda acceder a esos mismos espacios, de manera autónoma e independiente, donde pueda desempeñar los diversos roles que desee, en un contexto y en un momento dado.

La salud, proporciona al adulto mayor oportunidades para actuar y provocar cambios de acuerdo con los objetivos, valores y proyectos de vida tanto individuales como institucionales. Se evalúa, desde las libertades que disfrutan y la iniciativa que poseen para ayudarse a si mismos e influir en el mundo. El siente que ya no tiene libertad, pues debido a su estilo de vida previo, no pensó ni se preparó para la vejez y, dadas sus condiciones económicas precarias, la falta de apoyo familiar, la vulnerabilidad de su salud han hecho que escoja o que otros hayan decidido su institucionalización.

Estando supeditado, a lo que la institución considere que es mejor para él, no pudiendo elegir el proyecto de vida que realmente quiere seguir durante su envejecimiento, sino más bien aceptando la única opción posible.

En el análisis de éste, se muestra la importancia que tiene para el adulto mayor la salud como una forma para acceder y participar de manera autónoma en el desempeño de su rol económico puesto que al tener buena salud, puede ingresar con mayor facilidad a un medio laboral, percibir una remuneración y, por consiguiente, elegir el espacio o el ambiente donde vivir, que actividades llevar a cabo, todo ello bajo la guía y acompañamiento de su esfera espiritual.

Los anteriores, nos llevan a proponer la hipótesis siguiente: **La calidad de vida es un concepto fluctuante, que no depende necesariamente de la acción misma del adulto mayor, como determinante de su presente, lo cual la hace una categoría que debe ser movilizada por factores externos que le permiten a él acceder a sus libertades fundamentales.**

En relación con las dos hipótesis anteriores, aparecen tres elementos importantes, veamos: El primero de ellos hace referencia al concepto de atención básica, cuyo propósito debería estar direccionado a disminuir las condiciones de vulnerabilidad psicoafectiva y los riesgos de enfermedad y discapacidad. Esto nos lleva a pensar que, el adulto mayor, requiere una serie de apoyos terapéuticos enfocados a potenciar en ellos actitudes, argumentos, hábitos y relaciones que reconfiguren un

autocuidado adecuado y, por tanto, los haga sentir sujeto y actor de su propio desarrollo. De esta forma, el adulto mayor podrá tener un nivel de autodeterminación en sus proyecto de vida.

El segundo elemento, hace referencia a la prácticas de autodeterminación las cuales tiene su expresión en la participación que el adulto mayor hace en cada una de las actividades de la vida cotidiana institucional.

El tercer y, ultimo aporte, esta direccionado a ver al adulto mayor como un sujeto activo, dinámico, propositivo y con suficiente potencial para autodeterminar su historia. En esta inferencia se recogen los dos anteriores elementos, el autocuidado y la autodeterminación como expresiones del desarrollo autónomo en el adulto mayor.

CATEGORÍA CUATRO: EL AMBIENTE INSTITUCIONAL, COMO CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO

Esta categoría conlleva a preguntarse por la relación que existe entre el ambiente institucional con el concepto que tiene el adulto mayor sobre su calidad de vida. Donde, éste lo considera como el espacio que le brinda seguridad, protección y que se ha constituido por ello, en su hogar.

Debido a que les satisface sus necesidades de abrigo, de alimentación, vestido y salud; aspectos que ha considerado importantes, a través de las diferentes etapas del ciclo vital, más, en un momento tan crucial de su vida como lo es su presente, cuando se siente frágil y sin posibilidades, a nivel económico de ser productivo y, a nivel personal de ser autónomo para decidir sobre diversas opciones de vida cuando tiene la institucionalización como única elección.

Así, el adulto mayor asume como espacio público, la institución en general y, como espacio privado, su cuarto, lugar, en el cual ubica elementos que le brindan intimidad y ambiente de hogar, ejemplo de ello, el uso de carpetas, ornamentos, cuadros religiosos, entre otros, que producen en él bienestar y tranquilidad.

De otro modo, el adulto mayor es consciente que al interior del ambiente institucional se deben seguir normas o reglamentos, así mismo deberes y derechos que cumplir para una convivencia pacífica y en familia. Constituida, por cuidadores, parientes y compañeros, quienes contribuyen a que la adaptación y permanencia en dicho espacio sea más satisfactoria. Teniendo en cuenta, que el tipo de interacciones que se establecen con y entre ellos, está relacionado con sus historias y estilos de vida para una mayor aceptación y vivencia de su situación actual.

En acuerdo con lo anterior, se aprecia la importancia que tiene el ambiente institucional para la calidad de vida del adulto mayor, que le permite asegurar el

abrigo, convivir con sus pares y, cuidadores en general, siempre en busca de un espacio de paz, tranquilidad y bienestar a partir del respeto de lo público y de lo privado.

En los aspectos señalados, se puede apreciar como esta categoría se relaciona de manera clara, con las categorías correspondientes a la afectividad y a la espiritualidad, sin excluir las demás; puesto que al interior de dicho escenario, el adulto mayor busca un espacio para la reconciliación consigo mismo, con Dios y, se convierte en una manera para obtener afecto de las personas que le rodean en un momento de sus vidas en que se siente solo. Y así mismo, poseer el lugar o el nicho para estar solo o acompañado si así lo desea en un momento dado.

Situaciones que llevan a plantear la siguiente hipótesis: La calidad de vida es un concepto que se construye a partir de, lo que el concepto define como el ambiente institucional apropiado para el adulto mayor. Por lo cual esta categoría es dependiente de factores externos al adulto mayor. En relación con las hipótesis anteriores, en esta categoría, aparece la configuración de un ambiente específico de desarrollo como determinante de calidad de vida. Esto es, un ambiente en el que convergen diversas relaciones, interacciones, actores y discursos y, en los que se pone a circular diferentes maneras de vivir el bienestar. De igual manera, en esta relación surge la importancia de crear institucionalmente un escenario que acoja, proteja y ponga a circular imaginarios de bienestar y calidad de vida.

CATEGORÍA CINCO: LA ECONOMÍA, COMO CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO

En donde el rol laboral y el uso del dinero ayudan a identificar el concepto de calidad de vida en el adulto mayor, desde la categoría de la economía.

Un aspecto primordial, en la vida de las personas mayores que viven en un ambiente institucional corresponde a sus condiciones económicas. En el cual, la edad actúa como elemento determinante en la distribución económica, puesto que, la acumulación de bienes económicos suele asociarse a la juventud, convirtiéndose la renta en motivo de preocupación para ellos.

Más aún, cuando el rol laboral desempeñado en la mayoría de ellos, fue en el mercado informal, dadas sus condiciones de formación a nivel educativo; que, solo les permitió participar en trabajos temporales, con salarios bajos en la mayoría de los casos, impidiendo el acceso a una seguridad social que se reflejara en la jubilación durante su vejez y, que por consiguiente, le asegurará una mayor estabilidad económica. Y, al convertirse en adultos mayores, ya no se les contrataba por su condición, quedando indefensos y a la espera de quien les pudiera ayudar. A ello se agrega, el hecho que durante la juventud, algunos de ellos no planificaron su dimensión económica, con políticas de ahorro, por ejemplo, ya que, vivían sólo el presente sin sembrar para su vejez.

Situación, de la que hoy se culpan, reconocen la importancia del dinero, no sólo para satisfacer sus necesidades básicas sino que también lo consideran, como un medio para alcanzar lo que se desee, incluso a nivel afectivo, viendo en esta categoría, una vía para alcanzar su libertad.

En este sentido, aparece un común denominador del adulto mayor, que vive en el contexto de una institución y, es que actualmente no maneja dinero y depende totalmente de este organismo. Los familiares, parientes, amigos o conocidos, en ocasiones, les brindan mínimas cuantías para satisfacer algunas necesidades básicas o algunos caprichos.

Aspecto, que actúa de manera negativa en su concepción de calidad de vida, debido a que, a nivel afectivo, el adulto mayor no se valora como persona, siente que no es merecedor de nada en la vida, llevándolo a situaciones de ansiedad, depresión e incluso apatía frente a si mismo y su entorno.

De allí, que él, le proporciona un gran valor a la categoría de salud, puesto que al ser una persona funcional, sin enfermedades puede continuar en su medio laboral devengar un salario para satisfacer no solo sus necesidades básicas sino también las de recreación, ocupación del tiempo libre, elegir donde y, con quien vivir, es decir, disfrutar de sus libertades fundamentales.

Interpretaciones, que permiten a la investigadora sugerir la hipótesis siguiente: **La calidad de vida del adulto mayor institucionalizado, es un concepto que depende de la acción conjunta del adulto mayor y su entorno, como elementos fundantes de su presente, lo cual, la hace una categoría que se moviliza por fuerzas intrínsecas y extrínsecas a él, como fuerzas determinantes para alcanzar su autonomía.**

En relación con las categorías anteriores, se podría agregar un elemento importante, el cual estaría conformando otro de los elemento extrínseco determinantes de calidad de vida, como es el poder contar con suficiente comodidad económica para suplir necesidades de orden material requeridas para el bienestar.

CATEGORÍA SEIS: LA RECREACIÓN Y OCUPACIÓN DEL TIEMPO LIBRE, COMO CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO.

Para el adulto mayor, la recreación y ocupación del tiempo libre se dimensiona a partir de cinco tendencias (ver Pág. 83) que permiten una aproximación al concepto de calidad de vida. Categoría en la cual, el adulto mayor visualiza la diversión, la lúdica y la ejecución de deportes como actividades de descanso y esparcimiento que le proporcionan un mayor bienestar tanto físico como emocional. Por un lado, le permite un mejor acondicionamiento físico para llevar a

cabo las actividades cotidianas sin ayuda, o en caso de requerirla evitar que se incremente su deterioro físico.

De otra parte, contribuye a que el adulto mayor se sienta relajado, alegre, olvide transitoriamente sus problemas y se perciba a si mismo como una persona más tranquila y menos estresada. Sin olvidar, que la participación de este grupo etario, en este tipo de actividades, facilita la socialización e interacción con sus compañeros y cuidadores, llevándolo a incrementar, a enriquecer sus relaciones de amistad e incluso, desarrollar intereses que en su juventud por las múltiples ocupaciones y expectativas no tuvo la oportunidad de conocer o de aprender.

A esta categoría, también se adhieren aquellas actividades de índole ocupacional, que el adulto mayor desea realizar, de acuerdo con, sus habilidades, actitudes, conocimientos y estilo de vida previo. En ello, se percibe el interés en volver a realizar aquellas tareas o trabajos que realizaron en su juventud, como el trabajo en la huerta, en el campo, en mecánica, la participación en los quehaceres del hogar, elaboración de corsetería, lencería, entre otros.

De tal forma que, la recreación y ocupación del tiempo libre, constituyen un insumo importante en la construcción del concepto de calidad de vida en el adulto mayor, puesto que, lo ayudan a significar, a dar sentido a su vida, por medio de su participación activa en actividades que hacían parte de su estilo de vida previo a la

institucionalización y, en otros casos, le brinda la posibilidad de vincularse a aquellos que nunca había podido participar o simplemente no conocía.

En el mismo sentido, esa categoría cualifica al adulto mayor, en tanto, contribuye a una mejor autovaloración, a establecer interacciones significativas con otros de su edad y cuidadores en general. Es decir, retroalimenta su esfera afectiva, propicia una mejor convivencia al interior de su ambiente institucional, ya que, en la medida que se sienta mejor consigo mismo, más elementos positivos a nivel interno podrá brindar a los demás.

Así mismo, le proporciona herramientas para sentirse mejor consigo mismo, por la generación de espacios de paz y tranquilidad que le ayudan a fortalecer y enriquecer su esfera espiritual y afectiva. Sin dejar de lado, la salud, con la cual, le permite un incremento y mantenimiento de su capacidad funcional existente y una mayor libertad para elegir lo que se desee llevar a cabo, en un momento determinado.

Hechos, que proporcionan insumos para presentar la hipótesis siguiente: **La calidad de vida es un concepto que moviliza la acción, en términos de búsqueda de mejores condiciones para vivir el ocio, el cual, es expresado en el juego y la realización de actividades estéticas. Esto la constituye en una categoría que es direccionada por factores provenientes del contexto.**

En contrastación con las categorías anteriores, se muestra otro elemento importante sobre el cual seguir describiendo los factores intrínsecos que determinan la calidad de vida en el adulto mayor, la vivencia lúdica, recreativa y estética; que si bien, se manifiestan en el espacio público, su configuración es privada, interna y subjetiva y, por tanto, requieren de procesos internos de diferenciación e interpretación por parte de quien tiene este tipo de experiencias. Esta última característica, hace que su vivencia y elaboración sea tipo personal y, por consiguiente, debe ser leída como una necesidad que emerge de lo más profundo del ser. Su identidad.

Al relacionar la hipótesis planteada en la fase descriptiva, que hace referencia a que, la calidad de vida es concebida por el adulto mayor como un estado de bienestar que lo acoge, que lo hace sentir importante, lo reconoce y lo invita a vivir estados de tranquilidad. Las dimensiones humanas e institucionales que propician estos estados deben estar concebidas bajo los presupuestos de la espiritualidad, la afectividad, la acogida institucional, el bienestar económico y la potenciación de la esfera lúdica. Y con base, en este análisis interpretativo del objeto de estudio se puede inferir que, para el adulto mayor existen dos grandes dimensiones fundantes para comprender el concepto que éste posee acerca de su calidad de vida.

