



UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
MAGÍSTER EN ANTROPOLOGÍA Y DESARROLLO



**MaSS**  
Magister en análisis Sistemático  
aplicado a la Sociedad  
Universidad de Chile

# OBSERVACIONES DE MUJERES ADULTAS MAYORES FRÁGILES SOBRE SU CALIDAD DE VIDA EN LA CIUDAD DE SANTIAGO DE CHILE

Tesis para optar al grado de Magíster en Antropología y Desarrollo

Estudiante: Maria Sol Anigstein  
Profesora Guía: Paulina Osorio Parraguez

Mayo de 2010



## **Resumen**

La población adulta mayor ha aumentado considerablemente en América Latina y el Caribe y se estima que seguirá aumentando en los próximos cuarenta años (CELADE, 2006, 2008, 2009). A la vez, se visualiza un aumento de la longevidad, que configura un escenario en el que las personas mayores son cada vez más numerosos y más mayores, con un predominio de la población femenina.

El envejecimiento suele acompañarse de una serie de transformaciones físicas, sociales, laborales, económicas, entre otras, que fragilizan a las personas, pudiendo afectar su calidad de vida. La fragilidad de estas personas, entendida como la disminución de la reserva fisiológica, el declive funcional y el aumento de situaciones de salud adversas, obligan a colocarse frente al problema y/o desafío de lograr como sociedad no solo la extensión de la vida, sino también, una extensión con cierto grado de calidad (de vida).

Este desafío se vincula a la relación entre mayor edad y bienestar y coloca en un lugar central la pregunta por la calidad de vida, pues refiere al sentido de la prolongación de la vida, del vivir más, pero con calidad.

La presente investigación, por medio de una metodología cualitativa, se adentra en la manera en que mujeres adultas mayores frágiles residentes en la ciudad de Santiago de Chile, observan su propia calidad de vida, haciendo explícitos los esquemas e imaginarios sociales desde donde la observan.

**Palabras claves:** adultas mayores – fragilidad- calidad de vida – género – imaginarios sociales.

## Índice

I. Introducción .....	1
II. Antecedentes .....	2
II.1. Envejecimiento poblacional y longevidad .....	2
II.2. Fenómenos emergentes asociados al envejecimiento poblacional .....	4
II.2.1. Discapacidad y dependencia .....	4
II.2.2. La fragilidad .....	5
II.3. Calidad de vida .....	7
III. Problema de Investigación .....	11
IV. Objetivos .....	13
IV.1. Objetivo General.....	13
IV.2. Objetivos específicos .....	13
V. Marco teórico-conceptual.....	14
V.1. Edad, Vejez y envejecimiento.....	14
V.2. El paradigma del trayecto de vida .....	15
V.3. El significado de la edad .....	16
V.4. Género y Vejez.....	17
V.5. El constructo Calidad de Vida .....	19
V.6. Imaginario social .....	21
VI. Metodología.....	23
VI.1. Tipo de metodología.....	23
VI.2. Técnicas de obtención de información.....	23
VI.3. Estrategia metodológica .....	23
VI.4. Universo y muestra.....	24
VI.4.1. Tipo de muestra .....	24
VI.4.2. Criterios muestrales .....	25
VI.4.3. Estrategia y tamaño muestral .....	25
VI.5. Análisis de la información.....	27
VI.6. Entrevistas y taller con expertos .....	28
VI.7. Confiabilidad y validez .....	29
VI.8. Aspectos éticos .....	29
VII. Los temas de la calidad de vida desde las propias mujeres adultas mayores frágiles .....	30
VII.1. La salud en la evaluación de la calidad de vida .....	30
VII.2. Situación económica como factor de la calidad de vida .....	32
VII.3. Autonomía y autovalencia como eje de los discursos.....	34
VII.4. Familia, pareja e hijos/as .....	35
VII.4.1. La pareja .....	35
VII.4.2. Familia e hijos.....	36
VII.5. Actitud frente a la vida .....	38
VII.6. Relaciones sociales: amigos/as y vecinos/as .....	39
VII.7. El barrio, la comuna, la ciudad: apreciaciones del espacio y la infraestructura.....	40
VII.8. Las actividades recreativas .....	41
VII.9. Mujeres mayores y el mundo del trabajo .....	42
VII.10. Integración e inclusión social.....	43
VII.11. El papel de la biografía .....	44
VII.12. El futuro .....	45
VII.13. La vivienda .....	45

VIII. Importancia relativa de los ámbitos evaluados en la observación de la calidad de vida. ....	46
VIII.1. Núcleo primario .....	46
VIII.2. Núcleo Integración Social .....	48
VIII.3. Núcleo temporalidad .....	50
VIII.4. Núcleo actitud.....	51
VIII.5. Relaciones entre núcleos y ámbitos .....	51
IX. El papel de la biografía en la evaluación de la calidad de vida .....	54
X. Imaginarios sociales respecto de la vejez. ....	60
XI. Los resultados a la luz de otras investigaciones relacionadas .....	64
XII. Conclusiones: ¿cómo observan su calidad de vida las mujeres adultas mayores frágiles residentes en la ciudad de Santiago?.....	65
XIII. Bibliografía .....	72
XIV. Anexos.....	80
XIV.1. Anexo 1: Ficha sociodemográfica y pautas de entrevista. ....	80
XIV.2. Anexo 2: Guión entrevista semiestructurada.....	81
XIV.3. Anexo 3: Guión entrevista en profundidad .....	83

## Índice de Tablas, Gráficos y Diagramas

Tabla N° 1: Prevalencia de dependencia en personas mayores por grupos de edad y sexo.....	5
Tabla N° 2: Factores de fragilidad por dimensiones.....	7
Tabla N°3: Estructuración de la muestra.....	26
Tabla N° 4: Transiciones y puntos de cambio.....	55
Tabla N° 5: Atributos y cualidades ordenadas según ejes temáticos.....	61
Gráfico N° 1: Estimación del incremento de personas mayores en América Latina y El Caribe.....	2
Gráfico N° 2: Distribución relativa de la población chilena por edades y sexo 1950-2050....	3
Gráfico N° 3: Porcentaje de personas con discapacidad según edad.....	4
Diagrama N° 1: Relación entre los ámbitos primarios.....	45
Diagrama N° 2: Núcleo Integración Social.....	50
Diagrama N° 3: Relación e importancia relativa entre núcleos de ámbitos evaluados.....	53
Diagrama N° 4: Aplicación del modelo a caso 1.....	69
Diagrama N° 5: Aplicación de modelo a caso 2.....	70

## **I. Introducción**

El presente documento expone los resultados de la investigación de tesis para optar al grado de Magíster en Antropología y Desarrollo de la Universidad de Chile, investigación que se enmarca en el Programa Domeyko Calidad de Vida y Adulto Mayor de la Universidad de Chile.

Su realización estuvo apoyada por la Fundación Tokio y la Vicerrectoría de Asuntos Académicos, a través de la Beca SYLFF-Universidad de Chile y el Sylff Fellow Mobility Program; y por el Departamento de Postgrado y Postítulo de la Universidad de Chile, por medio de la Beca Estadía Corta de Investigación.

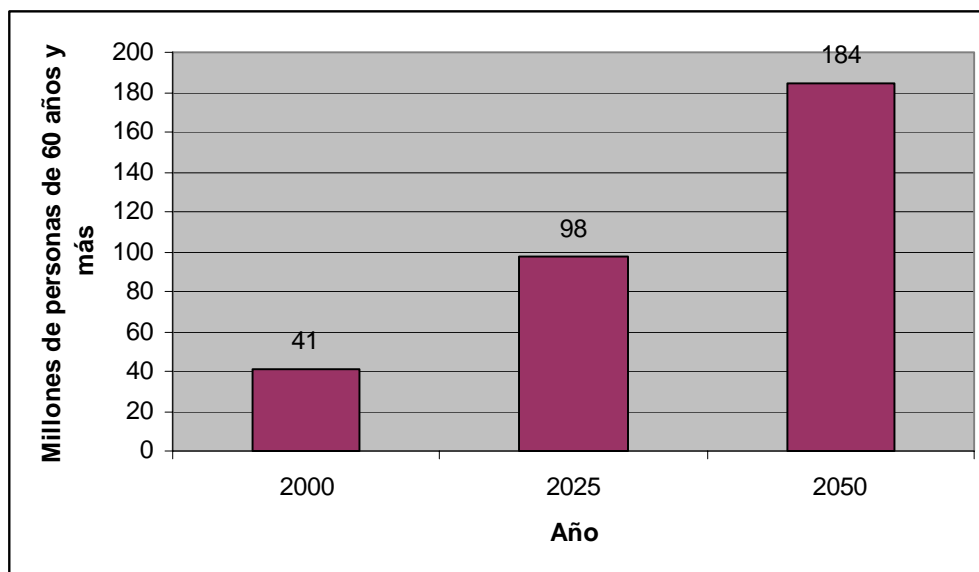
Este documento en sus capítulos II, III y IV expone antecedentes vinculados al tema de investigación, la problematización y los objetivos de investigación respectivamente. En el capítulo V se presenta el marco teórico-conceptual y en el capítulo VI la metodología utilizada, así como todo lo relativo a la muestra. Los capítulos VII, VIII, IX y X exponen los resultados de la investigación, comenzando por la descripción de los ámbitos de la calidad de vida observados, siguiendo con la importancia relativa que éstos tienen y el papel de la biografía en su observación, terminando por la caracterización del imaginario de vejez que las mujeres entrevistadas manejan. Para cerrar, el capítulo XI coloca los resultados a luz de otras investigaciones relacionadas y el XII presenta las conclusiones. En los capítulos XIII y XIV, se incluyen la bibliografía y los anexos respectivamente.

## II. Antecedentes

### II.1. Envejecimiento poblacional y longevidad

La literatura especializada augura para América Latina y El Caribe un envejecimiento poblacional de proporciones en las próximas décadas. Según un informe de CELADE (Bertranou, 2008) se trata de un incremento sostenido de personas mayores de 60 años que en términos absolutos significará que a los 41 millones existentes al año 2000 se sumarán 57 millones al 2025 y otros 86 millones entre el 2025 y el 2050 (Ver gráfico N° 1). Es decir, la proporción de personas mayores se triplicará entre el 2000 y el 2050, habiendo un adulto mayor por cada cuatro latinoamericanos. En los mayores de 75 años, está tendencia marcará un incremento de un 2% en el 2000 a un 8% en el 2050.

Gráfico N° 1: Estimación del incremento de personas mayores en América Latina y El Caribe.



Fuente: Elaboración propia.

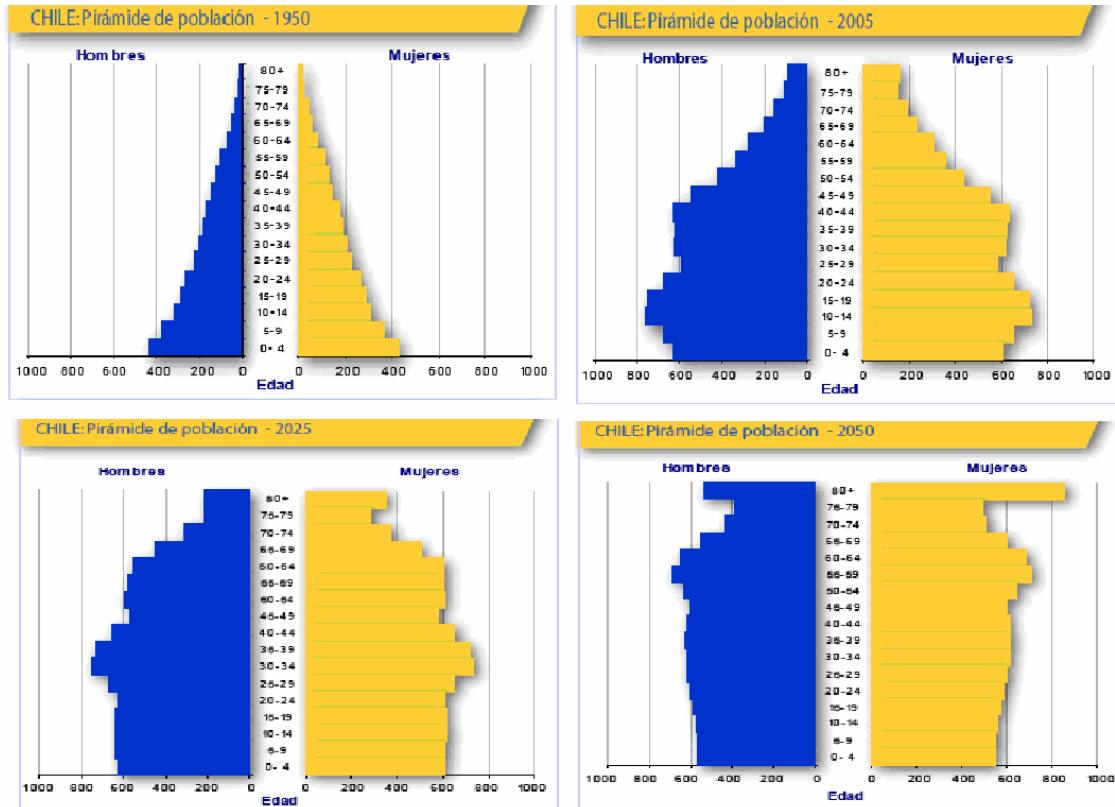
En Chile, en el CENSO del año 2002, de una población total de 15.116.435 habitantes, un 11,4% de la población era mayor de 60 años (SENAMA, 2003). En el año 2005, el 11,5% a nivel país y el 11,2 % en la región metropolitana eran mayores de 60 años (INE, 2005).

En un artículo de CELADE (2006) se estima que en el año 2050 Chile tendrá una población adulta mayor superior al 28% y que junto al incremento de la esperanza de vida y la disminución de personas menores de 15 años, significará un envejecimiento no solo de la población en general, sino que también al interior del segmento de la población adulta



mayor, dando lugar a una profunda transformación en la estructura demográfica (Ver gráfico N°2).

Gráfico N°2: Distribución relativa de la población chilena por edades y sexo 1950-2050.



Fuente: INE. (2005).

En tal sentido, en Chile durante este primer cuarto del siglo XXI la población mayor de 75 años se incrementaría en un 250% (INE, 1999).

El incremento de la esperanza de vida es mayor en mujeres que hombres. Las estimaciones para el año 2000 eran que por cada 100 mujeres mayores de 60 años en Chile, habría 76 hombres y para el grupo de mayores de 75 la relación era de cada 100 mujeres 60 hombres (CELADE, 2009). El Estudio Nacional de la Dependencia del Adulto Mayor (González et al., 2010) arroja que al 2009, el 63,2% de las personas mayores de 60 años son mujeres y que en el intervalo de las personas mayores de 85 años, 7 de cada 10 personas son mujeres.

Se visualiza entonces un progreso paulatino hacia una sociedad con un creciente envejecimiento de la población, la cual es mayoritariamente femenina, lo que significa una feminización de la vejez (Osorio, 2006).

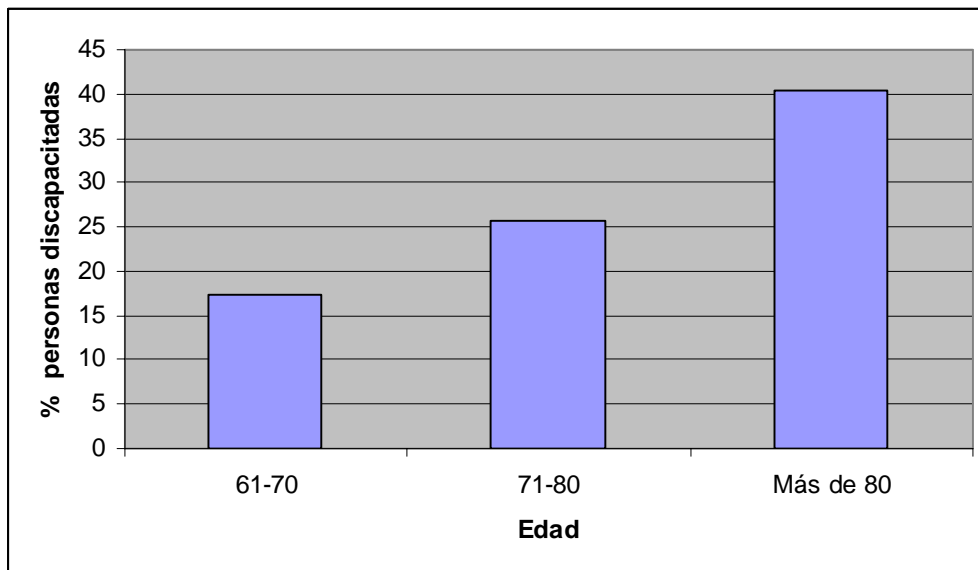
## II.2. Fenómenos emergentes asociados al envejecimiento poblacional

El envejecimiento de la población y la mayor esperanza de vida han implicado el surgimiento de una serie de fenómenos emergentes de importancia, entre los que se encuentra el aumento de las situaciones de fragilidad, discapacidad y dependencia.

### II.2.1. Discapacidad y dependencia

La encuesta Casen 2006, revela que la discapacidad en las personas aumenta conforme aumenta la edad. Un 17,3% de personas entre 61 y 70 años, un 25,7% de las personas entre 71 y 80 años, y un 40,5% entre las personas de más de 80 años son discapacitadas (Ver gráfico N° 2). Datos de SISE-Celade, arrojan en el año 2000 que un 17,4% de los adultos mayores que vivían en el espacio urbano en Chile eran dependientes (CEPAL-Celade, 2002-2009).

Gráfico N° 3: Porcentaje de personas con discapacidad según edad.



Fuente: Elaboración propia.

Según el Departamento de Estadísticas e Información del MINSAL, en el año 2006 de un total de 547.624 personas adultas mayores que se atienden en el Sistema Nacional de Salud (SNS), menos de la mitad eran autovalentes, y la mayoría restante se distribuía en autovalentes con riesgo (163.632), dependientes (138.525) y postrados (18.931). Las proporciones entre estas categorías van variando según aumenta la edad. Las personas entre 65 y 79 años, son en su mayoría autovalentes, le siguen los autovalentes con riesgo, luego los dependientes y por último los postrados. Lo que cambia entre las personas de 80 y más años, en donde de los 117.201 personas que se atendían en el SNS, 30.983 eran

autovalentes, 26.383 eran autovalentes con riesgo y 50.295 eran dependientes y 9.540 eran postrados.

Cuando se analiza por sexo, los datos son más reveladores, de los 213.084 hombres con 65 o más años, 119.505 hombres eran autovalentes con riesgo, dependientes o postrados y de las 335.463 mujeres del mismo segmento, 201.419 estaban en esta condición (MINSAL, 2006).

El Estudio Nacional de la Dependencia del Adulto Mayor (González et al., 2010) revela que al 2009 un 24,1% de los mayores de 60 años son dependientes y que hay una prevalencia mayor de la dependencia en mujeres, la que aumenta conforme aumenta la edad como se muestra la Tabla N° 1.

Tabla N° 1: Prevalencia de dependencia en personas mayores por grupos de edad y sexo. EDPM 2009

Quinquenios de edad	Hombres %	Mujeres%	Total %
60-64	12,8	10,6	11,5
65-69	20,1	13,3	16,2
70-74	16,8	21,8	19,9
75-79	23,8	30,8	28,5
80-84	45,0	57,0	52,9
85 y más	55,9	69,9	65,6
Total	22,00	25,3	24,11

Fuente: Estudio Nacional de la Dependencia del Adulto Mayor, 2010

El estudio SABE realizado en varias ciudades de la Región (Albala et al., 2005) sostiene que en virtud del aumento de la longevidad se presentan situaciones novedosas, producto entre otras cosas, de la progresiva cronicidad de los trastornos de salud de las personas conforme avanza la edad. Dicha situación implica deterioros diversos y conduce a que las personas que no se encuentran en relación de dependencia sean proclives a desarrollarla consecuencia de la desmejora progresiva de su salud. Es a este tipo de situación que se ha llamado fragilidad.

### II.2.2. La fragilidad

La fragilidad puede ser entendida como un equilibrio delicado en el que se encuentran los individuos, que significa el riesgo de vivir eventos adversos como pueden ser caídas, discapacidad, dependencia, institucionalización o muerte (Puts et al., 2007).

Una revisión sobre la evolución del concepto, las definiciones de fragilidad y los criterios involucrados en ello (Alonso, Sansó, Díaz-Canel, Carrasco y Oliva, 2007) revela que el

concepto de fragilidad es utilizado para denotar una situación de equilibrio precario entre diferentes aspectos de la vida de las personas mayores. Lo que determina la fragilidad sería para algunos autores la coexistencia de determinados procesos clínicos, para otros la dependencia en la vida cotidiana y para otros la necesidad de cuidado institucional. En tal sentido, la fragilidad es relacionada directamente con el declive funcional, la disminución de la reserva fisiológica y la probabilidad de desarrollar discapacidad, dependencia o morir. Se trata de una condición dinámica que puede evolucionar positiva o negativamente, pero que en la mayoría de los casos lo hace negativamente.

Los criterios propuestos para la evaluación de la fragilidad obtenidos de una amplia gama de autores de todo el mundo, son agrupados por los investigadores en cuatro dimensiones: médicos, funcionales, mentales y sociodemográficos. Si bien se trata de una gran cantidad de criterios, existen unos pocos que están mucho más representados en la literatura especializada.

Martínez *et al.* (2005) seleccionaron para medir la prevalencia de adultos mayores frágiles en Cuba los siguientes factores: "a) vivir solo, b) aislamiento social, c) tener una edad igual o superior a los 80 años, d) ingresos hospitalarios recientes, e) haber sufrido caídas frecuentes, f) practicar la polifarmacia (ingestión de más de 3 medicamentos, excluyéndose las vitaminas y sales minerales), g) los que no tienen amparo filial, h) los que poseen escasos recursos económicos, i) los que padecen una viudez reciente, j) los que no tuvieron hijos, k) aquellos que son solteros o divorciados, l) los que han tenido cambios frecuentes de domicilio, m) si padecen incontinencia urinaria o fecal, n) los que presentan comorbilidad (2 o más enfermedades crónicas), o) los que presentan dependencia en la realización de las actividades de la vida diaria básicas e instrumentadas (al menos en una) y p) los institucionalizados.

Dichos factores no sólo permiten conocer quienes se encuentran en una situación de fragilidad, sino que además podrían ser pensados como los detonantes de ésta (Marín *et al.*, 2004; Qian-Li, Fried, Glass, Laffan, y Chaves. 2007).

En la presente investigación, de la misma manera que los investigadores cubanos, se considerará frágil a quien soporte uno o más de los factores recién mencionados. Para una mejor comprensión de ellos los hemos clasificado, siguiendo a Alonso *et al.* (2007) en funcionales, médicos y sociodemográficos como se muestra la tabla N° 2. No se han incluido factores mentales, pues no es relevante para esta investigación y no estarán presentes en la muestra personas con algún tipo de enfermedad mental.

Tabla N° 2: Factores de fragilidad por dimensiones

Dimensión	Factores
Médicos	d) ingresos hospitalarios recientes.
	e) haber sufrido caídas frecuentes.
	f) practicar la polifarmacia (ingestión de más de 3 medicamentos, excluyéndose las vitaminas y sales minerales).
	n) los que presentan comorbilidad (2 o más enfermedades crónicas).
Funcionales	m) si padecen incontinencia urinaria o fecal.
	o) los que presentan dependencia en la realización de las actividades de la vida diaria básicas e instrumentadas (al menos en una) y p) los institucionalizados.
Sociodemográficos	a) vivir solo.
	b) aislamiento social.
	c) tener una edad igual o superior a los 80 años.
	g) los que no tienen amparo filial.
	h) los que poseen escasos recursos económicos.
	i) los que padecen una viudez reciente.
	j) los que no tuvieron hijos.
	k) aquellos que son solteros o divorciados.
	l) los que han tenido cambios frecuentes de domicilio.

Fuente: Elaboración propia

### II.3. Calidad de vida

El concepto de calidad de vida es ampliamente utilizado en disciplinas muy diversas y las investigaciones sobre calidad de vida en el adulto mayor, muy frecuentemente se refieren a la calidad de vida relacionada con salud, como por ejemplo, calidad de vida en personas con enfermedades crónicas como la diabetes (Mier, Bocanegra-Alonso, Zhan, Zuniga y Acosta, 2008). Otras investigaciones integran la idea de calidad de vida considerándola el fin último hacia donde todas las acciones, circunstancias o problemas debieran avanzar. Un ejemplo de ello son algunos estudios sobre el efecto que el ejercicio y/o la alimentación tienen sobre la calidad de vida (Drewnowski y Evans, 2001; Rejeski y Mihalko, 2001). Y otras abordan la calidad de vida por medio de instrumentos cuantitativos con la finalidad de aprehenderla y definirla desde perspectivas más cercanas a las ciencias sociales para lo que se han creado escalas o instrumentos que la evalúan abordando la percepción de los individuos sobre diferentes aspectos de su vida como es el WHO-QOL-bref o PANAS (Tesch-Romer, Kondratowitz y Motel-Klingebiel, 2001) o se centran en lo que sería su componente objetivo como es la escala FUMAT (Gómez, Verdugo, Arias y Navas, 2008).

