

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE  
MOGROVEJO  
ESCUELA DE POSTGRADO**



**CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR, HOSPITAL  
REGIONAL DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERU.  
CHICLAYO, 2010**

**AUTORA: NERY HEINE CÓRDOVA CALLE**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN  
ENFERMERÍA**

**Chiclayo, Perú 2012**



**CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR, HOSPITAL REGIONAL DE  
LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ. CHICLAYO, 2010**

**POR:**

**Lic. NERY HEINE CÓRDOVA CALLE**

Presentada a la Escuela de Postgrado de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo para optar el Grado Académico de Magíster en Enfermería.

**APROBADO POR:**

---

**Dra. Rosa Díaz Manchay**

**PRESIDENTA DE JURADO**

---

**Mgtr. Lisseth Rodríguez Cruz**

**SECRETARIA DE JURADO**

---

**Dra. Sofía Lavado Huarcaya**

**VOCAL/ASESORA DEL JURADO**

Chiclayo, 2012



Por ser ellos el mejor ejemplo en mi vida.

*A mi Madre* por su admirable energía e incansable

lucha en la vida.

+ *A mi Padre*, que desde el cielo me acompaña.

*A mi esposo Rodrigo*

*a mis hijos Nerydel Rosario, Rodrigo Mauricio y Diana Carolina,*

por aquellos momentos que no hemos podido compartir y sin embargo he sentido

su acompañamiento en este largo recorrido con paciencia y comprensión,

impulsándome al logro de mis sueños.



Agradezco A Dios y a la Santísima Virgen por guiar mis pasos, darme fortaleza y tolerancia en el trajinar del día a día y permitirme lograr mis objetivos.

A mi asesora, Dra. Sofía Lavado Huarcaya, por el conocimiento compartido, por su disponibilidad, así como su apoyo y paciencia en el desarrollo de la presente investigación.

A todas la personas que han contribuido con sus aportes en el proceso de la investigación, desde sus inicios hasta el informe final.

A las personas del Programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú, quienes compartieron conmigo parte de su vida.



## ÍNDICE

RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I: MARCO CONCEPTUAL	
1.1. Antecedentes	21
1.2. Marco conceptual	23
CAPÍTULO II: DELINEANDO EL CAMINO METODOLÓGICO	33
2.1. Abordaje metodológico	34
2.2. Sujetos de investigación	37
2.3. Escenario	39
2.4. Instrumentos de recolección de datos	40
2.5. Procedimiento	42
2.6. Análisis de datos	43
2.7. Principios de científicidad	45
2.8. Criterios éticos de investigación	46
CAPÍTULO III: PROFUNDIZANDO EN LA REFLEXIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR	51
CONSIDERACIONES FINALES	83
RECOMENDACIONES	87
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
ANEXOS	93
Anexo 01: Consentimiento informado	
Anexo 02: Cuestionario socioeconómico	
Anexo 03: Guía de entrevista	
Anexo 04: Identificación de los elementos presentes en la base textual	
Anexo 05: Elementos significativos	
Anexo 06: Montaje del mapa de asociación de contenido e interpretación	



## RESUMEN

Este trabajo tuvo como objetivo identificar, analizar y discutir la calidad de vida de las personas que se atienden en el programa del Adulto Mayor del Hospital Regional Policial de Chiclayo. Se eligió a Chirinos, Fernández-Ballesteros y la Organización Mundial de la Salud (OMS) para respaldar al constructo de calidad de vida. Se realizó una investigación de tipo cualitativa con abordaje de estudio de caso, se obtuvo datos a través del cuestionario socio demográfico y la entrevista semiestructurada a profundidad, orientada por una guía de preguntas aplicadas a 21 personas, entre policías en situación de retiro y esposas que asisten al programa del Adulto Mayor en el Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú –sede Chiclayo. Los datos de las entrevistas recibieron un tratamiento de acuerdo al Método de Asociación de Contenidos, surgiendo dos categorías denominadas: 1) “La familia, como dimensión determinante de la calidad de vida del adulto mayor”, y 2) “El estilo de vida y funcionalidad del adulto mayor”. En la primera es la dinámica familiar y sus relaciones interfamiliares las que generan procesos de comunicación efectiva o inefectiva, satisfactoria o no; determinando un estado emocional de equilibrio o desequilibrio en el adulto mayor. Como consecuencia ellos asumen una percepción satisfactoria o insatisfactoria de su calidad de vida. La segunda categoría enfoca los cambios en el estilo de vida del adulto mayor, ocasionado por las modificaciones en su funcionalidad física, su estado de salud y su capacidad para desarrollar trabajos exigentes. Pese a las limitaciones o restricciones en su funcionalidad corporal, física y emocional, la mayoría de adultos mayores intentan asumir un estilo de vida que les satisfaga.

**Palabras clave:** *Calidad de vida, adulto mayor*

## ABSTRACT

This report had as objective to identify, to analyze, to discuss the persons life quality who take part of elderly adult at the Regional Hospital Police of Chiclayo. To support this study of life quality we selected Chirinos, Fernandez-Ballesteros and WHO was made qualitative investigation with approach of fact study, was obtain facts with sociodemographic questionnaire an deeply semistructure interview, to guide by many questions applied at 21 persons including out of job policemen and wives, who go to the elderly adult at Regional Hospital Police Chiclayo. The facts of interviews were treated according to the content association methods, with two categories: 1) The family as determining dimension of elderly in life quality, and 2) lifestyle and functionality of elderly adult. At the first is a familiar dynamic and interfamiliares relationship who create an effective communication process or uneffective, successful or not; determines by emotional condition as balance or not in elderly adult. Consistently they accept a satisfactory or unsatisfactory perception of their life quality. The second category consider changes of lifestyle in elderly adult caused by functions physical changes, their health and capacity to make hard jobwith restriction in a body function physical and emotional, more of elderly adult mean to assume a lifestyle to satisfy themselves.

**Keywords:** *Quality of life, Elderly adult*

## INTRODUCCIÓN

El proceso de envejecimiento representa uno de los eventos más trascendentales en el mundo, no sólo desde el punto de vista demográfico, sino también, económico y social. Las proyecciones de las Naciones Unidas para el próximo decenio aseguran que habrá 1,100 millones de adultos mayores, que constituirán el 13,7% de la población mundial, distribuido en países en vías de desarrollo y no desarrollado. Para el año 2,025 se espera que la población de 60 años y más, crezca en un 40% en países europeos. En Sudamérica el 8% de la población es mayor de 65 años y en el Perú se estima que para el año 2,025 las personas adultas mayores llegará a los 4 millones 429 mil, es decir, el 12.4% de la población peruana total. <sup>1</sup>

Según datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). La población peruana en el 2007 reportó una población de 28'220,764 habitantes, estimándose en 2'495,866 las personas adultas mayores que representan el 9.1% de la población nacional. Los departamentos que concentran la mayor población de adultos mayores son: Lima y Callao (851,269), La Libertad (153,700), Piura (147,158), Puno (127,752), Cajamarca (124,439), Arequipa, (118,381) Ancash (113,211) y Junín (105,967). La ciudad de Chiclayo tiene aproximadamente 100,000 personas adultas mayores.<sup>2</sup>

Estos porcentajes evidencian claramente el incremento de la población adulta mayor en nuestro país, que tiende a ser mayor en los próximos decenios, lo que exigiría que el estado muestre una mayor preocupación por desarrollar políticas integrales que permitan un nivel de vida mínimo satisfactorio de este grupo etáreo. Los adultos mayores como grupo etáreo, no han sido de prioridad para los últimos gobiernos, los lineamientos de salud han estado enfocados prioritariamente a la salud materna infantil.

Este hecho se evidencia en la cobertura de atención al adulto mayor, que de acuerdo a los datos reportados por el MINSA, en el Perú la institución que brinda la mayor cobertura es el MINSA, que atiende aproximadamente al 65 % de los adultos mayores; seguido por EsSalud con el 20%, el 12 % que acceden a los servicios privados y sólo el 3% de adultos mayores son atendidos por la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales.

De acuerdo a estos datos, es el Ministerio de Salud quien debe planear las políticas para la atención de este grupo poblacional. Recién en el año 2,005 el MINSA definió los lineamientos para la Atención Integral de la Salud de las Personas Adultas Mayores, en este documento conceptualiza al envejecimiento del ser humano como un proceso natural, universal, progresivo, irreversible y continuo durante todo el ciclo de vida. Estos lineamientos dieron origen a algunos documentos normativos a nivel del Perú, orientando hacia una adecuada calidad de vida en el adulto mayor.<sup>5</sup>

En ese contexto, en los últimos años los diferentes establecimientos de salud: MINSA, EsSalud, Instituciones privadas, FFAA y la Policía Nacional, orientan su atención al adulto mayor, bajo la responsabilidad de los profesionales de enfermería y teniendo como referencia esos lineamientos. Los ocho lineamientos de salud, buscan de manera prioritaria satisfacer las necesidades de salud del adulto mayor y favorecer un envejecimiento activo y saludable; de manera implícita lo que busca es mejorar su calidad de vida.

Al hablar de *calidad de vida* en el adulto mayor, hacemos referencia a la persona y su totalidad, es decir, al adulto mayor como un ser único e indivisible con un contexto inmediato y mediato que le rodea: la familia y la sociedad.

En ese sentido, para problematizar claramente nuestro objeto de investigación nos hemos centrado en primer lugar en el adulto mayor peruano, que influenciado por un contexto histórico- social y cultural, se percibe así mismo, como un ser de valía, siempre y cuando se sienta útil hacia los demás; en su generalidad no busca su satisfacción personal, como sucede en países europeos y americanos, donde el adulto mayor en esta etapa de su vida desarrolla plenamente otras facultades artísticas, culturales, sociales o de ocio –que no pudo hacerlo en su etapa de juventud-. Al contrario, la mayoría de adultos mayores de nuestro país, viven los últimos años de su vida “apoyando” a la vida familiar.

A su vez, las familias que tienen un adulto mayor en casa, lo “ocupan” haciéndoles encargos “menores” sobretodo de índole “de labores domésticas”, ayudando a cuidar a los nietos, barrer, hacer pequeños mandados, cuidar las mascotas u otras actividades limitadas que le brinden una sensación de sentirse útiles, y por ende, un nivel satisfactorio de vida. Como se mencionó anteriormente, esta realidad contrasta con la forma como viven en otros países, donde el adulto mayor, cuenta con espacios de sano esparcimiento, de desarrollo de habilidades, enfatizando en esta etapa de vida el desarrollo de su máxima potencialidad, dejando quizá entrever una mejor calidad de vida.

La forma como vive el adulto mayor en el Perú es consecuencia de una falta de definición respecto al rol que deben desarrollar estas personas en el medio familiar y social. Para explicar mejor este hecho, podemos afirmar que nadie duda, que el niño tiene como única obligación jugar y estudiar; el adolescente principalmente busca estudiar y prepararse para su futuro. Los jóvenes, orientan sus objetivos a formar una familia e iniciar un trabajo que les garantice su futuro. Sin

embargo, ¿qué hacen los adultos mayores? ¿Cuál es el rol que la sociedad espera de ellos?. No es fácil dar una respuesta rápida, lo primero que se nos ocurre es que “ayudan” “apoyan” en la casa o en pequeños “mandados”; sin embargo, nos hemos puesto a pensar, si ese rol les ayuda a ¿tener una satisfacción plena de su vida?

Esta indefinición del rol social del adulto mayor ocasiona que la familia directa u otras personas, exijan de él (ella), actividades que no le corresponde; al contrario, muy pocos se preocupan de cumplir con su responsabilidad, de velar por su salud, llevándole a sus controles o permitirles que salgan a lugares de esparcimiento y recreación, darles las facilidades para desarrollar sus habilidades, hacer una vida social activa y tener su propia independencia en el seno familiar.

En muchas ocasiones, e influenciado por este contexto, son los mismos adultos mayores que perciben como “natural” vivir una vida dependiente de otros, y no necesariamente de la forma como ellos quisieran vivir e incluso, sucede con algunos adultos mayores pensionistas que su sueldo no lo disfrutan ellos, sino sus familiares.

El interés de la investigadora sobre este tema radica también en su experiencia personal, cuando su madre, una persona de la tercera edad ha tenido la suerte de pertenecer a un club del adulto mayor de EsSalud y después de su jubilación tiene diferentes espacios donde aprovecha el ocio, para desarrollarse íntegramente como un ser funcional, permaneciendo ocupada el mayor tiempo, sintiéndose útil e incluso canalizando preocupaciones propias de la edad que pueden interferir en su salud, por lo tanto, evidencia una satisfacción de vida. Sin embargo, ése, no es el caso de amigas de su misma generación, que por no tener un seguro que les permita pertenecer a un “club del adulto mayor”, tienen que vivir una vejez diferente y enfocada básicamente a la ayuda de su familia.

Va por ello el interés en profundizar esta problemática, que permita a la enfermera intervenir de manera más decidida y significativa en contribuir y

optimizar la calidad de vida de las personas adultas mayores, ya que muchos de ellas son retiradas y/o jubiladas de sus diferentes profesiones u ocupaciones y cuentan con espacios de tiempo (ocio) que pueden aprovecharlos de la mejor forma, sintiéndose seres útiles y productivos.

Como vemos, el adulto mayor cada día requiere de mayor interés en su cuidado, demandando un compromiso moral en favor de una salud integral de parte del los profesionales de la salud y en particular de la enfermera, quienes deben enfocar de forma más decidida y profunda su cuidado buscando mejorar la calidad de vida, para lograr un bienestar humano y social sostenible. En este contexto, es necesario que la enfermera desvíe su mirada prioritaria del cuidado asistencial, y procure comprender la problemática del adulto mayor en su real magnitud, como una posibilidad de un gerenciamiento privado de instituciones de cuidado al adulto mayor, desarrollando de esta forma, otros escenarios de práctica en enfermería que le permitan un trabajo preventivo – promocional independiente, de mayor status social y trascendente para la profesión y sobretodo el desarrollo de la persona adulta mayor.

Frente a la problemática referida líneas arriba, cabe explicitar las siguientes preguntas: ¿Qué aspectos influyen en la calidad de vida del adulto mayor? ¿Cómo percibe el mismo adulto mayor su calidad de vida?, ¿Qué factores influyen en la salud física, emocional, espiritual de los adultos mayores? ¿Cuál es el rol de la enfermera en la mejora de la calidad de vida del adulto mayor?.

Estas y otras preguntas pretenden ser respondidas, por lo cual se planteó el siguiente problema de investigación: ¿cómo es la calidad de vida del adulto mayor que se atiende en el Hospital Regional Policial, Chiclayo- 2010? , también nos permitió trazarnos ciertos objetivos:

- Identificar cómo es la calidad de vida del adulto mayor que se atiende en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú, Chiclayo
- Analizar y discutir la calidad de vida del adulto mayor que se atiende en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú, Chiclayo.

Se pretende con este estudio, contribuir a una comprensión de la calidad de vida del adulto mayor, por ser tema de actualidad, y se demuestra en la pirámide poblacional que esta etapa del adulto mayor, se incrementa en todo el mundo, requiriendo de mayor dedicación y participación gubernamental a través de personal de salud y particularmente de profesionales de Enfermería, quienes deben enfocar de forma más decidida y profunda su cuidado, mejorando la calidad de vida para lograr un bienestar humano, social y sostenible, demandando un compromiso moral a favor de la salud integral de este grupo poblacional.

Considerando que el tema es bastante complejo y polémico, no se pretende cambios estructurales o modificaciones de conducta, pero sí, una sensibilización y reflexión de las personas involucradas en el cuidado al adulto mayor y a las autoridades de las diferentes instituciones asistenciales para la búsqueda de estrategias que permitan ejecutar cuidados en mejora de la calidad de vida de este grupo etario y el compromiso en la tarea de lograr un envejecimiento competente y con éxito.

Otro aporte tanto rescatable cuanto destacable, es que este estudio podrá servir como orientador para impulsar nuevas discusiones e investigaciones sobre el tema, toda vez que, son muy pocos los trabajos de investigación cualitativa enmarcados en conocer de cerca la calidad de vida del adulto mayor, como grupo vulnerable, y desde la perspectiva del desarrollo humano integral. Así mismo, orienta a la enfermera para realizar un cuidado de especialidad dirigida al adulto

mayor, prioritariamente a implementar acciones de tipo promocional, como una estrategia para mantener la funcionalidad y disminuir la dependencia del adulto mayor, por lo tanto, disminuir la tasa de morbi mortalidad en el adulto mayor.



# CAPÍTULO I

## MARCO CONCEPTUAL

### 1.1. Antecedentes

De acuerdo a la revisión bibliográfica realizada por la investigadora, existe una vasta información referente al estudio de la calidad de vida, sin embargo, relacionando este constructo con el adulto mayor, la información se reduce. En seguida presentamos algunos resultados de investigación que son más relevantes para nuestro objeto investigado.