La primera, hace mención al **yo como sujeto**, como componente subjetivo del adulto mayor. En donde, se encuentra que en esta dimensión subjetiva, el adulto

mayor manifiesta sus necesidades de autoconocimiento, de reconciliación consigo mismo, movilizados por fuerzas divinas a quienes entregan su carga histórica y depositan su sentido de vida. De igual manera, se percibe como un sujeto que requiere movilizar sus sentimientos, sus expresiones afectivas y, deseos de satisfacer las necesidades básicas de seguridad, compañía, apoyo y bienestar, es decir, él busca establecer vínculos de índole afectivo, representado tanto por la autovaloración que posee de sí mismo, como por las relaciones que se establecen con sus compañeros, cuidadores y parientes, que se constituyen en personas significativas para él y, en quienes ve una alternativa para incrementar, además, sus procesos de socialización.

Así mismo, el adulto mayor considera imperioso contar con los apoyos terapéuticos que le ayuden a disminuir la vulnerabilidad psicoafectiva y los riesgos de enfermedad o discapacidad, para facilitar la participación en su referente contextual, potenciar las concepciones que tiene de sí mismo como sujeto, reconfigurar sus relaciones, de tal forma que le permitan una nueva concepción del autocuidado adecuado, que le brinde espacios para considerarse sujeto activo, autónomo y autodeterminante de su proyecto de vida; quien se construye permanentemente para tener acceso a sus libertades fundamentales a ser tenido en cuenta en la toma de decisiones y a decidir cuales son los elementos que hacen parte fundamental para la vivencia de su calidad de vida.

Y la segunda, hace relación a la configuración institucional, representada no solo en el espacio físico que habita el adulto mayor, sino además, en los reglamentos, derechos, deberes y normativas curriculares que hacen, que en dicho escenario converjan diversas relaciones e interacciones entre actores y discursos y, en los que de acuerdo, con sus historias y sentidos de vida viven el bienestar y la calidad de vida de forma diversa, y esperan ser acogidos en dicho escenario.

Igualmente el adulto mayor le da a la recreación y ocupación del tiempo libre una connotación lúdico estética, en tanto, le permite acceder a mejores condiciones para vivir el ocio, lo que la hace una categoría con componentes tanto intrínsecos, puesto que, requiere de procesos internos de diferenciaciones, situación que exige que esa vivencia sea leída desde la identidad del adulto mayor como sujeto. Y elementos extrínsecos, en cuanto, se manifiestan en el espacio público que el comparte con los cuidadores y compañeros. Así mismo, se podría contemplar como elemento extrínseco, el bienestar económico como un medio para suplir y satisfacer las necesidades de orden material requeridas para su seguridad y para su calidad de vida.

Dimensiones que se hallan articuladas entre sí, de manera bidireccional y, casi simbiótica, en las cuales se tejen los constructos tanto de carácter subjetivo como objetivo. Dimensiones sobre las cuales se debe concebir la calidad de vida, en tanto, son complementarias y necesitan de una constante interacción para construir un escenario de calidad de vida para el adulto mayor institucionalizado.

4.3 TERCERA PARTE: FASE DE CONSTRUCCIÓN DE SENTIDO

Las categorías mencionadas en la fase anterior, establecieron insumos conceptuales con base en los argumentos interpretativos, que permitieron a la investigadora identificar posiciones del adulto mayor frente al concepto de calidad de vida y que posibilitan adentrarse a esta tercera fase, correspondiente a la construcción de sentido para dar respuesta al interrogante ¿qué significa para el adulto mayor el concepto de calidad de vida?. A lo cual se intentará dar respuesta desde dos momentos significativos del proceso de investigación:

El primer momento, que le permite a la investigadora significar el concepto del adulto mayor desde las categorías que emergieron de la fase interpretativa y que favorecieron un dialogo estratégico entre autores, actores e investigadora.

Y un segundo momento de la tercera fase de este proceso investigativo, conducirá a la investigadora a las conclusiones y recomendaciones que se manifiestan en una aproximación teórica sobre el concepto que tiene el adulto mayor institucionalizado en el Hospital Geriátrico San Isidro sobre calidad de vida.

4.3.1 La construcción del concepto de calidad de vida en el adulto mayor desde una perspectiva subjetiva, elemento identitario: Dimensión en la cual, el adulto mayor ve **La Espiritualidad Como Búsqueda de la Trascendencia**, manifestada en frases como: “Ahora quisiera morir para no sufrir mas de lo que sufro por la enfermedad”. Con la expresión mencionada, el adulto mayor que vive en un ambiente institucional busca en su esfera espiritual y en el “ morir “ una vía para acceder al logro de la paz, y en una alternativa de bienestar para si mismo que solo es posible después de la muerte.

Así mismo, la muerte implica una forma de liberarse del sufrimiento que lo tiene prisionero en este mundo; cuya prisión está constituida por la presencia de enfermedades. Enfermedades, que se constituyen en barrotes que le impiden traspasar ese espacio cerrado y vacío en que se ha convertido su cuerpo, ocupado únicamente por el dolor, por la pérdida de roles, la soledad, el aislamiento, que a veces es propiciado por si mismo, otras veces por los demás, la falta de opciones en la vida y la desesperanza. Prisión, que le ha negado las posibilidades de ser, de crecer, de conocer y de disfrutar las riquezas que alguna vez vivió y no apreció en toda su magnitud, Y hoy solo se dejan ver tímidamente en la lejanía como luces tenues , corroborándole cada vez más que solo podrá disfrutar nuevamente esos tesoros a través de la muerte.

En palabras de (Jung, 1932), la espiritualidad tiene que ver con la búsqueda de la verdad y la sabiduría y con las necesidades religiosas que tiene el adulto mayor

para alcanzar su trascendencia, como única esperanza de que haya una vida mejor después de la muerte. Además, el adulto mayor manifiesta en expresiones como **“Dios verá que hace conmigo”, “Que se haga la voluntad de Dios, lo único que espero es la muerte”**, una forma de descargar la responsabilidad que tiene de asumir un rol activo frente así mismo y a su entorno. Prefiere dejar esa tarea a un ser superior para que decida que es lo mejor para él, pues no tiene una fuente que le nutra de significado su vida actual, convirtiéndose “Dios “ en esa fuente generadora que lo nutre de bienestar y libertad, a la cual solo llegará cuando muera.

(Frankl, citado en Greene, 1992,193), dice que la voluntad de significado es la principal fuerza motivadora de los seres humanos, “Sin significado, el adulto mayor siente que no tiene porqué vivir, nada que esperar, ni ninguna razón para esforzarse por nada”. El significado de vida que tenga el adulto mayor le proporcionará una direccionalidad a su vida, pero al sentir que no desempeña un rol activo o importante dentro de su contexto se percibe a sí mismo como alguien vacío y sin esperanza, sin opciones de vida quedando como única alternativa para su autorrealización, la muerte.

Para Maslow (citado por Greene, 1992 – 195), el deseo de autorrealización y el deseo de alcanzar algo espiritual es parte innata de la estructura de todo individuo, estos deseos impulsan al hombre a tratar de llegar a ser lo mejor que

puede ser, lo que significa un buen desarrollo de las potencialidades y de los talentos.

Este tipo de crecimiento varía de acuerdo con la edad y con las circunstancias en que vivió el adulto mayor **“Yo no soñé nada para mi vejez, a mi lo único que me interesaba era conseguir el diario”**. Expresiones que llaman la atención, puesto que el adulto mayor durante su juventud solo aspiraba a satisfacer necesidades como la alimentación, el vestido, el abrigo y ocasionalmente algunas relaciones con el afecto, la recreación y diversión. Además de contar con algo de dinero para el siguiente día; preocupándose así únicamente por el hoy, aunque su mañana fuera incierto.

Con ello se aprecia, la importancia que le da a la satisfacción de esas necesidades básicas como única forma de autorrealización a la cual aspiraban. También, se evidencia la no trascendencia de las etapas relacionadas con la satisfacción de las necesidades básicas como las relacionadas con las de tipo fisiológico, encargadas de la supervivencia física (alimentación, sueño, entre otras).

Además, se hace mención a la necesidad de seguridad, de amor y de afecto. Entonces, ven la espiritualidad y la muerte como la única opción para alcanzar la autorrealización **“Me gustaría morirme, qué pereza vivir tanto en la vida, todos los días la misma cosa, no quiero ponerle pereque a nadie”**. Puesto

que ven en la muerte la liberación de la carga sin sentido que representan sus vidas para si mismos y para los demás, agotados ya de un trajinar por un laberinto que no les muestra vías de escape.

Con lo cual, se evidencia la falta de sentido en sus vidas, ya que se muestran fatigados de transitar por la vida, limitándose a cumplir una rutina diaria preestablecida, como son el dormir, el alimentarse, el esperar que amanezca y anochezca, día tras día y noche tras noche. Sintiendo que su nivel de utilidad para su escenario inmediato, institucional y social es mínimo o no existe; convirtiéndose en personas que creen no tienen ningún valor y que por lo tanto no deben ser queridas, quedando como única opción en sus vidas el rezar, para llenar el vacío que existe en su interior.

“Tengo un Cristo que es compañero mío, quiero tener en mi cuarto una imagen de la Virgen del Carmen o del Corazón de Jesús para que me acompañen”. “La muerte es una cosa muy miedosa, le tengo miedo a la muerte y a la forma en que voy a morir”.

Con lo anterior se evidencia la creencia en un ser superior, que brinda al adulto mayor mayor seguridad, confianza y esperanza de un mundo mejor después de la muerte, representado en las imágenes religiosas que lo acompañan en su cuarto y en la iglesia, que le recuerdan día a día que existe alguien que lo acompaña y se

preocupa por él, en un momento tan vital de sus vidas en que se siente solo y en ocasiones abandonado.

Además, refleja una percepción de Dios como alguien bueno, que no castiga ni condena. Llenándolos de sentimientos de paz y plenitud cuando asisten diariamente a las ceremonias religiosas, lo cual han convertido en casi un ritual de vida **“Que la reunión con ustedes no se cruce con la Misa, porque no me la pierdo”**. Ya que el cumplimiento de este ritual les alimenta la esperanza que el día de mañana cuando mueran, tendrán un lugar al lado de un Dios quien les suplirá sus carencias terrenales.

De otro lado, la muerte genera en el adulto mayor sentimientos contradictorios, por un lado simboliza una fuente de liberación, **“es un recurso en esta vida porque uno enfermo le estorba a todo el mundo y a la familia”**. Por otra parte, la muerte infunde en ellos un profundo temor, de tal modo que prefieren ignorarla, rechazarla con pleno conocimiento. Ese temor referido a la muerte se debe a la incertidumbre de lo desconocido, que ocurrirá después de la muerte, qué o a quién se encontrará allí, como se vive en ese lugar, en caso de ser un espacio habitable. Se hace un análisis retrospectivo para reflexionar sobre cual fue su estilo de vida de que se arrepiente y como ello puede afectar su paso a otra vida.

Todas estas situaciones hacen que el adulto mayor al sentir la muerte como un proceso inminente y muy cercano a él, se incremente su temor. Aunque Kübler,

(1999,19) plantea que no se debe temer a la muerte, ya que esta no es el fin, sino un radiante comienzo.

De otro lado, en nuestra cultura se tienden a dar cursos y a preparar a la población en general sobre diversos temas. No obstante, siendo la muerte una realidad y una parte natural e inherente al ser humano, no se ofrecen cursos ni se prepara en este caso particular al adulto mayor para este tipo de experiencias. Quedando él solo con prejuicios e ideales de su proceso de vida, siendo ello un error, puesto que cada etapa del ciclo vital implica unas vivencias específicas.

También, se aprecia que la muerte de una persona cercana crea gran cantidad de emociones, que son de prever y otras que posiblemente causarán extrañeza. **“Yo quiero morirme ya, estoy aburrido”** y otro responde **“No diga eso, que es pecado”**. Tal vez el primero quería expresar en palabras de Kübler, (1999) “Morir es trasladarse a una casa más bella” hablando simbólicamente. Mientras que el segundo, hace referencia al castigo que desde su credo puede recaer en la persona que desee morirse sin haber sido llamado por el ser superior, fundado en el temor a un Dios que castiga.

También es usual que el adulto mayor institucionalizado manifiesta, que después de la muerte esperan encontrarse con seres queridos **“Me gustaría estar en cielo con mi mamá y mi papá”**, **“Me gustaría encontrarme otra vez con mi familia”**.

Según Kübler, (1999), en la tercera etapa de la muerte, las personas se dan cuenta que ningún ser humano puede morir solo. En general, es esperado por la persona que más amó o por la imagen religiosa propia de su cultura. Lo cual podría ser una razón por la cual algunos de ellos no le temen a la muerte.

En este orden de ideas, el adulto mayor aprecia la categoría afectiva desde, **El amor como un sentido de vida**. Teniendo en cuenta que, el autoconcepto es definido por Rice, (1997) como la opinión o impresión que el adulto mayor tiene de si mismo a nivel cognitivo, el cual se desarrolla a lo largo de la vida. Dependiendo de las circunstancias y de las relaciones confrontadas por él en su contexto. El autoconcepto es positivo cuando el adulto mayor se hace responsable de sus acciones y de las consecuencias que de ellas se derivan y también cuando la autocrítica es positiva y no hay autocastigo. Es decir, trata de ser más flexible consigo mismo y con los demás, busca posibilidades reales para alcanzar sus metas, entre otras.