La calidad de vida puede ser entendida como una evaluación de aspectos múltiples de la vida de las personas que contempla componentes subjetivos y objetivos, cuyo resultado se ve influenciado por el momento biográfico que se vive, las expectativas, los estándares y los valores que se tienen. Se trata por tanto de una apreciación dinámica en la cual, cuestiones como la edad, el género o la situación de fragilidad, tendrán un correlato (George, 2006; Puts et. al., 2007, Verdugo y Sabeh, 2002, Aranibar, 2001).

Por ello, las transformaciones experimentadas en múltiples áreas de la vida durante el transcurso de ésta, de igual forma que el proceso de envejecimiento, afectan la calidad de vida de las personas y la manera en que éstas la observan y evalúan.

Una revisión de investigaciones sobre calidad de vida en adultos mayores realizada por George (2006) aporta una importante cantidad de información útil al respecto. En ella se sostiene que el bienestar subjetivo -utilizado indistintamente junto al concepto de calidad de vida- está determinado por varios factores que se constituyen en predictores más o menos directos de dicho bienestar como son el género, la salud, los ingresos, las actividades, la integración social, entre otras cosas.

En relación al género se ven mayores niveles de bienestar subjetivo en mujeres que en hombres antes de los 45 años y luego de esa edad el bienestar subjetivo baja en las mujeres a niveles inferiores que en los hombres, aumentando progresivamente la brecha conforme avanza la edad. La viudez también aparece como un predictor de importancia. En el caso de las mujeres, al tener más esperanza de vida, son quienes más viven la viudez, lo que es desencadenante de declive en los niveles de bienestar subjetivo. Los cambios en la salud y en la situación marital son fuertes predictores del bienestar subjetivo, sin embargo la salud es el predictor más fuerte. Los ingresos también son un predictor importante de la calidad de vida y en ocasiones interviene en el rol que cumplen otras características demográficas como el género. La integración social es también un gran predictor del bienestar subjetivo de los adultos mayores, siendo que cuantos más roles éstos cumplen, mayores son los niveles de bienestar. Sin embargo, el tipo de rol que se cumpla tiene injerencia, pues no todos impactan positivamente en la vida de los adultos mayores. A la vez las actividades de voluntariado y la participación religiosa tienen un impacto positivo, así como las relaciones sociales y familiares.

Otro tema de relevancia tratado en esta revisión es el hecho de que las personas realizan comparaciones sociales para evaluar su calidad de vida, para lo cual, los otros funcionan como criterios en dicha comparación. En tal sentido, las personas pueden compararse con quienes consideran que están en mejores condiciones y por ello considerar que su calidad de vida es bastante baja, o pueden realizar comparaciones con quienes están en peores condiciones, y la evaluación será positiva.

La autora sostiene que, en las personas mayores, las estrategias de compensación ante las pérdidas sociales, ante el advenimiento de enfermedades crónicas y ante el desarrollo de fragilidad, resultan ser de vital importancia en el bienestar subjetivo y por ende en la

calidad de vida de las personas. Al respecto Baltes (1997) plantea: dado que la arquitectura de la vida es incompleta y la vejez es una situación muy nueva en la evolución, la disminución del potencial biológico que se acentúa con la edad, requiere de más recursos culturales, lo que redundaría en una pérdida de eficacia de la cultura que hace cada vez más difícil generar un balance positivo entre pérdidas y ganancias en todas las edades, comprometiendo las posibles estrategias de compensación de pérdidas.

Rothermund y Brandtstädter (2003) en base a los resultados de un estudio longitudinal realizado con personas de 58 a 81 años en Alemania, sostienen que las personas aumentan sus esfuerzos de compensación de las pérdidas funcionales visibles hasta los 70 años, y luego esos esfuerzos van disminuyendo, lo que estaría relacionado con la experimentación de la pérdida de eficiencia de dichos esfuerzos. No obstante, la satisfacción con el rendimiento se mantiene, lo que hace pensar en una lógica acomodaticia y un relajamiento de las autoexigencias de estas personas.

Por último, George (2006) agrega que un gran número de estudios transversales reportan que las personas adultas mayores presentan altos niveles de bienestar subjetivo cuando se compara dichos niveles con los de personas jóvenes o de mediana edad, mientras que estudios longitudinales describen que hay un peak de bienestar a los 65 años y luego un declive de éste.

Otro estudio que indaga en el significado de la calidad de vida en los adultos mayores frágiles y no frágiles en los Países Bajos (Puts et al., 2007) también revela que la calidad de vida es evaluada y percibida de forma diferente según la edad, el género y la situación en la que se encuentran los individuos.

Los dominios que son considerados relevantes por los adultos mayores de los Países Bajos son las relaciones sociales, los roles y actividades sociales, el bienestar psicológico, la vivienda, el vecindario, la situación económica y la independencia (Borglin et al. en Puts et al., 2007). Los adultos mayores frágiles, según este estudio considerarían más importantes las relaciones y contactos sociales para su bienestar que la propia salud. Este grupo cree que la adaptación al declive físico y de salud es fundamental, lo que es visible en el cambio de relevancia de la salud tomando importancia los contactos sociales. El ajuste a la nueva o nuevas situaciones de salud tiene una relación muy cercana con las experiencias de vida y con las expectativas de las personas.

Un estudio realizado en Suecia (Gunnarsson, 2009) sobre vida cotidiana desde la perspectiva del curso vital en hombres y mujeres adultas mayores de más de 75 años, arrojó que se trata de personas que consideran que la mantención de la actividad física y mental resulta sumamente importante en su vida cotidiana. Sin embargo, las actividades que se realizaban no eran necesariamente las mismas, ni tenían la misma intensidad que en otros momentos de su vida, lo que se debía a cambios que habían experimentado a lo largo de ésta. En primer lugar, los cambios en la salud habían implicado la disminución de la intensidad y el abandono de ciertas actividades y el comienzo de otras. En segundo

lugar, el fallecimiento de amigos y familiares, lo que había alterado su red social y la sensación de compañía. Por último, el tipo de participación en organizaciones sociales, clubes, entre otros, no era la misma.

Si bien en Chile se han realizado pocos estudios sobre calidad de vida en adultos mayores, éstos nos dan pistas sobre las especificidades que podría tener la idea de calidad de vida en el ámbito local.

La Pontificia Universidad Católica de Chile en el año 2007 realizó la encuesta de calidad de vida en la vejez (Herrera, Barros y Fernández, 2007). En ella se abordaban ciertos ámbitos que son evaluados por las personas en orden de su propia calidad de vida. En el ámbito económico los resultados indican que un 60% de los entrevistados considera que sus necesidades no están satisfechas y un 62% que su salud es regular o mala.

Quienes están más satisfechos son los que realizan actividades significativas como salir de la casa y tienen más habilidades psicosociales, pues les permiten ajustarse a las transformaciones propias del envejecer. Las mujeres aparecen como las menos satisfechas y con menor nivel de vida en varias dimensiones que fueron definidas como predictoras de calidad de vida: peor percepción de su salud, peor capacidad funcional básica, síntomas geriátricos, mayor frecuencia de dolores que interfieren en la vida diaria, lo que se contradice con un estudio también realizado en Chile (Mella et al., 2004) que sostiene que las mujeres presentaban mayor bienestar subjetivo, siendo el género, el apoyo social percibido y la ausencia de depresión, los factores que determinan en un 54,3% dicho bienestar subjetivo.

Otro punto que se señala es que a mayor escolaridad hay una mejor calidad de vida, puesto que implica un aumento de los ingresos, la posibilidad de un estilo de vida más saludable, recursos para solucionar problemas de salud, proporcionando a su vez habilidades psicosociales y cognitivas que tendrían un correlato positivo en las situaciones en donde se requiere cierto ajuste o adaptación. La mayor edad es relacionada con mayores problemas funcionales en la vida cotidiana, como por ejemplo dificultades con la visión, audición y la actividad física. En este caso las personas se sienten más satisfechas y hay menos preocupación por los ingresos, la dependencia y la soledad. Este resultado difiere del obtenido en un estudio realizado en Chile sobre la calidad de vida de adultos mayores que habitan viviendas sociales (Torres, Quezada, Rioseco y Ducci, 2008) en el que se afirma que la percepción de la calidad de vida se ve afectada negativamente por la edad, lo que se atribuye a la pérdida de funcionalidad y al sufrimiento de enfermedades crónicas.



### III. Problema de Investigación

El fenómeno emergente asociado a la longevidad, resultado del aumento de la esperanza de vida y la disminución de la tasa de natalidad en la mayoría de las regiones del mundo, ha implicado el crecimiento de la población adulta mayor y, dentro de este segmento, el de la población más mayor, como bien lo indica la información demográfica presentada anteriormente.

Teniendo en cuenta el declive funcional que experimentan las personas conforme avanza la edad, así como la disminución de la reserva fisiológica, y que hay más mujeres mayores que hombres, puede suponerse que el segmento de la población de adultas mayores de más edad, es y será el que experimentará en mayor medida situaciones de fragilidad (Arber y Ginn, 1999, Marín et al., 2004, Menéndez, 2007).

Menéndez (2007) en su trabajo sobre prioridades en la investigación relacionada con adultos mayores, identifica como un tema relevante la caracterización de los adultos mayores frágiles, sobre todo mujeres, pues este segmento de la población tendrá en el futuro un crecimiento importante y a la vez es el que presenta mayores índices de discapacidad, lo que podría comprometer la calidad de vida de estas personas.

Existe evidencia científica que indica que la calidad de vida es observada de manera diferente según la situación sociodemográfica de las personas (George, 2006, Puts et. al., 2007, Verdugo y Sabeh, 2002, Aranibar, 2001). Es decir, la manera como se observa y evalúa la calidad de vida variará según la edad, el género, el grupo socioeconómico y en este caso podríamos decir, la fragilidad que haya desarrollado la persona, ya que los aspectos de la vida que se consideren relevantes serán diversos en función de, por ejemplo, las posibilidades de realizar cierto tipo de actividades y no otras. A su vez, la apreciación que estas personas hagan de su calidad de vida, estará sujeta a su historia personal, es decir, a lo que permanece y a lo que cambia en relación a sus actividades y en su vida cotidiana y a las pérdidas vinculadas con la actual situación de fragilidad.

Osorio (2006) considera que la vejez debe ser observada como un estado, el ser o estar viejo, pero a la vez como una construcción social que responde a un proceso dinámico en el que la biografía desempeña un papel relevante. El envejecimiento y la vejez entendidos como proceso, introducen la idea de la diversidad de vejezes y a la vez rompen con la clásica imagen de las etapas estancas. La calidad de vida entonces, desde esta perspectiva es dinámica y susceptible de ser observada bajo el lente de la situación actual, pero también desde lo que se sostiene, lo que se ha perdido y lo que se teme perder.

El declive funcional y el desarrollo de fragilidades pondría en entredicho la calidad de vida de las personas, y podría decirse que también el sentido de la vida. Bajo este supuesto, la extensión de la vida cobraría sentido a la luz de la posibilidad de vivir con calidad.

Por ello, el desafío que se desprende del aumento de la población adulta mayor con más edad, que además es mayoritariamente femenina, en conexión con el desarrollo de fragilidades, dice relación con la comprensión de cómo estas mujeres mayores observan y evalúan su calidad de vida, pues dicha observación resulta fundamental para comprender hasta donde la vida tiene sentido y hasta que punto estamos dispuestos a llegar.

La revisión bibliográfica realizada hasta ahora indica que, tanto a nivel internacional como nacional, si bien hay algunas investigaciones sobre el significado o sobre aquello que es considerado relevante para la calidad de vida en adultos mayores, hay muy pocas que versen sobre adultos mayores frágiles (como las realizadas por Rothermund y Brandtstädter (2003), Puts *et al* (2007) y Borglin (en Puts, 2007)), y menos aún sobre mujeres adultas mayores frágiles.

Por ello resulta relevante preguntarse ¿cómo observan su calidad de vida mujeres adultas mayores frágiles residentes en la ciudad de Santiago de Chile?

La presente pregunta tematiza la calidad de vida desde la mirada de las propias mujeres adultas mayores frágiles como una evaluación de las condiciones externas y de los diversos ámbitos a los que le otorgan relevancia en este ejercicio.

## **IV. Objetivos**

### **IV.1. Objetivo General**

Conocer los ámbitos que distinguen y los esquemas de observación<sup>1</sup> que utilizan las mujeres adultas mayores frágiles residentes en la ciudad de Santiago de Chile cuando observan su calidad de vida.

### **IV.2. Objetivos específicos**

1. Describir los ámbitos que relevan las mujeres adultas mayores frágiles de la ciudad de Santiago cuando observan su calidad de vida.
2. Determinar la importancia relativa que asignan a los distintos ámbitos de su calidad de vida las mujeres adultas mayores frágiles de la ciudad de Santiago.
3. Identificar la incidencia de la trayectoria de vida en la evaluación de la calidad de vida en este segmento de la población.
4. Delinear el imaginario de vejez al cual refieren sus observaciones y experiencias sobre la propia calidad de vida.

---

<sup>1</sup> Con esquemas de observación se alude a lo que Arnold (2006) llama esquemas de diferencias, esto es, aquello que resulta ser el medio con el que distinguen los simples observadores, u observadores de primer orden, cuando observan. La observación de observadores y de sus observaciones, que permite describir lo que observan, lo que no observan y cómo lo hacen, es decir, captar los esquemas de diferencias que aplican y sobre los cuales basan su construcción de realidad, se haría por medio de la observación de segundo orden, la cual es contingente, pues habrá tantas observaciones como observadores (Luhmann, 1991)

## **V. Marco teórico-conceptual**

### **V.1. Edad, Vejez y envejecimiento**

Si bien la vejez que viven los individuos, como el envejecimiento de las sociedades, al menos las occidentales, son hechos ambos inexorables, las Ciencias Sociales no han invertido energía suficiente en una generación contundente de teoría que sea capaz de abordar de forma satisfactoria el envejecimiento más allá de lo puramente descriptivo (Osorio, 2003), coexistiendo múltiples perspectivas que desde éstas pretenden abordarlo (Aranibar, 2001).

El envejecimiento ha sido trabajado desde la sociología como un fenómeno vinculado con la salida del mercado laboral, por lo que su conceptualización fue emparentada con el declive funcional y el vaciamiento de roles (Aranibar, 2001).

Durante los años cincuenta, el envejecimiento fue abordado desde un enfoque funcionalista como la pérdida de estatus laboral, de roles y funciones vinculado a la jubilación (Bury, 1996; Phillipson en Osorio, 2003). En tal sentido, la vejez aparecía como una etapa de pérdida y de preparación para la muerte. No obstante, la misma teoría valoraba positivamente tal retiro del mundo laboral para fines funcionales de la sociedad.

En los años setenta, la economía política de la vejez, enmarcada en lo que ha sido llamada la gerontología crítica, reanaliza el fenómeno de la jubilación, entendiendo la vejez como una construcción sociocultural que estará cruzada por el género, la etnia, la clase, etc., poniendo de manifiesto los factores estructurales que modelan la experiencia de la jubilación y de la vejez (Phillipson en Osorio, 2003). En este contexto Townsend (en Bury, 1996) argumenta que hay una construcción social de la dependencia, esto es, no es una característica de los individuos, sino que depende de las características de la estructura del sistema social, en definitiva del impacto de la división social del trabajo y del mercado laboral en los adultos mayores (Walker en Bury, 1996).

Dentro de la misma gerontología crítica, se desarrolló la gerontología humanista y la perspectiva biográfica, las cuales aportan a la comprensión de la experiencia de la vejez y el envejecimiento incluyéndola en el ciclo vital, lo cual contribuyó al debate sobre el carácter socialmente construido de la vejez (Osorio, 2003).

Como puede verse, varios han sido los enfoques desde los que se ha abordado la vejez en el mundo científico. Pérez (en Aranibar, 2001) los ordena según se orienten de manera central a la edad o al sistema social (o estructura). Ambos tipos de enfoques se complementarían, pues la edad funcionaría como categoría estratificadora y el sistema social como creador de la vejez. Entre los primeros está la teoría de la modernización, la perspectiva de las generaciones o cohortes y aquellos que utilizan el ciclo vital como eje explicativo. Por su parte, los enfoques que privilegian el criterio del sistema social, son los

que ven la vejez como subcultura, reflexionan sobre la adaptación –teoría del retraimiento, de la actividad y del vaciado de roles- y la gerontología crítica (Aranibar, 2001).

Ambas miradas se complementarían en la construcción del concepto de vejez, pues si bien habría distintas edades, las pautas de comportamiento y el significado atribuido a cada una de ellas constituiría aquello que es llamado vejez. El carácter de creada de la vejez, hace relevante la conceptualización que para aproximarse a ella se utilice, pues determinará en gran medida las dimensiones del significado de la vejez.

En la presente investigación se trabajará con un enfoque que se centra en la edad, que ha sido llamado paradigma del trayecto de vida, pues se ajusta al problema que aquí se aborda, en la medida que permite incluir las transiciones que las mujeres mayores vivieron en momentos y lugares determinados, y como esto tiene injerencia en la evaluación de la calidad de vida actual.

## **V.2. El paradigma del trayecto de vida**

Desde la perspectiva del paradigma del trayecto de la vida, la estructura de la sociedad se organiza según clases o estratos socioprofesionales, pero también según estatus de edad, vinculados a un modelo producido por la sociedad que ordena los trayectos de vida de las personas (Gastrón y Oddone, 2008). Este trayecto de vida estará impactado por la historia, pero a la vez se sustenta en modelos culturales, por lo que podrá sufrir modificaciones al verse transformados dichos modelos culturales.

Según Kohli (en Gastrón y Oddone, 2008), las sociedades modernas presentan una preeminencia de las nociones de autonomía y autodeterminación que significa una nueva concepción del trayecto de vida, en donde las personas realizan un ordenamiento reflexivo de su trayectoria vital, viviéndola como un proyecto, lo que el autor llama “temporalización”.

Este modelo emergió, una vez que la esperanza de vida instituyó a la vejez como una certeza -pues la mayoría podría vivirla- y que los Estados e instituciones económicas se transformaron de tal manera que las personas comenzaron a organizar su vida en torno al trabajo, lo que significó la división del trayecto de vida en tres etapas: formación, trabajo y retiro. Con esto no sólo se regula la vida de las personas, sino que también se la “cronologiza”, pues dicha regulación se basa en la edad cronológica.

El paradigma del trayecto de vida considera al desarrollo humano como un conjunto de procesos que transcurren a lo largo de toda la vida, habiendo pérdidas y ganancias que según argumenta Baltes (en Gastrón y Oddone, 2008) se van equilibrando continuamente.

Cada etapa del trayecto tiene una relativa duración temporal, cierta estabilidad de rasgos y muchos individuos tienen posibilidad de pasar por ésta. Cada etapa se asocia a un marco o modelo social y cultural y a ciertos imaginarios que van estructurando la existencia de todos quienes acceden a tal período de vida. Cuando se pasa de una etapa a otra es preciso realizar una serie de ajustes en la vida. Pero estas etapas no transcurren en un tiempo cualquiera, sino que están inscritas en la historia social y cultural en un lugar determinado.

Las transiciones son procesos de cambio individual por el que pasan las personas, las cuales pueden ser normativas, o críticas e incluso traumáticas. Las transiciones consideradas normativas, son aquellas que buena parte de la población experimenta. Dichas transiciones transcurren en contextos sociales, económicos y culturales predominantes en cada período, lo que influye sobre el momento y la forma que estas transiciones suceden, aunque no está exento de una negociación por parte de los individuos en función de sus necesidades y expectativas.

Así las condiciones históricas tienen un impacto directo en un momento determinado, pero también en la trayectoria de vida toda. Las transiciones, normativas o no, pueden constituirse en un “punto de cambio”, que es una transición que los individuos perciben y experimentan como un proceso, que continúa influenciando hechos posteriores durante la vida. Un punto de cambio es vivido como una alteración o corrección del transcurso de la vida que requiere que se tomen decisiones o se generen estrategias. Su duración va a depender de la situación, valores, expectativas e historia de cada individuo.

La observación de la calidad de vida en personas mayores, estará indefectiblemente impregnada de las improntas que las transiciones y puntos de cambio han dejado en sus vidas, lo que las hace ser quienes son. El tipo de transiciones vividas a su vez, estará estructurada por el modelo social y cultural en el que están inmersas, así como por los imaginarios sociales predominantes, entre los que encontramos las relaciones de género en las que fueron socializadas, las que, en el caso de las mujeres adultas mayores participantes en esta investigación, proporcionan un sentido particular a la situación y experiencias pasadas y actuales.

### **V.3. El significado de la edad**

Respondiendo a la necesidad de clarificación conceptual y a lo generalizado del uso del concepto de edad, las teorías sociológicas de la edad, han distinguido tres significados de ésta –edad cronológica, edad social y edad fisiológica- (Ginn y Arber, 1996).

**La edad cronológica** es la edad en años, que va acompañada de cambios de posición y de estatus de los sujetos en la sociedad. Del Valle (2002) le llama edad real. Que parte con la fecha de nacimiento y marca el comienzo y la finalización de situaciones a lo largo de la vida reguladas socialmente, tanto por el Estado como por el Mercado.

**La edad social** se construye socialmente y tiene relación con las actitudes y conductas consideradas adecuadas (lo que se conecta con el género), las percepciones subjetivas que se tiene en relación a la edad y la edad atribuida por los otros (Ginn y Arber, 1996). Del Valle (2002) entiende la **edad atribuida** como aquella que se nos asigna y que tiene como referencia la edad cronológica, así como algunas características específicas que definen las distintas edades. Las normas sociales que se definen en torno a la edad se sustentan en ideologías bastante resistentes al cambio y se imprimen en las trayectorias de vida de las personas de acuerdo al género, clase social, etnia, etc.

Del Valle (2002) también se refiere a la **edad sentida**, la cual entiende como la definición que las personas hacen de sí mismas y es básicamente la edad subjetiva, que está en directa relación con la situación de salud, el grado de autoestima, la capacidad de adaptarse a cambios, etc.

**La edad fisiológica** es la que se vincula a la pérdida de capacidad funcional y de reserva fisiológica. Pero dichos cambios fisiológicos no se dan uniformemente en las personas, sino que se distribuyen de forma diversa en función del lugar que ocupa en la estructura cada individuo, especialmente en lo que respecta al género y a la clase social (Ginn y Arber, 1996). El género en este caso, es fuente de desequilibrios importantes, si se tiene en cuenta el mayor número de mujeres que alcanzan una vejez avanzada. Las mujeres vivirán y sufrirán con más frecuencia que los hombres, las discapacidades funcionales que el envejecimiento fisiológico conlleva.

Para Del Valle (2002) los significados de la edad se relacionan entre sí con distintos grados de disonancia de acuerdo a las características y situación de las personas. Dicha relación se constituye en un eje de esta investigación, pues se ha trabajado con mujeres que difirieren en edades y en situación fisiológica, lo que pone de manifiesto la relación entre las diferentes formas de conceptualizar la edad, abriendo una grieta entre aquello que es esperable, lo que les sucede y cómo se sienten en relación a ello, en donde se pone en juego su evaluación sobre la calidad de vida.

#### **V.4. Género y Vejez**

El estudio de la vejez y el envejecimiento en muchas ocasiones adolece de un enfoque de género que permita adentrarse en las diferencias entre hombres y mujeres en este aspecto (Bury, 1996).

La categoría de género fue desarrollada en los países centrales a fines de los años sesenta y principios de los setenta y luego introducida en América Latina para referirse a la diferencia entre el sexo –asociado a lo natural y biológico- y género –que responde a un sistema cultural dado, en un momento y lugar determinado-, lo que para Oyarzún (2006) constituye el Sistema Sexo-género, entendido como “un conjunto de normas, valores y

representaciones que una sociedad construye a partir de la diferencia sexual anatómico-fisiológica y que da sentido y valor al deseo, a la procreación, a las relaciones sociales, laborales, eróticas y afectivas entre las personas”(p.11).

La categoría de género entonces, refiere a las construcciones socioculturales respecto de las diferencias sexuales, siendo los atributos considerados femeninos o masculinos variables según la sociedad y el tiempo del que se trate. Los individuos construyen permanentemente su identidad, dentro de la cual se ubica la identidad de género (Osorio y Sadler, 2005).

Las autoras describen para el concepto de género las características que se enumeran a continuación:

- Es relacional, es decir se construye como en un juego de espejos entre hombres y mujeres para identificarse y diferenciarse.
- Es variable de una cultura a otra y en tiempos diversos.
- Se define en la multiplicidad de elementos que constituyen la identidad del sujeto.
- Se vincula a la posición que los individuos tienen en el contexto en el cual viven.
- Tiene también un carácter subjetivo.

El análisis del vínculo entre las relaciones de género y la edad ha sido escaso, sin embargo hay bastante consenso en la idea de que las relaciones de género varían durante el curso de la vida (Ginn y Arber, 1996), pues como las mismas autoras sostienen, se trata de relaciones dinámicas, ya que las transiciones que se producen, lo considerado adecuado para cada edad y los cambios fisiológicos, tienen un papel fundamental en la interpretación de las funciones asignadas y en la identidad de género que se experimente.