Vera realizó un trabajo de investigación titulado “Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia”, con el objetivo de comprender el significado de *calidad de vida* para el adulto mayor y para su familia. Fue un estudio cualitativo, descriptivo, interpretativo – comprensivo, fundamentado en la Teoría de las Representaciones Sociales. Las técnicas e instrumentos utilizados fueron la observación, entrevista a profundidad y grupos focales, guía de observación y dos cuestionarios con ocho preguntas norteadoras. Participaron dieciséis

adultos mayores con sus respectivos grupos familiares, entre 2004 y 2006. Los discursos a través de la 'objetivación' y el 'anclaje' y los análisis general, ideográfico-axial y nomotético-selectivo permitieron la emergencia de cuatro representaciones sociales: a) conocimiento sobre el adulto mayor; b) elementos principales y secundarios del significado de calidad de vida del adulto mayor; c) valores y actitudes del adulto mayor y familia sobre la calidad de vida; y, d) necesidades del adulto mayor como ser social y la calidad de vida. Llegando a la conclusión que para el adulto mayor, calidad de vida significa tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto, y tener satisfechas como ser social sus necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información. Para la familia, que el adulto mayor satisfaga sus necesidades de alimentación, vestido, higiene y vivienda.<sup>4</sup>

A nivel internacional, encontramos la investigación cubana, "Calidad de vida percibida en adultos mayores" cuyo objetivo fue describir el comportamiento de la calidad de vida percibida en general, y su relación con variables seleccionadas en el adulto mayor. Un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, con un universo de 108559 adultos mayores, de los que seleccionó una muestra de 741, por muestreo estratificado polietápico. Se aplicó el examen mínimo del estado mental y la escala para la evaluación de la calidad de vida percibida. Se calcularon frecuencias absolutas y porcentajes, y se aplicó la prueba de homogeneidad y otras específicas como Bartholomew, Ridit Analysis y  $\chi^2$  para regresión. Los resultados fueron: Predominio de la calidad de vida percibida baja, que constituyó el 43.3 % de la muestra investigada. Hubo diferencias importantes en el comportamiento de la Calidad de vida por edad y escolaridad, con tendencia a empeorar en la medida en que se incrementa la edad y disminuye la escolaridad. No hubo diferencias por sexo ni por estado conyugal. Es decir el predominio de baja calidad de vida en la población

investigada evidencia la necesidad de continuar el estudio sobre este constructo, para lo cual resulta de interés su relación con la edad y la escolaridad.<sup>5</sup>

## **1.2. Marco conceptual**

Las palabras claves que orientan el presente trabajo de investigación, está dado por los conceptos: calidad de vida y adulto mayor. No ha sido fácil decidir qué autores respaldarán el constructo calidad de vida, es un término polisémico de difícil descripción, sin embargo, Chirinos, Fernández-Ballesteros y la OMS se acercan ampliamente a la definición que responde a nuestro interés, por ello, asumimos su propuesta como respaldo del concepto. Para la conceptualización sobre adulto mayor nos orientaremos con la definición presentada por la OMS.

*Calidad de vida* es un constructo que a lo largo de los últimos años se ha ido desarrollando ampliamente bajo diferentes enfoques y perspectivas. Sus inicios datan a la década del 70, surge como respuesta y reacción a los criterios economicistas de cantidad que regían en ese entonces, orientando la construcción de indicadores sociales que permitan medir la *calidad de vida* de las personas. En 1954, la ONU amplía esta conceptualización, construyendo un sistema de indicadores que miden el nivel de vida de la población a través de dimensiones como: salud, alimentación, condiciones de trabajo, vivienda, tiempo libre, seguridad, medio ambiente y educación. Se definía de esta manera el nivel de vida como el punto en el cual las necesidades globales de la población lograban su satisfacción.<sup>6</sup> En los años posteriores, los estudios de *calidad de vida* han ido incorporando componentes subjetivos, denominándole componentes psicosociales.<sup>7</sup> Ya, para la década del 90 la preocupación en torno a la conceptualización y evaluación del concepto tuvieron un mayor carácter metodológico.

Superando estas inquietudes teórica metodológica, en el siglo XXI encontramos a diversos autores que siguen estudiando y profundizando el término *Calidad de vida*. Así, Varela lo señala como un término extremadamente complejo y abstracto que si bien, es muy utilizado a nivel mundial, se considera como un concepto intensamente personal e inconstante. La mayoría de las personas se sienten capaces de hablar sobre su propia *calidad de vida* pero no pueden determinar lo que es la *calidad de vida* para otros. Probablemente esto se deba, a que el término se define en base a experiencias propias, creencias religiosas y culturales, así como en aspiraciones y metas personales orientadas a la búsqueda del bienestar, la satisfacción de necesidades y demandas personales; pero nuevamente caemos en la imprecisión que estos conceptos varían de persona a persona. Esta imprecisión que caracteriza al término ha llevado a los estudiosos de las distintas áreas intentar una definición que responda a esa complejidad.<sup>8</sup>

En este contexto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define calidad de vida como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural, el sistema de valores en el que vive y referenciando sus metas, expectativas, normas y preocupaciones personales. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el proceso psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes de su entorno.<sup>11</sup> Esta definición propuesta por la OMS nos da un panorama amplio del significado de la *calidad de vida*, y se complementa con el aporte de Chirinos y Fernández-Ballesteros, quienes enfocan el término bajo otra perspectiva.

El término *calidad de vida* incluye el grado de adecuación del individuo a su entorno, y principalmente al entorno físico (condiciones de vida) y a la opinión que este tiene respecto al mismo.<sup>9</sup>

La conceptualización de *calidad de vida*, desde una perspectiva semántica es profundizada por Fernández-Ballesteros quien señala fundamentalmente que el concepto de calidad de vida es esencialmente multidimensional y lo analiza en primer lugar como el término "calidad" que hace referencia a ciertos atributos o características de un objeto particular, mientras que la "*calidad de vida*" es más amplia y envuelve a los seres humanos, donde aparece el primer y fundamental problema de conceptualización. El término no tiene sentido si no está en relación con un sistema de valores<sup>10</sup>

Con frecuencia el concepto de calidad de vida se confunde con el término nivel de vida y se reduce a los indicadores, porcentajes y estadísticas de cómo vive la gente y la satisfacción de sus necesidades básicas midiéndose en términos físicos como: vivienda, servicios públicos, área construida, etc. Se observa a través de los estudios de pobreza con los conceptos de desnutrición, infra consumo, bajos niveles educativos, inserción inestable en la producción, condiciones sanitarias y habitacionales precarias<sup>11</sup>

En base a lo expuesto, proponemos para esta investigación que la *calidad de vida*, viene a ser la percepción del adulto mayor respecto a su satisfacción en la posición que ocupa en la vida familiar y social; su nivel de funcionamiento físico/psicológico que determina su estado de salud; así como, la satisfacción de haber cumplido sus metas y expectativas de vida.

Para entender mejor la conceptualización de *calidad de vida*, que será aplicado al presente trabajo, se hace necesario ampliar la definición de percepción señalada líneas arriba. En tal sentido, el Diccionario de la lengua española, refiere que percepción es la sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos. Consecuentemente entendemos por *percepción* de la calidad de vida en el adulto mayor, como

la evaluación subjetiva de su condición personal, comparada con algunos estándares externos de referencia o bien con sus propias expectativas.<sup>12</sup>

Esta evaluación subjetiva del adulto mayor está determinada por los estereotipos sociales que influyen en las diferentes etapas del curso de la vida. Debert y Featherstone, nos dicen que las características de cada etapa de la vida se han institucionalizado en todas las dimensiones del mundo familiar, del trabajo, del sistema productivo, en las instituciones educativas, en las políticas públicas, y en los grupos etáreos específicos. De acuerdo a esta afirmación, una serie de ideas se han ido construyendo en torno a las edades desde la niñez hasta la adultez: definiendo cuando iniciar y dejar la escuela; en qué edad iniciar y dejar el trabajo; cuando iniciar una familia; en qué edad jubilarse, etc. La delimitación en tiempos de cada uno de estos eventos es un hecho social institucionalizado, pero no, necesariamente define las etapas de vida y sus actividades de la persona.

Esta categoría de edades y roles determina qué esperar en cada una de ellas, y han ido particularizándose para cada sociedad de acuerdo al contexto social-cultural que lo envuelve y donde se desarrolla, otorgándole derechos y deberes diferenciados al interior de la sociedad, y definiendo relaciones entre generaciones y distribuyendo grados de poder y privilegios para cada grupo de edad.

En la sociedad peruana se ha seguido la tendencia de muchos países latinos, donde el poder y privilegio se centra en la gente de “edad productiva”, dejando de lado al adulto mayor que en apariencia “ya no contribuye a la familia y sociedad”. Esta realidad es claramente palpable en nuestra misma familia, donde muchas veces el adulto mayor ocupa un lugar en la mesa pero no tiene ni voz ni voto en decisiones relevantes para la familia. Más aún, se le niega el derecho de emitir una opinión, cuando al

contrario hasta los pequeños hijos menores de edad, alzan su voz para dejarse escuchar.

La *calidad de vida* del adulto mayor empieza a definirse en el seno familiar. Es la familia el primer nivel de relación de toda persona, por lo tanto, al hablar de *calidad de vida*, obliga traer a discusión a este grupo familiar<sup>9</sup>. Pero antes de hacerlo, tenemos que partir obligadamente de un nivel micro donde se inicia todo el proceso –la persona en la etapa adulta mayor-. La sociedad ha ido catalogando a este adulto mayor como el grupo de la tercera edad, los años dorados, edad avanzada, e incluso etapa final de la vida. Esta multiplicidad de definiciones sólo nos lleva a pensar, que es una forma de disfrazar innecesariamente la realidad que vive este grupo etéreo fuertemente influenciado por estereotipos y preconceptos sociales y culturales. La evolución del hombre es prioritariamente influida por la evolución sociocultural de las sociedades humanas.<sup>15</sup>

Estas influencias son fuertemente incorporadas incluso en el mismo adulto mayor, quienes creen que al llegar a esta etapa de vida, necesariamente tendrán que mostrar signos de deterioro, limitación y decadencia. Consecuentemente a partir de los 50 años de edad esperan que las enfermedades crónicas, degenerativas empiecen a manifestarse.

Si bien es cierto, a nivel individual –el adulto mayor- puede verse afectada su salud biológica, deteriorando su salud física. Tiene que entenderse que la enfermedad es una alteración del equilibrio físico, mental y social acaecido a cualquier edad de la persona, con mayor tendencia y factores de riesgo, pero no exclusivos del adulto mayor. En realidad la gran mayoría de los problemas que caracterizan a la salud de los mayores, son el producto de causas modificables y que son propias del estilo habitual de nuestra sociedad. Si se interviene sobre estas causas, tendríamos un

envejecimiento de mejor calidad y podríamos esperar una población que envejezca sanamente.<sup>14</sup>

Por lo tanto, el envejecimiento no debe ser asumido como un proceso de deterioro e incapacidad, creo importante enfatizar las palabras de San Martín al señalar que el proceso de envejecimiento no es una enfermedad, sino que está directamente ligado al ciclo vital de las personas; como cualquier otra etapa, si son bien llevados y controlados, no tienen que significar una derrota en la persona, sino una aceptación de la edad, con todos sus beneficios y limitaciones que ella trae. Al contrario servir de estímulo permanente para su autocuidado y así vivir con dignidad la etapa de mayor experiencia de su vida.<sup>15</sup>

También es evidente que algunos adultos mayores van tomando conciencia de la importancia de su cuidado y de las medidas de prevención y promoción, como parte de ese cuidado, son minuciosos en ver qué les favorece y qué no. La experiencia de la vida, sin duda los hace más fuertes empoderándose en tomar decisiones para alcanzar un adecuado bienestar tanto físico cuanto emocional, que les permita continuar su recorrido en los años que aún les quedan por vivir, pero que indudablemente tienen que ser guiados por profesionales de enfermería, especializados y capacitado en dicho grupo etéreo. Resulta tácito deducir que los seres humanos de grupos etéreos que anteceden al adulto mayor les hace falta tomar conciencia y estar motivados en una cultura de salud que permita generar una mejor *calidad de vida* para que los años venideros sean también de calidad.

El adulto mayor, es parte de una familia –núcleo de la sociedad-, cuya dinámica familiar juega un rol fundamental en la percepción de su calidad de vida. Es su grupo de referencia, de identidad, de soporte.

Bustamante define la familia con un enfoque sistémico, caracterizándola como un grupo de personas, definido por una relación de pareja lo suficientemente duradera como para asegurar la protección y crianza de los hijos.<sup>15</sup> Agregamos a esta definición asegurar protección y seguridad de cada uno de sus miembros. Sin embargo, no siempre la familia cubre estas necesidades, en el caso del adulto mayor las relaciones fundamentales que establece dentro de la familia son muchas veces insatisfechas o más conflictivas, bien sea con su pareja, con los hijos o con los nietos. Las familias con uno o más miembros adultos mayores tienen un ciclo vital familiar muy particular. El paso de los años cambia el papel del adulto mayor dentro de la familia, en muchos casos los roles de guía y orientadores pasan a ser protagonizados por los hijos y ellos – quienes años atrás fueron los protagonistas- pasan a ser “dependientes” de sus hijos. Una dependencia que ocasiona conflictos cuando no está bien resuelta. Sin duda, el tema económico y social también genera desestabilización, al ocasionar con su “enfermedad” o “achagues propio de la edad” mayor desembolso económico, o quizá la exigencia de quedarse al cuidado de la casa, o de algún miembro de menor edad cuando todos los demás tienen obligaciones externas que cumplir.

En las familias antiguas el papel del adulto mayor era muy importante: era respetado, sus consejos se valoraban y se seguían, y eran un elemento clave para el buen funcionamiento de la familia y la sociedad. Se pensaba, con lógica aplastante, que "el que más vive más sabe". Pero los tiempos cambian. De hecho, en la sociedad moderna, llena de adelantos tecnológicos, se valora más la productividad y la utilidad inmediata que la experiencia acumulada durante años. Se piensa muchas veces que el adulto mayor no ha sido capaz de entender estos nuevos avances tecnológicos y por eso se va relegando a un lado a las personas mayores y se piensa que existen muchas cosas que no pueden hacer.

No siempre la familia está preparada para asumir satisfactoriamente la presencia de un adulto mayor en casa, como se dijo líneas arriba, la forma como lo asuma, estará influenciada por los diversos estereotipos y preconcepciones que circulan en la sociedad referente al adulto mayor. Esa situación, sin duda será un determinante para una *calidad de vida* satisfactoria o no.<sup>15</sup>

Si damos una detenida mirada en nuestro entorno social inmediato, las características y estereotipos señalados líneas arriba, no son diferentes, a nivel social y laboral –sobre todo en los últimos 10 años- se ha ido desplazando al adulto mayor, incluso la edad de jubilación cada vez es más temprano. En esta línea de análisis López y Cianciarulo subrayan que la decadencia del estatus del adulto mayor se acelera con el advenimiento de la modernización: la imagen del jubilado o del asilado reflejan tanto la burocratización de la última etapa de la vida en la sociedad industrial (que se traduce en su clasificación formal como variable cronológica), como el proceso de exclusión social que ésta conlleva, con la consiguiente aparición del concepto de «retiro». La aparición, en los países occidentales, de nuevas agrupaciones sociales destinadas a cubrir este «estatus vacío de roles», colocando como una alternativa los hogares de jubilados, los asilos, las redes sociales de la tercera edad, entre otros.<sup>16</sup>

La idea de nuestra moderna sociedad respecto la vejez es negativa. En ocasiones parece que la persona mayor se convierte en un enemigo público. Sólo se piensa en lo negativo: dependen de sus familias, tienen menor poder adquisitivo, producen un mayor gasto sanitario y en pensiones. Es curioso que esa misma sociedad no piense que esas personas mayores han dedicado sus mejores años a criar a sus hijos, a trabajar para que el país tenga un mayor desarrollo, etc. y de hecho, es una visión falsa, ya que los mayores aportan aún mucho a la sociedad.

Los cambios sociales que sufren los adultos mayores de hoy se refieren a que la vejez por sí sola no confiere estatus social, las sociedades industrializadas hablan de rol sin rol, es decir, el adulto mayor ocupa una posición social pero sin obligaciones laborales que le representen un estatus económico y una vida digna, se le libera de un trabajo obligatorio pero pierde poder social, económico y laboral.

En esta etapa de la vida, el desempeño de roles establecidos como esposo, padre, trabajador se cambia por abuelo, viudo, jubilado, etc., y la familia como apoyo informal o las instituciones como apoyo formal, se convierten en el único sustento y satisfactor de las necesidades básicas, físicas, psíquicas y sociales del adulto mayor. Es probable que viva la etapa de su jubilación y retiro como una situación de pérdida y minusvalía, como una especie de marginación social. Es fácil que se sienta a sí mismo como alguien que ya no cuenta mucho para los demás porque percibe que los demás no cuentan con él y a nivel familiar, que es el lugar donde aún podría sentirse tomado en cuenta, la nueva realidad de la familia nuclear permite que el abuelo vaya poco a poco sintiendo o percibiendo que tampoco en ese ámbito su presencia sea tan necesaria. No es raro, por lo tanto, que algunos (quizá muchos) ancianos sufran la experiencia de vivir su autoestima en serio deterioro.