Ejemplo de ello es **“Yo estoy satisfecho de lo que he vivido y de lo que estoy viviendo”, “ Soy conforme completamente con mi vida”**.

Sin embargo, la mayoría tiende a presentar un autoconcepto bajo, **“ Soy una inútil”, “soy estorbo para los demás”**. Su autocrítica y autoexigencia es excesiva, se sienten frecuentemente culpables de sus actos. No se consideran dignos de quererse así mismos debido al contexto sociocultural en el cual se han

desarrollado y el que les ha enseñado que el amor así mismos es lo mismo que egoísmo y que pecado, mientras que amar a los demás es una virtud.

Siendo ello, un error como bien lo plantea Fromm, (1982), “ Si es una virtud amar al prójimo como a uno mismo, debe ser también y no un vicio que me ame a mi mismo, pues también soy un ser humano “.

En este sentido, la autoestima, Riso, (1990) dice es el amor que el adulto mayor se tiene hacia si mismo y a las personas que son significativas para él”. En esta población, el amor hacia si mismos es baja su expresión, “ **Para que me tomo el remedio, si ya no sirvo para nada**”, “**Yo no soy una persona especial, soy vieja y gorda, a mi quien me va a querer** “. Esto muestra que la conceptualización que tiene el adulto mayor de si mismo es el reflejo de cómo se ve y se valora, apoyado en su autopercepción, creyéndose incapaz, poco importante, indigno y con poco éxito, lo cual afecta sus actitudes hacia si mismo y hacia los demás.

Así, sus comportamientos no favorecen su autobienestar y autosatisfacción, la cual puede ser resultado del escenario sociocultural en el que se ha desarrollado asumiendo un rol pasivo. “**Yo espero que la institución me lleve a paseos**”.

También, hay que tener en cuenta que la confianza y la convicción de que es posible alcanzar los resultados esperados por el adulto mayor a lo que se

denomina autoeficiencia. A nivel institucional, se percibe muy baja debido a que no tienen confianza en si mismos, para alcanzar sus metas e ideales, evidenciado en frases como **“Ya de aquí, ya no salgo”, aunque tienden a soñar fuera de la realidad ,“Yo me voy a ganar la lotería para hacerme una mansión”**.

En esto, es importante considerar sus historias de vida, que están marcadas en su mayoría por el maltrato físico y verbal durante la infancia, el abandono o la orfandad en sus primeros años de vida, haciendo que hoy se sientan fracasados y desubicados, **“Fui huérfano muy pequeño y mis padrinos me pegaban mucho”**, llevándolos a una desesperanza aprendida. En donde, algunos adultos mayores pierden su sentido de vida, sus metas y expectativas frente a su presente y su futuro; generando en algunas ocasiones estados depresivos, ansiedad y estrés, afectando su calidad de vida en general.

Con respecto a la familia, tradicionalmente se ha entendido como el modelo formado por los padres e hijos que según Whitaker, (1992), se constituye en el modelo de familia biopsicosocial, la cual ejerce una gran influencia en el desarrollo del individuo.

Actualmente predomina la familia nuclear, especialmente a nivel urbano como consecuencia de los nuevos roles asumidos por la mujer en la sociedad, con su participación en el ámbito público y laboral, y el aumento de la esperanza de vida y baja natalidad.

En el caso particular del adulto mayor, sus padres han fallecido y sus hijos los han abandonado o los han ubicado en el ambiente institucional para su cuidado, dadas sus condiciones de deterioro físico y mental y la dificultad para el cuidado en el hogar. **“Yo estoy viviendo aquí porque estoy enfermo y mi hijo no puede cuidarme, porque tiene que trabajar”.**

De allí, que dadas sus circunstancias, se ubican en un modelo de familia social, unida por el lazo del interés y del propósito común que es característico en los grupos de iguales. Donde el adulto mayor considera como personas significativas a nivel afectivo a sus compañeros y cuidadores **“Hoy la familia es la institución”.**

De esta forma, se puede comprender el concepto de familia como lo propone Andolfi, (1993,17) “Como un todo orgánico, como un sistema relacional que articula los diversos componentes individuales”. **“Nosotros somos buenos compañeros en el cuarto, cada uno hace lo que le corresponde, nos entendemos muy bien”.** Dicho sistema es abierto, constituido por los adultos mayores que se interrelacionan entre sí, por las reglas y normas de la institución u por los roles que cada uno desempeña dentro de ese sistema.

De igual forma, la familia puede verse como un sistema en constante transformación, esto es, que el adulto mayor está en condición de adaptarse en diferentes circunstancias que pueden contribuir a una retroalimentación positiva o

negativa. **“Yo estoy muy aburrida en el cuarto porque mi compañera es muy grosera con migo”.**

Por otro lado, algunos manifiestan el deseo de volver a su entorno familiar, con sus hijos. No obstante, son conscientes de no poder hacerlo por sus condiciones de vejez, enfermedad o por presión exterior de otros miembros de la familia. **“Hoy me gustaría vivir con mi hija, pero el esposo de ella es muy mala ley y no deja, entonces me toca vivir aquí, no puedo estar con mis hijos”, “ me dejaron aquí por vieja y por fea”.**

Como lo plantea Lehr, (1988) puede hablarse incluso de un rechazo general del asilo, por la imaginación de muchos de los adultos mayores, el asilo pasa como la única e irrevocable estación de la vida. Se repudia por la característica de definitivo o porque es un lugar para los rechazados por la familia.

Caso contrario, también se da, donde el adulto mayor ve en el ambiente institucional una opción de vida para satisfacer sus necesidades básicas y sobrevivir a un entorno externo que se le muestra agresivo. **“Aquí me siento muy bien, es como si fuera mi hogar, no tengo que pensar en que tengo que pagar, solo tengo que pensar en Dios y la Virgen”.** El cuidador y la institución constituyen su familia, pues le brindan protección, seguridad satisfacción de esas necesidades básicas, quedando como su principal tarea la búsqueda de la trascendencia por medio de su espiritualidad.

Algunos adultos mayores institucionalizados se quejan de la ausencia o deficiencia del contacto con otros miembros de la familia. **“Hoy me gustaría vivir con mi sobrina y mis hermanos, pero no vienen a verme”, “Hoy quisiera vivir con mi hija pero ella no me quiere, porque dice que yo traté mal a la mamá cuando ella era niña”.**

El adulto mayor siente que no es querido por su familia, porque ya no es útil para ellos, o porque no poseen dinero que contribuye al bienestar de sus miembros, o porque debido a la presencia de una enfermedad no hay quien pueda o quiera cuidar de ellos; sintiendo que su hogar ha desaparecido y que ha quedado en el abismo del cual ya no puede devolverse. Otros sienten que son culpables de sus errores del pasado y merecen su soledad actual.

“Hoy mi familia está conformada por mis amigos y un amigo muy especial llamado Juan”. Llama la atención el hecho que para suplir esas ausencias o deficiencias del entorno familiar buscan contactos sociales extrafamiliares (conocidos, amigos u otros parientes). Quienes representan para ellos sus familias, pues sienten que son escuchados, comprendidos y apoyados. Les brindan de alguna manera afecto a pesar de su vejez, de la presencia de enfermedades y lo más relevante para el adulto mayor es que sienten importantes para alguien en un momento de sus vidas en la cual creen que no poseen valor alguno y que solo a través del cariño que de esas personas reciben pueden tener una luz de esperanza en sus vidas.

Cuanto más amigos tenga el adulto mayor dentro de la institución, tanto menos depende de la familia en lo referente al apoyo emocional. **“Hoy mi familia es el hospital, son los que me sirven con la terapia, con las drogas, los que me dan la comida y el bienestar, “hoy la familia para mi son las enfermeras, los profesionales y las hermanas de la caridad”.**

De otro lado, cuando falta el cónyuge del adulto mayor, se pone de manifiesto la necesidad de otro tipo de contacto afectivo, esto se comprueba en el contexto institucional en el cual, en la mayoría de los casos ingresan sin tener un vínculo afectivo de pareja, **“me hace falta la compañera al lado, porque sin un amor la vida no se llama vida”.**

También, extrañan el espacio físico relacionado con el vínculo afectivo, que hace referencia al espacio privado donde puedan convivir y asumir el rol de pareja, ya que en las instituciones de cuidado crónico no se tiende a considerar estas opciones, limitando la vivencia de pareja como tal.

En acuerdo con lo anteriormente manifestado, el adulto mayor también incluye **La Salud un Camino Hacia la Libertad**, como una categoría importante al interior de su dimensión subjetiva. En tanto, el grupo de adultos mayores participantes conceptúan la salud como la ausencia de enfermedad, de dolor y de limitaciones físicas. Y aunque como lo plantean Gómez, Cursio. (1999 – 29) “Existe una alta correlación entre vejez y el incremento de síntomas físicos y mentales, en los

adultos mayores”. El adulto mayor institucionalizado tiende a presentar multipatología que le puede desencadenar sintomatología tanto física como mental, un adulto mayor dice **“Uno enfermo se siente deprimido, triste, acomplexado, con ese dolor en todo el cuerpo”**.

Así mismo la OMS, (citada por Simón – 1993) dice que la salud ha pasado de ser considerada como una ausencia de enfermedad a ser entendida como un estado de bienestar tanto físico como psicológico y social que posibilita al adulto mayor la satisfacción de sus necesidades, la realización de sus aspiraciones y el afrontamiento adecuado a situaciones estresoras de la vida cotidiana.

“Cuando estoy enferma, me aburro mucho porque no soy capaz de hacer nada y yo soy muy activa, estar enferma es muy horrible”. Para (Gómez, Curcio. 1998 –28) “La enfermedad es un cambio o trastorno en la estructura o funcionamiento de un órgano o sistema y es la razón principal de la disminución de la actividad”.

Los adultos mayores encuentran en la enfermedad, un obstáculo para llevar a cabo las actividades que usualmente realizaba antes, como preparar los alimentos, hacer el aseo, actividades domésticas y ocupacionales en general. Además, la enfermedad limita el desempeño y la participación activa en los diferentes roles y actividades al interior del ambiente institucional, relacionados con la independencia para la ejecución de sus actividades básicas cotidianas, la

ejecución de actividades de mayor complejidad como el salir de la institución, uso del transporte público ir de compras, uso del tiempo libre, asistencia a actividades sociales, entre otras.

A su vez, lo anterior les genera sentimientos de depresión, debido a la pérdida transitoria o permanente de su capacidad funcional. **“Siento rabia porque no puedo moverme”**. Manifestando así su sensación de dependencia e impotencia frente a su situación, puesto que no cuenta con las herramientas necesarias para dar solución a su condición actual, Mas cuando requiere de asistencia o supervisión, como lo expresan Gómez, Curcio. (1997 – 119) Define la capacidad funcional como “La facultad presente en una persona, para realizar las actividades de la vida diaria sin necesidad de supervisión, dirección o asistencia”. Lo anterior se corrobora a través de comentarios tales como **“La salud significa la mayor riqueza que el hombre puede tener para hacer lo que quiera”**.

Existe una relación directa entre el estado de salud del adulto mayor y su capacidad para el desarrollo o mantenimiento de la autonomía, es decir, poder ejecutar los roles o acciones que desea en un contexto determinado. Lo que se verifica con expresiones como **“la salud sirve para volverse a ir a vivir donde yo vivía antes, en mi casa”**.

En la salud, los adultos mayores ven un camino para tomar sus propias decisiones, asumir responsabilidades y reorientar su vida. Con mayor razón al

encontrarse en un escenario institucional en el cual son otros los que deciden por él. Resultado además de la influencia de otros factores como los culturales, económicos, costumbres, estilo de vida previo y sociales en general.

El adulto mayor también tiende a asociar la salud con un estado más amplio de bienestar en el cual no sólo se incluye el bienestar físico, sino también el sentirse bien consigo mismo tanto en las relaciones y roles que desempeñan en el ambiente institucional como en los procesos de interacción que se establecen al interior del mismo.

Además del contexto que los rodea. **“La salud es el bienestar de uno”, “La salud es parte elemental para uno vivir y hacer lo que se quiera con la voluntad de Dios, es sentirse bien, poder trabajar y hacer cosas”**. En general, representan la enfermedad como aquello que restringe o limita su acceso a las libertades fundamentales, a las posibilidades de independencia, de disfrute de la vida; generando en ellos sentimientos de soledad, tristeza y desesperanza, que en ocasiones manifiestan **“es mejor morir y no ponerle pereque a nadie”**. Lo que conlleva, a sentimientos de inutilidad y pasividad frente a si mismos y a su entorno inmediato, esperando que llegue la muerte como una alternativa para dar fin a la carga que representa y liberar a los demás de si mismo.

De allí, que la salud es muy preciada por ellos, puesto que sirve de cimiento para ser y hacer lo que deseen dentro del ambiente institucional, es decir, les brinda

una oportunidad para ser libres, como lo expresan algunos de ellos **“Me gustaría salir a la calle, sentirme libre, sentirme bien de salud”, “Salud es no sentir ningún dolor en el cuerpo porque uno se mueve allí y allá, puede charlar con el otro, divertirse, bailar...”** Constituyéndose la salud, como la única vía posible para alcanzar lo que se desea y ejecutar los diferentes roles, representa el camino hacia la libertad y hacia el logro de la autonomía.