Tanto la vejez como el género son constructos culturales y ambos se fundamentan en lo biológico, pero están definidos y normados culturalmente y cruzados por la experiencia subjetiva de cada individuo. Se trata de dos variables que no se suman, ni son independientes, y que al interactuar forman una nueva categoría con elementos de ambas, la que sin embargo no se reduce a ninguna de ellas (Osorio y Sadler, 2005).

Para Rodríguez (2002), el perfil sociológico de las mujeres mayores de 65 años de más de la mitad de las sociedades modernas, está marcado por el modelo patriarcal que ha tenido el sistema sexo-género, “que distribuye roles y determina emociones, percepciones e imágenes sociales congruentes con una posición diferenciada entre el mundo de lo privado-reproductivo (femenino) y el ámbito de lo público-productivo (masculino)” (p.89). Dicha distribución de roles a lo largo de la vida, estructura también las relaciones entre hombres y mujeres en su vejez.



Lo anterior ha significado la constitución de una identidad de género que se superpone y se imbrica con la identidad que se construye en torno a la edad.

La presente investigación parte del supuesto de que la calidad de vida es observada mediante una evaluación en función de la trayectoria de vida que se ha tenido, el momento biográfico en que las personas se encuentran, lo que estaría impactado en gran medida por el modelo de relaciones de género al cual responden, pues la identidad de género va modelando las trayectorias de vida y con ello el imaginario de lo esperable para las mujeres mayores.

## **V.5. El constructo Calidad de Vida**

La calidad de vida es un constructo que ha sido elaborado y formulado desde múltiples perspectivas y con diferentes fines (Amarantos, Martínez y Dwyer, 2001; Aranibar, 2001; Hidalgo, 2008; Menéndez, 2007; Rejeski y Shannon, 2001)

En un principio aparece de la mano de la economía como el mayor acceso a bienes. Luego se da a conocer en los discursos políticos como un bien público que es necesario asegurar a toda la población de un determinado país. Posteriormente comienza a utilizarse en el mundo biomédico para referirse a la calidad de la vida en oposición a la cantidad de vida en el caso de personas con enfermedades terminales (Hidalgo, 2008). Es en este contexto que el término se hace más popular.

El constructo calidad de vida se encuentra ampliamente representado en la literatura científica. Básicamente hay dos vertientes en el uso de este concepto, una que entiende la calidad de vida como una mixtura entre las percepciones subjetivas y características objetivas y la otra que la entiende como puramente subjetiva (George, 2006).

Aranibar (2001) considera que existen algunos consensos en relación a las conceptualizaciones que sobre la calidad de vida se han desarrollado. Según la autora el concepto de calidad de vida es específico y responde a los contextos de referencia de las personas o grupos humanos (edad, historia social y política, nivel socioeconómico, etc.). Se trata también de un concepto multidimensional, siendo necesario que en su operacionalización se incluyan aspectos subjetivos y aspectos externos a los individuos u objetivos. Pedrero (en Aranibar, 2004), en este sentido se refiere a que si se observa la calidad de vida como algo puramente subjetivo, se cae en la posibilidad de que alguien pudiera ser completamente feliz en medio de la pobreza y la ignorancia, por lo que para lograr hablar de calidad de vida desde el punto de vista subjetivo es necesario que las personas tengan cubiertas las necesidades mínimas, como alimentación, vivienda, servicios básicos, etc.

La observación de la calidad de vida de las mujeres adultas mayores frágiles estaría entonces sujeta, entre otras cosas, al momento de la vida en el cual se encuentran, a lo esperable en función de la edad, a la identidad de género a la que responden, a la situación económica que viven y a la fragilidad desarrollada.

El problema del concepto de calidad de vida como una relación entre las dimensiones subjetivas y objetivas es que además de resultar muy oneroso cualquier intento de abarcar ambas dimensiones, la investigación empírica ha demostrado que se generan muchos y variados desajustes entre las condiciones objetivas y la percepción de bienestar, como por ejemplo que personas que se encuentran en condiciones objetivas deficitarias reporten altos niveles de calidad de vida, y al contrario, personas con condiciones objetivas buenas reporten bajos niveles de bienestar (George, 2006).

Es muy interesante constatar que la definición de calidad de vida propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS): “la percepción de cada individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual vive y en relación a las metas, expectativas, estándares y preocupaciones que tiene”<sup>2</sup> (WHOQOL-BREF, 1996) se centra en los aspectos subjetivos de la calidad de vida. Otra particularidad que presenta es que entiende la calidad de vida como producto de una evaluación en la que se incluye el contexto en el cual se encuentra ubicado el individuo y sus valores, metas, estándares y expectativas.

Lawton por su parte se refiere a la calidad de vida como una evaluación multidimensional por medio de criterios personales y socionormativos, del sistema persona–entorno de un individuo. Cuando se habla de evaluación se da cuenta de los distintos grados en que alguna situación es deseable o indeseable en términos individuales (subjetivos) y socionormativos (objetivos). La evaluación se realiza incluyendo las experiencias pasadas como el marco dentro del cual se producen las apreciaciones sobre el presente y futuro. Las expectativas por su parte condicionarían el presente (Lawton en Barros, Avendaño y Forttes, 2004).

Para el caso de los adultos mayores Polaino-Lorente considera que la calidad de vida se vincula a factores sociales, económicos, culturales y psicológicos, pero que lo fundamental sería la capacidad de reponerse y afrontar los cambios más o menos duros, problemas o eventos que surgen, como por ejemplo, enfermedades nuevas. A esto lo llama sentido de coherencia (en Pedrero, 2001).

Fernández (1997) sostiene que, como la vida misma, la calidad de vida es multidimensional, siendo ésta su característica central. Para la autora, la conceptualización de la calidad de vida, debe incluir componentes subjetivos y objetivos. A la vez sostiene que las necesidades básicas humanas son bastante similares, razón por la cual no debería existir una máxima disparidad entre los componentes de la calidad de vida

---

<sup>2</sup> Traducción propia.

atribuidos por dos individuos diferentes y concluye que la conceptualización de la calidad de vida puede ser general, pero a la vez puede incluir la ponderación diferenciada de los distintos ámbitos según la situación o momento en la que se encuentren los individuos, lo que lo constituye en un concepto cuasi-ideográfico y a la vez nomotético con necesidad de dinamismo.

Tomando como punto de partida que la calidad de vida debe ser abordada desde una perspectiva que considere los aspectos subjetivos y objetivos (Aranibar, 2001), y sin desconocer la complejidad de este concepto, para la presente investigación se ha decidido apuntar a los aspectos subjetivos sin negar la importancia del contexto en el cual éstos se inscriben. En tal sentido, se entenderá la calidad de vida como un producto de la evaluación que realizan las personas en el que incluyen la observación de las condiciones externas en las que se encuentran (salud, económicas, familiares, residencia, etc.) y la satisfacción con tales condiciones. Dicha evaluación estaría hecha desde imaginarios sociales y esquemas vinculados a la situación o posición en la que se encuentran (género, nivel socioeconómico, edad, entre otros), los valores a los que responden en ese momento determinado, las expectativas que tienen, los estándares que manejan y la historia personal.

Es importante destacar que, si bien se apunta a los aspectos subjetivos, el hecho de que se trate de mujeres frágiles, siendo que la fragilidad en este caso se define externamente, permite incorporar algunos componentes objetivos o externos al análisis, lo que resulta enriquecedor

## **V.6. Imaginario social**

Si aceptamos que la realidad es socialmente construida, la vivencia de la edad, del envejecimiento y del género, y en este caso del envejecimiento femenino estará regulado por el orden social vigente en el cual las personas lo experimentan, que tiene también carácter de construido. Pintos (1994) sostiene que dicho orden social es construido mediante imaginarios sociales. “Los Imaginarios Sociales serían precisamente aquellas representaciones colectivas que rigen los sistemas de identificación y de integración social, y que hacen visible la invisibilidad social” (Pintos, 1994: S/P)

Para este autor el imaginario social tiene que ver con las visiones de mundo, siendo un mecanismo indirecto de reproducción social, generando efectos de identificación colectiva que dan lugar a la aparición de estereotipos que articulan sentido. Es también una forma de configurar lo social como realidad ante hombres y mujeres, lo que lo convierte en “una matriz de conexiones entre diferentes elementos de la experiencia de los individuos y las redes de ideas, imágenes, sentimientos, carencias y proyectos que están disponibles en un ámbito cultural determinado” (Ídem: S/P). La función primaria de los imaginarios sociales según esta perspectiva sería la elaboración y distribución generalizada de instrumentos de percepción de la realidad social construida como real y existente.

Por ello se ha de entender aquí que las observaciones realizadas por las mujeres adultas mayores participantes en la presente investigación estarán realizadas desde los instrumentos de percepción que constituyen los imaginarios sociales en el ámbito cultural determinado de Santiago de Chile.

Otro elemento importante a tener en cuenta es que los imaginarios pueden estar constituidos por estereotipos, en este caso, el de la mujer adulta mayor. Según Victoroff (en Torrejón, 2007) el estereotipo tiene un origen social, siendo una construcción que puede ser positiva o negativa. Su característica básica es que se dirige a cualidades o atributos supuestos de grupos o individuos que completan el conocimiento que se tiene de éstos cuando son parcialmente desconocidos o extraños. Éstos tienen la función de permitir establecer una opinión o comportamiento considerado correcto frente a lo desconocido. El estereotipo se aplica también a ciertas prácticas sociales constituyéndose en un elemento de identificación cultural, pues se los usa para identificar a los otros, pero a la vez los atributos y cualidades orientan los comportamientos de las personas que se identificarían con algún estereotipo.

Es posible afirmar que el sentido de la edad social (Ginn y Arber, 1996), estará construido sobre imaginarios que responden a estereotipos, lo que se conecta con sus expectativas y estándares, desde las cuales las mujeres adultas mayores frágiles observan y evalúan su propia calidad de vida.

## **VI. Metodología**

### **VI.1. Tipo de metodología**

La investigación aquí realizada es de tipo descriptiva. El diseño utilizado fue de tipo flexible, ya que si bien se planificó detalladamente cada paso de la investigación, se debieron realizar modificaciones en su transcurso debido a algunas situaciones no esperadas propias del trabajo de campo y a cambios que limitaron en algunos aspectos y ampliaron en otros, las posibilidades de la investigadora.

La metodología de obtención de información fue de tipo cualitativa, haciendo uso de técnicas acordes con ella.

### **VI.2. Técnicas de obtención de información**

Se utilizaron básicamente dos técnicas, la entrevista y el taller con expertos:

La entrevista fue aplicada en tres variables distintas: Entrevista semi-estructurada, entrevista en profundidad y entrevista a expertos.

Si bien se había planificado comenzar con entrevistas en profundidad y luego aplicar 2 entrevistas semi-estructuradas, se decidió utilizar 4 entrevistas semiestructuradas que habían sido ya realizadas en el marco del proyecto Domeyko Calidad de Vida y Adulto Mayor<sup>3</sup> en el que se encuadra esta tesis, de manera de acelerar la primera etapa. Posteriormente, se realizaron 6 entrevistas abiertas en profundidad, lo que respondió a la necesidad de efectuar cambios en la estrategia, en base a los resultados ya obtenidos en las primeras 4 entrevistas y a las sugerencias personales de Juan Luis Pintos.

### **VI.3. Estrategia metodológica**

La estrategia metodológica estuvo compuesta por cuatro etapas en las que se superpusieron técnicas de obtención de información con análisis e interpretación de la misma. En las dos primeras etapas se trabaja con las mujeres adultas mayores frágiles, mientras que en la tercera y cuarta se incluyó a los expertos. Por tal razón se presentará primero lo referido a las dos primeras etapas y a continuación se expondrá lo restante.

---

<sup>3</sup> Todas las entrevistas en profundidad de la investigación Domeyko fueron aplicadas por la propia investigadora.

En la primera etapa se seleccionaron 4 entrevistas semi-estructuradas realizadas a mujeres adultas mayores frágiles de la ciudad de Santiago en el marco del programa Domeyko Calidad de Vida y Adulto Mayor y se analizaron utilizando una unidad hermenéutica construida sobre la base de la revisión bibliográfica, incorporándose algunos códigos emergentes. En esta etapa se indagó sobre diferentes tópicos vinculados a la calidad de vida.

En la segunda etapa se llevaron a cabo 6 entrevistas abiertas en profundidad, un tipo de técnica basada en una conversación guiada que como señalan Delgado y Gutiérrez (1995), “pretende, a través de la recogida de un conjunto de saberes privados, la construcción del sentido social de la conducta individual o del grupo de referencia de ese individuo” (p.228). Con esta técnica se buscó conseguir información sobre los ámbitos que distinguen en la calidad de vida, la relevancia que cada uno de ellos tiene en comparación con los otros y las distinciones que utilizan al evaluar su propia calidad de vida, así como el papel de la historia personal. La diferencia de esta entrevista con la anterior reside en que no se indagó en ámbitos específicos, sino que más bien se evitó orientar en cualquier sentido las respuestas. La información producida fue analizada por codificación emergente. A la vez se profundizó y amplió el marco teórico conceptual en función de las necesidades que fueron presentándose durante el análisis. Sobre esta base se elaboró un primer informe con resultados para todos los objetivos.

Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas.

#### **VI.4. Universo y muestra**

Ya se ha presentado de manera preliminar el universo de estudio de esta investigación, no obstante es preciso definirlo más acuciosamente. El universo estuvo constituido por adultas mayores frágiles de la ciudad de Santiago de Chile que no se encontraran institucionalizadas<sup>4</sup>, y que no padecieran enfermedades mentales que resulten ser un impedimento para la aplicación de las técnicas.

Para ello se utilizaron los criterios de fragilidad antes expuestos y, siguiendo la misma estrategia definida para la investigación Domeyko, se decidió sondear la situación de las mujeres a entrevistar con quien proporcionaba el contacto.

##### **VI.4.1. Tipo de muestra**

La selección de informantes al interior del Universo antes definido obedeció a un muestreo estructural. El muestreo estructural busca realizar la representación de la diversidad de matices socioestructurales del objeto de estudio (Mejía, 2002). Para ello se

---

<sup>4</sup> Esto responde a un requerimiento del Proyecto Domeyko en el cual se inscribe esta investigación.

definieron criterios que permitieron recoger toda la diversidad de posibilidades de discursos asociados al tema en cuestión, sobre los cuales se seleccionaron a las personas que participaron en la aplicación de las técnicas.

#### **VI.4.2. Criterios muestrales**

Los criterios de selección fueron socioestructurales y han sido definidos por la investigadora en base a la revisión de antecedentes realizada. Además, durante el transcurso del trabajo de campo, fueron surgiendo una serie de criterios que permitieron asegurar una inclusión mayor de la diversidad. La cantidad (saturación) y calidad de la información fueron orientaciones también relevantes para la selección de quienes participaron de la obtención de información.

Los criterios muestrales iniciales elaborados en base a la revisión bibliográfica fueron:

- Edad: desde 60 hasta 80 años/mayor de 80 años. Este criterio responde a que conforme aumenta la edad las personas van perdiendo reserva fisiológica y sufriendo un declive funcional.
- Grado de dependencia: Dependiente<sup>5</sup>/no dependiente. El grado de dependencia da cuenta del nivel de declive funcional que las personas vivencian.
- Escolaridad. Siguiendo a Herrera *et al.* (2007) la escolaridad pretende dar cuenta, entre otras cosas del nivel socioeconómico.

A los criterios de estructuración de la muestra se agregaron otros en función de los elementos conceptuales que fueron emergiendo durante el trabajo de campo. Dichos criterios son el estar casada, y el haber sido dueña de casa, que funcionaron como pautas de inclusión de casos.

A pesar de que dos mujeres entrevistadas afirmaron haber sido sólo dueñas de casa, durante las entrevistas se constató que habían trabajado informalmente en algunas ocasiones, por lo que sólo se logró incluir a mujeres que eran dueñas de casa principalmente o la mayor parte de sus vidas.

#### **VI.4.3. Estrategia y tamaño muestral**

El muestreo fue por etapas y de tipo intencional, el cual no busco cumplir con los requisitos clásicos del azar y la representatividad utilizados en la metodología cuantitativa, sino que aseguró la ubicación de la investigadora en la mejor posición para la obtención de información relevante en la construcción conceptual y/o teórica (Ruiz O.,1999).

---

<sup>5</sup> Aquí se incluyen los tres tipos de dependencia definidos por el estudio Nacional de la Dependencia en las Personas mayores (2010), a saber: Dependencia severa, moderada y leve.

La estrategia muestral se desarrolló de tres maneras: por medio de la “bola de nieve”, en la que a partir de contactos personales se accedió a informantes que hicieron el contacto con el informante siguiente; por contactos con instituciones que trabajan con adultas mayores y por medio de investigadores que habían trabajado con mujeres adultas mayores.

Siguiendo dicha estrategia el tamaño de la muestra se definió por “saturación teórica”, es decir, se seleccionaron nuevos casos hasta que ya no se aportó información relevante.

En la tabla N° 3 presenta la estructuración de la muestra en base a los criterios expuestos.

Tabla N°3: Estructuración de la muestra

Nombre <sup>6</sup>	Edad	Factores de fragilidad <sup>7</sup>	Escolaridad	Dependiente/no dependiente	Vive con
Oriana	81	c, e, f, o	Universitaria completa	Dependiente severa	Hija y nietos
Felicia	88	e, m, o	Básica completa	Dependiente moderada	Hija y bisnietos
Laura	84	e, f, h y c	Básica completa	Autovalente	Marido, hijos, nietos
Elsa	82	c, a	Media Completa	Autovalente	Sola
Inés	82	c, e y f	Universitaria completa	Autovalente	Sola
Marisa	69	e, f, o.	Media completa	Dependiente severa	Hijo
Blanca	79	d, e, o	Media incompleta	Dependiente leve	Con hija y nietos
Marcela	79	a, h	Sin estudios	Autovalente	Sola
Claudia	68	a, d, h	Media completa	Autovalente	Sola
Natalia	72	a, f,	Universitaria Completa	Autovalente	Sola

Fuente: elaboración propia.

<sup>6</sup> Los nombres de las mujeres entrevistadas han sido cambiados para proteger su identidad.

<sup>7</sup> Las letras corresponden a factores de fragilidad según la siguiente lista: a) vivir solo, b) aislamiento social, c) tener una edad igual o superior a los 80 años, d) ingresos hospitalarios recientes, e) haber sufrido caídas frecuentes, f) practicar la polifarmacia (ingestión de más de 3 medicamentos, excluyéndose las vitaminas y sales minerales), g) los que no tienen amparo filial, h) los que poseen escasos recursos económicos, i) los que padecen una viudez reciente, j) los que no tuvieron hijos, k) aquellos que son solteros o divorciados, l) los que han tenido cambios frecuentes de domicilio, m) si padecen incontinencia urinaria o fecal, n) los que presentan comorbilidad (2 o más enfermedades crónicas), o) los que presentan dependencia en la realización de las actividades de la vida diaria básicas e instrumentadas (al menos en una) y p) los institucionalizados.



## **VI.5. Análisis de la información**

La información obtenida se sometió a un análisis de contenido con apoyo del software de análisis de datos cualitativos Atlasti 5.0. Este Programa permite la sistematización de grandes cantidades de información ya sea por codificación emergente o por codificación predefinida del material transcrito obtenido de las entrevistas. En este caso se utilizaron ambas estrategias.

Como se enunció antes, se ejecutaron varias etapas de análisis. La primera se efectuó en base a las 4 entrevistas semi-estructuradas con codificación en su mayoría predefinida, en base a la cual se definieron los pasos a seguir. En la segunda etapa, se codificaron y analizaron las siguientes 6 entrevistas. Los códigos fueron agrupados en familias en función de los objetivos específicos. Dichas familias sirvieron para filtrar aquellas citas que tenían alguna correspondencia con cada objetivo.

A continuación se trabajó con las citas y memos correspondientes a cada familia y por objetivos. Se elaboró un informe preliminar que fue discutido en la tercera etapa, en las entrevistas con expertos. Luego se acogieron las sugerencias para construir el informe que fue trabajado en el taller con expertos del equipo Domeyko, lo que sería la cuarta etapa, en base a lo cual se ha finalizado esta tesis.

Para el primer objetivo, simplemente se describieron cada uno de los ámbitos que eran relevados por los entrevistados.

El segundo objetivo se trabajó con la función de redes, importando inicialmente el nodo que aparecía como central en la argumentación presente en cada uno de los ámbitos, para luego importar los que concurrían y los memos attached a éstos. Una vez importados los nodos, se procedió a establecer las relaciones y a ordenarlos espacialmente.

Para el tercer objetivo se releó cada una de las entrevistas y se tomó nota de aquellos acontecimientos que eran relatados, referidos a la historia personal. En base a ello se construyeron las trayectorias teniendo en cuenta las transiciones y puntos de cambio enumerados. Con dicha información se procedió a sistematizar y agrupar los ámbitos a los que referían los hitos indicados para dar cuenta de cuales ámbitos de la historia personal tienen impronta en la evaluación de la calidad de vida.

Para el cuarto objetivo se trabajó con las apreciaciones de las mujeres entrevistadas sobre la vejez. Se construyó un listado de cualidades o atributos identificados por dichas mujeres, que fueron agrupadas en ejes temáticos, en base a los cuales se dio cuenta de cómo opera el imaginario de la vejez en las observaciones sobre la calidad de vida.

## **VI.6. Entrevistas y taller con expertos**

La incorporación en la tercera etapa de entrevistas a expertos se debió a la posibilidad proporcionada por la Universidad de Chile de realizar una estadía de investigación en el Programa Envejecimiento y Sociedad de FLACSO Argentina.

En este contexto se realizaron entrevistas a tres expertos, a quienes se les presentaron resultados elaborados en la etapa anterior. Con ellos se discutieron y validaron los resultados y las hipótesis, lo que significó un gran aporte en términos de la posibilidad de pulir y poner a prueba el trabajo intelectual que se estaba llevando adelante. Los expertos participantes fueron:

Liliana Gastrón, Socióloga, académica de la Universidad Nacional de Luján, Argentina, especialista en temas de vejez, género y representaciones sociales.

Leopoldo Salvarezza, Psiquiatra y Psicoanalista. Director de Postgrado en Gerontología, ex Profesor titular de la Cátedra de Psicología de la Tercera Edad y Vejez. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Especialista en temas de psicología de la tercera edad.

Maria Rosa Martínez, Antropóloga, Académica de la Universidad Nacional de la Plata, especialista en etnografía y formación de adultos mayores.

La última y cuarta etapa incluyó la realización de una reunión taller con expertos del equipo del Programa Domeyko Calidad de Vida y Adulto Mayor como forma de triangulación de las técnicas utilizadas y de los resultados de la investigación. En ella participaron:

- Daniel Bunout, Médico Geriatra, INTA, Director Programa Domeyko Calidad de Vida y Adulto Mayor.
- Sandra Hirsch, Médica Geriatra, INTA.
- Gradys Barrera, Enfermera, INTA.
- Marcela Jirón, Química farmacéutica, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas.
- Iris Espinoza, Odontóloga, Facultad de Odontología, Universidad de Chile.
- María José Torrejón, Antropóloga Social, Profesora MASS. Universidad de Chile.

Durante el taller se discutieron todos los resultados y se hicieron algunas observaciones vinculadas a los resultados y a la definición de la muestra.

Las entrevistas a expertos fueron registradas por medio de anotaciones realizadas por la misma investigadora y el taller con expertos fue grabado y transcrito.

### **VI.7. Confiabilidad y validez**

Por último, siguiendo a Arnold (1998) la confiabilidad de esta investigación esta dada por la transparencia en el cumplimiento de los cánones científicos vigentes y su validación se procuró por medio de la revisión de los resultados obtenidos en las entrevistas con expertos y en la reunión taller con el equipo del Programa Domeyko.

A la vez se resguardó mediante los tres criterios que Valles (2003) recomienda:

La credibilidad procurada por la triangulación de las técnicas y la revisión de expertos en entrevistas y taller.

La transferibilidad lograda por medio de la transparencia en los criterios de muestreo y en el número de personas participantes.

La dependibilidad, asegurada mediante la transparencia en el trabajo intelectual que se ha seguido, lo que se respalda en la inclusión de los instrumentos y explicitación de pasos dados.

### **VI.8. Aspectos éticos**

A cada una de las mujeres que participaron de esta investigación se le informó sobre los objetivos de ella y sobre el carácter de la técnica que se le aplicaría, pidiendo el consentimiento para grabar y transcribir las entrevistas.

En segundo lugar, se ha resguardado la identidad de las mujeres participantes cambiando sus nombres, los que sólo mantienen la letra inicial.

## **VII. Los temas de la calidad de vida desde las propias mujeres adultas mayores frágiles**

La calidad de vida es un concepto muy amplio y dificultoso de medir o tratar. Esto se debe a la gran cantidad de factores que intervienen a la hora de evaluarla. Fernández (1997) sostiene que la calidad de vida tiene como característica central la multidimensionalidad.

Se ha hecho presente la discusión que existe en relación a la conceptualización de la calidad de vida, en donde hay quienes privilegian el componente objetivo, desestimando el subjetivo y por el contrario, consideran más importante el subjetivo, relegando el objetivo a un segundo plano. A la vez esta discusión refiere al carácter nomotético o ideográfico de este concepto. Con nomotético se alude a un concepto común para todos los individuos y con ideográfico a la idea de que es el sujeto de la propia vida quien debe definirlo (Aranibar, 2001 y Fernández, 1997).