Esto hace que la vida del adulto mayor aparezca empobrecida, ardua y sin esperanza de cambio para mejor. Las pérdidas y las desesperanzas hacen que la vida parezca sin objetivos y se incrementa aún más sin los trabajos del pasado, se sienten como inservibles, o si él se siente como una carga para los demás. De tal modo podemos preguntar ¿Para qué es buena su vida? ¿Cómo puede estar a gusto si interfiere con la vida de otros, o incluso si se le considera como un estorbo?

Hay que tener en cuenta que vivimos en una sociedad que no está preparada aún para aceptar la vejez como una consecuencia natural de la vida misma. Entrar a una edad avanzada, lleva obligatoriamente el mensaje de “no apto para ciertas cosas”, incluida la de las oportunidades laborales, porque peyorativamente ya son “viejos”. La ignorancia colectiva hace pensar que una persona “entrada en años” representa una carga para la familia y la sociedad. Sin embargo, hoy existen esfuerzos para replantear el concepto de vejez y el aporte de los adultos mayores en el desarrollo de la sociedad. El envejecimiento exitoso es el producto final de una buena *calidad de vida*, en la que se ha satisfecho las necesidades fundamentales, se han alcanzado las expectativas bien elegidas, se han evitado abusos y riesgos y sobretodo, se ha fomentado la óptima funcionalidad.<sup>17</sup>

En este contexto, la satisfacción del adulto mayor referente a la calidad de su vida, es muy complejo, como hemos visto, intervienen en él variables personales, familiares y sociales muy diversas, que en definitiva, de acuerdo a cómo el propio adulto mayor lo perciba, determinará su satisfacción o insatisfacción de su calidad de vida.

Considerando la complejidad del constructo *calidad de vida*, aún queda mucho que profundizar en este marco conceptual, por ello, este capítulo es ampliado más adelante con el análisis y discusión en base a los resultados que se obtuvieron de la recolección de datos.

## **CAPÍTULO II**

### **DELINEANDO EL CAMINO METODOLÓGICO**

Considerando la complejidad de nuestro objeto de estudio, no fue tarea fácil definir el tipo de pesquisa que delineó la presente investigación. Este fue el motivo por el cual nos inclinamos por el enfoque cualitativo, que permitió explorar detalles subjetivos y personales del adulto mayor, así como, la calidad de sus relaciones, la dinámica de cómo ocurre éste proceso y el acceso a lo que piensan y sienten las personas adultas mayores en referencia a su calidad de vida.

La investigación cualitativa, según Polit, consiste en descripciones detalladas de situaciones, interacciones y comportamientos que son observables, incorporando las expresiones de los participantes: como sentimientos, pensamientos, reflexiones tal y como son sentidos y expresados por las personas y no como el investigador lo describe.<sup>18</sup> Es por

esta razón que se eligió ésta metodología la cual ayudará a enfatizar los aspectos dinámicos, y holísticos de la vivencia del adulto mayor y por ende comprender mejor su calidad de vida, de forma más amplia y profunda en el contexto donde se desarrolla.

Podemos agregar que los métodos cualitativos pueden usarse para explorar áreas sustantivas sobre los cuáles se conoce poco o mucho, pero se busca obtener un conocimiento nuevo. Pueden usarse para obtener detalles complejos de algunos fenómenos, tales como sentimientos, proceso de pensamiento y emociones, difíciles de extraer o de aprehender por métodos de investigación más convencionales. Se pone de relieve la complejidad inerte del ser humano y evidencian significados ignorados de la vida social.

### **2.1. Abordaje metodológico**

Para responder al objeto investigado se utilizó el estudio de caso como abordaje metodológico. Los estudios de caso han sido utilizados por investigadores en ciencias de la salud con individuos, familias y unidades organizacionales más grandes. Constituye una óptima herramienta metodológica empleada para describir exhaustivamente la ocurrencia de algo, dentro de un contexto definido por el investigador. Los estudios de caso son investigaciones a profundidad de una sola entidad o de una serie reducida de entidades; normalmente la entidad es un individuo, pero también puede tratarse de familias, grupos, instituciones y otras unidades sociales.<sup>18</sup>

El investigador que realiza un estudio de caso, intenta analizar y comprender los fenómenos más importantes para la historia, el desarrollo o la atención de un individuo o de sus problemas. Para la investigadora, un estudio de caso, es un método empleado para estudiar un individuo(os) o una institución en un entorno o situación única y de una forma lo más

intensa y detallada posible. Es una investigación que se le define como descriptiva, es decir, describe la situación prevaleciente en el momento de realizarse el estudio.

Coherente con nuestro objeto de investigación, el abordaje del caso permitió un análisis intensivo de la realidad del adulto mayor, considerando su dinámica personal, familiar y social. La forma cómo la persona piensa, se comporta o se desarrolla de una manera en particular, evaluando sus condiciones, avances, acciones o pensamientos. En ocasiones estos estudios sirven para examinar fenómenos que no se han estudiado, con el debido rigor. La información que proporcionan es en extremo útil para plantear hipótesis susceptibles de ser evaluadas, con mayor exactitud en investigaciones posteriores.

La principal ventaja de los estudios de caso es la profundidad a la que puede llegar cuando se investiga un número reducido de individuos, instituciones o grupos. Aunque en otro tipo de investigaciones, suele objetarse que los datos tienden a ser superficiales, los estudios de caso brindan al investigador la oportunidad de llegar a conocer íntimamente las condiciones, los sentimientos, los pensamientos, los actos pasados y presentes, las intenciones y el entorno de la persona.<sup>18</sup>

La investigación se desarrolló tomando como referencia los principios del estudio de caso citado por Menga Ludke y André:

a) Los estudios de caso se dirigen al descubrimiento, donde el investigador estará pendiente de nuevos elementos que surgirán y serán relevantes durante el proceso del estudio; siendo la base teórica conceptual un punto de partida, a través del cual estos elementos, puedan ser descubiertos en nuevos aspectos o dimensiones durante el proceso del estudio.

Lo primero que se hizo en esta investigación es recopilar información y buscar otras respecto al tema. El marco teórico inicial sirvió como referencia para el desarrollo de la investigación, delimitando con más exactitud el objeto de estudio. Conforme se avanzó en la investigación, se fue evaluando la necesidad de recurrir a nuevas fuentes bibliográficas de acuerdo a cómo surjan nuevos aspectos.

- b) Los estudios de caso enfatizan la interpretación del contexto, para lo cual fue necesario delimitar el contexto donde se sitúa al objeto – calidad de vida del adulto mayor-, de tal manera que podamos comprender claramente su manifestación general, situaciones desencadenantes o influyentes, percepciones, u otras acciones de las personas adultas mayores involucradas en la investigación. Para esta investigación, se tomó en cuenta el entorno personal, familiar, social y cultural del adulto mayor; su cultura, sus creencias, sus valores, sus ratos de ocio, entre otros elementos, de tal forma que permitieron comprender mejor cómo es su calidad de vida.
- c) Los estudios de caso buscan retratar la realidad en forma compleja, y profunda; aquí el investigador procura revelar, la multiplicidad de las dimensiones presentes, en una determinada situación, situándola como holística (un todo). No es fácil retratar la complejidad y profundidad de la calidad de vida, pudimos acercarnos a este principio considerando un buen marco conceptual y más adelante profundizando el análisis de los datos, tratando de retratar la realidad de la calidad de vida del adulto mayor, develando las complejas vivencias entre los sujetos de investigación y el objeto de estudio.
- d) Los estudios de caso usan una variedad de fuentes de información; aquí el investigador al desarrollar el estudio del caso, recurrió a una variedad de

datos, los cuales fueron recolectados y procesados en diferentes momentos. Para cumplir con este principio nuestra investigación hizo uso de la entrevista semi estructurada a profundidad, la observación libre y el cuestionario socio demográfico. <sup>19</sup> (ver anexos)

- f) Los estudios de caso procuran representar divergentes y conflictivos puntos de vista presentes en una situación social: Cuando el objeto o situación estudiados pueden suscitar opiniones diferentes, el investigador va a procurar traer para el estudio esas divergencias de opiniones, revelando incluso su propio punto de vista sobre la situación. Esta característica nos permitió conocer los diversos factores que influyen positiva o negativamente en la calidad de vida del adulto mayor, permitiéndoles manifestar sus diferentes opiniones al respecto

## **2.2. Sujetos de investigación**

El presente trabajo tuvo como sujetos de investigación a las personas adultas mayores que asisten con regularidad al Programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú, de la ciudad de Chiclayo. En este programa, se les brinda cuidado integral a los adultos mayores ya sean titulares de la Policía Nacional del Perú (policías retirados) y esposas.

Los criterios de inclusión fueron:

- Asistencia regular al programa
- Que los adultos mayores mantuvieran una capacidad mental y psicológica adecuada y capacidad para responder interrogantes y desear de forma voluntaria acceder a participar en el estudio de investigación.
- Oscilar entre las edades de 60 a 85 años, porque son edades de los adultos mayores que asisten al programa

Como todo estudio de caso lo exige, se aplicó un instrumento – cuestionario socio demográfico- para conocer mejor el perfil personal de

cada sujeto de nuestra investigación, buscando retratar la realidad de manera personalizada y posteriormente estos datos fueron tratados en conjunto para un análisis profundo y complejo.

### **CARACTERIZACIÓN DE SUJETOS.-**

<b>N.º</b>	<b>Seudónimo</b>	<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Procedencia</b>	<b>Policía en retiro</b>	<b>Esposa de policía</b>
1	ROSA	71	F	CASADA	CHICLAYO		X
2	MARGARITA	82	F	VIUDA	JAEN		X
3	DALIA	73	F	CASADA	SULLANA		X
4	GERANIO	63	M	CASADO	CUZCO	X	
5	MADRESEVA	66	F	CASADA	SAN MARTÍN		X
6	ORQUÍDEA	82	F	VIUDA	CELENDÍN		X
7	CAMPANA DE ORO	70	F	SEPARADA	AMAZONAS		X
8	GIRASOL	72	M	CASADO	SAN MARTÍN	X	
9	TULIPAN	71	M	CASADO	CHICLAYO	X	
10	CLAVEL	72	M	CASADO	CHICLAYO	X	
11	FLORIPONDIO	84	M	CASADO	CELENDÍN	X	
12	NIEVE	64	F	VIUDA	CHICLAYO		X
13	VICTORIA REGIA	75	F	SEPARADA	TARAPOTO		X
14	MALVA	67	F	VIUDA	AYABACA		X
15	CUNA DEL NIÑO	73	F	CASADA	MOYOBAMBA		X
16	SALVIA	75	F	SEPARADA	IQUITOS		X
17	VIOLETA	69	F	CASADA	CAJAMARCA		X
18	ALHELI	71	F	CASADA	LIMA		X
19	AZUCENA	63	F	CASADA	CAJAMARCA		X
20	CARTUCHO	73	M	DIVORCIADO	CHICLAYO	X	
21	GLADIOLO	72	M	VIUDO	CAJAMARCA	X	

Como se aprecia en el siguiente cuadro son 21 personas adultas mayores , identificadas con un seudónimo, quienes asisten regularmente al Programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú y

que accedieron voluntariamente absolver preguntas del cuestionario sociodemográfico de la presente investigación, obteniendo así características de su perfil. Los resultados obtenidos son: 07 policías retirados y/o jubilados, todos ellos de sexo masculino y 14 esposas. El estado civil que mantienen es 12 casados, 04 separados y/o divorciados y 05 viudos(as). La procedencia es de diversas las regiones de nuestro país, tanto de la Costa cuanto de la Sierra y de la Selva

### **2.3. Escenario**

El escenario corresponde al área del Programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú. Para lo cual creemos necesario, conocer brevemente el contexto de dicha institución.

El Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú-Chiclayo nace en junio de 1978, con los aportes de los fondos del bienestar social de las tres fuerzas policiales existentes en ese entonces (Guardia Civil, Guardia Republicana y Policía de Investigaciones del Perú), incluyendo a la Sanidad de las Fuerzas Policiales. Esta adquisición de lo que fuera la Clínica Particular "Daniel A. Carrión" de Chiclayo, se encontraba en subasta pública, y con el asesoramiento de la Sub-Dirección de planos y presupuestos del Ministerio del Interior y con la aprobación del señor Ministro, fue adquirida, considerando también la conveniencia de medidas de descentralización y contar con un Hospital Regional que preste atención a los titulares y familiares de éstos.

En este hospital viene funcionando hace 3 años el Programa del Adulto Mayor, pero lamentablemente no cuenta con profesional de enfermería estable, generalmente el programa está a cargo de un enfermero serumista, quien desarrolla su labor por tiempo estipulado en convenio con la Institución de estudios; el tiempo que labora es limitado, pues cumple horarios de mañana de 7.30 a.m. a 1.30 p.m., exclusivamente los días martes y jueves.

Los profesionales tienen competencias generales y desarrollan diversas actividades mensuales como: sesiones de educación continua, orientadas a diversas temáticas; coordinación con especialistas, para dictar seminarios que resalten el área funcional-social del adulto mayor, realizando talleres de manualidades; labores de relajación (danzoterapia, musicoterapia, ejercicios adecuados para la edad de éste grupo generacional; la finalidad de éste programa es mejorar los estilos de vida del adulto mayor, promocionando la salud y previniendo enfermedades crónicas degenerativas de mayor incidencia como es la hipertensión, diabetes mellitus, y enfermedades degenerativas como párkinson, Alzheimer y otras.

Es un programa ambicioso y de gran repercusión en la vida de los adultos mayores, sin embargo la inestabilidad de sus profesionales responsables, el poco tiempo que le dedican, y la falta de capacitación en enfermería, especializada en el área del adulto mayor, son un obstáculo para el logro de los objetivos.

#### **2.4. Instrumentos de recolección de datos**

Para desarrollar la recolección de los datos, la presente investigación se apoyará en Abric, que en referencia a la metodología manifiesta “La metodología de recolección de datos aparece como un punto clave que determina prioritariamente el valor de los estudios. Cualquiera que sea el interés y la potencia de un método de análisis, es bien evidente que el tipo de información recolectadas, su cualidad y su pertinencia, determinan directamente la validez de los resultados obtenidos y de los análisis realizados”. De allí que la primera cuestión que se coloca al investigador es respecto, a los instrumentos que él va a escoger y utilizar para aprender a su objeto.<sup>20</sup>

Partiendo del alineamiento metodológico del estudio de caso, se reflexionó detenidamente sobre las técnicas que adoptaría para la recolección de los datos que estuviesen en consonancia con los objetivos del presente estudio. En ese sentido Goldenberg refiere “Que cada investigador debe establecer los procedimientos de recolección de datos que sean más adecuados para su objeto en particular y el proceso de investigación que cualifica las técnicas y los procedimientos necesarios para dar respuestas a lo que se quiere alcanzar”.<sup>21</sup>

En la presente investigación se utilizó para la recolección de datos, la entrevista semiestructurada a profundidad y complementando la información se aplicó a los adultos mayores un cuestionario socio-demográfico, el mismo que suministró información respecto el perfil de las personas entrevistadas.

La entrevista a profundidad constituye una técnica de reiterados encuentros cara a cara con la investigadora/or y las/os informantes. Dichos encuentros están dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los y las informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como se expresan con sus propias palabras. Con esta técnica, la propia investigadora o investigador es el instrumento de la investigación y no el protocolo o guión de la entrevista. El rol implica no sólo obtener respuestas, sino también aprender qué preguntas hacer y cómo hacerlas.<sup>22</sup>

Bajo esta conceptualización de la entrevista, la autora inició los encuentros con los sujetos de estudio –adultos mayores. Cabe registrar, que al inicio las(os) entrevistados (as) mostraron resistencia a las mismas, por ello en los casos especiales, se programaron reuniones en más de una oportunidad. En los casos que el sujeto entrevistado prefirió abstenerse de participar, se respetó ese derecho. Las entrevistas efectivas, se desarrollaron en un clima de flexibilidad y con mucha perspicacia por parte de la

investigadora, para evaluar críticamente la información que recibía, e indagar en busca de mayor claridad y exhaustividad en las respuestas.

## **2.5. Procedimiento.-**

Previamente a la ejecución de la investigación se realizó la validación del instrumento, ejecutando entrevistas piloto para corroborar si el instrumento permitía cumplir con los objetivos propuestos. En base a los resultados se procedió a mejorar básicamente la redacción de algunas preguntas y lo demás fue entendido sin ningún problema.

Para la realización de la presente investigación, se solicitó autorización a la dirección del HRPNP, para la realización de la entrevista a los adultos mayores asistentes al consultorio del Programa del adulto mayor. Previamente se realizó la observación de dicho grupo etéreo. Para el registro de las entrevistas se utilizó una reproductora MP3 y una libreta de apuntes donde se anotaron las reacciones de los investigados, así como las características y/o circunstancias del contexto.

El método de esta investigación fue planeado e implementado en dos etapas:

### **A.- Primera Etapa**

Consistió en las siguientes actividades:

- Revisión del objeto y objetivos de estudio para garantizar la calidad del proceso de producción de datos
- Preparación previa de los instrumentos seleccionados: cuestionario, y guía de preguntas para la entrevista
- Realización de la prueba piloto con la finalidad de verificar la aplicabilidad de la guía de preguntas. En este caso se validaron las

preguntas con tres entrevistas y de acuerdo a los resultados se reevaluó el instrumento de recolección de datos.