En la actualidad para comprender la relación entre calidad de vida y salud en el adulto mayor, se insiste en comparar el impacto que tiene el proceso de envejecimiento y la presencia de enfermedades en la ejecución de las funciones primarias, como la movilidad, la comunicación y la satisfacción de necesidades básicas como la alimentación, el vestido y el abrigo, teniendo en cuenta aquellos casos en los que las personas con limitaciones físicas que comúnmente presentan restricción en su capacidad funcional y la calidad de vida en general, en muchas situaciones han sido compensadas en forma tan adecuada que ellas podrían realizar las mismas funciones primarias aunque de manera diferente al común de la población.

“No me imaginaba viviendo en el hospital, ni que me iba a enfermar, siempre fui muy saludable y quería estar acompañado durante la vejez”.

En la mayoría de los casos no pensaron en el escenario institucional como su hogar durante la vejez, menos que esta etapa de sus vidas estuviera asociada a la

presencia de una enfermedad y como consecuencia, asociada hacia cierto grado de dependencia hacia los demás, por lo que en su juventud al verse como personas sanas, nunca contemplaron la posibilidad de pensar en la enfermedad. Circunstancias que le han conducido a una mayor vulnerabilidad y fragilidad en sus esferas físicas, psicológicas y sociales para los cuales no estaban preparados.

4.3.2. La construcción de la calidad de vida en el adulto mayor desde una perspectiva objetiva, elemento de socialización: En esta dimensión, se aprecia el tipo de relaciones e interacciones que son importantes para dar significado al concepto que tiene el adulto mayor acerca de su calidad de vida. De tal forma, que él ve en **El Ambiente Institucional, Un Nuevo Hogar**; escenario, que puede mirarse como un sistema abierto en interacción con otros sistemas. Esto significa que las interacciones que se establecen se dan en una relación dialéctica con el entorno, las condicionan y a su vez son condicionadas por las normas y valores de la institución; que se da entre su grupo de coetáneos y de ellos con los cuidadores.

Además, la interacción que se establece entre la población de adultos mayores con la institución están permanentemente en un proceso dinámico de tensión y oposición, con un punto de equilibrio que es difícil de hallar. Puesto que, depende de factores externos como son la cultura, la sociedad y el tiempo. Lo que podría explicar la pasividad del adulto mayor internado. **“Yo estoy contento porque el hospital me da la comida y la dormida, para que quiero más”**. Como ya se

mencionó anteriormente la satisfacción de sus necesidades básicas le brinda seguridad y protección, dimensiones por las cuales siempre trabajó y las ubicó como sus metas más importantes y al llegar a la institución, siente tranquilidad y bienestar, pues estas siguen siendo satisfechas y por ellos no aspiran a desarrollar otras dimensiones que hacen parte del ser humano, exceptuando la espiritual.

Ello, responde además de las posibilidades de intervención, puesto que usualmente el conjunto de la organizaciones institucionales valoran más la obediencia que la iniciativa. De tal forma, que el adulto mayor pierde estímulos y aumenta su dependencia Barenys, (1991).

La población mayor se siente bien dentro del ambiente institucional, debido a que este les proporciona satisfacción de sus necesidades básicas **“hoy me siento bien porque tengo techo, comida, medicamentos”** y dada su historia de vida se sienten agradecidos de contar con este tipo de apoyo. Sin embargo, algunos manifiestan deficiencias a nivel afectivo.

El adulto mayor manifiesta aceptación y satisfacción frente a su espacio físico en general (espacio público) y, con respecto a su espacio más privado en particular (la habitación) **“El cuarto es grande y bonito”, “me gusta el cuarto porque es iluminado y tengo un cuadro de la Virgen María al lado de mi cama”**.

Esto se ha comprobado a través de investigaciones Lehr, (1993) que las residencias que brindan diversidad de estímulos sensoriales y el posible cambio en los estímulos, disminuye los llamados efectos de la institucionalización caracterizados por insatisfacción, estado de ánimo negativo, depresión, desinterés por los acontecimientos diarios; generando mayores posibilidades de adaptación al entorno, como algunos lo expresan. **“Esta es mi casa”**, viviendo un proceso de reconstrucción social, en el cual ha dejado su hogar (familia tradicional) por otro sistema familiar, de tipo social; en la cual procuran colocar figuras y ornamentos que les asemeje su familia tradicional como baúles ,carpetas, cuadros religiosos , entre otros.

Sin embargo, el hecho de que el adulto mayor sea institucionalizado tiende a disminuir la frecuencia de los contactos sociales así como la actividad en general. **“Desde que estoy viviendo aquí, casi no me visitan y no puedo salir a visitar a los amigos que tengo “** Sumado a los aspectos ya mencionados, existen otros factores que pueden limitar o facilitar su adaptación a la institución, como son, el estilo de vida previo el sentimiento de haber satisfecho sus necesidades básicas y metas, el buen estado de salud y la facilidad en el establecimiento de relaciones sociales, entre otras van a favorecer una calidad de vida más satisfactoria dentro del ambiente institucional.

Situaciones, que hacen sentir al adulto mayor como una persona que ha sido abandonada o que ya no hacen parte importante de sus familias, en tanto, no

emplean parte de su tiempo en visitarlos y acompañarlos. Y en ocasiones, lo hacen espaciadamente y dadas las condiciones físicas de algunos adultos mayores resulta difícil su salida de la institución. Mientras otros consideran que al ser su hogar la institución y, ésta satisfacer sus necesidades básicas, no necesitan salir o no tienen a quien visitar.

Así mismo, el adulto mayor ve **El Dinero como un medio para alcanzar un fin** ; es decir, un aspecto primordial en la vida de las personas mayores corresponde a su estado económico. En donde la edad actúa como elemento determinante en la distribución económica, puesto que la acumulación de recursos económicos suele asociarse a la juventud, convirtiéndose la renta en motivo de preocupación para este grupo etario.

Situación evidente en el adulto mayor institucionalizado, quienes en su mayoría se dedicaron a trabajos informales, puesto que no tenía un nivel educativo adecuado para acceder a trabajos mejor o altamente remunerados, impidiendo su crecimiento y la búsqueda de la autorrealización. Centrando sus aspiraciones en torno a suplir las necesidades básicas del momento y esporádicamente disfrutar de algunas actividades de esparcimiento y recreación.

Como dijo Aristóteles en su texto sobre la ética a Nicomaco “La riqueza no es, desde luego, el bien que buscamos, pues no es más que un instrumento para conseguir algún otro fin”. De allí que la utilidad de la riqueza está en las

posibilidades que tiene el adulto mayor para acceder a las libertades fundamentales y para mejorar su calidad de vida.

De hecho, el adulto mayor que vive institucionalizado le da mucho valor al dinero, pues lo considera como un medio para satisfacer sus necesidades básicas. Expresado así **“La vida es el dinero, porque todo es dinero, se necesita para comer, para tener una casa y ropa”**. En tanto , los bienes económicos son considerados como la llave para obtener lo que se desee, debido a que el mundo se mueve en torno a este medio y por consiguiente permitirá la satisfacción de todas las esferas, incluso la afectiva. **“Con dinero me conseguiría una muchacha para vivir con ella”**, más acentuado este interés en los adultos mayores de genero masculino que en el femenino, pues ellas consideran **“Ya para qué tener novio o esposo”**.

Como consecuencia de lo anterior, ellos no tuvieron la oportunidad de alcanzar la jubilación y sus beneficios, como el derecho a tener una pensión, después de haber cesado total o parcialmente sus actividades laborales, como consecuencia de la perdida o disminución de su capacidad funcional tanto a nivel físico y psíquico; generando en ellos una mayor dependencia funcional o porque los empleadores no los contratan **“por estar demasiado viejos”** quedando desprotegidos y sin seguridad social .

Sin olvidar, que la dependencia económica tiene consecuencias negativas en la imagen de si mismo(a) y repercusiones en su personalidad Cires, (citado por Bazo,1998). Ello se refleja en características como depresión, agresividad, apatía e incluso minusvalía. “ **Hoy no me provoca nada, para qué.. para quién? Lo más humillante es la pobreza**” Expresando en la pobreza la imposibilidad de ser, de estar, de tener y hacer lo que se desee en un momento dado.

No obstante, dentro de sus proyecciones, sueños, se identifica el deseo de tener dinero para contribuir en cierta forma con los otros miembros de la institución que se encuentran en iguales condiciones. “ **No manejo dinero actualmente, si lo pudiera conseguir, invertiría en el hospital, le daría plata a los pobres**”, “**Mandaría hacer un barrio para los pobres con mi nombre**”. Ello los conduce a pensar en que estrategias pudieran emplear a partir de su realidad actual para llevar a cabo sus sueños. No obstante, se sienten impotentes e improductivos, incapaces de generar cambios benéficos frente así mismos y hacia sus compañeros, consideran que su ciclo de vida ya culminó y solo queda esperar que llegue la muerte.

También le dan al dinero valor, en el sentido de que podrán con él algunas de sus necesidades emocionales “ **Con dinero, me conseguiría una muchacha y prosperaría con ella**” En general, cuando se llega a la vejez, las oportunidades de índole económico y social se disminuyen y por consiguiente limitan y restringen su capacidad de actuar y provocar cambios de acuerdo con sus objetivos, valores

y proyectos de vida, tanto personales como colectivos; situación que afecta tanto su desarrollo personal como social.

Además, el adulto mayor considera **La Recreación y Ocupación del Tiempo Libre como una Forma de Reencuentro Consigo Mismo**, manifestado en testimonios, tales como: “A nosotros nos gusta cuando vienen los de Educación Física a jugar con nosotros, lo pasamos muy bien”. La recreación como proceso lúdico “es una parte de la actividad humana, cuyo objetivo es servir de instrumento o medio para lograr el descanso y recuperación de energías, favorece la integración social, contribuye a la reanimación espiritual y psíquica que busca la obtención de placer y alegría” Funlibre, (1997,36).

Para el adulto mayor es muy importante este tipo de actividades, por lo que representan para sus vidas, les ayuda a estar más tranquilos y permite disfrutar de la vida. Son mejores cuando se comparten con compañeros y cuidadores como lo expresan **“Es mejor rocheliar con todos”**.

Esto se corrobora con lo planteado por Sánchez y Ramos,(1990) Al considerar la ocupación del tiempo libre y la recreación como actividades fundamentales durante la edad adulta, puesto que en esta etapa existe la tendencia a la búsqueda de actividades y hobbies que le ayudan produciendo en ellos una mejor adaptación al proceso de envejecimiento, mayor seguridad en sí mismo y por consiguiente mejor calidad de vida.

Además, la recreación ayuda a redimensionar algunas esferas del adulto mayor como sus capacidades individuales y humanizan las relaciones con sus compañeros y cuidadores e incluso actúa como un medio de autorrealización **“A mi me gusta cuando nos llevan de paseo a la piscina, me siento como una persona nueva, me gustaría que nos llevaran al zoológico y al cine”**.

En cuanto, a la ocupación del tiempo libre, algunos autores como GOMEZ(1995) Definen la ocupación como el conjunto de actividades tanto de trabajo, como de autocuidado, juego y esparcimiento. Mientras que el adulto mayor institucionalizado concibe esta categoría como las actividades de trabajo que puede y desea realizar dentro del ambiente institucional. Determinado por su estado de vida previo a la institucionalización, reflejado en los roles laborales en que desea participar actualmente como jardinería, oficios varios, empleadas del servicio, entre otros. No obstante, la ejecución de estos roles se encuentra determinado por la capacidad funcional existente.

Otros autores como Waichman, (1993) definen el tiempo libre como “El modo de darse el tiempo personal que es sentido como libre al dedicarlo a actividades autocondicionadas de descanso, recreación y creación para compensarse, y en último término afirmarse la personalidad individual y socialmente”.

En este sentido, la revalorización del tiempo libre es muy importante para el adulto mayor, ya que es la época de la vida en la que el puede y debe dedicar más

tiempo a sus ocupaciones favoritas y a sus aficiones. Cuando puede realizarlas, el adulto mayor se siente más seguro de si mismo y satisfecho **“A mi me gusta estar completamente ocupado en cosas que me gustan como el arreglo de la huerta y haciendo oficios varios, además siento que puedo ayudar a otras personas”**.

Por el contrario, cuando el adulto mayor pasa bruscamente de un ambiente de trabajo a un contexto de ocio, el adulto mayor tiende a desorientarse, a veces se deprime e incluso puede deteriorarse a nivel funcional. **“Antes de llegar aquí trabajaba en un restaurante, hoy hago croché, remiendo, aunque a ratos porque estoy enferma”**.

Las actividades que puede realizar el adulto mayor en el ambiente institucional son muy variadas **“Me gustaría trabajar en mecánica porque se algo de eso”**. y dependen del estilo de vida previo, experiencia y tipo de personalidad. Aunque como lo señala Sánchez y Ramos, (1990) “Más importante que la actividad en si, lo es el significado que le da el adulto mayor que la realiza”.