Fernández (1997) sostiene también que las necesidades básicas humanas son relativamente similares, por lo que no habría una heterogeneidad máxima entre las dimensiones y/o componentes de la calidad de vida que resultan relevantes para dos individuos diferentes. La autora concluye que tanto las condiciones subjetivas como las objetivas son ineludibles y que la conceptualización de la calidad de vida puede ser general, pero a la vez puede incluir las valoraciones diferenciadas de los distintos componentes o dimensiones según el momento en el que se encuentren los individuos, siendo por ello un concepto cuasi-ideográfico y dinámico.

Como ya se expuso, la observación de la calidad de vida de las mujeres adultas mayores frágiles aquí entrevistadas se realiza por medio de una operación de evaluación de las condiciones externas –en las que se incluyen la situación de salud, familiar, de pareja, de vivienda, económica, entre otras- y la satisfacción personal que experimentan en relación a dichas condiciones, ponderada por la situación o posición en la que se encuentran, los valores a los que responden en ese momento determinado, los estándares que manejan y la historia personal.

Cuando las mujeres mayores aquí entrevistadas observan su calidad de vida evalúan varios ámbitos de su vida. A continuación presentaremos cada uno de ellos dando cuenta del tipo de evaluación que se realiza.

### **VII.1. La salud en la evaluación de la calidad de vida**

Cuando las mujeres participantes de esta investigación indicaban la salud lo hacían entendiéndola como una condición necesaria para estar vivas y para vivir medianamente bien, viéndola en términos ideales, como aquello que se puede perder al vivir

enfermedades dolorosas y sufrientes, que afecten la autovalencia y autonomía y que signifiquen la muerte; y en términos concretos, como lo ya perdido, con un papel fundamental, entre quienes se encontraban en una situación de salud poco auspiciosa.

La salud siempre era distinguida como ámbito relevante. No obstante, la importancia que se le otorgaba, así como la frecuencia con la que era nombrada, tenía relación con si la salud era un ámbito que había generado cambios importantes en la vida cotidiana, vinculados a la autovalencia, a la sensación de proximidad de la muerte o al sentimiento de fragilidad.

La importancia dada a la salud en la evaluación de la calidad de vida se condice con el desarrollo de enfermedades que se han experimentado. Los puntos de quiebre son si dicha enfermedad afecta o no la autonomía y/o autovalencia, y si la enfermedad desencadenará irremediablemente la muerte de quien la padece en un tiempo relativamente determinado y no muy lejano.

Quienes no padecen enfermedades o padecen enfermedades de tipo crónicas que no comprometen la autovalencia y autonomía, si bien entienden que estar sanas es relevante, la salud no aparece como tema central o lugar de satisfacción por excelencia, como lo muestra la cita que sigue:

*“Pero una vez que me hicieron el cambio de válvulas y tuve que empezar a tomar anticoagulantes, eso me causó una sensación de fragilidad muy grande porque tuve un episodio de... un accidente vascular cerebral. Y estuve hospitalizada. Entonces ahí, eso fue difícil, digamos, porque no se sabía cómo detenerlo y las consecuencias que iba a tener. Pero, tuve mucha suerte. Los médicos dicen casi milagrosa, porque se detuvo sola la hemorragia interna y no me dejó secuelas. Y después he tenido unos pequeños accidentes cerebrales que no han dejado secuelas, pero, en el mismo momento del accidente cerebral tenía unos síntomas de parálisis, entonces eso digamos, también aumentó la sensación de fragilidad, porque en cualquier momento pueden ocurrir. Entonces tengo mucha conciencia que cada minuto que vivo, es maravilloso. Y soy optimista con respecto a eso y estoy contenta con poder vivir mientras viva” (Natalia, autovalente, 72 años).*

La antropología del cuerpo desarrollada por Le Breton (1995), argumenta que el cuerpo es socializado por medio de rutinas y rituales que llevan a un uso ordenado de éste. Dicho uso ordenado provoca un monismo, tal que el cuerpo es habitado de forma que resulta imposible diferenciarlo, invisibilizándolo, y que la conciencia de éste, tiene lugar en momentos en donde los individuos viven tensiones como dolor o cambios físicos, provocando un sentimiento de dualidad.

Si analizamos la forma de enfrentar la propia salud, en el entendido que el imaginario popular asociado a la salud dice relación con la salud física, la experiencia de las mujeres adultas mayores frágiles entrevistadas en este ámbito, se vincula con la aparición de problemas concretos de salud que generan incomodidad.

En concordancia con lo planteado por Le Breton (1995), la falta de salud ocupa lugares más centrales cuando significa pérdida de autovalencia y autonomía y cuando la muerte resulta inminente, es decir, cuando emerge la incomodidad.

*“Yo no soy feliz por el asunto de mi enfermedad, sufro mucho por mi enfermedad. Soy operada de los dos pulmones; ahora me encontraron un quiste y tengo un enfisema pulmonar, ya paso a hemorragia, entonces todo eso pienso que no soy feliz porque yo digo, como me dijo el doctor, yo soy como una velita, mientras esta prendida estoy viviendo y se apaga voy a apagarme, esa es mi vida” (Claudia, autovalente, 68 años).*

Otro punto relevante en relación al impacto que una buena o mala salud tiene sobre estas mujeres se vincula a la diferencia existente en la experiencia de la enfermedad según los recursos que se posean. Esto es, el nivel socioeconómico marcaría las posibilidades de llevar una vida más satisfactoria y/o autónoma en quienes padecen alguna dolencia.

En contraste con el nivel socioeconómico, la edad no marca diferencias importantes en la manera de experimentar las situaciones de enfermedad, lo que podría atribuirse a que se trata de una muestra de mujeres donde se buscó que en su mayoría presentaran problemas de salud. En tal sentido suponemos que la edad puede significar en términos demográficos, mayor cantidad de personas padeciendo mayor cantidad y más graves enfermedades, pero no necesariamente tiene un correlato en la manera en que la enfermedad será vivida.

## **VII.2. Situación económica como factor de la calidad de vida**

De forma unánime, quienes participaron de esta investigación consideran que la situación económica es de mucha importancia. Quienes tienen una mejor situación reconocen que el confort y las facilidades económicas que poseen son cruciales para la calidad de vida que tienen y que de no contar con dichos recursos su situación se vería seriamente afectada.

*“...cuando todas las condiciones de vida, tanto las corporales -que en esta edad es esencial- eh, y las materiales, son más o menos normales digamos, la vida se puede desarrollar bien, y la calidad de vida es buena. Cuando una de estas dos, por ejemplo ahora pasé por un periodo largo en que no tenía trabajo y mis ingresos eran insuficientes, y mi hijo me tenía que ayudar, estaba angustiada porque no sabía si iba a conseguir o no un trabajo, era muy poco probable conseguir un trabajo a los setenta años, estaba angustiada, estaba preocupada, y fui disminuyendo, recortando aquí, recortando allá, todo, todo lo que podía, y estaba contemplando inclusive, que por ahí me iba a tener que ir a vivir con otra persona, porque no iba a poder sostener mi vida independiente sola, porque no tenía los recursos. Ahora en este momento estoy pudiendo, pero eso es frágil también en mi vida, hasta cuándo voy a poder trabajar, hasta cuándo voy a poder tener*

*ingresos, hasta cuándo me va a poder ayudar realmente mi hijo a sostener eso, y todo esto digamos, es frágil” (Claudia, autovalente, 68 años).*

Quienes están en una situación menos cómoda, consideran que una mejora en este aspecto tendría un gran impacto en su calidad de vida.

*“En este momento la situación económica. Porque si tuviéramos otra casa con más comodidad, sería distinto: cada niño tendría su dormitorio, su closet separado. Al menos a eso llamo calidad de vida.” (Felicía, dependiente moderada, 88 años).*

Quienes son dependientes hacen referencia permanentemente a la situación económica en un sentido negativo, haciendo alusión a la ausencia de recursos suficientes para llevar una vida más satisfactoria, tanto ellas como sus familias. Dichos recursos serían utilizados en cuestiones como el pago de una persona para cuidado, limpieza y acompañamiento, para mejoras en la vivienda, para salidas, para transporte, para ayudar a familiares, etc.

*“La persona que tiene todas sus necesidades cubiertas, incluso en la enfermedad, puede llevar muy bien la enfermedad porque tiene todos los recursos, eso encuentro calidad de vida (...) Contrato un auto que me lleve para allá y para acá. Tendría plata para mantener mi casa, pagaría una señora medio día para que mi hijo el día sábado no estuviera lavando, planchando, porque el sábado tiene que ir a la feria... (Marisa, dependiente severa, 69 años).*

Podría decirse también, que en algunos casos la dependencia física y/o emocional y/o psicológica se ve exacerbada cuando la falta de recursos obliga a las personas a trasladarse a vivir con los hijos o hijas. Es decir, mujeres que tienen una reserva fisiológica similar, presentan diferentes grados de dependencia, lo que podría asociarse a la pérdida de autonomía derivada del abandono del propio hogar para trasladarse al hogar de un hijo o hija. Quienes a pesar de tener problemas de salud que implicarían cierto grado de dependencia parecieran tener un mejor pronóstico, son quienes pueden seguir viviendo en su propio hogar, pagando servicio doméstico, cuidado y transporte, y a la vez manteniendo contacto con hijos/as. Esto contradeciría un mito clásico sobre la vejez, según el cual, las y los viejos están mejor cuando viven con sus hijos/as. Pareciera entonces que las mujeres adultas mayores frágiles, se sienten más satisfechas cuando logran seguir manteniendo su vivienda y vínculos cercanos con las y los hijos, sin convivencia.

La situación económica, entendida como la posibilidad de tener un estilo de vida satisfactorio- sería un elemento fundamental en la evaluación de la calidad. Se torna más evidente su relevancia entre quienes necesitan de forma concreta o potencial recursos para solucionar problemas de salud o mantener cierta autonomía.

### VII.3. Autonomía y autovalencia como eje de los discursos

La autonomía se vislumbra como un eje central en las observaciones y evaluaciones de la calidad de vida de las mujeres aquí entrevistadas. La autonomía y autovalencia funcionan como atractores de los discursos vinculados a la calidad de vida.

La autonomía de la que hablan las mujeres aquí participantes puede ser leída de dos maneras, a saber: la que se adquiere una vez que ya no se cuida de nadie, ni de los hijos, ni de la pareja, ni de un familiar, lo que resulta ser un cambio muy importante para la calidad de vida de estas mujeres. Y la otra, que tiene que ver con la posibilidad de poder valerse por sí mismas, de poder realizar las actividades cotidianas, de recreación, etc., sin necesidad de ayuda, lo que en se ha estado llamando autovalencia.

*“...cuando tú tienes a los chiquillos todo es para ellos ¿ ve?. Que la situación no es la misma que tengo ahora, porque tuvimos 4 hijos y en la universidad, entonces la gran postergación ¿de quién crees que fue? la mamá pos...” (Elsa, autovalente, 82 años).*

En la mayoría de estas mujeres pesa una historia de postergación en beneficio de otros, lo que muy pocas veces es reconocido por ellas como un costo en sus vidas, más no como algo que desearían no haber realizado, lo que pone de manifiesto los imaginarios que en torno a división sexual del trabajo se han configurado, orientados por la ideología de género dominante.

La tematización de la valoración que adquiere la autonomía en mujeres nos coloca también frente a la división sexual del trabajo en la que fueron y son socializadas. En la experiencia de las mujeres aquí entrevistadas hallamos situaciones producto de un sistema sexo-género que según Rodríguez (2002) está marcado por un modelo patriarcal, en el que las mujeres estarían a cargo de lo privado-reproductivo, entre lo cual se encuentra el cuidado de los otros. Los dos aspectos de la autonomía que constituyen una fuente de satisfacción y dan lugar a una evaluación positiva de la calidad de vida están en esta línea. Se trata entonces de la satisfacción por poder seguir siendo autosuficiente, sin necesidad de que otros deban prestarle cuidados y a la vez el haber cumplido satisfactoriamente con las labores de cuidado y las renunciadas necesarias como para poder disfrutar de la autonomía merecida. Si bien en esto último podría esbozarse una crítica a dicho tipo de división, ésta no se hace presente entre las entrevistadas. Es decir, se produce una suerte de naturalización de las desigualdades de género, en el que las renunciadas son vividas como propias del rol que les ha tocado cumplir a lo largo de sus vidas.

Quienes se consideran autónomas, entienden que lo más relevante para la calidad de vida es la autovalencia, la independencia y la libertad de acción, lo que como se ve, incluye ambos aspectos de la autonomía.



*“Calidad de vida, como te decía, la primera condición para mí es la autonomía, la no dependencia. Porque ahí puedo desarrollar plenamente todo lo que yo siento que quiero hacer, entonces, eso me da calidad de vida” (Claudia, autovalente, 68 años).*

Cuando la autonomía en términos de la autovalencia se pierde, hay diversas maneras de enfrentarlo. En algunos casos constituye una situación difícil de sobrellevar y/o de sobreponerse a ella. En otros, a pesar de que se vive como irreparable, se comienzan a privilegiar otros ámbitos de la vida, a poner la vista en otras cosas, como por ejemplo, la familia, los recursos económicos, la salud, entre otras.

*“...antes yo pescaba mi auto y partía allá donde yo quisiera, como yo quisiera...” (Oriana, dependiente severa, 81 años).*

Así, la autonomía y la autovalencia parecieran ser los valores o atributos fundamentales de una vida con calidad o de una calidad de vida buena.

#### **VII.4. Familia, pareja e hijos/as**

Si bien la familia podría estar constituida entre otras cosas por la ascendencia, la descendencia y la pareja, por razones analíticas y porque así lo hicieron las mujeres aquí entrevistadas, se separará la pareja de la familia e hijos.

##### **VII.4.1. La pareja**

Del total de mujeres entrevistadas sólo una tenía pareja (a la que ella prestaba cuidados), las demás eran viudas o separadas.

El vivir con pareja, al menos en el caso aquí incluido, se vincula a una sobrecarga producto del cuidado que este marido requiere de ella.

Quienes son viudas, guardan en su memoria los últimos momentos vividos en pareja, en los que debieron prestar cuidado a sus maridos, en algunas ocasiones por más de diecisiete años. La transición que significó el advenimiento de la enfermedad del cónyuge, trajo consigo desmejoras, en algunos casos sustantivas, de la calidad de vida propia, derivada del cuidado que debió prestarse a la pareja y de las nuevas responsabilidades que ha debido asumir al encontrarse solas frente a la familia e hijos.

A su vez, es destacable que las separaciones parecieran contribuir a una mejora de la calidad vida, siempre que hubiere relaciones marcadas por el sufrimiento y el maltrato. Cuando la relación de pareja no estuvo marcada por la violencia, la separación pudo no haber implicado transformaciones importantes o significar desmejora de la calidad de vida vinculada a duelos personales, que luego fueron superados.

En la mayoría de los casos, se trata de mujeres que, al menos actualmente, no centran su vida en la pareja y que no han recibido cuidado de ellas, si no más bien lo contrario. Por ello, la pareja puede aparecer en muchos casos como un elemento que no aporta positivamente a la calidad de vida de estas mujeres.

*“Mal, pésimamente mal, fue horrible, sabes lo que es tener gente aquí todo el día. Día y noche, tuve que tener yo, hace 5 años que no dormía en la noche. Cuando se enfermo recién, ahí a mí se me murió el mundo, pensé que mi vida se había acabado, porque de la noche a la mañana tu vives con una persona con que te llevas bien, que es tu compañero y no habla nunca más, es como si estuvieras con otra persona. Porque a él le cambio le carácter, también se ponía mañoso, porque no se podía hacer entender y todas esas cosas. Pero de a poquitito me fui resignando. Fíjate que yo no podía ver un matrimonio en la calle, me daba una pena me ponía a llorar cuando veía matrimonios en la calle. Llore mucho, yo no tenía ni una cana sabes tú y en un año me llene de tanto llorar, me llene de canas, yo tengo fotos de antes y después, cuando enfermó mi marido. Nada que ver mi cara, increíble, y después, eso de desear que Dios se lo lleve, después porque dime tú verlo sufrir. Y quedo convertido en una plantita...” (Elsa, autovalente, 82 años)..*

#### **VII.4.2. Familia e hijos**

Las mujeres aquí entrevistadas mantienen relación con todo tipo de familiares, pero con los hijos e hijas mantienen la relación más cercana.

La familia, léase, las y los hermanos, cuñados, sobrinos, etc. están presentes en la vida de éstas mujeres pero de manera más secundaria, lo que para Gastrón<sup>8</sup> se vincula al envejecimiento y muerte que en paralelo van teniendo los otros cercanos, lo que significa una verticalización de los vínculos cada vez mayor, conforme transcurre el tiempo y un acrecentamiento de la importancia de la relación con los hijos e hijas.

La relación con los hijos/as tiene características diferentes según se viva o no con ellos/as. Frecuentemente se sienten satisfechas por lo que ellas lograron durante sus vidas en relación a sus hijos/as -muchas veces solas- y lo que los propios hijos e hijas han logrado en sus vidas, ya sea logros profesionales, familiares, etc.

*“...unos 4 hijos pero maravillosos, je, je... yo estoy chocha con mis hijos, pero es que ellos también son muy buenos conmigo, muy cariñosos. Como las amigas que tengo me dicen, bueno pero si estas cosechando lo que sembraste, porque yo me preocupe tanto de la educación, yo quería que mis 4 hijos fueran profesionales, y ¡se exigía!, un día -no se pueden juntar mucho, porque uno esta en Brasil otra esta en EE.UU.- un día almorzamos juntos los 5 después de mucho tiempo, y uno me decía, “mamá, tú que fuiste exigente con*

---

<sup>8</sup> Entrevista personal realizada el 9 de Febrero de 2010 en la Universidad Nacional de Luján, Argentina.

*nosotros cuando estudiamos” y yo le digo sí, claro que sí, y reconozco que fui exigente, pero si no, tú no estarías de gerente general en Sao Paulo en una empresa Norteamericana” (Inés, autovalente, 82 años).*

Quienes viven con sus hijos o hijas, cuando están al cuidado de éstos debido a una situación de dependencia, se muestran muy agradecidas. El hecho de recibir cuidados de los hijos o hijas genera un tipo de relación que a veces se vuelve tan cercana que ocasiona proyecciones de todo tipo, viviendo estas mujeres en carne propia aquello que a éstos les pasa y viceversa. Estas mujeres sienten una suerte de deuda con este hijo o hija a cargo, por lo que intentan generar estrategias para retribuir en alguna medida aquello que se les entrega, tanto en la actualidad como después de la propia muerte –por ejemplo dejando todo listo, documentos, pertenencias, etc.-. Cuando tal cosa no es posible, intentan no significar mucho trabajo, lo que se traduce en menor participación en los espacios domésticos y retraimiento.

*“...yo era muy sociable, entonces me he retirado de muchas cosas. Ya no voy a los matrimonios de los hijos de los hermanos. Tía no va venir, venga, no m’hijito para mí es incomodo y para ustedes yo soy un cacho. Me quedo en mi casa nomás” (Oriana, dependiente severa, 81 años).*

En la presente investigación solo se entrevistó a una mujer que siendo autovalente vivía con dos hijos adultos (a punto de ser adultos mayores) y con su marido dependiente, todos al cuidado de ella. Esta mujer expresó estar muy cansada y sentirse sobre cargada por tal situación.

Cuando no se vive con los hijos o hijas la relación es presentada como enriquecedora y muy relevante para la vida cotidiana. Se generan vínculos en los que las mujeres aquí entrevistadas se sienten apreciadas y plenas. Cuando tal vínculo no logra afianzarse resulta ser muy angustiante.

*“Buena, buena, siempre me vienen a ver, siempre están preocupados de mí, me llaman por teléfono, me llaman en la noche, anoche me llamó mi hijo...” (Marcela, autovalente, 79 años).*

En los casos aquí trabajados, cuando sobrevienen situaciones de dependencia, se opta en la mayoría de los casos, porque los hijos se hagan cargo del cuidado de sus madres, aunando el lugar de residencia, lo que como se expresó antes genera situaciones que podrían profundizar tal dependencia.

Quienes no comparten su residencia con los hijos o hijas, suelen estar más satisfechas con la relación que con ellos establecen, pues se trataría de una relación desembarazada de la carga que significa el cuidado mutuo, sobre todo el cuidado de la adulta mayor.

En definitiva, la relación con la familia es muy relevante y en la mayoría de los casos dicha relación progresivamente se va reduciendo a la relación con hijos/as y nietos/as por la verticalización de la que antes se hablaba. Las hijas o hijos, haya o no co residencia, se constituyen en pilares afectivos y en memoria viviente de los logros obtenidos a lo largo de la vida. Las mujeres aquí entrevistadas sienten ciertos deberes para con ellos/as y a la inversa entienden que debieran ser sujeto de ciertas atenciones de sus hijas/os. Este equilibrio se ve amenazado cuando hay co residencia, pues en tal ámbito se dan situaciones de cuidado en el que uno de los miembros de la díada se ve sobrecargado, lo que genera en las mujeres mayores aquí participantes, culpa en el caso de ser ellas las tributarias del cuidado y cansancio en caso de ser quienes propinan dicho cuidado, lo que ambos casos afecta la calidad de vida. Cuando no hay co residencia la relación con los hijos o hijas es presentada como muy relevante, y se espera de ellos/as ciertas atenciones y preocupación, lo que cuando no sucede es sentido como una falta de amor o consideración por parte de los hijos e hijas.

#### **VII.5. Actitud frente a la vida**

Para las mujeres aquí entrevistadas, cuando de su propia calidad de vida se trata, destacan que la actitud condiciona la manera en que se enfrentan y enfrentarán a los cambios actuales y los que les depara el futuro. Esta afirmación coincide con lo planteado por Polaino-Lorente (En Pedrero, 2001) según quien el sentido de coherencia es fundamental en las personas mayores cuando se enfrentan a transformaciones relevantes en su vida.

Esto se aplica sobre todo a la manera en que afrontan las dolencias o padecimientos producto de enfermedades o las pérdidas que han ido sufriendo.

Detrás de la valoración de la actitud se encuentra una suerte de certeza de que el futuro les depara situaciones poco felices o insatisfactorias, pérdidas de todo tipo, reducción de su autonomía, entre otros. En tal sentido podría suponerse que lo que estas mujeres están valorando es la capacidad de adaptación en la vejez.

Alonso *et al.* (2007) afirman que el proceso de envejecimiento humano individual es resultado de dos tipos de envejecimiento: el primario y el secundario. El primario es el conjunto de cambios que van sufriendo con el paso del tiempo los miembros de una especie y que no están vinculados con la presencia de enfermedad, lo que estaría detrás del llamado “envejecimiento exitoso”. El secundario es el que ocurriría en los seres vivos sometidos a fenómenos aleatorios y selectivos que se producen durante la vida y que interaccionan con el envejecimiento primario, un ejemplo de ello son las enfermedades crónicas. La característica fundamental en ambos es la pérdida de reserva funcional, lo que significa una menor capacidad de respuesta ante agresiones externas y disminuida eficacia para mantener el medio interno.

Es decir, la actitud que se tiene ante la inminencia de la vejez, resulta ser relevante en la observación que se hace de la calidad de vida.

*“Dicen que yo los voy a echar a todos al cajón (...) dicen que soy enferma positiva, soy animosa” (Marisa, dependiente severa, 69 años).*

## **VII.6. Relaciones sociales: amigos/as y vecinos/as**

La cercanía y el tipo de relaciones que se establece con las amistades o vecinos/as son diferentes según la clase social a la que se pertenezca. Entre las mujeres profesionales y de clase alta, las amistades cumplen un papel primordial, siendo fuente importante de satisfacción. Quienes son autovalentes reportan realizar actividades, en su mayoría recreativas, en compañía de amistades. Aquellas mujeres que son dependientes, en muchos casos han perdido contacto con amistades, por razones diversas que pueden ser vinculadas a problemas de movilidad, falta de recursos, muerte o enfermedad de las amistades. Dicha pérdida de contactos y relaciones amistosas es señalada durante las entrevistas, lo que denota la relevancia que posee para estas mujeres. En ese caso los vecinos y vecinas cobran importancia como red de apoyo.

*“No. Dejé de trabajar y se me perdieron todas los amigos. Iba al centro de madre donde se educó mi hijo y resulta que ahí lo pasaba súper bien, hacíamos cosas maravillosas porque tenía facilidad manual, pero ahora no puedo ni quiero tampoco. Ahí tenía hartas amigas, después una queda sola, se pierde, ni por teléfono. La otra vez me encontré una ...ooh Teresita, que aquí, que acá!; me pidió el teléfono y hasta ahora estoy esperando la llamada (Marisa, dependiente severa, 69 años).*

En las mujeres de nivel socioeconómico bajo las amistades no resultan ser tan relevantes a la hora de referirse a su calidad de vida. En algunos casos ni siquiera se las nombra y en otros, sólo se hace alusión a los vecinos y vecinas como cercanos, más nunca como amigos o amigas.