## **B.- Segunda Etapa**

Esta etapa corresponde a tres momentos diferentes:

- Coordinación con los adultos mayores para la realización de las entrevistas respectivas. Este proceso se llevó a cabo en un ambiente aislado de las reuniones que se realizaban, ya sea en el auditorium del Hospital o en el local de Retirados de la Policía. El promedio de tiempo para dicha entrevista fue de 40 minutos.
- En el segundo momento, y contando con el total de entrevistas de la muestra, se procedió al tratamiento de los datos según el “Método de Asociación de Contenidos”<sup>25</sup>.
- En el tercer momento se realizó la verificación de los datos recolectados de los informantes. Esta verificación se realizó con la finalidad de aumentar la confiabilidad de los resultados de este estudio.

### **2.6. Análisis de Datos.-**

Aplicado los instrumentos, se procedió a realizar el análisis cualitativo de los datos, una actividad ardua e intensa que requirió de la perspicacia e inventiva del investigador. Para el análisis de datos, se utilizó el método de Asociación de Contenidos según Porto Setenta et al, creado para el tratamiento y análisis de datos textuales de investigaciones en enfermería<sup>25</sup>. Este método es un refinamiento metodológico viable y ejecutable para investigaciones cualitativas, ya que aumenta la confianza en los resultados y resalta la evidencia, consistencia y confiabilidad de los resultados, contribuyendo así para el proceso de desarrollo de la Enfermería, en la dirección de su estatuto como ciencia.

Este tipo de análisis fue elegido considerando el tipo de población y la naturaleza de nuestro objeto de estudio. De este modo nos permitió caracterizar y describir aspectos que no son disponibles con otros métodos de investigación.

Para la explicación del tratamiento y análisis de datos, se procedió a presentar las cinco etapas.

1. ***Lectura y recorte del texto*** (identificación de fragmentos en el mensaje): en esta etapa la unidad del cuerpo de datos corresponde a la entrevista y las unidades de contexto son fragmentos resultantes de recortes en la base textual. Se realizó una lectura cuidadosa de la base textual tratando de identificar el inicio y el fin de cada recorte/ fragmento.

2. ***Identificación de los elementos presentes en la base textual y su codificación en temas***: Para proceder a la búsqueda de los elementos existentes en cada texto, sus fragmentos fueron leídos atentamente para identificar los temas en ellos expresados a través de palabras claves o expresiones significativas. Los temas fueron identificados durante la lectura de los fragmentos y registrados en un orden numérico arábico creciente, para su codificación, y composición de una lista de temas significativos (Anexos: N.º 4 - 5 )

3. ***Montaje del Mapa de las asociaciones de contenido***: Esta tercera etapa se constituye por el montaje del mapa, que es esencial para la identificación de las asociaciones de contenido entre los fragmentos de la entrevista. Su característica principal es ser un cuadro de doble entrada compuesto por una columna ubicada a la izquierda y numerada con algoritmos romanos crecientes, relativos a los fragmentos, y una lista horizontal superior y numerada con algoritmos arábigos crecientes, que se refiere a los elementos encontrados en los fragmentos de las entrevistas.

Los elementos encontrados en los fragmentos fueron señalados en el mapa con la señal "+". Así también, se determinó la frecuencia simple de cada uno de los elementos y a partir de ellos se destacó las asociaciones de contenido entre dos o más elementos, presentes en dos o más fragmentos de la entrevista (Anexos N.º6 y 7).

#### **4. *Determinación de las categorías empíricas:***

Finalmente y después de este largo tratamiento de los datos, se procedió a determinar las categorías empíricas, considerando los siguientes criterios aplicados a la lista temática: (a) frecuencia de los elementos en las asociaciones (criterio eliminatorio): es necesario que el número de asociaciones sea significativo para que este criterio pueda tener una naturaleza determinante. (b) suma de las frecuencias simples de los elementos encontrados en todos los mapas identificadores de asociaciones de contenido; considerando los elementos que presentó la mayor frecuencia, se puede establecer lo que es significativo.

La composición de las categorías empíricas a partir de los elementos encontrados en el cuerpo del texto se construyeron y presentaron de manera cualitativa, finalmente fueron analizados e interpretados a la luz del marco conceptual.<sup>23</sup>

### **2.7. Principios de Cientificidad**

La calidad de la investigación en las ciencias de la salud es un aspecto fundamental que los investigadores permanentemente deben garantizar y que los profesionales de salud necesitan evaluar antes de utilizar los resultados de los estudios. La calidad de un estudio está determinada, en buena parte, por el rigor metodológico con la que se realizó, por tanto, en el presente trabajo de investigación se tuvo en cuenta los siguientes criterios propuestos por Lincoln y Guba, los cuales permitirán evaluar el rigor y la

calidad científica de nuestro estudio; estos son: la credibilidad y la transferibilidad o aplicabilidad.<sup>21</sup>

*La credibilidad:* Se logra cuando los hallazgos del estudio son reconocidos como «reales» o «verdaderos» por las personas que participaron en el estudio y por aquellas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado, esta se da a través de observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes en el estudio, recolectando información que producirá hallazgos que son reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten.

En la presente investigación se aplicó este criterio a través de la verificación de los participantes, y consistió en retornar en una segunda oportunidad a algunos de los integrantes de la muestra, para que ellos den su conformidad sobre la transcripción e interpretación de sus declaraciones. Por tanto; estaremos dando acceso a que el informante pueda corregir los errores de nuestra interpretación.

*La transferibilidad:* Que consiste en la posibilidad de transferir los resultados a otros contextos o grupos; se le conoce también como “generalización naturalística.” Guba y Lincoln indican que se trata de examinar qué tanto se ajustan los resultados con otro contexto. En la investigación cualitativa, la audiencia o el lector del informe son los que determinan si pueden transferir los hallazgos a un contexto diferente del estudio. Para ello se necesita que se describa densamente el lugar y las características de las personas donde el fenómeno fue estudiado.<sup>24</sup>

## **2.8. Criterios éticos de investigación**

Al realizar esta investigación se aplicó los principios de la ética personalista de Sgreccia,<sup>25</sup> los cuales se apoyan en la antropología y en la

teoría del acto moral, intentando mantener un equilibrio entre la virtud y el deber, lo que permite centrarse en la persona humana. Estos principios son guías generales de la acción. Su especificación en el acto requiere la aplicación de la virtud de la prudencia, la cual presupone el recto conocimiento práctico y la recta intención. Su juego es insustituible, y apoya eso que en todas nuestras profesiones llamamos vulgarmente experiencia. Desde esta perspectiva, la función de la bioética en su sentido más estricto no es tanto construir códigos de conducta sino formar profesionales conscientes capaces de encarar el conjunto de decisiones que deben tomar.<sup>25</sup> El primer principio en que apoyaremos la investigación será:

*El valor fundamental de la vida:* La vida física se expresa en la corporeidad. La corporeidad forma parte integrante de la persona, es la encarnación, la epifanía, el elemento consustancial de la persona en su totalidad. La supresión de la vida física representa la ofensa más grave a la persona, a su mismo ser. Y esto vale desde el primer instante de constituirse de su corporeidad, desde el momento de la fecundación, en que se constituye el individuo en su unidad orgánica y única.

En esta investigación se aplicó este principio desde el simple hecho de no dar a conocer sus nombres, identificándolos con seudónimos, es decir respetando y considerando, en forma absoluta, a cada persona en estudio como una unidad íntegra y única, que influirán en la investigadora a tener actitudes y comportamientos que respeten su vida y su dignidad.

*El principio terapéutico de la totalidad:* El que justifica y fundamenta toda intervención médico-sanitaria a partir del cuidado de la salud como prevención o rehabilitación, hasta los cuidados paliativos. El principio de la globalidad se basa sobre el hecho que la vida física en la persona humana constituye un organismo unitario en el que las distintas partes (funciones, órganos, tejidos y células) no tienen significado, si no se las considera en la

unidad del todo y por su conexión con la totalidad unificada desde el único principio unificador del que ya hemos hablado. Este principio requiere para su aplicación correcta condiciones bien precisas, que se refieren al tipo de intervención, al resultado, a la proporcionalidad del riesgo y al consenso. Por algunos se ha extendido más allá de la estructura orgánica para incluir en él, el bienestar psicosomático de la persona. Por este motivo este principio se aplicó considerando en todo momento de la investigación a la persona, teniendo en cuenta sus expresiones, fascies, miedos, molestias, dudas, que se produzcan a lo largo de toda la investigación.

*El principio de libertad y responsabilidad:* Considerado como el *principio de autonomía*. El concepto de libertad, de hecho, no se puede entender sin el contenido del acto, y por esto, tampoco sin la responsabilidad, especialmente en el campo bioético en el que se actúa sobre seres vivos, sobre las condiciones de vida, sobre el hombre mismo y sobre las generaciones futuras. Aplicado este principio a la investigación, se tuvo en cuenta el consentimiento informado como parte de su responsabilidad en la investigación, considerado como un encuentro humano en el que la sinceridad, la lealtad y el respeto de la libertad son absolutamente necesarias, respetando así su decisión de querer responder o no a alguna pregunta, debido a que ella es libre de hacerlo o no, además se le explicó sobre el tratamiento de la información haciéndole saber que existe absoluta reserva y confidencialidad.

*El principio de sociabilidad, socialización y subsidiaridad:* La medicina y la ciencia, como la tecnología, conllevan un significado social múltiple. La organización de los servicios y el uso de recursos económicos en el ámbito sanitario revelan una dimensión social e implican la relación del investigador y del médico con la sociedad. Además, la persona por naturaleza, necesita la sociedad y está llamada a realizarse en sociedad. Todo profesional, preparado y aprobado por la sociedad, deberá saber

ejercitar su profesión en servicio de la persona y, en nombre de la sociedad, está llamado a promover el bien de la sociedad a través de la realización del bien de las personas concretas. La sociedad, a su vez, deberá proveer y emplear los recursos para el bien social primario, que es la defensa y promoción de la vida y de la salud de los ciudadanos.<sup>25</sup> En la presente investigación se tuvo en cuenta la efectividad que tiene la investigación para la sociedad, las contribuciones que puedan salir de ella para el mejoramiento de los programas de salud del adulto mayor, así como, el aporte de la investigación a su salud y el impacto social que se obtuvo como consecuencia del desarrollo de la investigación.

Como vemos, cada uno de estos principios en su momento aplicativo se concreta en las llamadas normas particulares de comportamiento que reflejan los principios más generales del respeto a la persona.



## **CAPÍTULO III**

### **PROFUNDIZANDO EN LA REFLEXIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR**

Después de transitar las diferentes etapas que exige el método científico, llegamos al capítulo más importante, donde se pretende recrear el conocimiento existente relacionado a nuestro objeto de investigación y generar uno nuevo a través del análisis y discusión de los nuevos hallazgos rescatados, en base a la transcripción de las entrevistas realizada a los sujetos de estudio.

Dichos testimonios recibieron un riguroso tratamiento orientado por el Método de Asociación de Contenidos y como resultado se obtuvieron dos grandes categorías relacionadas entre sí. La primera categoría denominada: “La Familia, como dimensión determinante de la calidad de vida del adulto mayor”, y la segunda: “El estilo de vida del adulto mayor & funcionalidad”. Ambas categorías serán analizadas a la luz de los autores presentados en el marco conceptual.

Existen evidencias de diversas disciplinas de las ciencias naturales, sociales, de la salud y del comportamiento humano que han contribuido al estudio de la calidad de vida y al estudio de la vida adulta y el envejecimiento. Ambos objetos del conocimiento han sido estudiados con enfoque multidisciplinar puesto que el ser humano es una realidad compleja y pandimensional. Ese es el contexto donde se inserta el presente estudio, lo que pretendemos en esta investigación es contribuir al desarrollo del constructo *calidad de vida* y desde el enfoque de la enfermería como disciplina científica que se ocupa del cuidado a la persona. Para ello, profundizaremos cada una de las categorías, pretendiendo dar respuesta a nuestro objeto de investigación y objetivos planteados en este trabajo.

**1ra. Categoría: LA FAMILIA, COMO UNA DIMENSIÓN DETERMINANTE EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR.**

Nº ELEMENTO	ELEMENTO SIGNIFICATIVOS	FRECUENCIA SIMPLE	FRECUENCIA ASOCIADA
1	Satisfacción/insatisfacción de vida	195	68
3	Estabilidad emocional	67	18
5	Relaciones interfamiliares	114	44
<b>TOTAL</b>		<b>376</b>	<b>130</b>

Esta primera categoría surge de la similitud semántica y sintáctica de tres elementos significativos para los adultos mayores entrevistados. Como se puede observar en el cuadro superior, la frecuencia simple total corresponde a 376 veces que los entrevistados hablaron sobre los elementos significativos y 130 veces hicieron referencia a dichos elementos asociándolos con otros elementos. De acuerdo a estos datos significativos, podemos deducir que ésta primera categoría por su alta frecuencia numérica tanto simple cuanto asociada, corresponde a la más importante para los sujetos entrevistados.

Los tres elementos que componen esta categoría definen que la *calidad de vida* para los adultos mayores entrevistados está fuertemente determinada por la dimensión Familiar. Según el resultado de las entrevistas la dinámica familiar y sus relaciones interfamiliares generan procesos de comunicación efectiva o inefectiva, satisfactoria o no; determina un estado emocional de equilibrio o desequilibrio en el adulto mayor. Como consecuencia ellos asumen una percepción satisfactoria o insatisfactoria de su vida. Es decir, para este grupo de adultos mayores la *calidad de vida* está determinada principalmente en la forma cómo la familia los acoge y valora en su dinámica interna.

La *calidad de vida* de una persona podría ser concebida como la relación global que él establece entre los estímulos positivos (favorables, agradables, etc.) y los estímulos negativos (adversos, desagradables, etc.) en el curso de su vida social, en sus interrelaciones con las otras personas de la colectividad y con el ambiente total en el que vive. De tal modo, que lo que llamamos calidad de vida no sólo es lo objetivo y concreto que nos rodea, sino también la reacción subjetiva que ella produce y el valor que le concedemos.<sup>11</sup>

Botero resalta que *calidad de vida* es un concepto extenso y complejo, que engloba aspectos inherentes a la salud física, el proceso psicológico, el nivel de independencia de la persona, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación de las características sobresalientes del entorno.<sup>7</sup>

Con esas definiciones y considerando que los adultos mayores en el Perú se encuentran fuera del proceso laboral, las relaciones sociales y el entorno inmediato, se orientan de manera general a su propia familia o a las personas muy significativas para él –amigos muy cercanos. Siendo así, es

casi esperado el resultado que se ha obtenido, es decir que el adulto mayor otorgue un amplio valor a la familia como determinante de su propia calidad de vida.

Para realizar este análisis hemos creído conveniente separar los resultados en dos subcategorías, el primero analiza la satisfacción y sentido de estabilidad del adulto mayor, por sentirse realizado con la armonía y desarrollo positivo de los miembros de su familia. En la segunda, contrariamente, siente insatisfacción e inestabilidad en su vida por la desunión o desequilibrio que vive su familia.

***SubCategoría: La Satisfacción de Vida del Adulto Mayor como determinante de su Calidad de Vida.***

Toda persona está sometida a un proceso constante de crecimiento y desarrollo. Los cambios evolutivos, físicos, emocionales, psicológicos, sociales y otros tienen lugar en la persona, conforme éstos pasan en las diferentes etapas de su vida, van ubicándole en una determinada etapa de acuerdo a las definiciones teóricas que los autores le han otorgado. Así, tenemos los términos edad de oro, edad productiva, tercera edad, adulto tardío, adulto mayor u otros términos que ubican a la persona que cronológicamente ha cumplido –en promedio- más de 65 años.