Ejemplo de ello es **“Me gustaría pintar con brocha y con pincel, ese ha sido mi sueño”, “Yo de niña hacía sombreros, ahora me gustaría volver a hacerlos”**.

Se constituye en una alternativa para dar sentido a sus vidas, debido a que la ejecución de tales actividades les permitirá cumplir algunos sueños, y porque no,

volver a vivir su juventud, al realizar actividades que antes desempeñaba y eran símbolo de su independencia y autonomía.

5. CONCLUSIONES DEL ESTUDIO

El concepto de calidad de vida del adulto mayor institucionalizado se construye desde una perspectiva multidimensional. En donde, es necesario la complementariedad entre las categorías conceptuales, ya que, una categoría relevante, permite jalonar otras categorías, que a la vez, se convierten en complementarias, convirtiéndose ello en un proceso cíclico, de acuerdo con, la etapa del ciclo vital en el que vive el adulto mayor. Concepto que incluye a este actor como sujeto, que necesariamente, se mueve en un referente contextual; espacio en el cual, se establecen las principales interacciones y vínculos con las personas que para él son significativas y, que de una u otra manera afectan su calidad de vida presente.

En este sentido, el adulto mayor no comprende su concepto de calidad de vida desde una única categoría, sino que las relaciona, teniendo en cuenta su historia de vida que le permite manifestar sus sentires, haceres y saberes, en la vida cotidiana.

En acuerdo con lo anteriormente expresado, el concepto de calidad de vida del adulto mayor es aquel que le permite satisfacer sus necesidades básicas relacionadas con la alimentación, el abrigo, el vestido que le generan seguridad y

protección. Las buenas condiciones de salud, hacen parte fundamental, en tanto, le permite tener acceso a sus libertades fundamentales, es decir, a los recursos, las opciones de vida, el desempeño de los diferentes roles que desea asumir en un momento dado. Asociado, con una buena atención en salud relacionada con la actitud terapéutica de los profesionales de la salud y cuidadores en general hacia ellos, el uso de medicamentos de manera eficaz y oportuna y disponibilidad de redes de apoyo inmediatas.

También la espiritualidad ocupa un lugar importante, puesto que, se constituye en la vía para alcanzar su trascendencia, apoyado en su credo religioso que es un ser superior, Dios, y representado en imágenes religiosas que le ayudan a prepararse para la muerte, estado que, en este momento de sus vidas ya no le genera temor como si le ocurría en su juventud; debido a que hoy visualiza la muerte como una forma de liberación, de solución a su carga histórica y de deseo de “Estar con Dios”.

La afectividad está dada por el vínculo establecido con los cuidadores, compañeros del cuarto a quienes consideran su familia y el escenario institucional su hogar. En este sentido, los bienes económicos desempeñan un rol importante, en tanto, amplía las posibilidades de actuar y provocar cambios de acuerdo con sus objetivos, valores y proyectos de vida, tanto individuales como colectivos. A su vez, estos van a permitir su participación en actividades de recreación y

ocupación del tiempo libre como una forma de reencuentro consigo mismo y con su contexto.

En resumen, con base en los insumos teóricos antes mencionados, se puede inferir que la construcción del concepto de calidad de vida se hace desde dos perspectivas; la primera, tiene relación con la dimensión subjetiva identitaria del adulto mayor, sobre la cual se configuran subjetividades, sentidos de vida, prácticas y roles de diversa índole que ejerce en su cotidianidad. La segunda, corresponde a la construcción del concepto de calidad de vida desde lo objetivo; que da lugar, a la configuración institucional, espacio de legitimación y socialización, donde se sugieren y se establecen políticas y programas de atención al adulto mayor. Así mismo, se llevan a cabo prácticas socializadoras de reconfiguración de ellos, a partir de las diferentes dimensiones que hacen parte de su concepto de calidad de vida, favorecen el desarrollo y potenciación de las mismas, además del fortalecimiento de sus proyectos de vida.

Y aparece, un elemento articulador de ambas perspectivas, es decir, de lo subjetivo y de lo objetivo que corresponde a un nuevo lenguaje de la calidad de vida, en el que se lee las necesidades humanas del adulto mayor y se pone en juego la inclusión, el bienestar y la calidad de vida desde una perspectiva del desarrollo humano.

Para ello, es importante reconocer que, independientemente del modo en que el adulto mayor lleve la vejez, no hay nadie más interesado que él mismo en saber y decidir que es lo que quiere hacer con su vida. La atención a nivel de salud y a nivel social han de evolucionar de una política de sustitución, en la cual se hace énfasis en una necesidad de atención y cuidado constante a manos de personas especializadas, cuya finalidad es la de prevenir, mejorar o curar una enfermedad y sus efectos asociados de sufrimiento y discapacidad, para restablecer así o prevenir la pérdida de la función normal o de la vida, hacia una política de soporte. Aspectos que han hecho, que los adultos mayores institucionalizados tengan dificultades para participar en la vida de su contexto social inmediato, de manera activa, generando en ellos, un fenómeno de la exclusión social, aumentado por la presencia de enfermedad, la edad avanzada que se convierte en fuentes graves de desventajas porque no pueden ser controladas por las personas afectadas.

También es esencial, para cualquier persona, poder considerar la posibilidad de apoyo psíquico o emocional, de relación social y de soporte físico. Pero en ocasiones, esto no es suficiente, especialmente si hay una enfermedad crónica o discapacitante, o cuando la edad es demasiado avanzada para enfrentar una vida en solitario. Es en esos momentos, en los que hay que tomar una decisión apropiada, la familia debería intervenir y colaborar con el adulto mayor atendiendo las posibilidades, valorando los recursos disponibles y siempre pensando en su calidad de vida.

Es importante tener en cuenta, aquellos casos en los que personas con limitaciones físicas que comúnmente restringen y dificultan sus capacidades funcionales y la calidad de vida general, en muchas ocasiones han sido compensadas en forma tan adecuada que ellas podrían realizar las mismas funciones primarias aunque de manera diferente a las personas “normales”. Estos ejemplos, en los que se destaca el hecho de que incluso discapacidades físicas graves, no siempre afectan la calidad de vida con limitación funcional y a quienes se les ha ayudado a compensar sus carencias para adaptarse a su entorno.

En otras situaciones, el compensar las limitaciones funcionales especialmente cuando surgen en la vejez, puede requerir ajustes que implican cambios, tanto en las actividades laborales, recreativas, sociales y cotidianas. Cuando estas limitaciones restringen de manera significativa el desempeño del adulto mayor pueden conducir a una disminución en su calidad de vida.

Circunstancias, que empeoran al combinarse algunos de los factores arriba mencionados como: A mayor edad, puede coexistir una enfermedad que genere discapacidad y ello repercutir en la disminución de posibilidades del adulto mayor para percibir una renta (para tratamientos, prótesis, procesos terapéuticos y otros), característica común del adulto mayor que vive en un escenario institucional, haciendo que sea más difícil convertir esa renta, en caso de que exista, en

“capacidad” término utilizado por Sen. A, (1997) para lograr las mismas funciones de otros.

Además, en las instituciones que tienen a su cargo la responsabilidad del cuidado del adulto mayor se tiende a realizar prácticas terapéuticas lineales con el objetivo de mejorar el nivel de vida de éstos y no prácticas que conduzcan a la participación y autorreflexión por parte del adulto mayor en la construcción y resignificación de su calidad de vida.

Cabe destacar, que el estado ha olvidado que la libertad individual es un producto de la sociedad y que se da una relación en doble sentido, osea, que las acciones que se emplean a nivel social, para potenciar las libertades individuales de los adultos mayores que se encuentran institucionalizados, y, el uso por parte de ellos de esas libertades, contribuye no solo a mejorar sus propias vidas sino a mejorar las eficiencias de los mecanismos sociales y por consiguiente de la calidad de vida.

Se sugiere realizar un análisis crítico y reflexivo por parte de las instituciones y organizaciones que tienen a su cargo determinar los lineamientos políticos, económicos y sociales, en torno a la forma de eliminar o por lo menos de disminuir las fuentes que generan privación de la libertad en la población que envejece, como son la pobreza, la desprotección en la seguridad social, la escasez de oportunidades económicas y sociales, el abandono por parte de la familia y, de la

misma sociedad en instituciones de cuidado crónico, en las cuales, aunque se procura brindar una adecuada red de apoyo, no es suficiente para el adulto mayor.

En conclusión, se puede decir que, los cambios que se vienen dando en nuestra sociedad, requieren de una serie de modelos de soporte y apoyo que respondan a la forma de actuar del adulto mayor, la familia, el contexto, las instituciones y los profesionales dedicados a la gerontología y geriatría. Ello inmerso dentro de un marco legal y organizativo en el que los estamentos ya mencionados puedan encontrarse y trabajar por la calidad de vida del adulto mayor.

El adulto mayor debe conocer a cabalidad tanto los derechos como las leyes que lo protegen, en donde al tomar conciencia de ellos, se convierte en protagonista del ejercicio de tales derechos, así, como de sus deberes frente a las diferentes instancias locales, regionales, departamentales, nacionales e internacionales y convertirse en un agente activo dentro de su sistema.

Como la mayoría de la gente, a los adulto mayores les gusta conservar y tener su independencia, lo que comprende: espacio físico, familia y aspecto económico. Debería observarse que siempre que sea posible y no haya una discapacidad grave, el adulto mayor conservará su independencia física respecto a sus hijos o de los familiares más cercanos e incluso si reside en la institución.

Todos necesitamos de ese espacio propio donde poder sentirnos independientes y autónomos. A veces, lo realmente importante para el adulto mayor, es contemplar la posibilidad de que exista una persona a quién acudir en caso de necesidad, alguien que reaccione de modo efectivo en caso de ayuda, en caso de querer seguir manteniendo su independencia.

6. RECOMENDACIONES

Con base en lo ya expresado, se recomienda seguir avanzando en la comprensión del desarrollo del adulto mayor como un proceso activo de permanente construcción de sujeto, tanto desde la perspectiva individual como social. Construcción, que se realiza al interior de su contexto institucional, a partir de las diferentes interacciones que allí surgen, crecen y se retroalimentan entre si. Y como lo plantea Luna M.T. (1996), el hacerse sujeto implica que el adulto mayor tome conciencia de sí mismo y del mundo, para que de esta manera le permita tomar posicionamiento en el orden histórico cultural y social con el fin de participar en su transformación.

De igual forma, se deben propiciar espacios para que el adulto mayor construya su iniciativa para ayudarse a sí mismos e influir en el mundo, más en su caso particular, que vive institucionalizado y que tiende a asumir un rol pasivo en el control de su vida y de su influencia en el contexto, que ha olvidado o que tal vez no considere importante su capacidad de actuar, de provocar cambios, de decidir, de acuerdo con sus objetivos, valores, proyectos y sentido de vida. Por tanto, es importante también, ayudar al adulto mayor que habita en un escenario institucional a reencontrar su sentido de vida o su finalidad que le sirva de estímulo

para continuar viviendo con autoadeterminación, con deseos de involucrarse y reconstruir su tejido social actual.

El niño (a), el joven y el adulto deben ser preparados para la vejez, tanto desde la perspectiva psicosocial como económica para que generen las herramientas necesarias para disfrutar de una calidad de vida satisfactoria en su vejez y como vía para preparar a los adultos mayores del mañana. También se puede prevenir la instauración de aspectos negativos a nivel psicológico del adulto mayor debidos, entre otras razones, al cambio de roles, el sentimiento de pérdida en la vejez, la falta de trabajo, de pareja, entre otros. A partir de la búsqueda de nuevos estímulos e intereses, nuevas formas de convivir y de participar con su comunidad, aprendiendo a vivir en el presente y proyectándose hacia su futuro y no solo en el pasado, tratando de adaptarse a las nuevas circunstancias y situaciones. Y, con el apoyo de las redes institucionales, aprovechar los avances de la ciencia y la tecnología para mantener e incrementar su capacidad funcional y por consiguiente su calidad de vida.

A raíz del desarrollo del presente estudio y de los resultados obtenidos, se sugiere la ejecución de procesos investigativos, que profundicen sobre diferentes temáticas, tales como: El concepto de calidad de vida del adulto mayor que vive en su núcleo familiar, así mismo, reconocer desde las historias de vida del adulto mayor, las posibles acciones y recomendaciones que pueden ayudar a la niñez y a la juventud a prepararse para vivir un proceso de envejecimiento exitoso.

Indagar, sobre el significado de otras esferas del desarrollo humano y del desarrollo social , como la erótica, la cognitiva, que pueden a su vez contribuir a enriquecer y potencial la calidad de vida del adulto mayor que habita un escenario institucional o que vive en su hogar.

También se recomiendan algunos lineamientos de orden educativo que deben ser tenidos en cuenta, en el momento de elaborar una propuesta educativa que apunte al mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor institucionalizado en el Hospital Geriátrico San Isidro. Para comenzar, la propuesta educativa debe pensarse desde el individuo mismo, en este caso, del adulto mayor, como ser integral y sujeto de desarrollo humano y de desarrollo social. Teniendo en cuenta, el significado que éste le proporciona a su concepto de calidad de vida; en tanto, lo visualiza desde una perspectiva multidimensional. Posición, en la cual, se debe realizar una reflexión epistémica desde el adulto mayor como ser subjetivo y, las posibles y variadas relaciones e interacciones que se establecen y entrelazan con el mundo objetivo. El primero, representado en su dimensión espiritual que le proporciona una vía para la liberación de su carga histórica y un sentido de vida que es externo a él. Así mismo la esfera afectiva que le permite la expresión de sus sentimientos y afectos, a través de los cuales busca compañía, apoyo y seguridad.