*“... siempre, toda la vida fui apática y cuando vivía con mi marido fui igual (...). Lo que pasa es que a nosotras no nos daban esa libertad de tener amistades, juntarse con los demás, porque en el colegio era igual, apática; ahí en el colegio todo lo que sea, pero para la casa, no invitaba ninguna compañera a la casa” (Claudia, autovalente, 68 años).*

La edad no es un marcador significativo de diferencias en la valoración de este ámbito, pues aparecen como más relevantes la situación socioeconómica y la autovalencia-autonomía como elementos de primer nivel en la continuidad y/o establecimientos de relaciones amistosas. Sin embargo, la edad puede resultar relevante cuando se pone de relieve la pérdida de relaciones debido a la muerte de los pares, lo que sucedería en menor medida en las mujeres que son más jóvenes.

Otro punto a indagar son las relaciones de género que podrían tener injerencia si tenemos en cuenta que hay y hubo prescripciones con respecto a lo que debe ser el comportamiento de las mujeres, durante todas las etapas de su vida, que pudieran estar operando. En función de la situación de cada una de las entrevistadas, nos encontramos que quienes son de nivel socioeconómico bajo, no privilegian los vínculos amistosos frente a otro tipo de vínculos, como son el marido o los hijos. Esto podría tener relación con el mandato de género según el cual las mujeres deben estar atentas al cuidado de su familia (Vega, 2009). Esto no resulta de la misma forma en mujeres de nivel socioeconómico alto, entre las cuales el establecimiento de relaciones sociales es bien valorado y necesario si se quiere asegurar el acceso de ellas y la familia a distintos ámbitos, por lo que entra dentro de las responsabilidades femeninas construir y mantener redes sociales para el buen posicionamiento de su familia. Las mujeres que podrían ser ubicadas en la clase media y media alta, que son dependientes, son quienes más sufren la pérdida o debilitamiento de las redes sociales. Esto se condice con lo trabajado por las teorías de género según la cual dichas categorías no son homogéneas, sino que más bien habría diferencias considerables en la construcción de la identidad y relaciones de género cuando se pone el foco en la clase social.

Las relaciones de amistad tendrían importancia diferencial según el nivel socioeconómico al que pertenecen. Éstas se mantendrían siempre que la situación de salud y la autonomía lo permitiera, en las mujeres de nivel socioeconómico alto y/o medio. Entre mujeres de nivel socioeconómico medio-bajo y bajo, las amistades no son valoradas de igual manera y las y los vecinos adquieren relevancia como red de apoyo ante situaciones adversas como enfermedades.

### **VII.7. El barrio, la comuna, la ciudad: apreciaciones del espacio y la infraestructura**

El lugar en donde se vive es experimentado de manera diversa según nivel socioeconómico, pues las comunas de residencia ofrecen muy diferente infraestructura, seguridad, servicios, etc.

Las mujeres que viven en comunas de nivel socioeconómico medio bajo y bajo se refieren al entorno como no muy saludable, lo que asocian sobre todo a la inseguridad y al paisaje urbano en que se mueven.

*“Lo negativo, lo que yo hallo ahora, es que le han dado mucho auge a la delincuencia. Antes no se veía tanta delincuencia, tal vez porque habían menos habitantes también pos, habían menos necesidades, ahora más gente quiere tener toda la tecnología, todo lo último que sale, y más que eso, yo creo que es la droga...” (Laura, autovalente, 84 años).*

Otro punto que incluyen en su evaluación es el estado de la infraestructura, la escasa conectividad con otros lugares, los pocos servicios que tienen. Los servicios, sobre todo la atención de salud, se constituyen en perfiles visibles y concretos desde donde evaluar las comodidades del barrio o comuna en que habitan.

La atención de salud resulta ser un ámbito de importancia entre mujeres dependientes, pues en muchos casos es a través de este servicio que se establecen más relaciones con el entorno. En él, las prestaciones son bastante bien evaluadas, pero hay una serie de críticas que se formulan, casi todas sobre el trato que reciben en los servicios de atención.

Es importante destacar que la manera en que son tratadas en este entorno, condiciona su percepción de integración.

Las mujeres que viven en comunas de nivel socioeconómico medio y medio-alto valoran positivamente su entorno, por la conectividad, por razones estéticas, por la comodidad y por los servicios, sobre todo médicos. No obstante, quienes son dependientes y tienen problemas de movilidad experimentan incomodidades asociadas a la infraestructura no adecuada.

*“...acá no tengo los edificios encima mío, los tengo un poquito más allá, pero estoy en un lugar de mucho acceso, yo viajo a las comunas en metro y bus, no uso el auto porque tengo conectividad, así que eso es calidad de vida” (Claudia, autovalente, 68 años).*

Es decir, el entorno es valorado en base a la conectividad, a la seguridad, a razones estéticas y a los servicios sobre todo médicos, que resultan ser la cara visible o concreta. Tales aspectos serían factores que aportarían positiva o negativamente a la calidad de vida.

## **VII.8. Las actividades recreativas**

Para quienes logran realizar actividades recreativas, éstas aportan mucha satisfacción, sobre todo aquellas actividades que son periódicas como la realización de talleres, gimnasia, entre otras cosas.

Quienes no tienen la oportunidad de efectuar actividades de este tipo suelen extrañar aquel tiempo en el que las hacían. Normalmente el abandono se relaciona con situaciones de salud adversas, o con la imposibilidad de trasladarse o pagar el taller o curso.

*“...yo me siento realizada en mis clases, para mí es una necesidad ir a gimnasia. Yo fijate que me pongo el uniforme y se me quita todo, no se si el uniforme de gimnasia tiene algo, parece que tengo alas en los pies cuando me pongo el uniforme, me siento llena de energía” (Elsa, autovalente, 82 años).*

Las reuniones religiosas podrían cumplir un papel similar, pues proporcionan espacios conjuntos de actividades que resultan placenteras.

Las actividades recreativas van configurando un tipo de uso del tiempo en el que se pone el acento en generar situaciones placenteras, para las cuales se debe y puede hacer planes, en donde es posible encontrarse con otros y otras, lo que podría vincularse a la integración social que experimentan, así como a la construcción de sentidos vitales.

Si bien algunas de estas actividades podrían ser entendidas como participación social, en ningún momento hubo referencia explícita a que se efectuaran actividades de este tipo, como podría ser un voluntariado.

### **VII.9. Mujeres mayores y el mundo del trabajo**

Si bien varias de las mujeres entrevistadas en un primer momento dicen ser dueñas de casa, cuando se profundiza un poco más, es posible constatar que todas, han tenido algún tipo de actividad laboral, sea ésta formal o informal, y en muchos casos la siguen teniendo.

Un estudio reciente (Larragaña, 2005) muestra que las mujeres tienen un patrón laboral de la llamada “fuerza de trabajo secundaria”, lo que significa que el ingreso de la mujer al mercado laboral sólo tiene lugar si hay una necesidad económica de la familia de que ella lo haga, poniendo de relieve la división sexual del trabajo de la que antes se hablaba, donde lo central de la identidad femenina es el cuidado de los otros.

En estas mujeres lo que hay son trayectorias laborales con interrupciones vinculadas a las necesidades familiares. La incorporación al mercado laboral por lo general tuvo lugar en situaciones de crisis económica, o enfermedad o muerte del cónyuge.

Por lo tanto, son mujeres que han intercalado y superpuesto los roles-ideales asignados de reproductoras/productoras, por lo que han construido su identidad también en torno al trabajo, sobre todo quienes son profesionales. Por ello, poder continuar ocupadas remuneradamente genera mucha satisfacción. Esto es visible en varias de las mujeres, las no dependientes y las dependientes, desearían volver a trabajar de ser posible.

*“...poder seguir ocupada en los temas que me interesan en los cuales puedo aportar, o sea sentirme que de alguna manera aporto. Eh, poder seguir aprendiendo, porque las experiencias laborales me enseñan muchísimo, y digamos, siempre me maravillo trabajando con los grupos de personas que puedo compartir con la gente, eso me vitaliza, me ayuda. Me ayuda sentir de que tengo un sentido, de que hay un sentido para mis días” (Claudia, autovalente, 68 años).*



*“...dar clases. Tengo mucha imaginación y mucho estudio, entonces eso me ha costado, pero por aquí la gente adulta no tiene valor, son viejas y punto, no dan oportunidades...” (Blanca, dependiente leve, 79 años).*

## **VII.10. Integración e inclusión social**

Thumala, Arnold, Urquiza, Blanco y Vogel (2009) definen la integración social como las relaciones que tienen los individuos con instancias específicas de la sociedad, de las cuales obtienen prestaciones que aseguran en alguna medida su inclusión en ellas. La inclusión y la exclusión de dichas instancias no es del todo clara en personas adultas mayores, pues hay posibilidades de exclusión específicas diversas. Por ello, para la comprensión de este aspecto, los autores describen cuatro dimensiones de la inclusión/exclusión.

Inclusión/exclusión primaria: Se refiere al acceso efectivo a sistemas institucionalizados de los cuales depende la existencia, como la salud, la economía, el trabajo, etc. Inclusión/exclusión secundaria: Alude a la disponibilidad de redes de apoyo que compensan situaciones de vulnerabilidad y satisfacen necesidades afectivas. Inclusión/exclusión simbólica: Refiere a la producción y circulación de imágenes y textos sobre las personas mayores que resultan ser el sustrato de los imaginarios sobre la vejez. Inclusión/exclusión autorreferida: Se vincula a la autoeficacia percibida y a la satisfacción personal.

Cuando las mujeres aquí entrevistadas se refieren a lo integradas o incluidas que se sienten lo hacen en relación a la inclusión/exclusión primaria y secundaria. La primaria se vincula sobre todo a la relación que establecen con los servicios de salud, con el mundo del trabajo y la profesión, y con actividades recreativas. La secundaria refiere a la relación con la familia, amistades y vecinos/as. En los casos en que se realizan actividades recreativas, también refieren la inclusión secundaria a éstas.

La casi nula alusión a aspectos políticos como relevantes, podría estar vinculado, siguiendo a Vega (2009), al hecho de que los hombres hayan ocupado espacios sociales afines a lo público y productivo, mientras que las mujeres hayan estado más vinculadas al espacio privado y reproductivo. Sin embargo, precisando un poco más, es posible afirmar que si bien las mujeres que participaron de esta investigación ubican la relación con sus hijos y el cuidado de éstos como elementos muy importante durante todo el transcurso de sus vidas, éste no es el único, ya que muchas de ellas se desarrollaron de manera muy activa en el mundo del trabajo, lo que podría estimarse como el espacio público y productivo.

*“Sí trabajé, trabajé en frigoríficos, y trabajé como nana... eeh eso... Fui lavandera.... en el campo lavaba en una casa, lavaba en otra, lavaba en otra...” (Marcela, autovalente, 79 años).*

*“Fui una mujer muy trabajadora, y eso lo que me aclimata, no tener esa agilidad que tenía antes, que corría, al patrón le gustaba, era la regalona (Claudia, autovalente, 68 años).*

La valoración del mundo productivo en las mujeres mayores como espacio relevante de inclusión, configura una manera de vivir la vejez, en muchos casos marcada por la exclusión de este ámbito importante de su vida, lo que afecta su calidad de vida. No obstante, el doble papel que ellas han desarrollado, en las que han dedicado tiempo y energía también al mundo reproductivo, las coloca en una situación acaso mejor que las de los hombres, pues han podido tejer una red conformada de familiares, vecinas/os y amigas/os que blinda en alguna medida la inclusión secundaria de la que son beneficiarias, lo que podría estar amenazado en caso de los hombres.

*“... yo pienso, que tengo una calidad de vida buena, no tengo problema, gracias a Dios tengo mis nietos, mis hijos son súper cariñosos conmigo, siempre viene a verme a almorzar conmigo, no tengo problemas económicas, y hago lo que yo quiero en realidad. Así que yo pienso que mi calidad de vida es buena.” (Inés, autovalente, 82 años).*

En definitiva, el doble papel de las mujeres, en el mundo productivo y reproductivo significa que la exclusión primaria en uno de los ámbitos más relevantes, puede ser suplida en alguna medida con la inclusión secundaria, que a medida que transcurren los años, o que se pierde autonomía, va cobrando mayor relevancia, pues hay un acercamiento a la familia, sobre todo a las y los hijos.

### **VII.11. El papel de la biografía**

La biografía marca de manera muy importante la evaluación actual sobre la calidad de vida, pues es un parámetro de comparación entre las condiciones en las que se vive y las que se ha vivido. Este bagaje proporciona herramientas, expectativas y estándares sobre lo esperable.

El papel de la biografía en la evaluación de la calidad de vida difiere en función de las trayectorias de vida de las mujeres entrevistadas.

Cuando la experiencia vital ha sido poco satisfactoria, la biografía resulta ser un punto de apoyo para la evaluación positiva de la situación actual o para vivir de manera coherente la insatisfacción actual.

Cuando la biografía es fuente de satisfacción, resulta ser material para el disfrute, sobre todo entre quienes son dependientes, donde lo vivido en el pasado se torna un ámbito fundamental de aquello que da sentido a la vida.

*“No son muchas cosas en este momento, porque las dos operaciones que tuve a la cadera como que me achicaron, como que me ha costado salir y todavía no salgo, no puedo salir*

*sola. Eso es como mental, porque me he caído varias veces, entonces por eso es que mi hija me trajo para acá; yo vivía sola. (...) Entonces vivo de los recuerdos, mucho, así que eso es en realidad” (Blanca, dependiente leve, 79 años).*

### **VII.12. El futuro**

El futuro aparece incierto. La mayoría de estas mujeres no tiene muchas expectativas para su futuro pues o le teme –suponiendo que puede deparar enfermedades, dolor, dependencia, etc- o espera la muerte próxima.

*“No aspiro a mucho porque a esta edad uno siempre esta pensando que cualquier día te vas a morir...” (Laura, autovalente, 84 años)..*

Muchas de ellas, sobre todo las dependientes, tienen preocupaciones sobre el futuro de sus hijos e hijas una vez que ellas hayan muerto, operándose la proyección de la que se hablaba antes.

En definitiva, el futuro aparece como incierto, por lo que no hay ánimo de hacer planes para sí mismas. Más, en algunos casos, consideran que deben modelar el futuro de manera de ocasionar la menor cantidad de molestias posibles a sus hijos o hijas en caso de enfermedad invalidante o muerte.

### **VII.13. La vivienda**

La vivienda propia e independiente es muy bien valorada. Si ésta se comparte con familiares, sólo resulta satisfactoria cuando se ha modificado de manera tal que la persona adulta mayor pueda moverse de forma independiente y cómoda.

Cuando deben trasladarse a la vivienda de sus hijas o hijos, dicho arribo no es vivido de forma satisfactoria, ya que implica una serie de cambios que no solo las afecta personalmente, sino que afecta las relaciones con ellas/os, sobre todo cuando la estancia de la adulta mayor, significa reacomodos de la familia toda. Como se decía antes, el dejar el propio hogar tiene consecuencias importantes en la calidad de vida, pues afecta la percepción de la propia eficacia, lo que Thumala *et al.* (2009) describe como inclusión/exclusión autorreferida y lo que también se ha llamado aquí, autonomía.

## **VIII. Importancia relativa de los ámbitos evaluados en la observación de la calidad de vida.**

Hemos ya presentado los ámbitos que son evaluados por las mujeres adultas mayores frágiles de la ciudad de Santiago cuando observan su calidad de vida.

Decíamos antes que la calidad de vida es un concepto muy amplio y dificultoso de medir o tratar, lo que se debe a la gran cantidad de factores que intervienen a la hora de evaluarla.

En este apartado se presentará la importancia relativa que cada uno de los ámbitos evaluados tiene para las propias mujeres cuando observan su calidad de vida, intentando con ello la construcción de un esquema de observación general o nomotético, pero que en lo posible de cabida a las particularidades de cada mujer y en cada momento determinado, lo que Fernández (1997) llama cuasi-ideográfico.

En la descripción de los diferentes ámbitos evaluados por las mujeres aquí entrevistadas, se pudo constatar que si bien se trata de muchos, hay sólo unos pocos, a los que podría llamarse primarios, sobre los cuales se sostiene mayoritariamente la buena o mala evaluación de la calidad de vida.

Se han agrupado los ámbitos en núcleos de manera de favorecer la comprensión de las relaciones que establecen las mujeres entrevistadas entre los ámbitos evaluados cuando observan su calidad de vida. Dichos núcleos son:

- Núcleo Primario
- Núcleo Integración Social
- Núcleo Temporal
- Núcleo Actitud

### **VIII.1. Núcleo primario**

Todas las mujeres aquí entrevistadas, cuando se les pregunta directamente por su calidad de vida se refieren de manera más o menos directa a la autonomía-autovalencia, la salud y la situación económica como los factores más relevantes.

La evaluación del ámbito de la salud está supeditada a la dependencia que les genera o la fragilidad que les ha provocado, algún padecimiento o enfermedad. Una buena salud permite continuar o iniciar actividades, ser autónomas, ser autovalentes. Un problema de

salud cuando fragiliza, pero no genera dependencia, también permite la realización de actividades de todo tipo. En este tipo de circunstancias, la evaluación de la salud es positiva como puede apreciarse en la cita que sigue:

*“Tengo un reemplazo de válvulas en aorta. Eso significa que tomo anticoagulantes y tomo varios remedios y todo ellos hacen que sea una persona de riesgo. Eso no me impide realizar todo lo que tengo ganas de realizar en este momento de mi vida. Pero de que sé, que digamos, de que hay ciertos cuidados que tengo que tener, porque mi cuerpo tiene algunas fragilidades, efectivamente. Pero son más bien, digamos, fragilidades... no afectan las funciones” (Claudia, autovalente, 68 años).*

Cuando algún problema de salud afecta la autonomía y/o autovalencia, la salud es evaluada negativamente, y cuando esto sucede, el peso de esta evaluación negativa resulta muy determinante en la evaluación general de la calidad de vida.

En función de la tipología de factores de fragilidad, es posible afirmar que la salud es valorada negativamente entre quienes presentan factores de fragilidad funcionales, lo que a la vez coincide con quienes son dependientes en todos los grados. Quienes presentan factores de fragilidad sociodemográficos y/o médicos, pero no funcionales, evalúan positivamente este ámbito y coinciden con quienes, salvo un caso, son autovalentes.

Los recursos económicos son entendidos como muy importantes para la supervivencia y como fuente de confort y comodidades que hacen al buen vivir. Siempre que se tengan las necesidades básicas cubiertas y relativa tranquilidad económica, este ámbito es evaluado positivamente.

La situación económica es de vital importancia, pues hace referencia a los recursos disponibles para desarrollar o sostener la autonomía. La dependencia pone a prueba la solvencia económica, pues cuando no se cuenta con lo necesario para poder procurarse cierto grado de autonomía, este ámbito se evalúa negativamente, ya que las coloca en la situación de carga sobre quienes oficiarán de cuidadores.

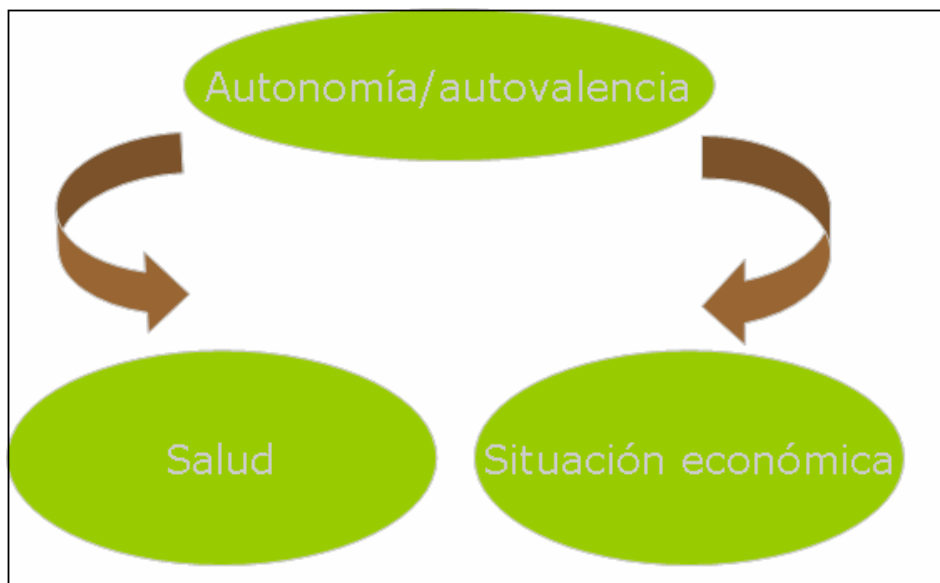
Si se agrega además que la falta de recursos muchas veces tiene como consecuencia la necesidad de trasladarse a la vivienda de descendientes, -lo que como se dijo antes generaría un caldo de cultivo para el avance de la dependencia- puede afirmarse que la situación económica afecta la autonomía o autovalencia. Para fines analíticos se incluirá en el ámbito situación económica a la vivienda, pues en la evaluación de ésta última, aparece como central la situación económica.

Esta manera de ubicarse frente a los problemas de salud y la valoración que se hace de la situación económica, ambas vinculadas a las posibilidades que proporcionan de autonomía y autovalencia, permite suponer que la autonomía es el ámbito más relevante en este grupo de mujeres.

Esta afirmación puede apoyarse en el hecho de que quienes son dependientes refirieron explícitamente tener una mala calidad de vida y estar insatisfechas en términos generales, a pesar de valorar positivamente algunos de los ámbitos distinguidos. A su vez, las mujeres que son autovalentes, pusieron la independencia, autovalencia, libertad y autonomía como lo más relevante para su calidad de vida actual.

En base a lo anterior se propone que la calidad de vida de las mujeres adultas mayores frágiles se evaluaría en clave de autonomía, y desde allí se observaría la vejez y se la evaluaría con mayor o menor calidad y sentido, de acuerdo a la situación en la que se encuentren. El diagrama N° 1 esquematiza la relación existente entre éstos tres ámbitos a los que llamaremos núcleo primario.

Diagrama N° 1: Relación entre los ámbitos primarios



Fuente: Elaboración propia.

## VIII.2. Núcleo Integración Social

Otro núcleo de ámbitos que es evaluado cuando se observa la calidad de vida es aquel que se ha llamado Integración Social. Como se mencionó ya, cuando de integración social se trata, habría cuatro dimensiones de la inclusión/exclusión. De ellas se seleccionaron dos para agrupar algunos de los ámbitos evaluados por las mujeres aquí participantes, de la siguiente manera:

Inclusión/exclusión primaria, en la que se incluiría el trabajo (en lo que se incluye lo profesional), el entorno, la recreación, los servicios de salud.

Inclusión/exclusión secundaria, que incluye la relación de pareja, los hijos o hijas, el resto de la familia, las amistades y los vecinos.

En este sentido, la observación y evaluación de los ámbitos aquí agrupados estaría dando cuenta de la satisfacción que proporcionan y/o de la importancia que tendría la integración social en la evaluación de la calidad de vida.

Dentro de este mismo núcleo, habría ciertas transformaciones que irían dándose a través del tiempo.

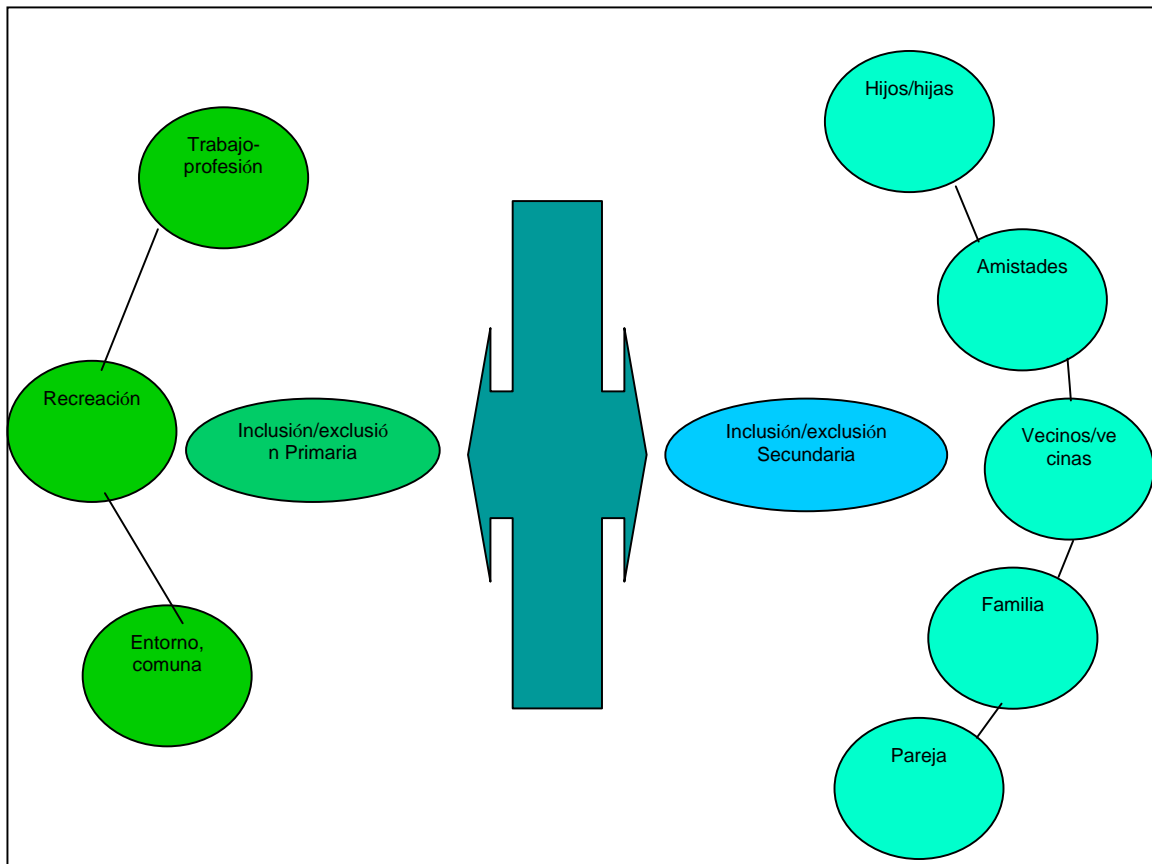
Una de estas transformaciones es aquella tributaria del doble papel de las mujeres (productivo-reproductivo), que permitiría que una vez abandonado en mayor o menor medida el rol productivo, rápidamente se pueda encontrar sentido en el rol reproductivo, pues ambos roles son constitutivos de la construcción identitaria de estas mujeres. En este caso se está incluyendo dentro del rol reproductivo, aquel que tiene que ver con el cuidado que se daría en el espacio privado. Esto es importante, pues se trata de mujeres que ya no están en edad reproductiva, pero que de todas maneras cumplen un papel relevante en el cuidado -en el amplio sentido de la palabra- de los otros, o de la familia, en donde los flujos de cuidado son de ida y vuelta, pero progresivamente se van centrando en la mujer adulta mayor.