Esta investigación se respalda en la conceptualización de adulto mayor propuesto por Papalia y la OMS que la refiere como la edad que se inicia a los 60 años.<sup>26</sup> Varios autores formulan la hipótesis que en ésta etapa de la existencia del hombre, la calidad de vida disminuye como consecuencia de la aparición o prevalencia de patologías orgánicas, inadecuada adaptación a su nuevo entorno y estilo de vida y por la dinámica familiar que se establezca con el adulto mayor. Estos aspectos que

determinan una satisfacción o insatisfacción en el adulto, están estrechamente relacionados con su calidad de Vida.<sup>27, 28</sup>

De acuerdo a las entrevistas realizadas a los adultos mayores pertenecientes al Programa del Adulto Mayor del Hospital de la Policía Nacional- Chiclayo, un importante número aceptan que su vida es buena cuando su familia muestra preocupación por él y la dinámica de relación entre sus miembros es positiva. A seguir presentaremos algunos testimonios que enfatizan lo dicho:

*Mi familia está pendiente de mi persona, cómo he amanecido, cómo he pasado el día, dónde me fui, con quién estuve?, que salga, que me divierta, que no me quede en la casa. (margarita)*

*Mi familia me valora bastante. Ahora que he sido operada, que he estado muy delicada, he visto que me han apoyado totalmente, han dejado sus trabajos, han dejado sus familias, por apoyarme... (Copa de oro)*

*Hay tres hijos que todos los días me llaman, sea al mediodía o por la noche me están llamando para saber cómo estoy... dos hijas viven aquí en Chiclayo, y todos los días en la tarde así sea 10 minutos, van a visitarme a ver como estoy. (Rosa)*

*Me consienten, me miman todos los familiares, mis hijos, mis hijas, los que están lejos todas las semanas me llaman, los que están cerca todos los días vienen a verme (margarita)*

Como podemos observar en estos testimonios, el adulto mayor se siente valorado, apoyado, respaldado, querido y mimado por su familia, y ese hecho les brinda seguridad y satisfacción con su vida. Fernández-Ballesteros confirma a la familia como la principal fuente de prestación de apoyo entre las personas de edad. Ésta autora y otros estudiosos coinciden en señalar que son los hijos los principales proveedores y receptores del apoyo emocional (confianza, compañía, orientación, etc.) e instrumental (ayuda financiera, ayuda para las labores de la casa) recibido y proporcionado por las personas de edad.<sup>29</sup>

Es muy frecuente encontrar en nuestra realidad, a los hijos como proveedores del apoyo social que cubren total o parcialmente los gastos que generan el cuidado, la salud o recreación de sus padres. La entrevistada Margarita hace notar en su testimonio estos aspectos:

*Mis hijos me dan todo lo que necesito....Han dejado digamos mi vida a libre albedrío, jamás me impiden nada, al contrario dicen: la vieja que se dé su gusto. A veces yo quiero ayudarles en algunas cositas, pero dicen viejita para que haces eso?... tu diviértete... gózate tu plata, paséate ... (margarita).*

Testimonios como los de Margarita resaltan el aspecto subjetivo de valoración, de libertad, de gratitud familiar, ocasionándole una percepción positiva de su vida. Gonzales señala que este constructo hace referencia a un proceso dinámico donde se incluyen los aspectos tanto objetivos cuanto subjetivos del bienestar o de la satisfacción personal con la vida familiar. Desde la dimensión subjetiva lo fundamental es la propia percepción, lo que la persona valora de su vida en relación con sus diferentes dominios y dimensiones, así como de la vida en general evaluada globalmente<sup>28</sup>

Desde esta perspectiva subjetiva, el bienestar en el adulto mayor se ha definido como la satisfacción por su vida y la felicidad que ha ido construyendo a lo largo de su vida, éste enfoque nos justifica las declaraciones que hemos presentado líneas arriba y ratifica a la familia como una de las dimensiones importantes en la vida de la persona y de acuerdo a la dinámica que se establezca entre sus miembros determina su bienestar y por ende su calidad de vida.

Las personas en cualquier etapa de su desarrollo no constituyen entes aislados, su inserción en las estructuras sociales –sobre todo en las etapas iniciales y finales del ciclo vital- tiene su inicio en la familia. Muchas alteraciones y patologías de las personas están ligadas a la disfunción de su estructura familiar. Por el contrario, una familia funcional que sabe afrontar

exitosamente sus crisis evolutivas o normativas, genera en sus miembros una sensación de identidad familiar, seguridad y autoestima, que permite a cada uno de sus integrantes enfrentar de manera favorable sus problemas particulares.

Al hablar de familia, ingresamos a un concepto que ha recibido diversas definiciones por diversos autores. Así Florenzano y Zegers han descrito a la familia como un conjunto de subsistemas en interacción recíproca. Friedemann, señala que la familia es como un sistema de miembros, los cuales han decidido residir juntos interrelacionarse afectivamente, con el objetivo primario de apoyarse unos con otros.<sup>30</sup> En el Perú, Bustamante define la familia con un enfoque sistémico, caracterizándola como un grupo de personas definidos por una relación de pareja lo suficientemente duradera como para asegurar la protección y la crianza de los hijos.<sup>15</sup>

Las tres definiciones coinciden en señalar a la familia con un enfoque de sistema e interacción que existe entre sus miembros. En ese proceso interactivo tenemos una dinámica interesante, pues la pareja que inicialmente dio origen a una estructura familiar por su ciclo evolutivo, ahora sus hijos adultos pasan a ser apoyo y ser responsables de sus padres ancianos. En muchos casos este hecho puede ser de difícil reconocimiento tanto por los hijos cuanto por los padres.

Cuando el reconocimiento es positivo, la familia pasa a convertirse en el sistema de apoyo social por excelencia. Su cercanía y afinidad biosicológica con el adulto mayor lo hace esencialmente apto para protegerlo en situaciones nuevas y en procesos adaptativos como la vejez. Al contrario, la disfunción familiar hace a sus miembros mucho más vulnerables al enfrentar crisis tales como enfermedades, conflictos

interpersonales o de otra índole, que les genera una insatisfacción con su propia vida como consecuencia de los conflictos con los demás.

Bocaz refiere que para tener una mejor *calidad de vida*, la persona debe esforzarse por lograr habilidades como: ser capaz de ocuparse de roles que son importantes para él, percibirse así mismo como una persona de valor, lograr un sentido de independencia, sentimientos de satisfacción con sí mismo, con sus logros, con sus relaciones interpersonales y tener un sentido de bienestar a pesar de las limitaciones impuestas por su propia edad.<sup>31</sup>

Ese sentido de bienestar es percibido por un significativo número de nuestros entrevistados, quienes afirman que el tener la atención y afecto de su familia les genera un impacto positivo en la calidad de su vida.

Como hemos venido mencionando, la calidad de vida es un constructo difícil de definir y medir debido a que la cultura, la raza, religión y valores personales de las personas determinan en gran parte el cómo la vida es juzgada por cada una. Las personas tienen diferentes valores y distintos aspectos de la vida no tienen igual impacto en la calidad de ésta para todas las personas.<sup>31</sup>

Esa diferencia cultural y de valores personales se hace evidente en las siguientes declaraciones de los adultos mayores, haciéndonos notar que para ellos lograr una vida satisfactoria guarda estrecha relación con la manera cómo su familia se ha realizado o la manera cómo sus hijos han conseguido metas personales y profesionales, como consecuencia de los cuidados que ellos como padres le han brindado. Veamos:

*Lo primero son los hijos, porque uno ya no piensa en uno cuando se casa, piensa en los hijos que tiene, porque uno ya les puede dar algo que va a ser para ellos. Cuando vienen los hijos tienen que nuevamente hacer igual que nosotros hicimos, profesionales. Gracias a Dios mi nieta trabaja (Madreselva)*

*Yo me siento realizado tengo mi hogar, soy casado, tengo 15 hijos. De los 15 tengo 12 profesionales, los otros no fueron profesionales porque se casaron muy jóvenes, y ya después la responsabilidad fue con su familia... Siento que he cumplido con mi familia, uno como padre está siempre pendiente de sus hijos, aunque sea mayor. Tengo ya dos hijos jubilados. Siempre uno se preocupa en llamarlos por teléfono, averiguar cómo están mis hijos y nietos, si están estudiando, si son profesionales (ramillete de novia).*

Este grupo de testimonios son sólo algunos de los muchos que se han reportado, y creemos que tiene un especial significado en razón que evidencia un hecho diferenciador entre la cultura latina y europea o americana. En ésta última el adulto mayor generalmente prefiere mantenerse alejado de sus hijos y otros parientes y centra su vida y la calidad de ésta en referencia a sí mismo asumiendo nuevas actividades que le brinden satisfacción o simplemente se dedica a viajar, o establecer nuevas redes sociales que le permiten auto realizarse. Sin embargo, la cultura latina es diferente muchos adultos mayores se “olvidan de sí mismos” y centran su vida en la familia. Su referente principal para sentirse satisfechos es el logro que han conseguido sus hijos o sus nietos.

La realización del adulto mayor peruano no se centra en la satisfacción personal, sino en su familia, es preponderante sentirse bien, sentirse feliz si a los hijos les va bien, vivir “por” y “para” los hijos, todo esto es consecuencia de nuestra cultura e idiosincrasia, como un legado dejado a través de generaciones, razón por lo que se explica que el adulto mayor vive fuertemente vinculado a su familia.

Una de las principales tareas afectivas en la edad adulta mayor es revisar los logros de su vida. Cuando el adulto se siente positivo sobre la mayor parte de los sucesos vitales, se logra una sensación de satisfacción e integridad del ego que les lleva a sentir que su vida valió la pena vivirla.

Los testimonios presentados líneas arriba son buenos referentes de lo que se vive en la cultura peruana, donde es frecuente escuchar que la vida

vale la pena ser vivida, cuando la vivimos en referencia a los demás. Puntualmente, en el caso de los padres, su vida vale la pena cuando ha estado direccionada a la crianza y formación de sus hijos. Cuando su familia se ha mantenido unida y fortalecida con el crecimiento de sus miembros e incluso al llegar a la vida adulta, los padres en edad mayor siguen preocupándose por el bienestar de su familia, el esposo, sus hijos y los nietos. En ese contexto el adulto mayor se siente satisfecho de su vida y de su familia.

La familia funciona como un sistema formado por un conjunto de unidades interrelacionadas con unas características que son: la globalidad, la homeostasis, que es un sistema abierto (y en continuo cambio), con una estructura y dinámica propia, con unas reglas y roles establecidos, formados por unos subsistemas, con sus fronteras o límites y con una adaptabilidad y comunicación propia, en donde cada uno de sus integrantes interactúan como un micro grupo con un entorno familiar, donde existen factores biológicos, psicológicos y sociales de alta relevancia en el desarrollo del estado de salud o de enfermedad.<sup>32</sup>

Alberdi refiere que la calidad de vida relacionada con la familia está íntimamente relacionada con la satisfacción de las necesidades de cada uno de sus integrantes y con la calidad de vida de la población en la cual se desenvuelve de manera inmediata. La OMS agrega en referencia a la *calidad de vida*, que es la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural, el contexto familiar y el sistema de valores donde vive y referencia sus metas, expectativas, normas y preocupaciones personales.<sup>33</sup>

Ambos autores señalan que la satisfacción de los miembros de una familia denota una forma particular del dinamismo y funcionalidad familiar que desencadena en identidad e integración. Estas características se logran

cuando se cultiva la comunicación y relaciones interpersonales positivas, como lo evidencian los siguientes testimonios:

*Siempre comparto mis vivencias con mis hijas, con mis nietos, los oriento. Les digo lo que es bueno, lo que es malo y mucha cosas más(Madre selva).*

*Mis hermanas y mis sobrinas formamos un grupo de las tías y las sobrinas ...muy bonito, mensualmente nos reunimos, hacemos nuestro chistes, cantamos y los recuerdos que vienen... mis hijos todos son muy buenos, no son grandes profesionales pero son luchadores por la vida, todos me quieren mucho (Margarita).*

Ambos testimonios resaltan la coherencia como una dimensión del funcionamiento familiar e incluso hacen referencia a las relaciones armónicas entre los miembros familiares que proveen de un sentido de unidad y pertenencia familiar a través de la internalización de respeto, amor e interés de unos por otros; incluye valores y creencias, elementos que les permiten vínculos emocionales necesarios para la sobrevivencia del sistema.

Las interrelaciones que se desarrollan entre los integrantes de la familia, tiene una intensidad y cercanía social tan igual como otros grupos primarios. Sin embargo, la familia posee características propias: es un grupo heterogéneo por definición, las relaciones intra- familiares son más intensas que en cualquier otro grupo. Del mismo modo las obligaciones y responsabilidades de la persona hacia la familia son de una estabilidad y permanencia única y se fundamenta en una larga historia colectiva y común. Además las características estructurales de la familia se modifican más lentamente y fijan los límites del núcleo familiar, a su vez, el conjunto de relaciones interpersonales son las que acusan el impacto frente a una crisis, pero también las que buscan un nuevo equilibrio.<sup>15</sup>

Una satisfactoria interrelación guarda ventaja para lograr un equilibrio familiar en el adulto mayor y considerarse con mayor satisfacción de su vida. Pues la buena comunicación e interacción personal

es un ingrediente incuestionable de la calidad de vida –finalmente es una de las necesidades básicas humanas-. Ello hace referencia a un dato objetivo, a saber, el número de relaciones sociales que la persona establece en una unidad de tiempo; pero también, no es menos importante la condición subjetiva que entraña la satisfacción que el sujeto siente en sus relaciones sociales.<sup>27</sup>

Los autores que traemos a discusión coinciden en considerar las relaciones interfamiliares como sistemas de apoyo que fortalecen la sensación de satisfacción de la calidad de vida en la persona. Sin embargo, estos componentes tienen un peso diferenciado, de acuerdo a cada persona, en un momento determinado o en una situación determinada. Por la complejidad del constructo calidad de vida, no podemos generalizar a todas las personas. Éste generalmente es definido por el propio sujeto.

Estos resultados coinciden con lo reportando en un estudio realizado en Chile con el adulto mayor, donde la percepción del funcionamiento familiar es en un 84,3% calificado como satisfactorio, es decir percibe como altamente positivo el funcionamiento de su familia.<sup>30</sup> El hecho que los adultos mayores califiquen con este alto porcentaje, y lo asocien como un determinante para su buena calidad de vida, debe hacer reflexionar a los profesionales de salud, para considerar en nuestro cuidado a la familia como principal apoyo social e incorporarles a las políticas de salud.

No todas las personas viven la vejez de la misma manera, pues su funcionamiento durante esta etapa se encuentra relacionado con las acciones y omisiones que cada persona realizó durante el transcurso de su vida; es decir, “la vejez se construye desde la juventud”. Así a pesar que la vejez es normal, natural e inevitable, puede tener distintos resultados, generalmente reflejo de los cuidados o descuidados tenidos a lo largo de la vida.<sup>7,28</sup>

En ese mismo contexto, la satisfacción que el adulto mayor siente al decidir que “su tiempo libre” será utilizado de manera más productiva y dirigida a tareas externas al hogar, le produce una sensación de “libre albedrío” “de vida” de “felicidad”, al menos así lo refieren los siguientes testimonios:

*Mis hijos me han dejado digamos mi vida a libre albedrío, jamás me impiden nada. Dicen la vieja, que se dé su gusto, a veces yo quiero ayudarles en algunas cositas, pero dicen vieja para que haces?.. Gózate tu plata, pásate (Margarita ).*

*Yo tengo 84 años y sigo trabajando, cuando tengo trabajo yo me levanto a las 4 de la mañana, 5 de la mañana a hacer limpieza a mi taller, arreglar las cosas, ver mis materiales, a las 7 ya estoy trabajando, 7 en la noche si se puede hasta las 10 hasta las 11 de la noche, y no me duele la cabeza no me duele la espalda no siento cansancio nada, el trabajo me da vida (ramillete de novia).*

*Me siento feliz trabajando, mire cuando yo me voy a mi taller, ni siquiera me acuerdo de almorzar, estoy cantando, silbando, tarareando mis canciones de mi tierra, con mi televisor al frente, mi radio al frente, con mi toca disco, ahí estoy dale y dale y dale, bien entretenido, estoy feliz, trabajando. Trabajando, y además cae la platita, a veces vienen los nietos y les doy propina. (Ramillete de novia)*

Los cambios sociales que sufren los adultos mayores de hoy se refieren a que la vejez por sí sola no confiere estatus social, las sociedades industrializadas hablan de rol sin rol, es decir, el adulto mayor ocupa una posición social pero sin obligaciones laborales que le representen un estatus económico y una vida digna, se le libera de un trabajo obligatorio pero pierde poder social, económico y laboral.<sup>17</sup> En esta etapa de la vida, el desempeño de roles establecidos como marido, padre, trabajador se cambia por abuelo, viudo, jubilado, etc., y la familia como apoyo informal o las instituciones como apoyo formal, se convierten en el único sustento y satisfactor de las necesidades básicas, físicas, psíquicas y sociales del adulto mayor.

Esta definición de rol y la sensación de sentirse útiles a la sociedad, es lo que buscan las personas entrevistadas líneas arriba. Y circunstancialmente las tres personas corresponden al sexo femenino.

Suee hace referencia que la mayoría de adultos mayores de sexo femenino que no han trabajado fuera del hogar, mantienen niveles de actividad y conducta que son similares a la conducta de la vida previa. Y en el caso de los varones e incluso mujeres que han laborado toda su vida, necesitan encontrar otras actividades significativas después de la jubilación. A menudo sienten la necesidad de redefinir sus roles y las responsabilidades que asumirán de ahora en adelante.<sup>35</sup>

La adaptación satisfactoria a esta etapa de edad se asocia al mantenimiento de tantas actividades como sea posible y a encontrar una nueva actividad social o de ocio que llene las expectativas de vida. En el Perú, no es notorio que los adultos mayores inicien en esta etapa de su vida nuevas empresas creativas, o desarrollen nuevos talentos artísticos y participen en actividades especiales de corte social. Son pocos los adultos que orientan su vejez a este tipo de actividades generalmente lo hacen quienes pertenecen a instituciones como EsSalud que a través de sus Centros del Adulto Mayor ayuda a reorientar la vida de las personas con un enfoque más social y de establecimiento de redes sociales.

Del total de 21 personas entrevistadas en este estudio sólo tres personas han hecho referencia que les atrae generarse sus propios espacios de ocupación, ese es un porcentaje referencial de lo que sucede de manera general en este grupo de edad.