De igual manera, la salud se constituye en elemento coyuntural y fundante de su calidad de vida, en tanto, le proporciona insumos para mejorar su capacidad de autocuidado y, por consiguiente, acceder con mayor facilidad a procesos de

autodeterminación y participación institucional. Segundo y último, representado tanto por las dimensiones económicas, como por las de recreación y ocupación del tiempo libre y el ambiente institucional, espacio vital del adulto mayor, donde este es acogido, escenario que le brinda seguridad y satisfacción de sus necesidades básicas, en un momento de sus vidas en el cual ya no sienten que sean protagonistas de las mismas.

Teniendo en cuenta, que el adulto mayor construye el concepto de calidad de vida, tanto desde una perspectiva subjetiva, como elemento identitario, que involucra las concepciones propias del sujeto, el autocuidado, el acceso a diversos niveles de participación, la recuperación de sus hábitos y, de su autonomía para ser y hacer lo que se desee en un momento dado. Así como, desde una perspectiva objetiva, que incluye la configuración institucional, la atención en salud, el desarrollo de programas encaminados a desarrollar competencias de orden espiritual, afectivo, lúdico, estético, entre otras. En donde, ambas dimensiones deben ser pensadas pedagógicamente como elementos complementarios que requieren de su interacción permanente para la construcción de un escenario de calidad de vida para el adulto mayor institucionalizado.

De allí, que este constructo conceptual que emerge del adulto mayor en torno al significado de su calidad de vida, debe ser considerado al momento de definir políticas y acciones de intervención. Políticas, que deben ser pensadas tanto, desde y con el adulto mayor como principal protagonista de su proyecto de vida

como de las instancias gubernamentales y no gubernamentales. Considerando además, su contexto histórico cultural, su problemática cotidiana en el escenario institucional y así mismo, contemplar las fuerzas intrínsecas y extrínsecas, como fuerzas determinantes para acceder a su autonomía y a una mejor calidad de vida.

En este sentido, el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el envejecimiento hace algunas recomendaciones generales en materia de política para mejorar la calidad de vida del adulto mayor, de las cuales, algunas se pueden aplicar al contexto institucional; entre ellas se encuentran:

Las políticas y medidas deben inspirarse en la voluntad de lograr que el proceso cuantitativo actualmente en curso adquiera a su vez un significado y contenido cualitativo mayor con el fin de asegurar que la prolongación de la vida humana en todo el mundo se acompañe de esfuerzos para conseguir que todas las personas tengan la sensación de cumplir un fin, realizar actos positivos y, evitar que después de cierta edad ocupen un lugar marginal y pasivo. El esfuerzo que se haga para mejorar la calidad de vida de las personas de edad debe propender por atender a sus distintas necesidades de índole social y cultural, así, aumentan su capacidad para continuar activamente presentes en la sociedad.

Las personas de edad deben ser consideradas como sujetos importantes y necesarios en el proceso de desarrollo de todos los niveles de una sociedad determinada. Las políticas y los programas deben responder a las necesidades y

limitaciones particulares de este grupo poblacional, en materia de salud, alimentación, vivienda, seguridad del ingreso, actividades sociales, culturales, afectivos y de esparcimiento. Así mismo, deben brindarles oportunidades para satisfacer su necesidad de realización personal, es decir, el logro de los objetivos, las aspiraciones personales y la realización de sus posibilidades, según su proyecto de vida.

En este orden de ideas, debe considerarse a nivel pedagógico, que todo proceso educativo debe fundamentarse en una concepción del hombre, de sociedad, de lo psíquico, del desarrollo de su pensamiento, del conocimiento y de lo educativo. El adulto mayor, como ser humano debe asumir procesos de autoconstrucción, que refleje realmente su condición de inacabado y, por consiguiente, busque permanentemente su autorealización. “Nuestro crecimiento personal es una tensión permanente, una búsqueda incesante de emancipación de las determinantes que la naturaleza le impone a nuestra expresión corporal, la cual, en la medida en que es incorporada conscientemente, en qué es ocupada en sus espacios y potencialidades por nuestra consciencia; se convierte en conquista del ser personal y fortalece su propia manifestación y crecimiento”³⁸. Como bien lo plantea el Ministerio de Educación Nacional, además, de ser la persona un ser incorporado, también es un ser histórico-social, que busca desde su autodescubrimiento, desde la confrontación y desde la reflexión sobre si mismo, un espacio para la socialización, un encuentro experiencial entre el yo, el él y el

³⁸ MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL. Lineamientos curriculares. Pág. 33

nosotros, mediante un proceso de interacción dialógica para dar sentido y significado a la propia existencia. Comunicación, que exige el reconocimiento de valores universales, como la libertad, entendida ésta como la capacidad que posea el adulto mayor para actuar de forma intencional y, de poner finalidades y límites a su propio actuar y al actuar de los demás al interior del espacio institucional; para ser autónomo y al mismo tiempo responsable de sus actos, aspecto último que genera compromiso en él para la transformación de su presente, de tal manera que apunte al mejoramiento de su calidad de vida.

En este compromiso necesariamente debe asumirse al adulto mayor como una persona creativa y participativa, que desde su propia acción sea capaz de reflexionar, argumentar, proponer, innovar y potenciar diversas formas de consolidar el sentido y significado de su calidad de vida, en su contexto actual. Pero a la vez, el ser humano en general y el adulto mayor en particular, debe propender con el apoyo de los cuidadores y su contexto por una armonía interna, a pesar, de que su autorealización no sea siempre una meta explícita en su cotidianidad, pues, él busca de alguna manera su autodeterminación en situaciones que lo conduzcan al disfrute, a sentirse hedonista, satisfecho y feliz de situarse en un mundo con una red de interacciones complejas que busca además, el autoreconocimiento, el reconocimiento de los demás y su bienestar personal.

Todo lo anterior, conduce necesariamente a consolidar el concepto de calidad de vida desde una perspectiva multidimensional, como ya se expresó en páginas

anteriores. Dimensiones que inciden en asumir un concepto de desarrollo humano, el cual debe fundamentarse en y desde la cultura o las culturas a las cuales pertenece este grupo etario. Dichos conceptos deben insertarse necesariamente en toda práctica educativa, respondiendo, además de la cultura, al contexto, a las particularidades de cada individuo y a los lineamientos de formación integral que orientan todo proceso de desarrollo humano y de desarrollo social.

En acuerdo con lo previamente expresado la propuesta educativa debe contemplar y considerar además, varias implicaciones de índole pedagógico para los actores, en este caso, los adultos mayores que participarán de la misma.

De un lado, se halla el rol del cuidador, quien requiere de una sólida formación profesional, conocedor de la cultura y sobre todo, poseedor de una mentalidad flexible, con conocimientos socioevolutivos que permitan su interacción y cumplimiento de una labor asumida como una acción humanizante y humanizadora. En ello, el cuidador no puede estar solo, pues requiere del apoyo del Estado, de la sociedad y de los profesionales de la salud, quienes deben crear condiciones adecuadas para facilitar un proceso formativo, de consolidación cultural y de autoreconocimiento en el adulto mayor. Además, todo cuidador debe caracterizarse por ser una persona autónoma, solidaria, tolerante, responsable, entre otras, elementos fundamentales que contribuyen a direccionar el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor. Por lo tanto, debe a su vez,

generar espacios donde, el adulto mayor pueda reconocer y potenciar sus valores; mediante los procesos de expresividad y de comunicación.

En tanto, todo acto social implica un proceso de comunicación intencionado, la educación como proceso social pretende la formación integral del ser humano. Esto exige, que la propuesta educativa que se elabore sea asumida, desde el cuidador con una actitud de disposición, aceptación y escucha para establecer empatía con el adulto mayor. Situación que permitirá un acercamiento más asertivo al momento de orientar o plantear acciones educativas a los mismos.

De igual manera, desde el adulto mayor, implica una disposición para su autoencuentro, el fortalecimiento de sus raíces, el enriquecimiento desde su experiencia a un colectivo o grupo de coetáneos en el ambiente institucional que habita e implica un interés por fortalecer y potencializar las diferentes dimensiones que él considera significativas para la construcción de su calidad de vida presente.

Así mismo, cabe destacar el papel de la valoración del proceso pedagógico, en cuanto, la evaluación es un proceso reflexivo, flexible y valorativo del que hacer del adulto mayor en el contexto institucional. Este proceso evaluativo, debe desempeñar un rol regulador, orientador, motivador y dinamizador de la acción educativa. Ello, con el fin de que el proceso valorativo sea permanente, reflexivo y dialógico entre los profesionales de la salud que hacen parte del equipo interdisciplinario del escenario institucional. Proceso que debe, estimular la

participación de cada actor del proceso, debe reconocer y valorar las experiencias de cada uno de los participantes, afianzar la identidad histórico cultural del adulto mayor, generar nuevos conocimientos para la reorientación del proceso educativo, afianzar valores, actitudes y habilidades, según las posibilidades de cada uno de los actores. Y, apuntar siempre hacia la integralidad del adulto mayor para reconocer en él su condición multidimensional, en cuanto, al significado que este le brinda a su concepto de calidad de vida. Además, se recomienda que el proceso valorativo se acompañe de acciones, tanto de tipo diagnóstico, formativo como argumentativo.

Todo ello encaminado a consolidar y a potenciar la articulación de las dimensiones, según las cuales, el adulto mayor constituyen el concepto de calidad de vida en un ambiente adecuado para la interacción entre él y sus cuidadores. Espacio en el cual, él desempeñe un rol central y protagónico en dicho proceso educativo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ANDOLFI, M. Terapia Familiar. Un enfoque interaccional. Barcelona: Paidós, 1993.
- Anuario estadístico de América Latina y el Caribe. Comisión económica para América Latina y el Caribe. Publicaciones de las Naciones Unidas. Febrero 1998.
- ARANGO, A. Socialización y Vejez. Cuadernos de familia. Facultad de Desarrollo Familiar. Universidad de Caldas. Manizales, 1992
- Asociación Colombiana de Geriátría y Gerontología. Primer Encuentro Nacional de Directores de Hogares Geriátricos. Santa fe de Bogotá, 1999.
- BADILLO, I. Las Culturas del Ciclo Vital. Ediciones Bardenas. Tercera Colección. Infact. España, 1997.
- BAZO. M.T. y Otros. Envejecimiento y Sociedad. Una perspectiva internacional. Panamericana. Madrid, 1998.

- BOWLBY, J. Cuidado Maternal y Amor. Fondo de Cultura Económica. México, 1972.
- Cambio Para Construir La Paz. Bases. Plan Nacional de Desarrollo, Los compromisos fundamentales de la Sociedad. Reconstrucción del Tejido Social. Santa fe de Bogotá, 1998.
- CURCIO, C. Calidad de Vida en Ancianos. Revisiones Geriátricas. Santa fe de Bogotá, 1999.
- DELGADO, J. M. Métodos y Técnicas Cualitativas de investigación en ciencias sociales. Metodología de las Ciencias del Comportamiento.
- Dirección Seccional de Salud de Caldas. Programa de Geriatria. Segunda Edición, 1993.
- Documento CONPES. Envejecimiento y vejez. 2793. Vicepresidencia de la República – DNP. UDS. Santa fe de Bogotá. Junio, 1995.
- ENCUENTRO LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO SOBRE LAS PERSONAS DE EDAD. Seminario Técnico. Santiago de Chile, 8 al 10 de septiembre de 1999.

- ERIKSON, Erik. El ciclo vital completado. México: Paidós, 1990.141p.
- FERICGLA, Joseph. Envejecer. Antropología de la Ancianidad. Barcelona: Anthropos, 1992. 380p.
- FELSENTHAL, G. Et al. Rehabilitation of the aging and elderly patient. Williams and Wilkins. Baltimore, 1994.
- GARCIA, L. El Desarrollo de los Conceptos Psicológicos. Una Introducción a la Historia de la Psicología. Segunda edición. Limusa. Colombia 1996.
- GASPAR, O. Calidad de Vida en la Tercera Edad. Club de Conferencias, 1998.
- GOMEZ, J. Y Otros. Evaluación de la Salud en los Ancianos. Información y publicaciones, Manizales, 1995.
- GONZALES. L. Desarrollo Humano y Trabajo Social. Universidad de Caldas, 1995.
- HAAS, B. Multidisciplinary concept análisis of quality of life. Academic Search Elite. Western Journal of Nursing Research. Vol 21. USA, 1999.

- <http://www.rusell.com.ar/tercedad.htm>, accesado,septiembre,2000
- <http://www.logicnet.com.mx/doctores/vejeze.htm>.accesado,junio,2000
- <http://www.comunidades.infocel.com/internetfamilia/articulos/tercera/2742>.accesado.septiembre.2000.
- <http://www.paho.org/spanish/DPIrs990806.htm>.accesado,junio.2000
- <http://www.paho.org/spanish/DPI/rs990621.htm>.accesado.junio.2000
- JUNG, C.G. La Psique y Sus Problemas Actuales. Editorial Poblet. Madrid, 1935.
- KLIEMPT.P, et all. Measuring the outcomes of care in older people: a non-critical review of patient based measures. I. General Health Status and Quality of life instruments. Reviews in Clinical Gerontology 2000,10:33-42.
- KÜBLER. E. La muerte un Amanecer. Luciérnaga-Oceano. España 1998
- MARHAM, U . Como Afrontar La Muerte De Un Ser Querido. Ediciones Martínez-Roca. Barcelona, 1997.