En tal sentido, en términos de la integración social como núcleo, significaría que en la evaluación, va logrando mayor protagonismo la inclusión/exclusión de tipo secundaria.

Otra de las transformaciones dice relación con la verticalización del parentesco, según la cual, conforme se va envejeciendo, la familia va cambiando su configuración y van quedando cada vez menos pares y más hijos/as, sobrinos/as, nietos/as, etc.

En el diagrama N° 2 se ilustra la relación entre los ámbitos agrupados como integración social.

Diagrama N° 2: Núcleo Integración Social



Fuente: Elaboración propia.

### VIII.3. Núcleo temporalidad

Un tercer núcleo que evalúan las mujeres adultas mayores frágiles de la ciudad de Santiago incluye la biografía y el futuro.

Este núcleo pone en perspectiva las evaluaciones de los otros núcleos, proporcionando un sostén de satisfacción biográfica y/o de certidumbre o incertidumbre futura. En cada evaluación, la actualidad se despliega entre las posibilidades futuras y la historia personal, lo que por una parte pone límite a las posibilidades pero, para Martínez<sup>9</sup> permite proyectarse a partir de la toma de conciencia de quien se es.

Es decir, la construcción del sentido vital y de quien se es, en estas mujeres adultas mayores frágiles, se realiza en el espacio existente entre la posibilidad de la enfermedad,

<sup>9</sup> Entrevista personal realizada el 12 de febrero de 2010 en la ciudad de La Plata, Argentina.



la dependencia y la muerte, como intento de negación o retraso, según sea el caso, y lo que han sido, la historia personal.

La evaluación de estos ámbitos como positivos o negativos depende de la situación en la que se encuentran actualmente y según ellas mismas lo relatan, de la actitud que tienen frente a la vida.

La ponderación de los ámbitos dentro de este núcleo, también se ve afectada por la disminución de la reserva funcional y el retraimiento de las actividades cotidianas y recreativas. Dicha transformación se vincula a dejar de lado el futuro como lugar de construcción de sentido, para poner la mirada, progresivamente, en el pasado.

#### **VIII.4. Núcleo actitud**

Por último, el ámbito que hemos llamado actitud es producto de una auto-observación de las mujeres entrevistadas, e incluiría las fortalezas psicológicas, la capacidad de adaptación, la coherencia (Polaino-Lorente, en Pedrero, 2001) frente a los cambios suscitados por la vejez. Para estas mujeres la actitud frente a la vida es un elemento importante para la evaluación positiva de los otros ámbitos.

No obstante, una actitud positiva no siempre permite dar lugar a una buena evaluación, ni a contrarrestar aquello que no proporciona satisfacción. Un ejemplo de ello es que, quienes no evalúan positivamente su salud, a pesar de tener buena actitud, no logran tener una opinión positiva de su calidad de vida.

#### **VIII.5. Relaciones entre núcleos y ámbitos**

Entonces, desde la propuesta de la presente tesis, la observación de la calidad de vida se efectuaría mediante una evaluación de determinados núcleos de ámbitos que resultan relevantes para las mujeres aquí entrevistadas.

Dichos núcleos son un esfuerzo de organización analítico que no supone límites claros entre uno y otro. Las relaciones entre los ámbitos son múltiples y complejas, lo que significa que bien podrían definirse otros tipos de organizaciones.

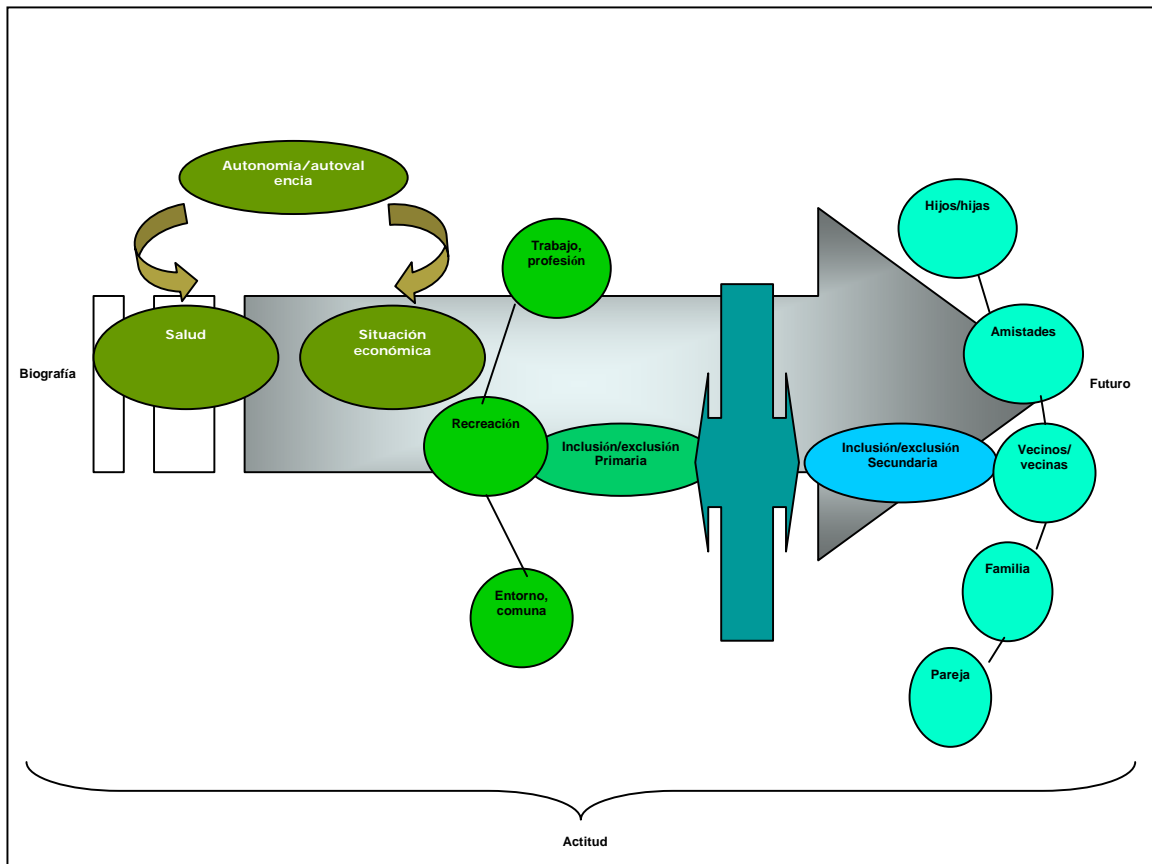
Los ámbitos serían ponderados por cada una de estas mujeres, en función de la situación en la que se encuentren, sobre todo vinculada a la dependencia o autovalencia (fragilidad), a la edad, a la situación económica y a la escolaridad que tienen. La edad aquí no tiene sólo relación con el envejecimiento constatado en la disminución de la capacidad funcional (edad funcional), sino que también con los fenómenos, más bien sociales, que lo acompañan, como son, el abandono de la vida laboral (edad social) y el envejecimiento y/o muerte de pares, sean éstos, familiares o amigos/as. A la vez, el que sean relevados

unos ámbitos y no otros, estaría vinculado también a esquemas de observación en los que el género, el significado de la edad, los estereotipos sobre la vejez y la propia historia estarían implicados.

Lo importante aquí es poner de relieve que hay un núcleo primario de ámbitos, que pareciera que son las condiciones mínimas para evaluar positivamente la calidad de vida, pero que este núcleo en ningún caso sustituye a los otros, ya que los otros poseen el mismo nivel de importancia, aunque la relación con la evaluación general no sea tan directa.

El núcleo primario, en el que la autovalencia-autonomía es central, tendría una importancia mayor que los otros núcleos. Su evaluación negativa tendría efectos significativos sobre los otros núcleos y sobre la calidad de vida general. La integración social revestiría una importancia también alta, pero cuando alguno de los ámbitos que lo componen se evalúa negativamente, dicha evaluación no comprometería de la misma forma la evaluación general de la calidad de vida, ni afectaría a los otros ámbitos de igual manera. Con la temporalidad sucede algo similar, pero su capacidad de producir efectos es aún menor. Por último, la actitud es un núcleo relevante, pero nuevamente en vinculación con el núcleo primario, se ve afectada positiva o negativamente en función de éste. En el diagrama N° 3 se presenta las relaciones expuestas.

Diagrama N° 3: Relación e importancia relativa entre núcleos de ámbitos evaluados.



Fuente: elaboración propia.

Un ejemplo de lo expuesto es que tener amistades, hijos/as y familia cercana y bien valorada, no logra contrarrestar la insatisfacción que existe en el núcleo primario, cuando se ha perdido la autonomía-autovalencia. A la vez podría decirse que una actitud positiva, no tiene un impacto similar en la evaluación general de la calidad de vida, cuando el núcleo primario se encuentra afectado.

## **IX. El papel de la biografía en la evaluación de la calidad de vida**

Como bien se explico antes, la observación de la calidad de vida se sustenta en una evaluación que las personas realizan de su situación actual, ponderado por los valores, la historia personal y los estándares que manejan y las expectativas que se tienen. En tal sentido resulta relevante detenerse en cómo la biografía es incluida en dicha evaluación.

Se ha afirmado que la vejez es una etapa –aunque no estanca- de la trayectoria de vida, la cual es organizada socialmente por medio del Mercado, el Estado y el modelo social y cultural al que los individuos responden.

Quien se es, se encuentra directamente conectado con quien se ha sido, y en alguna medida, es lo que explica y argumenta lo que se es y por qué.

Dulcey-Ruiz y Quintero (1999) consideran que la calidad de vida en la vejez y el proceso de envejecimiento mismo, dependen en gran medida del estilo de vida que se ha tenido a lo largo de ésta.

Aquello que resulta valorado, aquello que es relevante, la manera de enfrentar los cambios que la vida acarrea y por lo mismo la forma de vivir la vejez, indefectiblemente se vincula a la biografía que se porta, desde la cual se mira el mundo.

Las transiciones vividas, así como los puntos de cambio<sup>10</sup> tendrán un impacto en la manera de evaluar la calidad de vida en términos generales y para cada uno de los ámbitos distinguidos. Y en estas mismas transiciones se podrá encontrar la explicación de dicha evaluación.

A continuación se hará un recuento sintético de las trayectorias de vida de las mujeres participantes en esta investigación en función de los datos aportados durante las entrevistas, ordenados según transiciones y puntos de cambio identificados por las mismas mujeres.

A pesar de que las entrevistas realizadas no tenían como finalidad recoger la riqueza biográfica de cada una de las mujeres, por medio de preguntas muy abiertas, se intentó conocer cuál había sido la experiencia de cada una en relación a la calidad de vida y si habían y cuáles eran las situaciones que alteraron la trayectoria vital, tanto en sentido positivo como negativo. Por ello lo relatado responde a la calidad de vida a lo largo de la vida.

---

<sup>10</sup> Como ya se expuso en el marco teórico conceptual, las transiciones son procesos de cambio individual por el que pasan las personas, las cuales pueden ser normativas, o críticas e incluso traumáticas. Los puntos de cambio son transiciones que los individuos perciben y experimentan como un proceso, que continúa influenciando hechos posteriores durante la vida.

En el Tabla N° 4 se presentan las transiciones y puntos de cambio que fueron relatados por las mujeres participantes en esta investigación ordenados según momento de ocurrencia. Para facilitar su lectura se ha preferido un punteo y no citas textuales.

Tabla N° 4: Transiciones y puntos de cambio

Nombre	Transiciones, puntos de cambio y situación actual
Blanca	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estudio danza y asistió a muy buenos colegios.</li> <li>▪ Se consagró como bailarina en Chile.</li> <li>▪ Se casó y luego se separó.</li> <li>▪ Viajó a Francia donde conoció a su segundo marido.</li> <li>▪ Desarrolló de manera importante su carrera.</li> <li>▪ Tuvo un hijo y luego volvió a Chile.</li> <li>▪ Tuvo otros dos hijos.</li> <li>▪ Su marido le fue infiel con una amiga muy cercana y luego la abandonó.</li> <li>▪ Estuvo muy deprimida.</li> <li>▪ La estafaron en la venta de su casa.</li> <li>▪ Trabajó en Chile hasta que se rompió su cadera y dejó de trabajar.</li> <li>▪ Hace poco se cambió a vivir con su hija porque no podía sostener su hogar.</li> <li>▪ Es dependiente.</li> </ul>
Felicia	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Durante su niñez y juventud tuvo mucho dinero.</li> <li>▪ Trabajó en una empresa de familia.</li> <li>▪ Cuando sus padres murieron heredó todo.</li> <li>▪ Tuvo una hija.</li> <li>▪ No se refiere a pareja alguna.</li> <li>▪ Vendió las propiedades y fue estafada por familiares.</li> <li>▪ Compró con lo que quedaba una casa para ella, su hija y los nietos de su hija.</li> <li>▪ Vive muy pobremente.</li> <li>▪ Es dependiente.</li> </ul>
Marisa	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fueron muchos hermanos algo maltratados.</li> <li>▪ Se casó.</li> <li>▪ Trabajó de secretaria.</li> <li>▪ Tuvo un hijo</li> <li>▪ Se separó</li> <li>▪ En el 73 se enfermó de artritis y quedó inválida en muy poco tiempo.</li> <li>▪ Un hermano se hizo cargo de ella mientras su hijo era chico.</li> <li>▪ Ahora la cuida su hijo.</li> </ul>

Nombre	Transiciones, puntos de cambio y situación actual
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Su hijo estudió Historia.</li> <li>▪ Es dependiente.</li> </ul>
Claudia	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fue muy maltratada por su madre.</li> <li>▪ Su padre no la dejaba tener amistades.</li> <li>▪ Se caso y su marido la maltrato mucho.</li> <li>▪ Tuvo tres hijos.</li> <li>▪ Se separó del marido.</li> <li>▪ Trabajó en una fábrica y como asesora del hogar.</li> <li>▪ Uno de sus hijos estuvo preso.</li> <li>▪ Se enfermó de cáncer de pulmón, según ella debido a los golpes del marido.</li> <li>▪ Va a la terapeuta ocupacional.</li> <li>▪ Es autovalente.</li> </ul>
Natalia	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fue buenos colegios.</li> <li>▪ Se casó.</li> <li>▪ Tuvo hijos.</li> <li>▪ Estudió Psicología.</li> <li>▪ Se cambio de país varias veces.</li> <li>▪ Tuvo un hijo con problemas de aprendizaje.</li> <li>▪ Vivió la dictadura militar argentina.</li> <li>▪ Sus hijos se fueron a estudiar a Israel.</li> <li>▪ Dejó a su marido y se volvió a Chile.</li> <li>▪ Se deprimió mucho.</li> <li>▪ Estableció una nueva pareja con la cual migró al sur.</li> <li>▪ Se separó de la pareja y volvió a Santiago.</li> <li>▪ Tuvo y tiene una vida social muy activa.</li> <li>▪ Participa en organización del adulto mayor.</li> <li>▪ Ahora trabaja.</li> <li>▪ Tiene una hermana dependiente.</li> <li>▪ Es autovalente.</li> </ul>
Inés	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nació en Punta Arenas.</li> <li>▪ Fue a un buen colegio y sus padres eran acomodados.</li> <li>▪ Estudio Química y Farmacia.</li> <li>▪ Se casó.</li> <li>▪ Tuvo hijos.</li> <li>▪ Enviudó joven.</li> <li>▪ Crió a sus hijos sola.</li> <li>▪ Tiene grandes amigas con las cuales compartió muchas experiencias.</li> <li>▪ Una nieta quedo embarazada.</li> </ul>

Nombre	Transiciones, puntos de cambio y situación actual
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se enfermó y anduvo mal unos años.</li> <li>▪ Trabaja.</li> <li>▪ Participa en un grupo de jubilados, en el colegio de Farmacéuticos y hace un curso de memoria.</li> <li>▪ Sigue viviendo sola.</li> <li>▪ Es autovalente.</li> </ul>
Oriana	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Familia adinerada.</li> <li>▪ Estudio profesorado.</li> <li>▪ Se caso.</li> <li>▪ Tuvo hijos.</li> <li>▪ Su marido enfermó a los 16 años de matrimonio y estuvo así 17 años hasta que murió.</li> <li>▪ Era muy independiente y de vida social muy activa.</li> <li>▪ Tuvo dos caídas.</li> <li>▪ Ahora tiene problemas de movilidad y vive con una hija y nietos.</li> <li>▪ Es dependiente.</li> </ul>
Laura	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De chica fue muy pobre y la pasó muy mal.</li> <li>▪ Se caso y tuvo mejor pasar.</li> <li>▪ Tuvo hijos.</li> <li>▪ Tuvo nietos.</li> <li>▪ Trabajo algunas veces en trabajos informales o esporádicos.</li> <li>▪ Se le murió una nieta.</li> <li>▪ Su marido se enfermó y ella lo cuida.</li> <li>▪ Perdieron los ómnibus por el Transantiago y desmejoró mucho su vida.</li> <li>▪ Tiene problemas de movilidad.</li> <li>▪ Es autovalente.</li> </ul>
Marcela	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nació y creció en el campo.</li> <li>▪ Llego a la ciudad a trabajar como asesora del hogar.</li> <li>▪ Se caso.</li> <li>▪ Tuvo hijos.</li> <li>▪ Se separó porque el marido la maltrataba.</li> <li>▪ Un hijo murió asesinado.</li> <li>▪ Vive sola.</li> <li>▪ Es autovalente</li> </ul>
Elsa	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quedó huérfana a los 13 años y se fue a vivir con su hermana y el marido de ella.</li> <li>▪ Se sentía acomplejada frente a ella.</li> <li>▪ A los 16 trabajó en el negocio de su hermana.</li> </ul>

Nombre	Transiciones, puntos de cambio y situación actual
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se casó y mejoró mucho su vida.</li> <li>▪ Tuvo hijos.</li> <li>▪ En ocasiones volvió a trabajar.</li> <li>▪ Su marido se enfermó y quedó en estado vegetal por cinco años.</li> <li>▪ Hace gimnasia.</li> <li>▪ Su marido muere.</li> <li>▪ Vive sola.</li> <li>▪ Es autovalente.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.

Muchas son las transiciones y puntos de cambio que relatan las mujeres aquí entrevistadas. Dichas transiciones y puntos de cambio se vinculan a varios de los ámbitos de evaluación de la calidad de vida antes señalados, a saber: familia, pareja, hijos/as, amistades, trabajo-profesión, actividades recreativas, salud, situación económica, autonomía y vivienda.

Es importante destacar que hay diferencias según el momento de la vida en que se relata que se han producido las transiciones en cada ámbito. De hecho, cuando relatan experiencias vividas en la juventud, se hacen presentes ámbitos que no aparecieron durante la observación de la calidad de vida actual. Un ejemplo de ello es la educación.

Las transiciones y puntos de cambio vividos durante lo que podría llamarse juventud y adultez estarían contenidos como profundidad histórica o como referente biográfico en los ámbitos familia, pareja, hijos, trabajo-profesión, y situación económica. En éstos ámbitos se destacan ganancias y pérdidas, pero en general se mantiene un cierto equilibrio entre éstas. Esto es común a todas las mujeres aquí entrevistadas, independiente de su nivel educacional o socioeconómico.

Las transiciones que pudieran entenderse formando parte del ámbito amistades son relatadas mayoritariamente por mujeres pertenecientes a los niveles socioeconómicos medio y alto, lo que coincide con los resultados presentados antes, según los cuales, la valoración de la amistad es mayor en este grupo de mujeres, a diferencia de los que sucede en las mujeres de nivel socioeconómico medio-alto y alto. Aquello que tiene que ver con la salud y la autonomía se hace presente en un solo caso durante la juventud a la adultez.

Las transiciones más cercanas en términos temporales, que en algunos casos han significado comenzar a definirse a sí mismas como adultas mayores, están vinculadas a la salud, autonomía, situación económica y la vivienda y en la mayoría de los casos son transiciones que implican pérdidas, más que ganancias. Otras transiciones que son relatadas para los tiempos más cercanos están en los ámbitos trabajo-profesión y recreativo, lo que mayoritariamente aparece entre quienes tienen mayor nivel



educacional y económico. Dichas transiciones han significado ganancias en cuanto a la calidad de vida.

En tal sentido, puede sostenerse que todas las mujeres aquí entrevistadas han atravesado en los últimos tiempos transiciones que les significaron mayoritariamente pérdidas en relación a momentos anteriores, en muchos casos, sin grandes posibilidades de equilibrarlas. Sin embargo, quienes han vivido transiciones que han colaborado a equilibrar dichas pérdidas son las que tienen un mayor nivel educacional y económico y quienes durante toda su trayectoria vital han desarrollado relaciones de amistad y han realizado actividades recreativas o de participación social. Tales elementos podrían ser pensados como factores protectores de la calidad de vida.

Si bien hay una diversidad de biografías, también es posible encontrar algunos elementos comunes que responderían a diferencias de clase, de nivel educativo, ecológico-sociales, de estilo de vida, de manera de recibir el impacto histórico social y de la vivencia de historias similares, que van a significar lo que Oddone y Aguirre llaman, una vejez diferencial (2004).

## **X. Imaginarios sociales respecto de la vejez.**

Como se expuso en el marco teórico, los Imaginarios Sociales serían representaciones colectivas que rigen los sistemas de identificación y de integración social, y que hacen visible la invisibilidad social” (Pintos, 1994).

Para el mismo autor el imaginario social tiene que ver con las visiones de mundo y es un mecanismo indirecto de reproducción social que genera efectos de identificación colectiva, dando lugar a la aparición de estereotipos que articulan sentido. Es también una forma de configurar lo social como realidad ante hombres y mujeres.

Dichos imaginarios tendrían la función primaria de elaborar y distribuir generalizadamente, instrumentos de percepción de la realidad social construida como real y existente.

Si se tiene presente que el sentido de la vida adquiere relevancia cuando se habla de longevidad, el para qué continuar viviendo responde al sentido que la vida tenga para las personas y para la sociedad toda.

A continuación intentaremos delinear el imaginario social sobre la vejez al cual remiten las observaciones de la propia calidad de vida las mujeres adultas mayores frágiles de la ciudad de Santiago de Chile.

La vejez aparece entre estas mujeres como algo no deseado, con lo que no querrían identificarse.

Salvarezza (1998), en un artículo sobre el imaginario de la vejez argumenta que quienes llegan hoy a ser viejos, cargan con su propio prejuicio en torno a la vejez, producto del haber compartido la actitud prejuiciosa y discriminatoria en relación a los viejos llamada “viejismo”<sup>11</sup>. Dicho prejuicio se constituiría en una profecía autocumplida, lo que significa para quienes la sufren, la conversión desde discriminadores a discriminados, aceptando con ello lo irremediable e irreparable de tal cosa.

El prejuicio del que habla Salvarezza (1998) puede ser leído como parte del estereotipo construido sobre la vejez.

La vejez, fue referida en las entrevistas, como vinculada a una serie de atributos y cualidades, sobre todo negativas, que compondrían el estereotipo de vejez femenina. Realizando un recuento de aquello, se presenta en la tabla N° 5, los atributos y cualidades identificadas, agrupadas según ejes temáticos.

---

<sup>11</sup> El viejismo es el prejuicio hacía los viejos.

Tabla N°5: Atributos y cualidades ordenadas según ejes temáticos.

Ejes temáticos	Atributos/cualidades
Salud, fragilidad y dependencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Padecer enfermedades</li> <li>▪ Tomar muchos medicamentos</li> <li>▪ Tener la muerte cercana</li> <li>▪ Ser dependiente</li> <li>▪ Sufrir</li> </ul>
Estado físico y estética	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La decrepitud</li> <li>▪ Tener canas y vestirse como vieja</li> <li>▪ Falta de agilidad</li> <li>▪ Esforzarse por mantenerse en forma</li> </ul>
Factores psicológicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Echarse a morir</li> <li>▪ Ser mañosa</li> <li>▪ Amargura asociada a las renunciaciones</li> <li>▪ Quejarse</li> <li>▪ No tener expectativas para el futuro</li> <li>▪ Vivir cada día al máximo</li> </ul>
Relaciones sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Renunciar a determinados ámbitos, derechos, situaciones, asociadas a lo que correspondería según la edad</li> <li>▪ La soledad</li> <li>▪ Perder valor en relación a lo profesional</li> <li>▪ Más facilidad que los hombres para relacionarse con otros/as.</li> </ul>

Fuente: elaboración propia.