Los resultados analizados hasta aquí nos permite evidenciar con claridad que la familia en su rol protector, de valoración, integridad y buenas relaciones inter personales, se convierte en una de las dimensiones

determinantes para un nivel satisfactorio de la *calidad de vida* del adulto mayor del Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú. Estos resultados son concordantes con los de otros investigadores que resaltan a la familia como el soporte social más importante del adulto mayor, dejando de tener tanta importancia las demás redes de apoyo social e incluso resaltan que no puede explicarse sus funciones y evolución del adulto, si no es, dentro del proceso familiar, que en gran medida marcan su evolución hasta el final de sus días, y por ende su calidad de vida.<sup>35, 36</sup>

Sin embargo, la realidad también se matiza con otras formas de percibirla y en ella lamentablemente el adulto mayor no encuentra elementos razonables que le permitan asumir su vida como satisfactoria. La sub categoría siguiente analiza ese hecho.

***Subcategoría: La Insatisfacción de Vida del adulto mayor como determinante de su Calidad de Vida.***

Párrafos arriba hemos manifestado que la *calidad de vida* es un constructo multidimensional difícil de definir debido a su complejidad, variedad de formas y su dinamismo en la forma de medirla. Sin embargo, la definición que nos hace referencia Bocaz, es importante resaltarlo porque explica de alguna forma los testimonios que han dado origen esta sub categoría. Ella señala que la calidad de vida es el sentido de bienestar de una persona, que se origina de la satisfacción o insatisfacción con las áreas de la vida importantes para las personas. La satisfacción es usada para definir el constructo porque sugiere una evaluación basada en la comparación de lo deseado y la condición real de la vida; esta definición es intencionalmente subjetiva en su naturaleza y enfocada a la experiencia más que a la condición de la vida.

Haciendo eco de esta definición, presentamos en seguida algunos testimonios que hacen referencia a su experiencia real actual y les produce una marcada insatisfacción en su vida. Veamos a seguir:

*Bueno, no me siento muy satisfecha con mi vida, porque a veces hay problemas con los hijos, no me siento feliz... casi nunca, porque uno no sabe cómo están los hijos, que pasará con ellos, estarán preocupados?, cómo lo estarán pasando? (Salvia)*

*En mi familia, siempre hay problemas, más que todo, mi esposo no me da problemas. Pero los problemas que hay son con los yernos. Yo capto todo, me da mucha pena hay veces por no poder ayudarles, por motivos de que no puedo intervenir en su hogar, no puedo, porque a veces me piden, de lejos lo veo y tengo mucha pena, eso me hace sufrir (Copa de oro).*

*Siempre los problemas con los hijos es lo que a uno no le dejan estar tranquila.... Eso nos causa mucha preocupación, insatisfacción. Soy una persona que ahorita me preocupo y rápido estoy tranquila. Trato de buscar la solución,..... Digo qué saco preocupándome?...pero igual mi vida no es feliz, aunque no quiera me siento insatisfecha, triste (salvia).*

Se registran en esta parte del trabajo, alguno de los testimonios, sin embargo, han sido numerosas las declaraciones que consideran que su vida está marcada por la insatisfacción al sentir que su familia no supera los problemas que presentan. De manera general las dificultades no se presentan entre la pareja de esposos que dieron origen a la familia; la insatisfacción se establece por inadecuada comunicación con los hijos, pero sobretodo porque estos hijos no han logrado desarrollarse como personas, como profesionales, incluso no lograron establecer o formar una familia estable y feliz.

La desintegración o disfuncionalidad familiar tiene muchas causas, una de ellas lo constituye la incomunicación. La comunicación es requisito indispensable para compartir sentimientos, anhelos, deseos, bienes materiales, basados en una verdadera comunidad de intereses. Ello es

posible, cuando existe de por medio, una verdadera comunicación entre sus miembros, un cabal conocimiento de lo que piensa y siente cada uno. La comunicación es un poderoso medio de unificación de esfuerzos a fin de lograr el engrandecimiento y bienestar de la familia.<sup>26</sup>

Sin embargo, la funcionalidad o disfuncionalidad familiar no siempre es responsabilidad total de los padres de origen, los hijos crecen, forman sus familias, pero permanecen en la misma vivienda que los padres. Al convertirse en una familia extendida, e incrementarse el número de sus miembros, los problemas también se incrementan. Y como dice Burke la satisfacción humana depende del propio sujeto, cuando se trata de gobernar su vida, pero al involucrar a otras personas – la satisfacción depende de la estructura de la situación y sólo son satisfechas por factores que se dan en la propia estructura social- familiar, independientemente de las personas concretas.

En ese contexto, ubicamos algunos casos de la realidad de nuestro país donde el adulto mayor queda relegado a un nivel poco relevante de la familia e incluso dejando de ser considerado como “parte de la familia”. La entrevistada Dalia, hace una reflexión interesante respecto este tema:

*En varias de mis amistades veo que cuando uno es viejito... “ya fuimos” la misma familia lo tiene con ellos, pero en el último rincón de la casa, o lo rotan donde un hijo y otro tiempo en el otro hijo,.... o sea que lo tienen como un paquete. A veces está en nosotros que no permitamos que nos traten mal. Pero no siempre está en nuestras manos tomar esa decisión (Dalia).*

Este hecho, pese haber sido testimoniado sólo por una persona, cobra importancia en el contexto actual, pues con mucha frecuencia se observa en las familias peruanas. En los estudios realizados por Buil, concluye que el adulto mayor no se traslada al domicilio de un hijo sino a todos los domicilios de forma rotatoria, convirtiéndose en el abuelo “maleta” o abuelo “golondrina”. Cada familia puede tomar esta iniciativa

por distintos motivos, siendo en ocasiones inevitable. Esto puede dificultar la adaptación y estilo de vida, tanto del anciano como de sus familiares ocasionando un estrés continuo, por el continuo cambio, que en ocasiones puede agravar un problema de salud físico o psicológico ya existente. El adulto mayor tiene que adaptarse a una nueva casa, a un nuevo barrio, a un nuevo centro de salud y en ocasiones a una nueva ciudad, que le va a impedir o dificultar el crear una red social más amplia que la de la familia.<sup>33</sup>

En un estudio mexicano realizado con el adulto mayor referente a su percepción de la calidad de vida, encontraron que 20% de ellos reportaron sentirse totalmente insatisfechos con la relación con sus hijos y el 56 % de los adultos viven con varios de sus hijos de manera rotativa, es decir, pasan temporadas como “adultos golondrinos”.<sup>11</sup>

De todos los entrevistados, solo una persona hizo referencia que su insatisfacción se debe a la mala comunicación con su pareja –la esposa– este hecho quizá es más frecuente de lo que se piensa, pero veamos en primer lugar, lo que dice el testimonio:

*Mi esposa se ha sentido incomoda porque le he dicho que me está desobedeciendo. Tanto tiempo que hemos vivido juntos y recién ahora nos damos cuenta de nuestras diferencias,..... Quizá porque tenemos más tiempo para compartir juntos... y nos damos cuenta que somos diferentes. A veces en muchas ocasiones, también hay otras cosas, uno y otros factores que nos causa sufrimiento (girasol).*

Las exigencias laborales demandan un estilo de vida que obliga estar largo tiempo en el trabajo y muy corto en el hogar. Siendo así, los tiempos que se pasa con la familia y pareja son asumidos positivamente, pues sus encuentros son cortos y hasta superficiales. Pero al ingresar a un proceso de jubilación, y contar con “toda la vida por delante” esa relación efímera se convierte en convivencia permanente, duradera, es recién allí, que las personas empiezan a descubrirse tal cuál son en su diario vivir. Los espacios antes claramente delimitados para el varón -su trabajo- y la mujer –su casa-,

ahora, esos límites se rompen y el varón pasa a ser parte del espacio que eternamente le correspondía a la mujer.

Los problemas y dificultades intrafamiliares son parte de un proceso normal de desarrollo familiar, toda vez, que la familia está en un estado de equilibrio dinámico y es retada por un factor estresante. Según las expectativas previas, el nivel de funcionalidad del momento y según el tipo de estrés, la familia puede percibir el evento como amenazante o no. Si el asunto aparece como amenazante, la familia acude a sus recursos internos y, después de un periodo transitorio de desequilibrio, si la habilidad para manejar la situación y los recursos son adecuados, puede regresar al estado previo o a un nivel más elevado del equilibrio. Sin embargo, cuando los factores estresantes son mayores que las capacidades de manejo de la familia, se llega a una crisis, que es un estado de desequilibrio mayor. En ese momento la familia y sus integrantes pueden tomar conductas diferentes. Transitoriamente utilizan mecanismos de defensa y estrategias de encarar el problema que le permita posponer la amenaza y ganar tiempo.<sup>37</sup>

Como hemos podido evidenciar en esta primera categoría, la familia es sin duda, un importante determinante en la calidad de vida de los adultos mayores. De acuerdo a la satisfacción o insatisfacción, su repercusión será de manera positiva o negativa. Frente a ello, corresponde a los diversos profesionales responsables del cuidado del adulto mayor, trabajar proyectos que permitan su, promoción, fomento e integración del adulto y la familia.

## **2da. CATEGORÍA: EL ESTILO DE VIDA Y FUNCIONALIDAD DEL ADULTO MAYOR**

Al hablar de funcionalidad en el adulto mayor, entramos en una estrecha relación de pensar que mientras más joven mayor funcionalidad y

viceversa. En torno al tema, es pertinente preguntarnos ¿qué es edad? Cuando se habla de ella, todo el mundo tiene su propia visión del término “viejo”, “anciano”, “adulto mayor”; incluso la multitud de diferencias que hay entre los adultos mayores dificulta, y al mismo tiempo, hace poco aconsejable atribuir de forma generalizada determinados rasgos a todos los adultos que están en la etapa de la vejez.<sup>31,14</sup>

Muchos ven a los adultos mayores como seres delicados o débiles, con capacidad limitada para realizar contribuciones que la sociedad vería como beneficiosas. Por desgracia la percepción habitual del envejecimiento y de los adultos mayores a menudo es muy diferente de la realidad.

Las impresiones e interpretaciones sobre los adultos mayores pueden presentar grandes variaciones, en función de las propias creencias, conocimientos, experiencia, orientación y edad. No debemos perder de vista que cada persona envejece según sus talentos, capacidades y estado de salud individual. Justamente el cuadro que presentamos a seguir corresponde a la interpretación que los adultos mayores asumen sobre su estilo de vida y su familia, veamos:

Nº	ELEMENTO SIGNIFICATIVOS	FRECUENCIA SIMPLE	FRECUENCIA ASOCIADA
2	Estilo de vida	95	29
6	Vida Social	62	20
11	Integridad/Salud Física/ funcionalidad	51	13
7	Realización de la persona/ familia	89	35
<b>TOTAL</b>		<b>297</b>	<b>97</b>

La similitud semántica y sintáctica de los cuatro elementos: estilo de vida (2), vida social (6) e integridad/salud física/funcionalidad (11) y realización de la persona/familia, han sido significativos para los adultos

mayores entrevistados, evidenciándose que estos elementos se han presentado de manera simple 297 veces, y de forma asociada a otros elementos, en una frecuencia de 97 veces.

Para los adultos mayores entrevistados llegar a esta etapa de la vida le significa cambiar su estilo de vida a un ritmo diferente de lo que estaba acostumbrado. Su vida activa hasta hace poco por el ritmo laboral y/o por sus responsabilidades frente al hogar, pasan a ser ahora más calmadas, porque su salud no siempre le permite tener la agilidad o fuerza de antes, ahora siente que “el peso de los años” le “cobra factura”. Sin embargo, este grupo de adultos mayores entrevistados comprenden que esos cambios son parte de un proceso y pese a todo, tratan de hacer una vida normal –en lo que cabe- y gozan de una vida social a través de redes con sus pares y familiares. De esta etapa ellos asumen el lado positivo y buscan su realización, como la de su familia.

Sin saberlo, estos adultos mayores tratan de vivir no en término del déficit que les puede ocasionar su enfermedad, sino rescatan el lado positivo de su vida y viven en razón de su funcionalidad residual. En esa misma línea, el Ministerio de Salud del Perú refiere que la salud de las personas que envejecen no se mide en términos de déficit, sino de mantenimiento de la capacidad funcional. Sin duda esta forma de conceptualizar el cuidado permite orientar formas de cuidado preventivo en el adulto mayor centrándonos en sus estilos de vida saludable.

Hablar de estilo de vida es hablar de un componente de la calidad de vida, y en ese sentido se define como estilos de vida saludable. Que según la especialista e investigadora en envejecimiento y vejez, Luz Maya, corresponde a los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la

vida.<sup>32</sup> La misma autora agrega aún, que los estilos de vida son determinados de la presencia de factores de riesgo y/o factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de naturaleza social.

De manera rápida y concreta, estilo de vida se define también como una forma de vida o la manera como la gente conduce sus actividades del día a día.

El estilo de vida es la expresión de lo social a través de la actividad individual de la personalidad. Todas las personas realizan actividades del modo de vida, pero la personalidad de cada individuo le otorga sentido a determinadas actividades o aspectos de ellas, las jerarquiza y al ejecutarlas le incorpora características personales, resultando un conjunto de actividades condicionadas por la personalidad, por lo que, constituye un estilo de vida personal.<sup>38</sup>

La *calidad de vida* humana puede ser examinada en tres niveles diferentes: a nivel macro (población), nivel meso o conceptual (residencias, hogares) o nivel micro (individuos o personas). Es en este último nivel donde la enfermera puede trabajar de manera más directa. En gran parte, el estilo de vida de cada persona está determinada por el patrón de conducta de su vida diaria, condicionada por múltiples factores que inducen a comportarse de cierta manera y tiene gran influencia en su salud.<sup>11.39</sup> Así lo demuestran en sus comentarios:

*Me cuido en las comidas, en la sal y cuando yo me siento un poquito rara porque eso mismo se nota, lo que hago es lavarme la cara, verme en el espejo cómo estoy?, cambiarme mi ropa y salgo a la calle, camino y voy por la Iglesia, me voy por el Modelo , me meto por las tiendas y llego a la casa como nueva. Salir a la calle, tomar aire nuevo me hace bien (Rosa).*

*Ahora tengo que cuidarme, nada de licores conmigo, nada, mientras no me den en alta de oncología no puedo tomar ni vino, nada. Yo estoy mejorando, con mis resultados estaré bien tengo 0.03 de PSA, hasta 0.04 dicen que está bien, de ahí para arriba mal. Estoy mejorando, no puedes tomar nada de licor, absolutamente nada, por eso han salido bien mis exámenes(Geranio).*

*Yo sufro de artrosis severa desde hace 23 años, pero trato de hacer mis cosas solo, yo solito me atiendo.... A veces me dicen te ayudo, no les digo, déjenme. El día que no están ustedes, quien me va a ayudar?. Yo estoy acostumbrado a esto... me baño, me cambio... lo que no puedo es amarrarme los zapatos, doblar las medias, allí sufro bastante...pero me las arreglo solito y finalmente lo logro. Es que no espero que alguien venga en mi ayuda...solo salgo adelante y sigo con mi vida (Floripondio).*

Estos tres testimonios representan a las demás manifestaciones de los adultos mayores donde ponen en evidencia que pese a tener alguna dificultad de salud, se sienten optimistas y tratan de tener un estilo de vida común al de otra persona.

De acuerdo a los actuales lineamientos para la atención integral de salud de las personas adultas mayores, la necesidad de salud de este grupo poblacional son diferentes al de otras etapas de vida, por ser un grupo poblacional complejo donde confluyen por un lado aspectos intrínsecos del envejecimiento, alta prevalencia de enfermedades crónicas-degenerativas, mayor frecuencia de alteraciones en la funcionalidad o dependencia física, que lo sitúa en una posición de vulnerabilidad; y con aspectos extrínsecos como falta de recursos económicos, débil soporte familiar y social, que lo colocan en situación de desprotección que usualmente generan daños mal diagnosticados o que pasan inadvertidos, contribuyendo al deterioro de la salud de estas personas.<sup>5</sup>

No necesariamente llegar a los 60 años supone una entrada automática en la fragilidad inactiva. De hecho el comienzo del envejecimiento es un proceso progresivo y sutil, de intensidad y velocidad diferente en cada persona. El envejecimiento no es un cambio brusco, ni

tampoco un retroceso seguro y estable desde un estado de buena salud a otro de mala salud, sino se trata de un estado evolutivo de la vida, con retos y oportunidades que pueden variar en su contenido, pero que son similares en principio a los de otras etapas evolutivas.

Lo importante es generar buenos estilos de vida en este grupo poblacional, promoviendo medidas de cuidados preventivos, y evitando de esta manera centrar una atención en los servicios de salud, que dicho sea de paso, en el Perú aún son insuficientes, pues sólo el 20 % de la población del país tiene posibilidad de tener acceso a los servicios de EsSalud, el 12 % a los servicios privados y el 3% de este grupo poblacional son atendidos por la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales. El 65% depende de los servicios públicos que oferta el MINSA y dentro de este sector, se estima, que el 25 % de adultos mayores no tienen posibilidad de acceder a ningún tipo de atención de salud.