- LEHR, U. Psicología de la Senectud. Proceso y Aprendizaje del Envejecimiento. Editorial Herder. Barcelona, 1988.
- LOPEZ, J.H. Fisiología del Envejecimiento. Primera Edición. Santafé de Bogotá, 1998.
- LUNA, M.T. Desarrollo Humano en simposio infancia y desarrollo humano. Fesco. 1995.
- MAIER, I. El concepto del Desarrollo en Erikson. En tres teorías sobre el desarrollo del niño: Erikson, Piaget y Sears. Buenos Aires. Amorrortu, 1982.
- MAX-NEEF. M. Desarrollo a escala humana: Una opción para el futuro. Chile, 1986.
- MC GREGORS, S. Expanding our understanding of quality of life, Standar of living, and Well-being. Journal of family and consumer sciences. Alexandria. Summer 1998.
- MONTAÑÉS, P. Envejecimiento y Creatividad. Revista de La Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria. Edición Orbita. Vol.14 No.3. Manizales, 2000.

- MONTENEGRO, O y LAGUNA, A. Reflexiones Sobre El envejecimiento y La Calidad de Vida. Universidad de Alicante, España, 1998.
- MULDOON, M. What are quality of life measurements measuring. British Medical Journal. Vol. 316. USA, 1998.
- MURCIA, N, y JARAMILLO, L. Investigación Cualitativa “La complementariedad etnográfica”. Una guía para abordar estudios sociales. Editorial Kinesis, Colombia, 2000.
- NUSSBUAM, M, y SEN, A. La Calidad de Vida. Fondo de Cultura Económica, México, 1996.
- OCAMPO, E. Desarrollo Afectivo. Módulo 4. Desarrollo Humano. Cinde. Manizales 2001.
- OSIS, K. Lo que Vieron... A la hora de la Muerte. Nuevos temas. España, 1981.
- RICE, P. Desarrollo Humano. Estudio del ciclo vital. Segunda Edición. Prentice-hall, inc. México – 1997.

- RISO, W. Aprendiendo a Quererse a Si Mismo. Ediciones Gráficas. Colombia,1990.
- ROMERO. E: Cáncer@bugs.Invest. uv.mx.México 1997.
- SAVATER, F. Etica Para Amador, Editorial Ariel Sexta edición, Colombia 1991.
- SEN, A. Bienestar, Justicia y Mercado. Primera edición. Edición Paidos. Universidad Autónoma de Barcelona. España, 1997.
- -----, Desarrollo y Libertad. Editorial Planeta. Colombia, 2000.
- QUINTERO. G. La Salud Funcional y el Bienestar como componentes de la Calidad de Vida en la Vejez. Envejecimiento – Experiencias y Perspectivas. AIG de Colombia, 1998.
- VILLACIS, F.R. Modelos de la evaluación funcional multidimensional. Revista de la Asociación Colombiana de Geriátría y Gerontología. Vol.11. No.4, Manizales, 1997.

WITHTAKER, C. Meditaciones Nocturnas de Un Terapeuta Familiar. Terapia Familiar. Ediciones Paidos. Barcelona, 1989.

ANEXOS

Anexo A

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA PARA EL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL GERIÁTRICO SAN ISIDRO DE MANIZALES

MODELO DE ENTREVISTA ABIERTA DIRIGIDO A ADULTOS MAYORES

NOTA: Preguntas que se desarrollaron en diferentes espacios y momentos, esta es una guía de preguntas.

Para usted que significa estar bien?
Para usted que era estar bien antes de vivir en esta institución?
Cómo le gustaría vivir en un futuro?
Qué le ofrece la institución para que usted esté bien?
Qué considera que le hace falta al hospital para que ustedes vivan mejor?
Qué sugiere?
Qué papel desempeña su familia en su bienestar?
Quiénes hacen parte de su familia?
Cuál es su hogar hoy?
Quiénes hacen parte de él?, Cómo son las relaciones allí?
Cómo está su salud actualmente?
Cómo relaciona usted su salud con el estar bien?
Usted es jubilado o tiene algún tipo de pensión?
Cómo relaciona usted el dinero con el estar bien?
Cree usted en algún ser superior?
Qué representa para usted ese ser superior?
Qué actividades hace durante el día?
Le gusta hacer esas actividades?
Qué otras actividades le gustaría hacer?
Cómo acostumbra divertirse usted?
Qué otras cosas le gustaría hacer para divertirse?
Cómo se viviría mejor en la institución?
Qué haría usted para vivir mejor en la institución?
Qué haría usted para que sus compañeros vivieran mejor dentro de la institución?
Cómo tratan los cuidadores a sus compañeros?
Cómo le gustaría que los cuidadores trataran a sus compañeros?

Anexo B

**PROYECTO DE INVESTIGACION
CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA PARA EL ADULTO MAYOR
INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL GERIÁTRICO SAN ISIDRO DE
MANIZALES**

DIARIO DE CAMPO (Ejecución de Los Roles y Actividades de La vida Diaria)

FECHA: _____

ACTIVIDAD:

OBJETIVO:

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

Anexo C

PROYECTO DE INVESTIGACION CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA PARA EL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL GERIÁTRICO SAN ISIDRO DE MANIZALES

NOTAS DE OBSERVACIÓN

PARÁMETROS	REGISTRO		
	FECHA	HECHOS	SIGNIFICACIONES
Ocupación del tiempo libre: - Asistencia a las actividades ocupacionales - Tipo de Actividad Ocupacional - Motivación de la Actividad			
Recreación: - Participación dirigida - Participación espontánea - Motivación de la actividad - Ejecución de las actividades			
Salud: - Independencia física - Dependencia ABC - Presencia de Enfermedades físicas			
Espiritualidad: - Frecuencia de la asistencia religiosa - Eventos religiosos - Credo religioso			
Economía: - Soporte económico fijo - Otros ingresos			
Relaciones: - Familia - Amigos - Compañeros - Cuidadores			
Ambiente Institucional: - Reglamentos y normas - Manejo de derechos y deberes			

Anexo D

PROYECTO DE INVESTIGACION
SIGNIFICADO DEL CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA PARA EL ADULTO
MAYOR INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL GERIÁTRICO SAN ISIDRO
DE MANIZALES

FORMATO DE TALLER

HOJA DE REGISTROS: _____ TALLERES: _____ No.: _____

NOMBRE DEL TALLER:

FECHA:

OBJETIVO GENERAL:

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

PROCESO METODOLÓGICO:

MATERIAL PEDAGÓGICO DE APOYO:

TIEMPO DE DURACIÓN DEL TALLER:

PARTICIPANTES:

EJECUCIÓN:

ANEXO E

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA PARA EL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL GERIÁTRICO SAN ISIDRO DE MANIZALES TALLERES REALIZADOS

TALLER No. 1

NOMBRE DEL TALLER: AUTOBIOGRAFÍA

OBJETIVO GENERAL:

Propiciar en los adultos mayores un espacio para la expresión de sus historias de vida que permitan un acercamiento a su realidad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Reconocer las personas afectivamente más significativas en su vida.
- Dar a conocer los eventos más significativos a través de sus historias de vida.
- Identificar las proyecciones que se tuvieron en el pasado acerca de la vejez de cada uno de los participantes
- Comprender la valoración que los adultos mayores tienen de si mismos.

PROCESO METODOLOGICO

- Bienvenida y presentación de quienes coordinan el taller. Presentación del por qué y el para qué de los talleres que se realizarán.
- Ejercicio de relajación
- Trabajo personal a nivel interno sobre la autobiografía (dirigido por los facilitadores).
- Preguntas orientadas:

- Quién fue la persona que usted siente que más lo (a) ama?
- Cuál fue el elemento más significativo que usted recuerda del pasado?.
- Cómo se imaginaba que iba a ser su vejez?
- Cómo se siente usted ahora?
- Socialización de experiencias
- Evaluación del taller
- Cierre y programación del siguiente taller

MATERIAL PEDAGÓGICO Y DE APOYO

- Infraestructura física adecuada
- Grabadora
- Casetes con música que induce a la relación
- Documentos de consulta
- Papelería

TIEMPO DE DURACIÓN DEL TALLER

1 hora 30 minutos

PARTICIPANTES

24 participantes divididos en 2 grupos

EJECUCIÓN

TALLER No. 2

NOMBRE DEL TALLER: **EXPLORANDO EL FUTURO**

OBJETIVO GENERAL:

Conocer desde lo simbólico las experiencias de vida más significativas del adulto mayor, para aprender el presente y el sentido de su concepto de calidad de vida.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Comprender la valoración que tienen los adultos mayores de si mismos
- Identificar las situaciones que hayan marcado su pasado
- Comprender su presente a partir de un reconocimiento de sus historias de vida
- Propiciar un espacio de dialogo e interacción grupal de acuerdo con sus vivencias.

PROCESO METODOLOGICO

- Saludo y bienvenida a los participantes
- Motivación
- Explicación de la temática a trabajar
- Ejercicio de Imaginación activa, con base en experiencias pasadas y expectativas de vida diferentes a las ya vividas.
- Preguntas orientadas:
 - Si tuviera la posibilidad de cambiar su niñez, qué cosas cambiaría?, Por qué?

- Si tuviera la posibilidad de cambiar cosas de su edad adulta, qué cosas cambiaría, Por qué?
 - Que situaciones cambiaría de su vida actual?, Por qué?
- Socialización de experiencia
- Evaluación y programación del siguiente taller
- Cierre

MATERIAL PEDAGÓGICO DE APOYO

- Infraestructura física
- Grabadora
- Casetes con música que induce a la relajación
- Documentos de consulta
- Papelería

TIEMPO DE DURACIÓN DEL TALLER:

1 hora 30 minutos

PARTICIPANTES

24 participantes divididos en 2 grupos

EJECUCIÓN

TALLER No. 3

NOMBRE DEL TALLER: LOS ANIMALES Y LA PERSONALIDAD

OBJETIVO GENERAL:

Crear un ambiente de confianza y trabajo para incrementar el conocimiento personal y grupal que faciliten la comprensión del concepto de calidad de vida del adulto mayor.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Observar desde las proyecciones simbólicas la personalidad de los participantes
- Conocer las características y rasgos del estilo de vida actual del adulto mayor
- Reconocer las categorías que emergen en torno al concepto de calidad de vida.

PROCESO METODOLOGICO

- Bienvenida y saludo a los participantes
- Motivación
- Explicación del tema a seguir
- Plasmar a través de un dibujo el animal con el que más se identifica
- Vivenciar el rol del animal en su actividad natural en una finca y de allí responder a los siguientes interrogantes.
 - Con cual animal siente que usted se identifica más?

- Cuales de las características del animal que usted escogió son las que usted posee?
- Representando a ese animal, qué le faltaría para sentirse muy bien en la finca?.
- Socialización de experiencias
- Evaluación del taller
- Cierre

MATERIAL PEDAGÓGICO Y DE APOYO

- Infraestructura física
- Mesas de trabajo
- Grabadora y casetes con música que inducen a la relajación
- Colores y crayolas
- Papelería
- Documentos de consultas

TIEMPO DE DURACIÓN DEL TALLER

1 hora 30 minutos

PARTICIPANTES

24 participantes divididos en 2 grupos

EJECUCIÓN

TALLER No. 4

NOMBRE DEL TALLER: EI ADULTO MAYOR Y SU ESPACIO

OBJETIVO GENERAL:

Comprender cuales son las condiciones necesarias para el adulto mayor sentirse bien dentro de su espacio institucional que orienten la significación de un concepto de calidad de vida.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- A partir de representaciones simbólicas acerca de su espacio inmediato (la habitación) acercarse a su sentir con relación al mismo.
- Hacer proyecciones a futuro sobre la forma en que les gustaría dentro del escenario institucional.
- Reconocer las categorías que emergen en torno al concepto de calidad de vida.

PROCESO METODOLOGICO

- Bienvenida a los participantes
- Motivación
- Explicación de la temática a seguir
- Ejercicio de relajación, durante la cual se hace lectura de historia “el cangurito” y se insertan algunas preguntas orientadoras.

- Imagínese como si estuviera en un sitio muy confortable como el vientre del cangurito y asimílelo a su cuarto: Como le gustaría que fuera su cuarto para que este fuese más cómodo?
- Qué agregaría o quitaría a su cuarto?
- Socialización de experiencias
- Evaluación del taller
- Cierre y programación del siguiente taller

MATERIAL PEDAGÓGICO Y DE APOYO

- Infraestructura física
- Grabadora y casetes con música de relajación
- Texto: el cangurito
- Material de apoyo bibliográfico
- Papelería

TIEMPO DE DURACIÓN DEL TALLER

1 hora 30 minutos

PARTICIPANTES

24 participantes divididos en 2 grupos

EJECUCIÓN

TALLER No. 5

NOMBRE DEL TALLER: CONVIVENCIA INSTITUCIONAL

OBJETIVO GENERAL:

Comprender las diferentes interacciones que se dan entre el adulto mayor y sus cuidadores y compañeros más inmediatos para tener una percepción más profunda de su contexto.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- A partir de representaciones simbólicas acerca de su relaciones con los compañeros se busca tener una visión más aproximada de sus interacciones.
- Reconocer las tendencias y categorías que emergen en torno al concepto de calidad de vida.