Como se ve, la vejez aparece asociada principalmente a observaciones y evaluaciones negativas, al menos en los cuatro ejes temáticos mencionados.

Algunas de estas mujeres decían sentirse adultas mayores y otras no, sin embargo, quienes se identificaban como adultas mayores, asociaban la vejez a las características presentadas, aunque ellas mismas nos las experimentaban.

Partiendo del eje temático de la *Salud, fragilidad y dependencia* puede sostenerse que la vejez se asocia al advenimiento de enfermedades. Este aumento de enfermedades se relaciona también con el sufrimiento, la dependencia, con aumento del consumo de medicamentos y con la posibilidad de la muerte.

La enfermedad, como ya se adelantó, constituye una fuente de insatisfacción sobre todo cuando se la vincula a la pérdida de autonomía y autovalencia. En este eje temático se incluirían algunos aspectos de la experiencia de fragilidad relatada por las entrevistadas, lo

que denota la sensación de cercanía con la muerte, que la vejez asociada a enfermedades tiene. El autodefinirse como adultas mayores, podría significar que las decisiones, conductas y apreciaciones estén influidas por lo aquí presentado, convirtiéndose en esperable enfermar y morir a la brevedad.

*“Lo unido que le pido a Dios que no tenga una enfermedad tan larga, porque uno ya de pensar en eso....” (Elsa, autovalente, 82 años).*

El eje temático *Estado físico y estética*, pone de relieve son los cambios físicos en relación a como se vive el cuerpo envejecido tanto en términos de su rendimiento como del aspecto estético. En el primer caso, la vejez se observa como la decrepitud y la falta de agilidad, es decir, como la pérdida de capacidad funcional. En el caso de lo estético, la vejez se asocia a las canas, que son vistas como poco atractivas y a cierta manera de vestirse también con connotaciones negativas.

*“Eso es lo que uno sufre, no tiene esa agilidad de antes.” (Claudia, autovalente, 68 años).*

La vejez entonces también se la vincula al esfuerzo necesario para mantenerse en forma si es que se le quiere restar camino andado.

En el eje temático *Factores psicológicos* se pone de manifiesto aquello que se ha llamado actitud, y que también se ha asociado al sentido de coherencia (Polaino-Lorente en Pedrero, 2001) y al ajuste de expectativas (Borglin et al. en Puts et al., 2007) y que según Salvarezza<sup>12</sup> tendrían un papel muy importante en la evaluación de la calidad de vida.

*“Porque hay viejas así pos, porque cuando tienen edad se ponen así jodidas, mañosas y les molesta todo...” (Elsa, autovalente, 82 años).*

La vejez es significada en base a atributos o cualidades en su mayoría negativas, lo que conduciría a la pérdida de expectativas y generaría mala disposición, amargura y queja. Pareciera entonces que para estas mujeres, la vejez se vincula a la imposibilidad o la poca capacidad de reponerse, de ajustarse a los cambios que ésta significarían.

Una cualidad positiva que se desprendería de la dificultad de establecer expectativas es vivir de manera intensa cada día, que podría pensarse como la manera de sublimar aquello que en otros casos es vivido negativamente.

Es importante destacar que de las cualidades y atributos enumerados en el eje temático *Estado físico y estético* y en el eje *Factores psicológicos*, hay una en cada una de ellas que es positiva y que se deriva de las apreciaciones de la propia experiencia. En este sentido, si bien la vejez está significada mayoritariamente de manera negativa, en los discursos,

---

<sup>12</sup> En entrevista personal realizada el 11 de febrero de 2010 en su oficina personal de la Ciudad de Buenos Aires.

sobre todo de mujeres autovalentes, nos encontramos con algunos elementos que dan cuenta de maneras un tanto diversas de enfrentar la vejez al menos en la vida cotidiana.

El eje temático *Relaciones sociales* muestra atributos negativos asociados a la vejez, como la renuncia a ciertas prácticas o roles, la desvalorización profesional y la soledad en un sentido negativo.

*“...mi frase típica - mamá a almorzar-, -oye yo me voy a quedar viendo tele-. Qué sé yo qué cosa en la tele, almuercen ustedes nomás, pero lo hago para que haya contacto directo de sus hijos en el momento de estar en la mesa, y eso vale mucho. Total yo me quedo en mi dormitorio viendo esa tele fome que habla puras estupideces, pero no importa y ahí bien. Es decir, tú que eres jovencita, no quiero amargarte, pero tienes que empezar a aprender a renunciar a muchas cosas.” (Oriana, dependiente severa, 81 años).*

Sin embargo, dentro del imaginario social que sustenta este estereotipo se considera que las mujeres tienen más capacidades sociales que los hombres, por lo que se está mejor posicionada, lo que coincide con lo expresado por Salvarezza en entrevista personal.

Entonces, hay un imaginario social sobre la vejez que se nutre de imágenes negativas en torno a ésta y que transmuta en un escenario tenebroso, por el que todas en un momento u otro, y más temprano que tarde, transitan o transitarán.

Quienes están en situación de dependencia se sienten muy cercanas al estereotipo descrito, por lo que su carácter primordialmente negativo tiñe la experiencia vital y tiene consecuencias en la observación y evaluación de la calidad de vida.

Las imágenes positivas que se aportan provienen de la vivencia de la propia vejez y tienen la cualidad de constituirse en fortificaciones para soportar los embates de la vejez, para retrasar su avance. Cuestiones como cuidar el aspecto, evitar las canas, no vestirse como vieja se constituyen en estrategias importantes, así como el mantenerse activas<sup>13</sup> e integradas socialmente mediante la participación en talleres, clases, cursos, trabajo.

En todos los casos se entiende que, lo que se vive es, muchas veces, lo mejor que podría vivirse en la situación en la que se está, por lo que las expectativas en relación a la vejez que se tendrá, se van ajustando en función de las posibilidades. Dicho ajuste de expectativas permitiría cierta estabilidad de las evaluaciones de la propia vejez y con ello de la calidad de vida.

---

<sup>13</sup> El mantenerse activas es entendido en el marco de lo que se ha llamado envejecimiento activo, por lo que significará “una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra” (OMS, 2002).

## **XI. Los resultados a la luz de otras investigaciones relacionadas**

Lo hasta aquí presentado algunos puntos de coincidencia con la literatura especializada. Hay coincidencia en cuanto a los ámbitos que George (2006) y Borglin *et al.* (en Puts et al., 2007) consideran como relevantes en la calidad de vida, a saber: la salud, los ingresos, la integración social, el bienestar psicológico, la vivienda, el vecindario, la independencia y la actividad, reconociendo que los ingresos y la salud son dos predictores de mucha importancia. También son predictores las actividades recreativas y de voluntariado, así como con las relaciones familiares. Sin embargo no se comparte con Borglin *et al.* (en Puts et al., 2007) el hecho de que consideren más importante las relaciones y contactos sociales que la propia salud, pues los resultados de la presente investigación indican que cuando se ve comprometida la autovalencia-autonomía, la salud se torna un ámbito que adquiere una gran relevancia.

Si bien se suscribe a al igual que George (2006) que las estrategias de compensación son importantes para sostener una buena calidad de vida, en algunos casos éstas no alcanzan a contrarrestar las pérdidas, como sucede con las asociadas a la autonomía o autovalencia. En esto habría coincidencia con lo planteado por Baltes (1997), pues al parecer la cultura no estaría siendo eficaz.

También para George (2006) la viudez, tendría un efecto negativo entre las mujeres, pues son quienes más la experimentan. No obstante, entre las mujeres aquí entrevistadas, enviudar no tiene necesariamente consecuencias negativas. Por último, sobre la base de lo planteado por la autora, si bien en las observaciones sobre la calidad de vida operan las comparaciones, éstas no se realizan con los y las pares concretas, sino que se hacen por medio de la comparación con: los imaginarios sociales sobre le ser mujer y adulta mayor o “vieja” (que en el caso de la vejez es un estereotipo) y con la propia historia, con quienes ellas mismas fueron.

Otra coincidencia relevante es la que se tiene con Herrera *et al.* (2007), quienes consideran que las mujeres más satisfechas son aquellas que tienen mayor escolaridad, pues significa mayores ingresos, mas actividades significativas como salir de la casa, y tienen mejores habilidades psicosociales, lo que entre las mujeres aquí participantes se mantiene, siempre que no se encuentre afectada la autovalencia-autonomía.

Por último se coincide con Torres *et al.* (2008) en que más enfermedades y pérdida de funcionalidad condicionan la calidad de vida. No obstante, no necesariamente ésta situación tiene que ver con la edad cronológica.

## **XII. Conclusiones: ¿cómo observan su calidad de vida las mujeres adultas mayores frágiles residentes en la ciudad de Santiago?**

Se ha indagado en el modo en que las mujeres adultas mayores frágiles observan su calidad de vida, entendida como un ejercicio de evaluación de las condiciones externas y de los distintos ámbitos de la vida que se reconocen como relevantes, ponderados por los estándares, las expectativas, la historia personal y los valores de los que son portadoras. Si bien se reconoce la importancia del componente objetivo de la calidad de vida, en esta investigación se ha puesto el centro en el subjetivo. De todas maneras, se han incluido algunos elementos que podrían llamarse objetivos, desde el momento que se trata de mujeres frágiles, esto es, que experimentan uno o más factores de fragilidad, los cuales fueron indicados externamente a la hora de seleccionarlás. A la vez, la educación, el nivel socioeconómico y la edad también se constituyen en elementos externos, que marcan diferencias relevantes a la hora de observar la calidad de vida.

Es importante destacar, que la relevancia dada en esta investigación a los componentes objetivos de la calidad de vida, es producto del trabajo realizado en el taller con expertos del equipo Domeyko.

Se ha argumentado además que si bien cada sujeto evaluará de manera diferente su propia calidad de vida, se pueden establecer similitudes de manera de construir un modelo común o nomotético que a la vez de espacio para lo que Fernández (1997) llama cuasi-ideográfico.

En base a los resultados presentados es posible afirmar que la calidad de vida es observada por las mujeres participantes en la presente investigación mediante la evaluación de distintos ámbitos de su vida, los cuales adquieren relevancia y/o son tematizados en función de dos dimensiones:

- Subjetiva: en la que se observa desde esquemas e imaginarios y/o estereotipos, como son el de vejez, el de lo que compete a las mujeres, los significados de la edad y las comparaciones que hacen con su propio pasado.
- Objetiva: que se define externamente, en la que encontramos los factores de fragilidad según su tipo (funcionales, médicos o sociodemográficos), la dependencia, la escolaridad, la edad y el nivel socioeconómico, en base a los cuales es posible situar externamente a las estas mujeres como teniendo tales características.

Los ámbitos que son evaluación en la observación de la calidad de vida serían diferentes según el momento de la vida al cual se refieren, lo que responde al significado que adquiere la edad social para estas mujeres. Un ejemplo de ello es que la educación aparece en los relatos asociada a la niñez o juventud, pero no es uno de los ámbitos que

privilegian a la hora de evaluar la calidad de vida presente. Para el actual período vital, ponen el foco en unos pocos que se han agrupado analíticamente en cuatro núcleos:

- Núcleo Primario que incluye la autovalencia-autonomía, la salud y la situación económica.
- Núcleo Integración Social en el que están las y los hijos, la familia, la pareja, las amistades, las y los vecinos, el trabajo-profesión, la recreación y, el entorno-comuna.
- Núcleo Temporal en el que encontramos la biografía y el futuro.
- Núcleo Actitud en el que se incluye la actitud frente a la vida.

No todos los ámbitos y por ende los núcleos son valorados de la misma manera en lo que respecta a su relevancia. En este sentido encontramos diferencias en las apreciaciones vinculadas a lo que se llamó dimensión objetiva y dimensión subjetiva.

Cuando a lo subjetivo se refiere la observación se vincula a esquemas y sistemas de identificación y de integración social que constituyen representaciones colectivas a las que Pintos (1994) ha llamado Imaginarios Sociales.

Dichos imaginarios poseen efectos de identificación colectiva que tienen como función elaborar y distribuir instrumentos de percepción de la realidad social, por lo que constituyen una visión de mundo, que a la vez puede dar lugar a la aparición de estereotipos.

Las mujeres aquí entrevistadas, observan su calidad de vida en virtud de ciertos esquemas e imaginarios sociales de la vejez y de los roles de género, que se constituyen en instrumentos de percepción.

El imaginario social de la vejez está plagado de cualidades y atributos negativos que configuran una suerte de fantasma en quienes aún no se identifican como adultas mayores, o en confirmaciones de su situación de vejez, con características negativas, entre quienes ya se han identificado como tales (edad sentida). Dichos atributos pueden ser organizados en cuatro ejes temáticos a saber:

- Salud, fragilidad y dependencia
- Estado físico y estética
- Factores psicológicos
- Relaciones sociales.

El eje Salud, fragilidad y dependencia es el único que es evidenciado en los discursos de todas las mujeres aquí entrevistadas y el que más temor provoca. Los otros tres ejes, si



bien son evidenciados en los relatos, en ellos es donde se asoman algunas experiencias concretas en donde la vejez es vivida de manera diversa a lo narrado como componiendo la vejez.

En relación al género, se han identificado ciertos elementos que podrían ser pensados como pistas sobre un imaginario de las relaciones de género y con ello lo que a las mujeres compete. Dichos elementos permiten pensar que la observación de la calidad de vida en mujeres, tendrá ciertas particularidades. Sostenemos que la más relevante de las particularidades relacionadas a este imaginario, se vincula a la importancia que reviste para ellas la autonomía-autovalencia, lo que a su vez se vincula con la relación con sus hijos e hijas, en donde lo predominante a lo largo de la vida ha sido el cuidado, en un primer momento de las madres hacia los/as hijos/as, lo que luego va variando conforme van envejecido. Sin embargo queremos destacar que, si bien todas estas mujeres han desempeñado roles reproductivos, en todos los casos también se han desempeñado en lo productivo, razón por la cual el ámbito trabajo-profesión es relevante para ellas.

La calidad de vida es observada y evaluada desde estos imaginarios, incluyéndose también una comparación con la propia historia, quien se ha sido, en donde se visualizan pérdidas y ganancias a lo largo de la vida, y en la cual la vejez va a significar un equilibrio particular en este sentido. Cabe señalar que las pérdidas son culturalmente compensadas (Baltes, 1997), pero que en muchos casos tal compensación no se logra. Cuando esto sucede, sobre todo en aquellas pérdidas que tienen relación con el eje Salud, fragilidad y dependencia, y con el factor funcional de la fragilidad, las mujeres aquí entrevistadas se sienten de lleno “viejas”, en virtud de aquello que es significado socialmente como vejez (edad social).

En cuanto a la dimensión objetiva, la situación de las mujeres aquí entrevistadas definida externamente, significa diferencias relevantes vinculadas al tipo de factor de fragilidad que vivencian y a sí son o no dependientes. Quienes presentan factores funcionales de fragilidad, que coincide con quienes son dependientes, se identifican en gran medida con aquello que entienden como “vejez” y reportan en todos los casos tener una mala calidad de vida. Para quienes son autónomas-autovalentes y presentan factores de fragilidad médicos o sociodemográficos la identificación con lo que significa la “vejez” es potencial, lo que nos hace pensar que habría distintos tipos de fragilidades que configuran escenarios diferentes dando lugar a situaciones, observaciones y evaluaciones diversas.

Siguiendo a Salvarezza (1998), quienes son dependientes cargarían en sus espaldas el estereotipo que ellas mismas han contribuido a generar, lo que en una medida importante tiene efectos en la actitud frente a la vida.

No obstante las diferencias, el punto en común es que hay un núcleo primario de ámbitos que sería crucial en la evaluación de la calidad de vida compuesto por la autonomía-autovalencia, la situación económica y la salud, siendo fundamental la autonomía-autovalencia.

La importancia que reviste el núcleo primario puede graficarse en el hecho de que cuando uno de los tres ámbitos que lo componen está mal evaluado, es difícil que la calidad de vida general este bien evaluada. Podría también hipotetizarse que la actitud (como núcleo) estaría muy relacionada con la evaluación del núcleo primario, en el sentido de que se vería afectada por lo que en éste sucede.

Los otros tres núcleos (Integración Social, Temporal y Actitud) también son relevantes, mas, cuando son evaluados negativamente, tal situación no tiene el mismo impacto sobre la evaluación general de la calidad de vida.

En el caso de la integración social, la relación con los hijos o hijas podría ser un elemento muy significativo, al igual que las amistades, el trabajo o las actividades recreativas. Sin embargo, se ha visto que este tipo de relaciones o actividades están supeditadas a la situación de autonomía-autovalencia o dependencia que las mujeres posean, razón por la cual, no tienen un impacto de la misma índole que lo que tiene esta última.

Un ejemplo de ello es lo que sucede con una de las entrevistadas, que si bien tiene una buena relación con sus hijos e hijas y tiene amistades, la situación de dependencia en la que se encuentra bloquea en gran medida el impacto positivo que el núcleo integración social podría tener en la evaluación de su calidad de vida general y a la vez afecta su actitud.

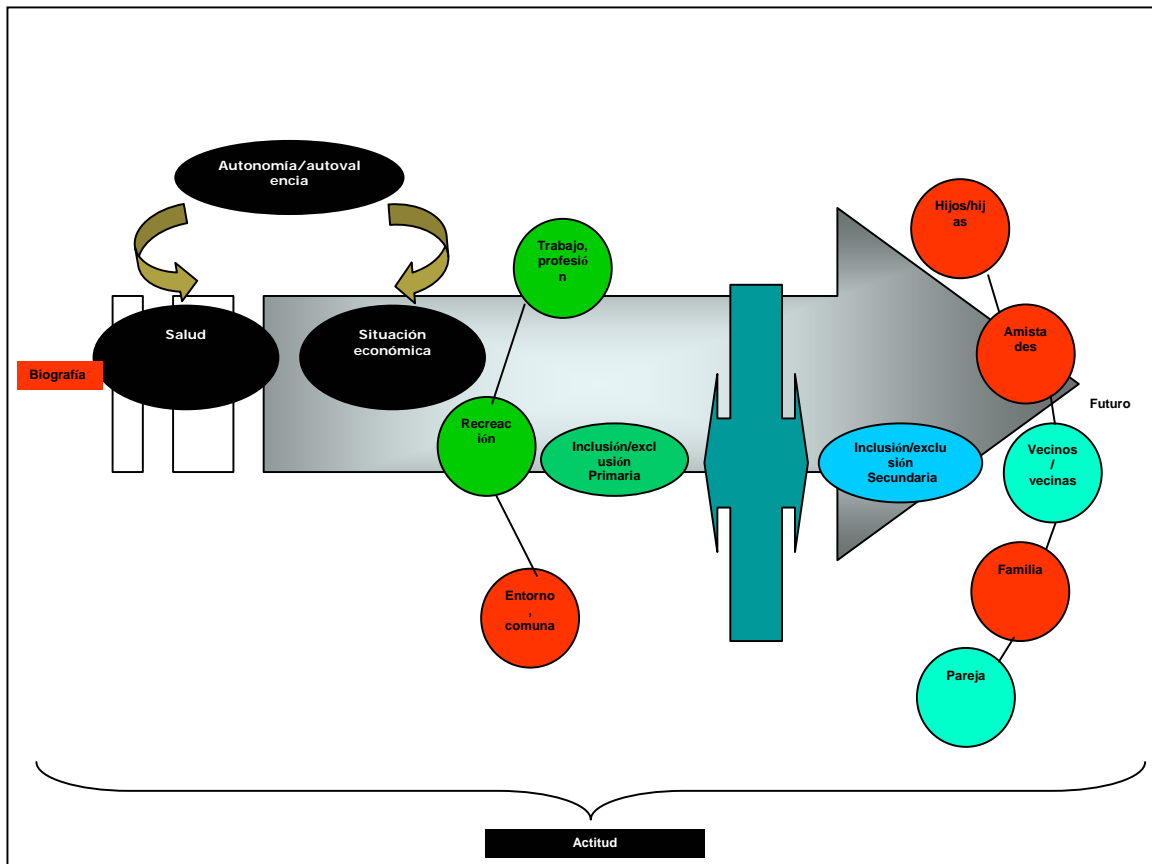
Lo mismo sucede con la biografía. Un estilo de vida considerado de calidad, propiciaría continuar teniendo durante la vejez una vida similar. Mas, cuando se pierde la autonomía-autovalencia, la biografía no es suficiente para que la evaluación sea positiva.

Esto último puede ejemplificarse con el caso de otra de las entrevistadas, quien relata una biografía muy rica y satisfactoria, pero la pérdida de autovalencia-autonomía aparece en un primer plano cuando observa su calidad de vida.

Tenemos entonces varias posibilidades según la situación de autonomía-autovalencia y dependencia en la que se encuentren las mujeres aquí entrevistadas. Si la vejez indefectiblemente significa pérdidas, habrá entonces a) quienes pierden pero logran aún tener ganancias en otros ámbitos como son quienes son autónomas-autovalentes, tienen por ejemplo mayor nivel educacional y socioeconómico, aún trabajan, han mantenido relaciones sociales y realizan actividades recreativas; b) quienes son autónomas-autovalentes, que aún no han sufrido tantas pérdidas, pero no tienen tampoco tantas fuentes de ganancias; y c) quienes son dependientes y han tenido pérdidas con muy pocas posibilidades de tener ganancias.

A continuación se presentan una serie de diagramas que ilustran algunos casos cuando se les aplica el modelo propuesto. Se han coloreado en negro los ámbitos mal evaluados y en rojo los bien evaluados y considerados relevantes.

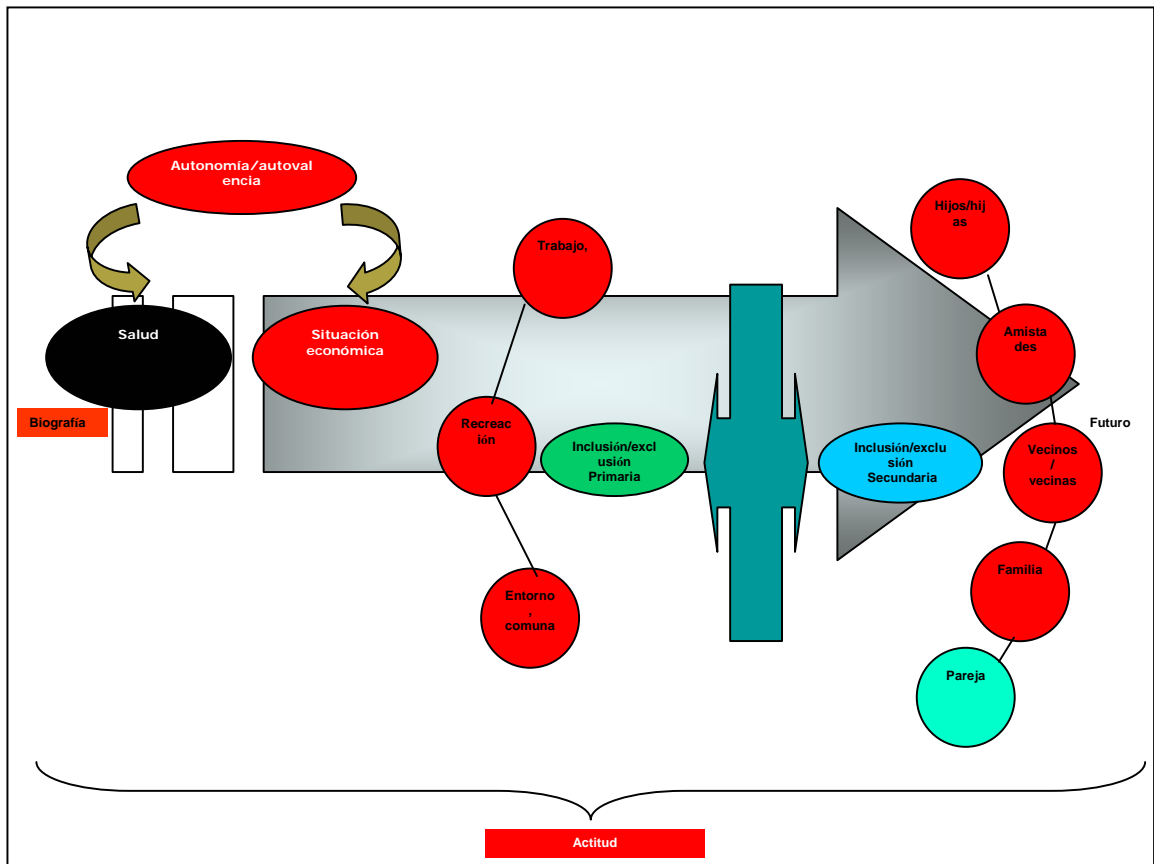
Diagrama N°4: Aplicación del modelo a caso 1.



Fuente: elaboración propia.