Creemos importante ratificar en este momento que hablar de cuando se es “viejo” es algo relativo. Según los científicos sociales describen a la edad avanzada de dos maneras: los viejos jóvenes son aquellos que, independientemente de su edad real, son vitales, vigorosos y activos.<sup>26</sup> En este grupo encontramos algunos de los testimonios:

*A mí me gustan mucho las labores manuales, me gusta el dibujo, me gusta cantar, bailar; cuando estoy solita por ejemplo como quien voy haciendo algo, me pongo a bailar. Yo me siento joven....porque la juventud la llevo en el espíritu (Margarita).*

*(...) yo soy de hacer mis ejercicios todos los días, siempre desde que he sido militar me ha gustado la física. Ahora lo sigo y salgo a correr todas las mañanas.... Respiro profundo, muevo mis piernas, mis brazos...eso me da vitalidad. Yo no me quedo en casa sentado mirando TV, no, no. El ejercicio me da vitalidad (Girasol).*

*Hago actividad física en el Estadio, eso ayuda mucho al adulto mayor, para que camine, para que haga deporte. Yo estaba en un estado que no podía subir a las combis, no sé porque ¿qué tenía?.*

*pero ahora con los ejercicios, hasta el estrés lo he dejado atrás y sigo adelante.... Siempre con optimismo (Madreselva).*

*(...) Todos los días me levanto a las 5 de la mañana si es posible antes, hago mis ejercicios, me meto a la ducha, a las 6 de la mañana estoy limpiando mi taller estoy haciendo limpieza en la casa, me voy al mercado, voy a comprar para la quincena.... Siempre estoy en actividad, y me siento bien, muy bien (Ramillete de novia).*

Sin duda, estos adultos mayores muestran su amplia vitalidad a través de la creatividad o su capacidad física. Sin embargo, en la edad avanzada encontramos también la segunda manera en que se describen los viejos- viejos, que constituyen los adultos enfermos y frágiles. En muchos casos encontramos en este grupo a ancianos no necesariamente por su edad o al envejecimiento por sí mismo, sino por enfermedades, problemas de índole familiar/personal o factores del estilo de vida que pueden o no acompañar al proceso de envejecimiento.

De las entrevistas realizadas pocos son los testimonios que se ubican en esta clasificación, a seguir presentamos la entrevista de Dalia:

*(...) me diagnosticaron un tipo de alergia que me impedía salir, me sentía mal, impotente de no poder moverme de mi casa porque eso me hacía daño.... Esas cositas me iban mermando, me sentía deprimido.....opté entonces por aislarme, no salir, no asistir a mis grupos de amigos hasta sanarme (Dalia).*

La razón de ubicar pocos testimonios en este grupo se debe quizá, al hecho que los adultos mayores policías (retirados) y esposas que asisten al Programa del Adulto Mayor son personas que siempre se han mantenido en actividad, su estilo de vida ha estado marcado por rutinas que eran cumplidas con exigencia militar. Ellos manifiestan que a través de los años han obtenido experiencias que no solo les han originado pérdidas y deterioros sino también han generado nuevos aprendizajes positivos en su vida; con lo que demuestran estar motivados a través de disciplina y

organización para ejercer estilos de vida saludables y en interacción con el entorno les permita prolongar sus años de vida logrando ser personas desenvueltas, funcionales en beneficio de su salud, obteniendo satisfacción propia, de su familia y por ende de la sociedad.

En cuanto al estado funcional, la OMS lo define como la capacidad de una persona para realizar las actividades necesarias para lograr el bienestar. A menudo se conceptualiza como la investigación de tres campos de la funcionalidad: Biológico, psicológico y social.

Es así que la calidad de vida de las personas mayores está estrechamente relacionada con la capacidad funcional y el conjunto de condiciones que le permiten mantener su participación en su propio autocuidado y en la vida familiar y social.<sup>36</sup> Resulta necesario recordar que el adulto mayor, es un ser social ante todo, que necesita de los demás para sobrevivir, crecer, desarrollarse, alcanzar una adecuada autoestima e interdependencia, y desempeñar diferentes roles dentro de una sociedad globalizada, cada vez más compleja y cambiante.

Las relaciones sociales que pueda establecer el adulto mayor, es sin duda un factor distintivo para favorecer su buena calidad de vida, los lazos amicales que establezca los lleva a fortalecer su autoestima, identidad y pertenencia a un grupo<sup>11</sup>, veamos:

*Gracias a Dios encontré este Programa del Adulto Mayor y a mí me ha ayudado muchísimo, me ayudado a compartir con muchas personas que nunca yo les había conocido y a mí me ayudado mucho, me siento feliz, muy contenta en este grupo (Margarita).*

*Todos los que estamos en este programa del adulto mayor, somos felices.... viniendo aquí nos ayuda a compartir....a darnos vida, así como yo, mis compañeros se sienten igual (Geranio).*

*En el Programa del Adulto Mayor estoy muy contenta, me han dado un lugar donde me siento importante....antes no he tenido esa vida, por estar encerrada con los hijos, no he gozado de nada. Acá*

*en el Adulto Mayor tenemos esa libertad, opinamos, lo que antes no he hecho. En este grupo mi vida ha cambiado (Copa de oro).*

La oportunidad que tiene el policía retirado y familiares de pertenecer al Programa del Adulto Mayor, les significa un recurso, un soporte de apoyo, al que por voluntad propia se han incorporado, reuniéndose y demostrando su sociabilidad, las ganas que tienen de querer “sentirse bien”, a través de sus conversaciones, de su interrelación, de estar acompañado, intercambiando ideas, programando actividades diversas (paseos, pasacalles, reuniones y otras).

Los programas del adulto mayor representan una forma de apoyo social y constituyen un valioso recurso para completar, o a veces substituir las necesidades de conocimiento-afecto y compañía que no encuentran en sus hogares.

En las diversas investigaciones realizadas por Fernández-Ballesteros en España señala que en una gran proporción la persona adulta mayor vive vinculada fuertemente con su familia y las personas relacionadas a su red social: amigos de su generación y otras amistades que se genera en el contacto social de instituciones de apoyo al adulto. Agrega la autora que éste acontecimiento importante se convierte en un factor protector de vinculación social que se recomienda debe ser protegido y –de ser posible- extendido a otras realidades europeas y latinoamericanas.<sup>40</sup>

Las personas adultas mayores tienen mayor posibilidad –respecto a otros grupos de edad- de perder relaciones sociales de apoyo debido tanto a sucesos que frecuentemente ocurren a estas edades (jubilación, viudez, enclaustramiento en el hogar, etc.) como a características personales como estado de salud o bajo nivel de recursos económicos. Todo ello, supondría que, potencialmente las personas mayores contarían con menos recursos para afrontar un período de vida en el que hay que resolver nuevas

situaciones. Sin embargo, para las personas adultas que aportaron a un sistema de salud y específicamente los policías a un fondo de Salud Policial (FOSPOLI) les brinda la ventaja de integrarse después de su retiro a este programa, que les permite mejorar y mantener las condiciones de salud, a través de la previsión de una atención integral de calidad, adecuada a sus necesidades de salud y expectativas de atención.

En países desarrollados han sido ampliamente demostrados que los programas sociales, tipo adulto mayor son un importante determinante para la satisfacción con la vida en personas mayores, porque permiten una mayor actividad social del adulto y hace referencia a la frecuencia de sus nuevos contactos sociales, la proximidad física y densidad de las relaciones mantenidas por el adulto con sus nuevos amigos<sup>29</sup>. Potencialmente este grupo de adultos mayores tienen mayor ventaja en relación a los adultos que no asisten a estos programas, para afrontar con mayor eficacia un periodo de vida que le surgen nuevas crisis situaciones y evolutivas como consecuencia de nuevas demandas.

El adulto mayor en otros países vive más protegido, no solamente por las leyes gubernamentales, sino existe una cultura de protección al adulto mayor que empieza desde los primeros años de vida. Es así que en los países europeos y americanos el adulto mayor se caracteriza por ser más independiente, piensa en su *calidad de vida*, en vivir una mejor etapa de vida y puede desarrollar otras facultades artísticas culturales, sociales, de ocio y otras actividades de recreación a diferencia del adulto mayor de nuestro medio.

Hay que tener en cuenta que la participación social es definitivamente un factor protector de la salud emocional ya que le genera distracción, momentos de disipación de las preocupaciones propias del adulto mayor; también participan en seminarios de desarrollo personal,

terapias psicológicas y ejercicios físicos tolerados en su edad, participan en distintas actividades, utilizan los servicios y facilidades que les ofrecen diversas organizaciones y la sociedad y en general, enriquecen sus propias vidas y de las personas próximas a ellos; eso también nos hace ver el grado de funcionalidad física y vitalidad que están presentes en unos adultos mayores más que en otros lo que corrobora el nivel de salud y autonomía en el entorno que posee o desea lograr, aspectos importantes para la *calidad de vida* social de las personas adultas mayores.

Existe abundante evidencia científica de que la actividad física puede producir enormes beneficios para la salud de las personas adultas mayores y en sentido inverso que una vida sedentaria es uno de los riesgos de salud modificables más altos para muchas condiciones crónicas que afectan a las personas adultas mayores, tales como la hipertensión, las enfermedades del corazón, el accidente cerebro vascular, la diabetes, el cáncer y la artritis. Aumentar la actividad física después de los 60 años tiene un impacto positivo notable sobre estas condiciones y sobre el bienestar general.<sup>41.28</sup>

Sin duda a medida que se envejece aumenta la probabilidad de importantes pérdidas funcionales, pero queda la posibilidad de poder lograr una vejez exitosa, saludable o en plenitud y se presenta cuando las personas se mantienen física y mentalmente activas, además de contar con hábitos alimentarios adecuados, ejercicios, vida activa, trabajo productivo.

En años pasados el servicio policial ha permitido vivir en actividad constante, desplazándose permanentemente, con una función física continua que aún en la adultez mayor la demuestra. Pero aun así, como se fundamenta anteriormente el deterioro físico se da en todos los seres humanos, y es así, que las enfermedades que más se evidencian son enfermedades crónicas como: Hipertensión arterial, Diabetes mellitus, artritis y otras.

La población en estudio: policías retirados y esposas- con estudios secundarios, en su mayoría- perciben un sueldo mensual que les asigna el Estado, condición económica que le permite en cierta forma satisfacer sus necesidades básicas. Años pasados, gran porcentaje de policías retirados eran asignados a trabajar en sitios alejados, no vivían con su familia, por lo que los integrantes de la familia esposa e hijos se criaban sin el jefe del hogar; después de tiempo volvían a ejercer su autoridad muchas veces no siendo aceptada por la esposa o hijos. En el aspecto de atención en salud consta de un seguro policial (FOSPOLI), que es un seguro de salud que les permite adquirir prestaciones que solucionan problemas de salud. Todas estas ventajas les permite vivir bajo ciertos parámetros y tener otras conductas o estilos de vida con cierta independencia económica en otros casos aún se desempeñan en algún oficio y son ayudados por los hijos. El factor económico influye en los estilos de vida a que esté acostumbrado el adulto mayor, pues ellos aparte de satisfacer sus necesidades básicas, pueden disponer también su recreación que siempre tiene un costo (paseos a lugares cercanos o alejados) e incluso muchos de ellos preocupados por la economía de sus hijos son quienes les ayudan a solventar algunos gastos.

El ejercicio físico tiene una incidencia específica sobre los sistemas que acusan la involución retrasando la misma de forma considerable, previniendo enfermedades y contribuyendo a mantener la independencia motora y sus beneficios sociales, afectivos y económicos, la práctica sistemática de los ejercicios físicos de los adultos mayores les ayudan a conservar su autoestima y adaptación social, un medio eficaz en la profilaxis de enfermedades y en la mejora del estado general. Las personas pueden mejorar sustancialmente su salud y calidad de vida, incluyendo además de la práctica de actividades físicas sistemática un conjunto de actividades físicas recreativas en el currículo de acciones sistemáticas.

La tendencia a favor de una vejez activa procura que el anciano conserve su independencia, su libertad de acción y su iniciativa, de manera que sea capaz de elegir el mayor número de opciones en su vida, sin desconocer la realidad de que la gente de mayor edad es menos capaz de ejercer su independencia, tiene menos eficiencia en su trabajo y es más vulnerable a las enfermedades.<sup>34</sup>

En el contexto del análisis que vamos finalizando, y por las características y cambios asociados al proceso de envejecimiento, se hace muy importante acotar que la *calidad de vida* con la que se vive en esta etapa. Este conocimiento es de interés principal en el área de la salud, ya que ésta es la más importante en la percepción de bienestar en los ancianos.

Recordemos que la *calidad de vida* de las personas depende de la posibilidad que cada una de ellas tenga, de pensar bien acerca de su propia vida. Y si la vida consiste en funciones, es decir en existencias y haceres, la cuestión radica en el significado que cada persona le dé a las cosas.

El hecho de que la población anciana vaya en aumento deriva en la necesidad de que se desarrollen planes de acción para el cuidado necesario y adecuado en el ámbito de la salud y lo social, que garantice un cuidado que lo dignifique en su calidad de persona. La enfermera debe ser una de las profesionales que asuma su responsabilidad en la creación de políticas reales dirigidas a garantizar un contexto decoroso para el adulto mayor, llevando una vida digna y de calidad.

En este sentido, la labor de la enfermera está encaminada a ayudar en el proceso de adaptación por medio del fomento de independencia del adulto mayor, integración con su medio, creación de una imagen positiva de la vejez y el permitir que la persona mayor se sienta útil, promoviendo así un envejecimiento sano y funcional, con una mejor *calidad de vida*.



## CONSIDERACIONES FINALES

Al optar por un estudio sobre la *calidad de vida* del adulto mayor, la investigadora deja clara su posición con este problema. No fue fácil el camino de la investigación, no sólo, porque es la primera vez que se realiza un trabajo investigativo en la amplitud y profundización de éste, sino también, por la complejidad de la temática elegida, que no sólo es abordada por profesionales de la salud, sino también de otras áreas. Siendo así, la contribución que pretendo dar está orientado para el cuidado enfermero y principalmente con un enfoque preventivo promocional.

La investigadora a lo largo de su trayectoria profesional como enfermera asistencial y docente e incluso en su vida personal/familiar, vivió situaciones de las más variadas relacionadas con el objeto de investigación. Se avistó la necesidad de dar voz a los adultos mayores referentes a la forma como perciben su satisfacción e insatisfacción de su vida. Esas voces se presentan muchas veces, como un tono sordo, de lamento, de expectativas, de posibilidades, de negatividad, de placer, de sufrimiento; tantos sentimientos que emergen de la forma como el adulto mayor percibe su *calidad de vida* y de la forma como la familia y la misma sociedad hace eco de ella.

Escuchar esas voces nos trae una comprensión más aproximada de un cuadro de realidad que se presenta y se vive en los espacios construidos y reconstruidos, por el adulto mayor y su contexto. En este estudio la calidad de vida del policía en calidad de retiro que asiste al Programa del Adulto Mayor de la Policía Nacional del Perú, está determinado por la realización de su familia, a quien le otorga un amplio valor, principalmente en la forma cómo la familia los acoge y valora, dejando de lado el aspecto personal y su propio bienestar.

La dimensión Familiar, se convierte en un factor determinante en el nivel de *calidad de vida* de este grupo de personas. Así, de acuerdo a la dinámica familiar y sus relaciones interfamiliares que generan procesos de comunicación efectiva o inefectiva, satisfactoria o no; determina un estado emocional de equilibrio o desequilibrio en el adulto mayor. Como consecuencia ellos asumen una percepción satisfactoria o insatisfactoria de su vida.

El estudio evidenció que la percepción satisfactoria de la *calidad de vida* en el policía en situación de retiro (jubilado), está determinada por: a) El éxito que sus hijos han obtenido en su desarrollo como profesionales, en su realización formando una nueva familia, y en sus logros económicos. B) La valoración como persona, el apoyo, respaldo, y afecto que le brinda la familia al adulto mayor. C) La comunicación y las relaciones interpersonales positivas entre los miembros de la familia. Se agrega a esta satisfacción de vida en el adulto mayor, cuando él logra definir su rol social realizando trabajos externos a su hogar, que le hacen sentirse útil para la sociedad.

Otra reflexión importante que emerge del análisis realizado en la primera categoría, corresponde a la insatisfacción de vida del adulto. Como era de esperar, contrariamente a la satisfacción, el policía en retiro percibe que la poca realización de sus hijos, la inadecuada comunicación que desencadenan desintegración o disfunción familiar, son determinantes para percibir que su vida “no alcanzó sus objetivos”; su insatisfacción es tan profunda, porque su vida, la han centrado alrededor de sus hijos y el logro de sus realizaciones.

Cabe resaltar un resultado que en opinión de la investigadora es de vital relevancia, por el hecho de ser emergente en la realidad peruana y latina. Se trata de los adultos mayores que constantemente se traslada al domicilio de cada uno de sus hijos de forma rotatoria, convirtiéndose en el

abuelo “maleta” o abuelo “golondrina”. Si bien es cierto, este hecho no es vivido por los entrevistados, pero lo referencian como un acontecimiento que sucede con sus otros pares.

Cobra relevancia este acontecimiento porque es cada vez más frecuente observarlo en las familias peruanas, ocasionando dificultades en la adaptación y el estilo de vida, tanto del adulto mayor cuanto de sus familiares ocasionando un estrés permanente, por el continuo cambio de domicilios e incluso ciudades, que en ocasiones puede agravar un problema de salud físico o psicológico ya existente.