PROCESO METODOLOGICO:

- Bienvenida a los participantes
- Motivación
- Explicación del tema a trabajar
- Ejercicio de relajación: Primera meditación del libro “Sanar es un viaje”
- Preguntas orientadas
 - En el servicio, cuando usted deja sus zapatos o su ropa sin lavar. Qué consecuencias le genera por parte del hospital?

- Si no hace las tareas que le recomiendan o le sugieren, que problemas le llegan?
- Cómo son las relaciones con sus compañeros... con los cuidadores?
- Cómo le gustaría que fueran las relaciones entre los compañeros... y con los cuidadores de la institución?
- Socialización de experiencias
- Evaluación y cierre del taller

MATERIAL PEDAGÓGICO DE APOYO

- Infraestructura física
- Grabadora
- Casetes de relajación
- Texto “Primera meditación de sanar es un viaje”
- Documentos de apoyo
- Papelería

TIEMPO DE DURACIÓN DEL TALLER

1 hora 30 minutos

PARTICIPANTES

24 participantes divididos en 2 grupos

EJECUCIÓN

TALLER No 6

NOMBRE DEL TALLER: EI ADULTO MAYOR Y SU FAMILIA

OBJETIVO GENERAL:

Comprender el significado del concepto de familia que tiene el adulto mayor institucionalizado y sus posibles relaciones con el concepto de calidad de vida.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- reconocer la importancia del rol familiar en el pasado para el adulto mayor
- Hacer un reconocimiento de cómo han sido las relaciones intrafamiliares a lo largo de sus vidas
- Identificar cual es el concepto que tiene el adulto mayor actualmente de familia

PROCESO METODOLOGICO

- Bienvenida a los participantes
- Motivación
- Explicación del tema a tratar
- Elaboración de un collage orientado a responder los siguientes interrogantes
 - o Cómo representa usted, la familia que tuvo en su juventud?
 - o Cómo eran las relaciones con su familia?
 - oCuál y cómo está constituida su familia actualmente?
- Socialización de experiencias
- Evaluación del taller

- Cierre y programación del siguiente taller

MATERIAL PEDAGÓGICO

- Infraestructura física
- Grabadora y casetes de relajación
- Material bibliográfico de apoyo
- Papelería
- Recortes de revista
- Pegante
- Tijeras

TIEMPO DE EJECUCIÓN

1 hora 30 minutos

PARTICIPANTES

24 participantes divididos en 2 grupos

EJECUCIÓN

TALLER No. 7

NOMBRE DEL TALLER: EL ADULTO MAYOR Y LA OCUPACIÓN DEL TIEMPO LIBRE

OBJETIVO GENERAL:

Comprender cuál es el concepto actual de ocupación del tiempo libre que tiene el adulto mayor y como lo relaciona con su calidad de vida

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar el perfil ocupacional del adulto mayor en su historia de vida
- Reconocer el significado de la ocupación para los adultos mayores
- Identificar el tipo de ocupación que tienen en la actualidad los adultos mayores y su proyección a futuro

PROCESO METODOLOGICO

- Bienvenida al grupo participante
- Motivación
- Dinámica de trabajo en parejas “consiguiendo empleo”
- Preguntas orientadoras:
 - Cuál es su experiencia laboral
 - En qué está capacitado ahora para trabajar
 - En qué se ocupa actualmente?, le gusta o nó y por qué?
 - Qué trabajo le gustaría desempeñar?

- Qué valores debe tener para llevar a cabo ese trabajo?
- Socialización de experiencias
- Evaluación del taller
- Programación del siguiente taller

MATERIAL PEDAGÓGICO DE APOYO

- Infraestructura física
- Grabadora y casetes
- Material bibliográfico
- Papelería

TIEMPO DE DURACIÓN

1 hora 30 minutos

PARTICIPANTES

24 participantes divididos en 2 grupos

EJECUCIÓN

TALLER No. 8

NOMBRE DEL TALLER: EL ADULTO MAYOR Y LA RECREACIÓN

OBJETIVO GENERAL:

Comprender el concepto que tiene el adulto mayor de recreación y cómo éste contribuye a significar su calidad de vida en el Hospital Geriátrico San Isidro

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Hacer remembranzas de las actividades recreativas que realizaron durante la niñez y la juventud
- Reconocer la importancia que le brinda el adulto mayor a la recreación en el escenario institucional
- Identificar el tipo de actividades que les gustaría realizar dentro de la institución.

PROCESO METODOLOGICO:

- Bienvenida al grupo participante
- Motivación
- Explicación del tema a seguir
- Actividad “Desayuno campestre” y actividad “remembranzas”
- Sesión de cuentos, chistes, trovas, entre otras.
- Preguntas orientadoras:

- A que jugaba cuándo era niño?, cuándo era joven?
 - Qué actividades de recreación hace ahora?
 - Qué actividades de recreación le gustaría?
 - Para que sirve la recreación?
- Socialización de experiencias
- Evaluación del taller
- Cierre y programación

MATERIAL DE APOYO PEDAGÓGICO

- Zona de parques de la institución
- Material bibliográfico
- Grabadora
- Desayuno
- Cuentos, historias, relatos, entre otras.

TIEMPO DE DURACIÓN

1 hora 30 minutos

PARTICIPANTES

24 participantes divididos en 2 grupos

EJECUCIÓN

TALLER No. 9

NOMBRE DEL TALLER: COMO VE LA SALUD EL ADULTO MAYOR

OBJETIVO GENERAL:

Comprender el sentido que tiene el concepto de salud en el adulto mayor y la significación en su calidad de vida.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Reconocer el concepto que tiene el adulto mayor alrededor de la salud y su relación con la calidad de vida.
- Identificar sus principales expectativas en la dirección de salud para el incremento de su calidad de vida.

PROCESO METODOLOGICO

- Bienvenida a los participantes
- Motivación
- Explicación de la temática a tratar
- Ejercicio de relajación “Viaje por mi cuerpo”
- Preguntas orientadoras:
 - Cuando se enferma, como es la atención que usted recibe?
 - Como le gustaría que fuera la atención de su salud en la institución?
 - Cómo y por qué influye su estado de salud en las actividades cotidianas?

- Por qué es importante la salud para usted?

- Socialización de experiencias
- Evaluación del taller
- Cierre y programación del siguiente taller

MATERIAL PEDAGÓGICO DE APOYO

- Infraestructura física
- Grabadora y casete
- Material bibliográfico
- Papelería

TIEMPO DE DURACIÓN

1 hora 30 minutos

PARTICIPANTES

24 participantes divididos en 2 grupos

EJECUCIÓN

TALLE No. 10

NOMBRE DEL TALLE: AFECTIVIDAD DEL ADULTO MAYOR

OBJETIVO GENERAL:

Reconocer la importancia del afecto en el concepto que tiene el adulto mayor de su calidad de vida en el ambiente institucional.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Comprender el significado que le proporciona el adulto mayor a la afectividad al interior de la institución
- Identificar las personas más significativas del adulto mayor en el pasado y el presente.

PROCESO METODOLOGICO:

- Bienvenida a los participantes
- Motivación
- Actividad en parejas “transacciones psicológicas”
- Preguntas orientadoras
 - o Qué es para usted afecto?
 - o Quienes son las personas de su afecto?
 - o Cómo lo demuestra a usted una persona que lo quiere?
 - o Qué falta en la institución para que las relaciones se perciban más afectuosas?

- Que recomendaría usted?

- Socialización de experiencias
- Evaluación del taller
- Cierre

MATERIAL PEDAGÓGICO DE APOYO

- Infraestructura física
- Grabadora y cassetes
- Material bibliográfico
- Papelería

TIEMPO DE DURACIÓN

1 hora 30 minutos

PARTICIPANTES

24 participantes divididos en 2 grupos

EJECUCIÓN

TALLER No. 11

NOMBRE DEL TALLER: EL ADULTO MAYOR Y EL DINERO

OBJETIVO GENERAL:

- Identificar el rol que desempeña el dinero en el concepto que tiene el adulto mayor sobre su calidad de vida.

OBJETIVO ESPECIFICOS:

- Reconocer la significación que le ha brindado el adulto mayor al dinero durante su vida
- Reconocer el manejo actual que hace el adulto mayor del dinero al interior del ambiente institucional.

PROCESO METODOLOGICO

- Bienvenida al grupo participante
- Motivación
- Explicación del tema a tratar
- Sesión de yoga
- Relajación “de la abundancia”
- Preguntas orientadoras
 - Qué visualizó en la relajación?
 - Cuál fue el manejo que le dio al dinero durante su vida?
 - Qué importancia tiene el dinero en la vida de una personas?

- Si tuviera la posibilidad de ganar una lotería, en que invertiría el dinero, por qué?
- Socialización de experiencia
- Evaluación del taller
- Cierre

MATERIAL PEDAGÓGICO DE APOYO

- Infraestructura física
- Grabadora y cassetes
- Material bibliográfico
- Papelería

TIEMPO DE DURACIÓN

1 hora 30 minutos

PARTICIPANTES

24 participantes divididos en 2 grupos

EJECUCIÓN

TALLER No. 12

NOMBRE DEL TALLER: ESPIRITUALIDAD, MUERTE Y ADULTO MAYOR

OBJETIVO GENERAL:

Comprender el significado del concepto de muerte y de la espiritualidad que le da el adulto mayor institucionalizado y la relación con su calidad de vida

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar los rasgos significativos que son importantes para el adulto a través de su vida.
- Reconocer el papel que desempeña la muerte en la vida del adulto mayor que vive en un ambiente institucional.

PROCESO METODOLOGICO

- Bienvenida a los participantes
- Motivación
- Explicación de la temática a seguir
- Taller de muerte
- Preguntas orientadoras
 - o Quién lo esperaba al otro lado?
 - o Qué personas lo acompañaron en su lecho de muerte?
 - o Qué es el cielo para usted?
 - o Qué sentimientos le genera la palabra muerte?

- Qué significa la espiritualidad en su vida actual?
- Socialización de experiencias
- Evaluación y programación del siguiente taller
- Cierre

MATERIAL PEDAGÓGICO DE APOYO

- Infraestructura física
- Grabadora y casetes
- Material bibliográfico
- Papelería
- Velas

TIEMPO DE DURACIÓN

1 hora 30 minutos

PARTICIPANTES

24 participantes divididos en 2 grupos

EJECUCIÓN

TALLER No. 13

NOMBRE DEL TALLER: PAREJA Y ADULTO MAYOR

OBJETIVO GENERAL:

Reconocer el rol que ocupa la pareja en el significado del concepto que tiene el adulto mayor institucionalizado acerca de su calidad de vida.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Reconocer las categorías que emergen en torno al concepto de calidad de vida
- Comprender la valoración que tienen los adultos mayores del rol de pareja

PROCESO METODOLOGICO

- Bienvenida a los participantes
- Motivación
- Explicación del tema a tratar
- Actividad en parejas “juego de roles”
- Preguntas orientadoras
 - Qué es para usted el amor de pareja?
 - Para qué puede servir el amor de una pareja?
 - Le gustaría en este momento tener una pareja?
 - Qué le gustaría compartir con su pareja?
 - Qué podría brindarle a su pareja en un futuro?
- Socialización de experiencias

- Evaluación y programación del siguiente taller
- Cierre

MATERIAL PEDAGÓGICO DE APOYO

- Infraestructura física
- Grabadora y cassetes
- Material bibliográfico
- Papelería
- Velas

TIEMPO DE DURACIÓN

1 hora 30 minutos

PARTICIPANTES

24 participantes divididos en 2 grupos

EJECUCIÓN

TALLER No. 14
DIRIGIDO A LAS FAMILIAS

NOMBRE DEL TALLER: LA FAMILIA DEL ADULTO MAYOR Y LA CALIDAD DE VIDA

OBJETIVO GENERAL:

Comprender el concepto que tiene la familia del adulto mayor insitucionalizado con respecto a la calidad de vida de éste.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar las categorías que emergen en torno al concepto de calidad de vida
- Identificar las expectativas de la familia frente a la calidad de vida de adulto mayor que vive en el ambiente institucional.

PROCESO METODOLÓGICO

- Bienvenida a los participantes
- Motivación
- Explicación del tema a tratar
- Actividad: elaboración de collage
- Preguntas orientadoras
 - Para usted qué es el bienestar en el adulto mayor que vive en la institución.?
 - Qué puede hacer usted para mejorar el bienestar del adulto mayor?

- Qué recomendaciones haría usted a la institución para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.
- Socialización de experiencias
- Evaluación y programación del siguiente taller
- Cierre

MATERIAL PEDAGÓGICO DE APOYO

- Infraestructura física
- Grabadora y casetes
- Material bibliográfico
- Papelería
- Revistas

TIEMPO DE DURACIÓN

1 hora 30 minutos

PARTICIPANTES

18 personas que son miembros de la familia de algunos adultos mayores que viven en el Hospital Geriátrico San Isidro.

EJECUCIÓN