En este caso, la calidad de vida era evaluada negativamente, es decir, la buena relación con los hijos e hijas, el fuerte apoyo económico de éstos, la certeza de las amistades y familia y lo adecuado y cómodo del entorno, no eran suficiente para contrarrestar la evaluación negativa en el núcleo primario, lo que afectaba también su actitud.

Diagrama N° 5: Aplicación de modelo a caso 2.



Fuente: elaboración propia.

En este caso la mujer entrevistada era autónoma-autovalente a pesar de encontrarse en una situación de salud delicada. El hecho de que la situación de salud no afectara su autovalencia redundó en una evaluación positiva de su actitud. A la vez ha mantenido activos varios otros ámbitos de su vida lo que le reporta ganancias en cuanto a su calidad de vida, la cual además es evaluada positivamente.

En definitiva, las mujeres adultas mayores frágiles de la ciudad de Santiago de Chile observan su calidad de vida mediante una operación de evaluación que le otorga relevancia a ciertos ámbitos de la vida, respondiendo a esquemas e imaginarios sobre la vejez y las relaciones de género, significados de la edad, en comparación con y desde la propia historia, que van a configurar las expectativas, estándares y valores que manejen. A esto es preciso agregar aquellos elementos que son indicados externamente, y que caracterizan la situación de estas mujeres, con un rol también muy importante en dicha evaluación.



### XIII. Bibliografía

1. Albala C., Lebrão M., León Díaz E., Ham-Chande R., Hennis A. y Palloni A., (2005). Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Revista Panamericana de Salud Publica. [Revista Electrónica]* 7(5/6), 307–22. Extraído el 12 de mayo de 2009 desde [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892005000500003&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892005000500003&script=sci_arttext)
2. Alonso, P., Sansó, F. J., Díaz-Canel, A., Carrasco, M. y Oliva, T. (2007). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Revista. Cubana salud pública [Revista Electrónica]* 33(1). Extraído el 8 de julio de 2009 desde [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000100010&lng=en. doi: 10.1590/S0864-34662007000100010](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100010&lng=en. doi: 10.1590/S0864-34662007000100010)
3. Amarantos, E., Martinez, A. y Dwyer, J.. (2001). Nutrition and Quality of Life in Older Adults. *Journals of Gerontology: SERIES A The Gerontological Society of America* 56A (Special Issue II). Obtenido el 12 de mayo de 2009 desde la base de datos EBSCOhost. 54–64.
4. Aranibar, P. (2001). Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. Serie Población y desarrollo-Cepal. Santiago de Chile: Naciones Unidas. Extraído el 29 de junio desde <http://74.125.93.132/search?q=cache:4DpEXLPS49gJ:inmayores.mides.gub.uy/innovaportal/types/file/downloadfilecontent.jsp%3Fcontentid%3D1354%26version%3D1%26site%3D1%26channel%3Dinmayores+Acercamiento+conceptual+a+la+situación+del+adulto+mayor+en+América+Latina&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=cl>
5. Aranibar, P. (2004) Calidad de Vida y Vejez. Universidad de Barcelona. Extraído el 26 de junio de 2009 desde [www.ciape.org.br/.../CALIDADDEVIDAYVEJEZ%5B1%5D.doc](http://www.ciape.org.br/.../CALIDADDEVIDAYVEJEZ%5B1%5D.doc)
6. Arnold, M. (1998). Recursos para la investigación Sistémico/constructivista. *Cinta de Moebio* 3 [revista electrónica]. Santiago de Chile: Universidad de Chile. Extraído el 13 de Julio de 2009 desde <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/moebio/03/frprin05.htm>
7. Arnold, M. (2006). La Sociedad como Sistema Autopoiético. Fundamentos del Programa Sociopoiético. En Observado Sistemas.Ed. Farías y Ossandón. Santiago de Chile: Ril Editores.

8. Baltes, P. (1997). On the Incomplete Architecture of Human Ontogeny Selection, Optimization, and Compensation as Foundation of Developmental Theory. *American Psychologist* 52(4). American Psychological Association. 366-380.
9. Barros, C., Avendaño, C. y Forttes, A. (2004). Componentes de la calidad de vida del adulto mayor y factores asociados. Informe de Investigación Proyecto FONDECYT 1020643. Santiago de Chile.
10. Bertranou, A. (2008). Tendencias demográficas y protección social en América Latina y el Caribe. CELADE-CEPAL. Santiago de Chile: Naciones Unidas. Extraído el 28 de marzo desde [http://www.fundacionpobreza.cl/biblioteca-archivos/tendencias\\_demograficas\\_proteccion\\_social.pdf](http://www.fundacionpobreza.cl/biblioteca-archivos/tendencias_demograficas_proteccion_social.pdf)
11. Bury, M. (1996). Envejecimiento, género y teoría sociológica. En Ginn, Jay y Arber, Sara (coord), Relaciones de Género y Envejecimiento. Enfoque Sociológico. Madrid, España: Narcea S.A. de Ediciones. 35-54.
12. CELADE-CEPAL (2009) División de Población de la CEPAL. El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: Naciones Unidas. Extraído el 29 de Junio desde <http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/celade/noticias/noticias/6/35916/P35916.xml&xsl=/celade/tpl/p1f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom.xsl>
13. CELADE-CEPAL (2006) División de Población de la CEPAL. América Latina y el Caribe: Desafíos y oportunidades de una sociedad que envejece. *Temas de Población y Desarrollo [Revista Electrónica]* N°5. Extraído el 20 de abril de 2009 desde [http://www.eclac.cl/celade/noticias/noticias/7/23867/PyDEN\\_5.pdf](http://www.eclac.cl/celade/noticias/noticias/7/23867/PyDEN_5.pdf)
14. CELADE-CEPAL. (2007). Sistema Regional de Indicadores Sobre Envejecimiento (SISE). División Población de la CEPAL. Extraído el 25 de abril de 2009 desde <http://celade.cepal.org/cgibin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=MADRID&MAIN=WebServerMain.inl>
15. Delgado, J. y Gutiérrez, J. (1995). Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid: Editorial Síntesis.
16. Del Valle, T.. Contrastes en la percepción de la edad. En Maquieira D'Angelo. *Mujeres mayores en el siglo XXI. De la invisibilidad al protagonismo*. Madrid: Imsero. 43-58.
17. Drewnowski, A., Evans, W. J. (2001, febrero). Nutrition, Physical Activity, and Quality of Life in Older Adults: Summary

*Journal of Gerontology* 56A. Obtenido el 10 de mayo de la base de datos Academic Edition (EBSCO). 89-94.

18. Dulcey-Ruiz, E. y Quintero, G. (1999). Calidad de vida y envejecimiento. En Rocabruno, Carlos (Ed.). Tratado de gerontología y geriatría clínica. La Habana: Editorial Científico Técnica y Editorial Academia. 128-137.
19. Fernández Ballesteros, R. (1997) Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. *Anuario de Psicología* 1997, 73. Barcelona: Universitat de Barcelona. 89-104. Extraído el 8 de marzo desde <http://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/viewFile/61355/88779>
20. Gastrón, L. y Oddone, J. (2008). Reflexiones en torno al tiempo y al paradigma del curso de la vida. *Perspectivas en Psicología. Revista de Psicología y Ciencias Afines* 5-2, Mar del Plata, Argentina: Universidad Nacional de Mar del Plata. 1-9.
21. George, L. (2006) Perceived Quality of Life. En Binstock and George Ed. Handbook of Aging and the Social Sciences. Sixth Edition. London, Inglaterra: Academic Press-Elsevier.
22. Ginn, J. y Arber, S. (1996) "Mera Conexión" Relaciones de género y envejecimiento. En Ginn, Jay y Arber, Sara (coord), Relaciones de Género y Envejecimiento. Enfoque Sociológico. Madrid, España: Narcea S.A. de Ediciones. 17-34.
23. Gómez, L., Verdugo, A., Arias, B. Navas, P. (2008) Evaluación de la calidad de vida en personas mayores y con discapacidad: la Escala Fumat. *Intervención Psicosocial* 17 (2). Obtenido el 27 de junio de 2009 desde la base de datos ESCOhost.
24. Gunnarsson, E. (2009). 'I think I have had a good life': the everyday lives of older women and men from a lifecourse perspective. *Ageing and Society, [Revista Electrónica]* 29. 33-48. Extraído el 13 de mayo de 2009 desde <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=2871528>
25. Herrera, S., Barros, C. y Fernández, B. (2007). Primera Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez. Principales resultados. Instituto de Sociología e Instituto de Economía. Santiago, Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
26. Hidalgo-Rasmussen, C. (2008) De los Comportamientos de riesgo a la Calidad de vida de los Adolescentes. Guadalajara, México: Ed. Universidad de Guadalajara.
27. Huenchuan, S. (2004). Pobreza y redes de apoyo en la vejez. Acercamiento desde las diferencias de género. I Congresso da Associação Latino Americana de População,



- ALAP, Caxambú- MG – Brasil, de 18- 20 de Setembro. Extraído el 13 de enero desde [http://www.alapop.org/2009/images/PDF/ALAP2004\\_410.PDF](http://www.alapop.org/2009/images/PDF/ALAP2004_410.PDF)
28. INE. (1999). Chile y los Adultos Mayores. Impacto en la sociedad del 2000. Santiago de Chile: Instituto nacional de estadísticas y Comité Nacional del Adulto Mayor. Extraído el 20 de abril de 2009 desde [http://www.ine.cl/canales/chile\\_estadistico/estadisticas\\_sociales\\_culturales/adultosmayores/adultos\\_mayores.php](http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/estadisticas_sociales_culturales/adultosmayores/adultos_mayores.php)
29. INE. (2005). Estadísticas Vitales, Informe anual 2005. Santiago de Chile: Instituto Nacional de Estadísticas. Extraído el 20 de abril de 2009 desde [http://www.ine.cl/canales/chile\\_estadistico/demografia\\_y\\_vitales/demo\\_y\\_vita.php](http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/demo_y_vita.php)
30. INE. (2005). Chile hacía el 2050. Proyecciones de población. Santiago de Chile: Instituto Nacional de Estadísticas. Extraído 10 de mayo de 2010 desde [http://www.ine.cl/canales/sala\\_prensa/archivo\\_documentos/enfoques/2005/files/chile2050.pdf](http://www.ine.cl/canales/sala_prensa/archivo_documentos/enfoques/2005/files/chile2050.pdf)
31. Larrañaga, O. (2005). Participación laboral de la mujer en Chile: 1958-2003. Chile: Departamento de Economía, Universidad de Chile.
32. Le Breton, D. (1995). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión ediciones.
33. Luhmann, N. (1991). *Sistemas Sociales. Lineamientos para una Teoría General*. Universidad Iberoamericana. México: Alianza Editorial.
34. Marín, P., Gac, E. , Hoyl, T., Carrasco, M., Duery, P. y Cabezas, M. . (2004). Estudio comparativo de mujeres mayores de noventa años y ancianas menores institucionalizadas. *Revista Médica [Revista Electrónica]* 132 (1), 33-39. Extraído el 19 de mayo de 2009 desde < [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872004000100005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004000100005&lng=es&nrm=iso) >. ISSN 0034-9887.
35. Martínez, C., Pérez, V.; Roselló, A., Geinys, L.; Brito y Gil, M. (2005). La fragilidad: un reto a la atención geriátrica en la APS. *Revista Cubana de Medicina General Integral. [Revista Electrónica]* 21 (1-2). Sociedad Cubana de Medicina Familiar. La Habana, Cuba Editorial Ciencias Médicas. Extraído el 8 de Julio de 2009 desde <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v21n1-2/mgi021-205.pdf>
36. Mejía, J. (2002). Perspectiva de la Investigación Social de Segundo Orden. *Cinta de Moebio [Revista Electrónica]* 14. Santiago de Chile: Universidad de Chile. Extraído el 22 de Julio de 2009 desde <http://www.moebio.uchile.cl/14/mejia.htm>

37. Mella, R.; González, L.; D'Appolonio, J; Maldonado, I.; Fuenzalida, A; y Díaz, A. (2004). Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor. *Psykhé* [revista electrónica] 13 (1). Extraído el 29 de junio desde [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-22282004000100007&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282004000100007&lng=es&nrm=iso). ISSN 0718-2228
38. Menéndez, J. (2007). Prioridades en las investigaciones gerontológicas para soluciones prácticas al envejecimiento en la región. *Revista. Geroinfo. Publicación de gerontología y geriatría. [Revista Electrónica]* 2 (4). Extraído el 19 de mayo de 2009 desde [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/prioridades\\_investigacion\\_gerontologica\\_2007.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/prioridades_investigacion_gerontologica_2007.pdf).
39. MIDEPLAN. (2006) Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional Casen 2006. Resultados Discapacidad. Santiago de Chile: MIDEPLAN. Extraído el 27 de abril de 2009 desde <http://www.mideplan.cl/final/categoria.php?secid=25&catid=124>
40. Mier, N.; Bocanegra-Alonso, A.; Zhan, D.; Zuniga, M. y Acosta, R. (2008). Health-related quality of life in a binational population with diabetes at the Texas-Mexico border. *Pan American Journal of Public Health*, 23 (3), 154-163. Obtenido el 20 de mayo de 2009 de base de datos Elsevier.
41. MINSAL. (2006). Adultos Mayores en control, según edad y sexo, por condición del estado funcional, Diciembre 2006. Departamento de Estadísticas e información de Salud. Santiago de Chile: MINSAL. Extraído el 27 de abril de 2009 desde [http://163.247.51.54/rem2006/pobl\\_dic/adulto\\_mayor\\_s6.php?tipomes=12&tipoano=2006](http://163.247.51.54/rem2006/pobl_dic/adulto_mayor_s6.php?tipomes=12&tipoano=2006)
42. OMS. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española Geriatría y Gerontología* 37(9). 74-105. extraído el 16 de mayo de 2010 desde <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-01.pdf>
43. Oddone, M. y Aguirre M. (2004). Ochenta y más: los desafíos de la longevidad. En Molina, S. (comp.). Aspectos psicosociales del adulto mayor. Salud comunitaria, creatividad y derechos humanos. Argentina: Ediciones Universidad de Lanús. 63-85.
44. Osorio, P. y Sadler, M. (2005). La construcción socio-cultural de la vejez desde una mirada de género. En González, O y Reneré R (ed) *Climaterio en la atención primaria*. Santiago de Chile: Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Ministerio de Salud y Escuela de Obstetricia. Editorial Bywaters. 7-20.

45. Osorio, P. (2006). La longevidad: más allá de la biología. *Papeles del CEIC [Revista Electrónica]* 22. España: Universidad del País Vasco. Extraído el 9 de Julio de 2009 desde <http://www.identidadcolectiva.es/pdf/22.pdf>
46. Osorio, P. (2003). Cambio demográfico y mercado de trabajo: análisis sociológico de la institución social de la jubilación en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Tesis Doctoral. Vizcaya – Leioa, España: Universidad del País Vasco.
47. Oyarzún, K. (2006). Entre lo crudo y lo cocido: sistema sexo-género. En Oyarzún, Errázuriz, Erazo, Vidaurrágaga, Estério, Rozas y Coñomán, *Labores de género. Modelo para rearmar el trabajo*. Chile: Ediciones Generam. 18-29.
48. Pedrero, E. (2001). La calidad de vida y las personas mayores. Monografía presentada a los seminarios de psicogerontología. Extraído el 2 de Julio desde <http://psiconet.com/tiempo/monografias/calidad.htm>
49. Pintos, J. (1994). Los Imaginarios Sociales (la nueva construcción de la realidad social). Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela. Extraído el 20 de noviembre de 2009 desde <http://web.usc.es/~ilpintos/articulos/imaginarios.htm>
50. Puts, Shekary, Widdershoven, Heldens, Lips y Deeg. (2007, Marzo). What does quality of life mean to older frail and non-frail community-dwelling adults in the Netherlands?. *Quality of Life Research [Revista Electrónica]* 16, 263–277. Obtenido de la base de datos Springer el 25 de abril de 2009 desde <http://www.springerlink.com/content/u65550221g670836/>
51. Qian-Li Xue, L. P. , Fried, T., Laffan, A. y Chaves, P.. (2007, Diciembre). Life-Space Constriction, Development of Frailty, and the Competing Risk of Mortality The Women’s Health and Aging Study I. *American Journal of Epidemiology*. 167(2). Obtenido el 12 de mayo de 2009 desde la base de datos Academic Search Premier (EBSCO).
52. Rejeski, W. Jack, M., Shannon L. (2001, Enero). Physical Activity and Quality of Life in Older Adults *Journal of Gerontology A* 56A, 23-35. Obtenido el 3 de mayo de 2009 de base de datos Academic Search Premier (EBSCO).
53. Rodriguez, P. (2002). El peso del factor emocional en el mantenimiento del sistema de género. En Maquieira D’Angelo, *Mujeres Mayores en el Siglo XXI. De la invisibilidad al protagonismo*. Madrid, España: IMSERSO.

54. Rothermund, K. Y Brandtstädter, J. (2003) Coping With Deficits and Losses in Later Life: From Compensatory Action to Accommodation. *Psychology and Aging* 18 (4), American Psychological Association. 896–905
55. Ruiz Olabuénaga, J. (1999). Metodología de la Investigación cualitativa. Bilbao, España: Universidad de Deusto.
56. Salvarezza, Leopoldo. (1998). Fausto, Miguel Strogoff y los viejos. A propósito de la construcción del imaginario social sobre la vejez. En Salvarezza, Leopoldo. (comp.). *La vejez. Una mirada gerontológica actual*. Buenos Aires: Ediciones Paidós. 27-51.
57. SENAMA. (2003). Adultos mayores por regiones comunas y porcentajes (documento de trabajo). Catastro de la Población adulta mayor. Ministerio secretaria general Presidencia de la Nación. Instituto Nacional de Estadísticas. Extraído el 23 de abril de 2009 desde [http://www.ine.cl/canales/chile\\_estadistico/estadisticas\\_sociales\\_culturales/adultosmayores/pdf/mayorescenso2002.pdf](http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/estadisticas_sociales_culturales/adultosmayores/pdf/mayorescenso2002.pdf)
58. SENAMA. (2010). Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores. Santiago de Chile: SENAMA.
59. Tesch-Romer, Kondratowitz y Motel-Klingebiel (2001) Quality of life in the contexto intergeneracional solidarity. En Olav Daatland. S. Y Herlofson, K. Eds. *Ageing, intergenerational relations, care systems and quality of life. An intrudcton to the OASIS project*. OSLO, Norwegian Social Research.
60. Thumala, D., Arnold, M., Urquiza, A., Blanco, C., Vogel, N. (2009). Inclusión y exclusión social del adulto mayor en Chile. Opiniones, expectativas y evaluaciones de la población chilena sobre diferentes modalidades de inclusión y exclusión social de las personas adultas mayores. Programa de estudios sistémicos. Envejecimiento y Vejez en Chile. Facso-Pulso. Universidad de Chile. Extraído el 6 de abril de 2010 desde [http://www.esistemicosvejez.cl/upload/est\\_pdf/7.pdf](http://www.esistemicosvejez.cl/upload/est_pdf/7.pdf)
61. Torrejón, M. (2007). Imaginario social de la vejez y el envejecimiento. Análisis de Contenido de Prensa Escrita: El Mercurio, Las Últimas Noticias y La Cuarta. Tesis para optar al grado de Magíster en Antropología y Desarrollo. Chile: Universidad de Chile.
62. Torres H, M.; Quezada M.; Rioseco H, R. y Ducci V, M.. (2008, Marzo) Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQoL-BREF. *Revista Médica de Chile [Revista Electrónica]* 1363. Extraído el 19 de mayo de 2009 desde [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872008000300007&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000300007&lng=es&nrm=iso) >. ISSN 0034-9887

63. Valles, M. (1997). Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Editorial Síntesis.
64. Vega, Daniela. (2009). Los discursos sobre la calidad de vida de hombres y mujeres mayores, desde una perspectiva de género. Tesis para optar al grado de Magíster en Estudios de Género y Cultura, mención Ciencias Sociales. Santiago de Chile: Universidad de Chile.
65. Verdugo, M. y Sabeh, N.. (2002). Evaluación de la percepción de la calidad de vida en la infancia. *Psicothema [Revista Electrónica]* 14 (001), 86-91. Oviedo, España: Universidad de Oviedo. Extraído el 22 de mayo de 2009 desde <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=72714112>
66. WHOQOL-BREF. (1996). Introduction, administration, scoring and generic versions of the assessment. Field trial version. Geneve, Italia: World Health Organization. Extraído el 2 de abril de 2009 desde [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/76.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf)

## XIV. Anexos.

### XIV.1. Anexo 1: Ficha sociodemográfica y pautas de entrevista.

**Ficha sociodemográfica de participantes en entrevistas** (esta ficha toma como base la que se utilizó en el Programa Domeyko Calidad de Vida y Adulto Mayor ):

<i>Nº entrevista</i>		<input type="checkbox"/> NSE alto <input type="checkbox"/> NSE medio <input type="checkbox"/> NSE bajo	<input type="checkbox"/> Autovalente <input type="checkbox"/> No autovalente
<i>Fecha</i>		NSE GRUPO	NIVEL DE AUTOVALENCIA
NOMBRE	APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO
RUT	FECHA DE NACIMIENTO	<input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem SEXO	
DIRECCIÓN		COMUNA	TELÉFONO
ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	PROFESIÓN U OFICIO	
OCUPACIÓN ACTUAL			
INGRESO MENSUAL	<input type="checkbox"/> Sueldo <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> Otros: ORIGEN INGRESOS		
<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> Allegado <input type="checkbox"/> Institución <input type="checkbox"/> Otros: VIVE CON			
En el último mes se le ha diagnosticado depresión? Toma medicación			
cuantos medicamentos toma actualmente:			

## **XIV.2. Anexo 2: Guión entrevista semiestructurada**

Esta entrevista es para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su bienestar y otras áreas de su vida. Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones.

### **I Percepción vida actual**

1. ¿Qué cosas o situaciones lo/a hacen feliz? ¿Y en los últimos seis meses?
2. ¿Cuáles cree usted que son las fuentes de malestar en su vida en la actualidad? Piense en los últimos seis meses.
3. ¿Hay limitaciones que le molesten en su rutina diaria?
4. ¿Qué tipo de problemas de salud afectan más su calidad de vida?
5. ¿Cómo se siente en relación a su apariencia física? (tal vez preguntar por su sexualidad)
6. ¿Ha experimentado sentimientos de soledad?
7. ¿Se siente valorado por los otros? ¿cómo afecta su autoestima?
8. ¿Se siente plenamente integrado a la sociedad? ¿a través de qué?
9. ¿La ciudad o el espacio donde vive le resultan amigables?
10. ¿Realiza actividades recreativas? ¿qué le aportan?

### **II Expectativas sobre el futuro y evaluación del pasado**

11. ¿Cómo ve su futuro? ¿cuáles son sus metas? ¿qué espera? ¿qué le preocupa?
12. ¿Cómo evalúa su pasado? Puntos positivos y negativos.

### **III Evaluación vida actual**

13. ¿Cómo afecta su pasado en su vida actual?

14. ¿Usted ve muchas diferencias entre su vida pasada y la actual? ¿cuáles son? Cambios positivos y negativos.

#### **IV Definición Calidad de vida**

15. ¿Qué entiende por “calidad de vida”? ¿de qué depende?

16. En su caso personal ¿Qué cosas afectan su calidad de vida en la actualidad? Lo positivo y lo negativo (indagar en temas de salud, redes sociales, familiares y pareja, infraestructura, ambiente, transporte, trabajo, situación económica, recreación, seguridad, vida espiritual, sexualidad).

17. ¿Cuál cree que es el factor más importante que determina su calidad de vida? (enumerar según conversación).

#### **V La calidad de vida en el contexto chileno**

18. ¿Cuáles cree usted que son las cosas que más influyen en la calidad de vida de los/as adultos/as mayores en Chile? ¿Cree que en Chile los/as adultos/as mayores tienen una buena calidad de vida?

#### **VI La calidad de vida según variable género, edad y nivel socioeconómico**

19. ¿La calidad de vida es igual entre hombres y mujeres? ¿En qué se diferencian?

20. ¿Desde cuándo usted se identifica como adulto mayor?

21. ¿Usted cree que el paso de los años modifica su calidad de vida?. Según el tramo al que pertenezca efectuar comparación con el pasado o con el futuro.

22. ¿Lo económico es relevante en la calidad de vida de los/as adultos/as mayores? ¿en qué sentido?

23. Para cerrar ¿usted siente que disfruta de la vida?



### **XIV.3. Anexo 3: Guión entrevista en profundidad**

1. Explicar que es una entrevista sobre calidad de vida en personas frágiles
2. Usted se considera una persona frágil?
3. Por qué...que cosa la hace y la hizo ser frágil, en base a qué cree que lo es?
4. Si no se experimenta frágil, en base a qué cree que no lo es?
5. Qué tiene que ver eso con la calidad de vida?
6. Qué entiende por calidad de vida. Cual es y ha sido su experiencia?
7. Cómo enfrenta usted aquello que no le satisface? Siempre lo ha enfrentado igual?
8. Hay algún episodio de su vida que usted identifique que haya afectado de manera importante su calidad de vida. Cual, cuándo, por qué y cómo? Diferencias entre antes y después.
9. Con qué se compara?