La segunda categoría enfoca los cambios en el estilo de vida del adulto mayor, ocasionado por las modificaciones en su funcionalidad física, su estado de salud, capacidad para desarrollar trabajos exigentes, sintiendo que “el peso de los años” le “cobra factura”. Sin embargo, este grupo de policías entrevistados comprenden que esos cambios son parte de un proceso y pese a todo, tratan de hacer una vida normal –en lo que cabe- y gozan de una vida social a través de redes con sus pares y familiares. De esta etapa ellos asumen el lado positivo y buscan su realización, como la de su familia.

Las relaciones sociales que pueda establecer el adulto mayor, es sin duda un factor distintivo para favorecer su buena *calidad de vida*, los lazos amicales que establezca los lleva a fortalecer su autoestima, identidad y pertenencia a un grupo. Siendo así, los programas del adulto mayor representan una forma de apoyo social y constituyen un valioso recurso para completar, o a veces substituir las necesidades de conocimiento-afecto y compañía que no encuentran en el hogar de los adultos mayores.

Este estudio, como ya se señaló anteriormente, suscita reflexión y discusión para promover cambios que favorezcan una mayor satisfacción en la vida del adulto mayor; pero sobretodo se espera contribuir para que los profesionales de enfermería comprendan el importante rol que les toca desarrollar en el cuidado del adulto mayor y su satisfacción de vida.

## RECOMENDACIONES

- Publicar los resultados de la presente investigación, especialmente en los espacios asistenciales y promocionales donde cuidan a los adultos mayores. Así como en las instituciones formativas, buscando el compromiso de cada uno de estos actores sociales para el logro de un envejecimiento saludable y competente.
- Motivar a los profesionales de enfermería a capacitarse y realizar estudios de especialidad en el adulto mayor, para desenvolverse permanentemente en los Programas, permitiendo generar una mejor calidad para este grupo etareo.
- Los profesionales de enfermería deben orientar su acción preventiva promocional, a proyectos de desarrollo social que busque insertar al adulto mayor en espacios alternativos de participación social. De esta forma, se genera también el fortalecimiento a los nuevos espacios laborales en enfermería.
- Generar mayores investigaciones que profundicen el tema en estudio, orientándola con diferentes enfoques metodológicos y respaldos teóricos.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.-NATZUMURA K, Juan. *Población adulta mayor en el Perú*. 2008
- 2.-censos.inei.gob.pe/censos 2007/documentos/resultado\_CPV2007.pdf
- 3.-Documento Técnico: *Lineamientos para la atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores 2005*. MINSA. Perú
- 4.-VERA M. *Significado de la Calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia*. Rev. Anales de la Facultad de Medicina UNMSM. Lima 2007; 284-290
- 5.-DUEÑAS D.ET AL. *Calidad de vida percibida en adultos mayores de la Provincia de Matanzas*. Rev. Cubana de medicina general integral. Cuba 2009; 1-15
- 6.-TONON G. *Apreciaciones teóricas del estudio de la Calidad de vida en Argentina*. Hologramática-Facultad de ciencias sociales-UNLZ- Año II, Vol n° 2 Argentina 2005; 27-49.
- 7.-BOTERO B, PICO M. *Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: Una aproximación teórica*. Rev. Hacia la Promoción de la Salud Vol n° 12. Colombia. 2007;11-24.
- 8.-VARELA PINEDO L, LISIGURSKI TEITLMAN M. *Principios de Geriatría y Gerontología*. 1era. ed. Centro Editorial UPCH , Lima 2009
- 9.-CHIRINOS J, ARREDONDO A. Y SHAMAH T. *La Calidad de Vida y el proceso salud- enfermedad*. Sociedad Peruana de Epidemiología 2004, Vol n° 7 Perú; 54-64
- 10.-FERNÁNDEZ-BALLESTEROS R. *Calidad de vida en la vejez*. Anuario de Psicología 1997, Vol n° 73. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona; 89 – 104
- 11.-PEÑA B, ET AL. *Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE*. Rev. de Especialidades Médico. Quirúrgicas. Chile, Vol n° 14, 2009;
- 12.-DICCIONARIO DE LA REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Vigésima segunda edición. España, 2008
- 13.-SAN MARTÍN H Y PASTOR V. *Epidemiología de la Vejez, ¿qué edad tendrá Ud. cuando cumpla 70 años?* 1era. ed. España: McGrawHill; 1990
- 14.-GÓMEZ-VELA M Y SABEH E. *Calidad de Vida. Evolución del Concepto y su influencia en la Investigación y la Práctica*. INICO.[http:// inico. Usual.es/publicación](http://inico.Usual.es/publicación).
- 15.-BUSTAMANTE S. *Enfermería Familiar. Principios de cuidado a partir del saber (in) común de las familias*. Trujillo, Perú: Facultad de Enfermería-UNT; 2004

- 16.- LÓPEZ A Y CIANCIARULO T. *Comprendendo o significado de qualidade de vida na velhice*. En: Texto & Contexto enfermagem UFSC. Qualidade de vida e a enfermagem. Vol 8 N° 3 Setembro – Dezembro 1999. Florianapolis – Brasil, 2003.
- 17.-MOLINA Y J. *Envejecimiento activo*. Rev. Reumatología. Chile 2004; 43-44.
- 18.-POLIT. D Y HUNGLER B. *Investigación científica en Ciencias de la Salud*. Sexta Ed. Editorial McGraw-Hill- Interamericana. México 2000.
- 19.- MENDA LUDKE Y ANDRÉ. *Pesquisa em Educacao Abordagens qualitativas*. Ed. Pedagógica e Universitaria Ltda. Sao Paulo- Brasil, 1986.
- 20.- ABRIC, JEAN-CLAUDE. *Núcleo Central de las Representaciones sociales*. Ed. Vozes Petrópolis- Brasil, 1996.
- 21.-GOLDENBERG. M *arte de pesquisar. como fazer pesquisa cualitativa em ciencias sociais*. 2da.ed.editora record. sao paulo 1999
- 22.-FAZENDA IVANI. *Metodología da Pesquisa educacional*. Ed. Cortez. 3ra ed. Sao Paulo Brasil, 2001.
- 23.-SETENTA PORTO ET AL. *Método de asociación de contenidos: Una alternativa para analizar datos textuales en las investigaciones de enfermería*. Enferm.investig.desarrollo.2005, vol. n° 7 (1):16 -30
- 24.-GUBA EG Y LINCOLN Y. *Una evaluación eficaz: La mejora de la evaluación de los resultados de la evaluación a través de los enfoques de respuesta y naturalista*. San Francisco. Jossey- Bass, 1981.
- 25.- SGRECCIA, MONS. ELIO. *"La Bioética Personalista"*. En Vida y Ética, Publicación del Instituto de Bioética de la Pontificia Universidad Católica de Buenos Aires, vol n° 2, Diciembre de 2001; 13 y 14.
- 26.-PAPALIA DE. *Desarrollo Humano* vol. 3. ed. especial, Colombia: McGrawHill; 2008
- 27.-GÓNZALES A, CELIS R. *Calidad de vida del Adulto Mayor*. Instituto de Geriatria, México,
- 28.-FERNÁNDEZ-BALLESTEROS R, IGNACIO M, PURIFICACIÓN J. *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. España. Ediciones Martínez Roca S.A. 1992.
- 29.-FRIEDMANN M. *El marco de Organización Sistémica, una aproximación Conceptual a las familias y de Enfermería*. Thousand Oaks. La edad 1995
- 30.-BOCAZ S. *Dimensiones para medir el concepto calidad de vida en pacientes con cáncer*. Revista horizonte de Enfermería. Chile, vol. 4: 28 – 32, 1999.
- 31.-BURKE M Y WALASH M. *Enfermería gerontología, cuidados integrales del adulto mayor*. 2da. ed. España: Harcourt Brace; 1998.

- 32.-BUIL P, DIEZ E. *Anciano y Familia*. Una relación en evolución. Anales sis San Navarra 1999, Vol nº 22, suplemento 1. España; 19-25
- 33.- ZAVALA M. ET AL. *Funcionamiento Social del Adulto Mayor*. Ciencia y Enfermería XII 2006, nº 2. Universidad de Concepción – Chile; 53 -62
- 34.- COOK. S Y LEE K. *Fundamentos esenciales de Enfermería en Salud Mental*. 2da.ed.España: Interamericana; 2003
- 35.-MAYA S. LUZ. *Los estilos de vida Saludables: Componentes de la Calidad de vida*.2001
- 36.-DUEÑAS A.ET AL. *Salud Familiar*. Sistema de Educación continúa. 1.ed, Colombia: ASCOFAME;1990
- 37.- ARANIBAR P. *Calidad de vida y vejez*.
- 38.- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, ET AL. (2007). *Quality of life, Life satisfaction, and Positive Aging*. In. R. Fernández-Ballesteros (Ed.). Gero Psychology. European Perspectives for an Aging World. (197-223). Göttingen:Hogrefe and Huber.
- 39.-FERNÁNDEZ-BALLESTEROS R. *Vejez con éxito o vejez competente: Un reto para todos*. En Ponencias de las IV Jornadas de AMG: Envejecimiento y Prevención. AMG, Barcelona, 1998.
- 40.- OPS. *Actividad Física para un envejecimiento activo*. Guía Regional para la Promoción de la Actividad Física – Washigton, 2002.



# **ANEXOS**



## ANEXO N. ° 1

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el presente documento solicitamos su participación en el presente Proyecto de Investigación titulado: **CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR, HOSPITAL REGIONAL DE LA POLICIA NACIONAL DEL PERÚ, CHICLAYO 2010**”, el cual tiene por objetivos: Identificar y describir la calidad de vida del adulto mayor que se atiende en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Regional Policial de Chiclayo; analizar y discutir la calidad de Vida del adulto mayor que se atiende en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Regional Policial de Chiclayo, así como analizar el rol de la enfermera en el logro de la calidad de vida del adulto mayor; estos resultados serán utilizados solo con fines de investigación, se mantendrá el anonimato, así como también se tendrá en cuenta un permiso para concretar día y hora para contar con su participación.

Así mismo, nuestro trabajo de investigación se sustenta en Principios Éticos, lo cual garantiza el no daño a su persona en ningún momento de la investigación.

Por lo anteriormente expuesto agradecemos su participación y confiamos en la veracidad de la información brindada, que nos ayudará a lograr los objetivos en el proyecto de investigación a realizar.

Por tanto, al estar en conformidad con lo antes expuesto, procedo a firmar este consentimiento informado, aceptando así mi participación en el Proyecto de Investigación.

---

FIRMA DEL PARTICIPANTE



## ANEXO N.º 2

### CUESTIONARIO SOCIO – DEMOGRÁFICO

#### INSTRUCCIONES:

El presente instrumento tiene como objetivo recolectar información con la única finalidad de investigación por tanto; se le solicita emitir datos verdaderos y serios al respecto.

#### DATOS PERSONALES

- Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M ( ) F ( )
- Estado civil: Soltera(o) ( ) Viuda (o) ( )  
Casada(o) ( ) Divorciada(o) ( )
- Lugar de Procedencia \_\_\_\_\_
- ¿Con quién vive? Esposo(a) ( ) Hijos ( ) Otros \_\_\_\_\_
- Trabaja: Sí ( ) No ( ) Jubilado ( )
- Pertenece a algún grupo de Adulto Mayor: Sí ( ) No ( )
- Religión que practica: \_\_\_\_\_
- Puede realizar sus actividades por sí solo: Sí ( ) No ( )  
En caso de necesitar ayuda, quien le brinda esa ayuda: \_\_\_\_\_



## ANEXO N. ° 3

### GUIA DE PREGUNTAS

#### CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR, HOSPITAL REGIONAL DE LA POLICIA NACIONAL DEL PERÚ, CHICLAYO 2010”

#### INSTRUCCIONES:

El presente instrumento tiene como objetivo recolectar información, que será útil a nuestra investigación, por tanto; se le solicita emitir datos verdaderos y serios al respecto.

#### II.- PREGUNTAS ORIENTADORAS:

- ¿Está satisfecho con su vida? Por qué?
- ¿Se siente realizado como persona?
- ¿Qué opina de la vejez?
- ¿Cómo evalúa su posición con su familia?
- ¿Cree que la sociedad respeta a los adultos mayores?
- ¿Usted se ha sentido respetado por las personas que le rodean?
- Si Ud. tuviera la oportunidad de decir algo a la sociedad, acerca del trato con el adulto mayor ¿Qué les diría?
- ¿Le gustaría agregar algo más?



**ANEXO N.º 4**

**Entrevista N° 11**

**Seudónimo: FLORIPONDIO**

<b>Fragmentos</b>	<b>Textos</b>	<b>Elementos significativos</b>
I	Me siento satisfecho, he pasado durante mi vida bastantes felicidades, digamos, alegrías. Muchas veces también hay problemas pero, mas no he tenido problemas serios en la vida... casi nunca, casi nunca. Estoy contento con mi vida.	1,7,15
II	Yo me siento realizado tengo mi hogar, soy casado, tengo 15 hijos. De los 15 tengo 12 profesionales, los otros no fueron profesionales porque se casaron muy jóvenes, y ya después la responsabilidad fue con su familia.	1,5,7,8
III	Siento que he cumplido con mi familia, uno como padre está siempre pendiente de sus hijos, aunque sea mayor. Tengo ya dos hijos jubilados. Siempre uno se preocupa en llamarlos por teléfono, averiguar cómo están mis hijos y nietos, si están estudiando, si son profesionales.	1,5,7,8,17
IV	Yo no soy de pedir algo a mis hijos, prefiero un abrazo porque de regalos no soy yo. Lo natural, me llevan a almorzar, me llevan a pasear, a veces tienen sus reuniones de su trabajo, me llevan junto con mi esposa, ahí nos asisten nos llevan nos traen nos dejan en la casa.	1,2,5,7,17
V	Después que salí de la policía, con treinta años de servicios, me dediqué a la confección, y confeccionaba uniformes para la policía para la PNP, la FAP. La confección en sí de uniformes, ya lo dejé por la edad, porque mis hijos no quiere que trabaje, pero si me quedo con la confección de los gorros. Ahora mismo estoy atareadísimo con ese trabajo. Mi situación económica mejora y por lo tanto hay, mejora para mi rancho.	2,7,19,20



## ANEXO N.º 5

### Elementos significativos

- 1.- Satisfacción/insatisfacción de vida
- 2.- Estilo de vida
- 3.- Estabilidad emocional
- 4.- Comunicación
- 5.-Relaciones interfamiliares
- 6.-Vida Social
- 7.-Realización de la persona/ familia
- 8.-Misión de vida
- 9.-Estado civil
- 10.-Influencia espiritual
- 11.-Integridad/Salud Física/ funcionalidad
- 12.-Autocuidado
- 13.-Control medico/asistencial/tradicional
- 14.-Estereotipos sociales
- 15.-Recuerdos de Vida positivos y negativos
- 16.- Autoestima
- 17.-Autoridad frente a la familia
- 18.-Redes sociales
- 19.-Sentimientos frente a la jubilación
- 20.-Recursos económicos
- 21.- Consejos por experiencia de vida



**ENTREVISTA N° 11**

*Seudónimo: floripondio*

F \ E	E																				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
I	X						X								X						
II	X				X		X	X													
III					X		X	X									X				
IV	X	X			X		X										X				
V		X					X												X	X	
VI											X	X	X								
VII		X									X	X	X								
VIII		X					X				X	X	X	X		X					
IX		X			X						X	X				X					
X			X		X										X	X					
XI		X				■								■							
XII						■								■			X				
XIII	X	X				■								■							
XIV	X	X									X			X							
XV		X			X		X				X						X			X	
XVI	X	X			X		X														
TOTAL	06	10	01	00	07	03	08	02	00	00	06	04	03	05	02	03	04	00	01	02	00





## ANEXO N°. 7

### ASOCIACIONES.-

- Satisfacción/Insatisfacción de vida ( 1 ) + Realización de la persona / familia ( 7 ) : 3 Asociaciones
- Relaciones Interfamiliares ( 5 ) + Misión de vida ( 8 ) : 1 Asociación
- Estilo de vida ( 2 ) + Relaciones Interfamiliares ( 5 ) + Realización de la persona / familia ( 7 ) : 1 Asociación
- Estilo de vida ( 2 ) + Realización de la persona / familia ( 7 ) + Recursos económicos ( 20 ) : 1 Asociación
- Integridad/ salud física/funcionalidad ( 11 )+ Autocuidado ( 12 ) + Control médico/asistencial/tradicional : 2 Asociaciones
- Satisfacción/Insatisfacción de vida ( 1 ) + Relaciones Interfamiliares ( 5 ) + Integridad/ salud física/funcionalidad ( 11 ) :  
1 Asociación
- Satisfacción/Insatisfacción de vida ( 1 ) + Realización de la persona / familia ( 7 ) : 1 Asociación
- Satisfacción/Insatisfacción de vida ( 1 ) + Recuerdos de vida positivos y negativos ( 15 ) : 2 Asociaciones
- Satisfacción/Insatisfacción de vida ( 1 ) + Estilo de vida ( 2 ) + Estereotipos sociales ( 14 ) : 1 Asociación