

CALIDAD DE VIDA Y PARTICIPACION SOCIAL EN LA VEJEZ FEMENINA

Deisy Krzemien*

RESUMEN

Desde hace dos décadas se comprueba un creciente envejecimiento poblacional con predominio femenino. Los organismos internacionales que atienden la salud mundial han emprendido programas a favor de una mejor calidad de vida en el adulto mayor, enfatizando variables psicosociales. La calidad de vida resulta dependiente no sólo del componente biológico del ser humano, sino de las condiciones del medio relacional en sentido amplio, y se vincula a un cierto estilo de vida. Considerando tanto la dimensión objetiva como la percepción subjetiva de bienestar, la calidad de vida se hallaría estrechamente relacionada con la participación en el medio social. En el caso de la vejez, cada ser humano atraviesa el proceso de envejecimiento de acuerdo al estilo de vida que adopte, el cual comprende su propia historia de interacciones significativas. Podría decirse que habrían diferentes formas y grados de participación social de la mujer, los cuales suponen diversos modelos de envejecimiento femenino. Entre los factores de riesgo principales del deterioro de la calidad de vida, se halla el aislamiento social ligado a la exclusión y rechazo de la vejez. Por lo tanto, la participación social significativa y un estilo de vida activo estarían vinculados al mantenimiento de una buena calidad de vida y a la prevención y atenuación de enfermedades.

TRABAJO COMPLETO

Este trabajo propone analizar la relación entre dos vastas temáticas como son la participación social y la calidad de vida en torno al envejecimiento femenino.

Comenzaremos definiendo conceptualmente dichos términos.

Considerando la concepción de la OMS, la **calidad de vida** sería *“la percepción del individuo de su posición de vida en el contexto de cultura y sistema de valores en los cuales vive en relación con sus objetivos, expectativas, padrones y preocupaciones.”*¹ La calidad de vida se encuentra estrechamente relacionada con la participación en el medio social; en

* Lic. en Psicología, Docente en las cátedras de *Filosofía del Hombre* y *Psicología Evolutiva I y II*, Integrante del Grupo de Investigación *Temas de Psicología del Desarrollo*, Becaria de investigación, Fac. de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata..

este sentido se la entiende como *“la satisfacción que experimentan los individuos como resultado de su participación en las actividades sociales que realizan en el medio familiar, en el centro de trabajo y en el ámbito comunal y nacional, en relación con las cuales ejercitan sus capacidades humanas y desarrollan su personalidad.”*² De esta definición se desprende el concepto de bienestar como una experiencia de satisfacción que engloba tanto la dimensión biológica, como el conjunto de actividades y relaciones entre los individuos.

De esta manera, se concibe la calidad de vida como un constructo constituido por tres aspectos fundamentales: 1. subjetividad (percepción del individuo en cuestión) 2. multidimensionalidad y 3. presencia de dimensiones positivas (por ejemplo, movilidad) y negativas (por ejemplo, dolor).

Existe un conjunto de estudios que relacionan calidad de vida con salud y estado subjetivo de salud, centrados en la evaluación del impacto del estado de salud sobre la capacidad del individuo de vivir plenamente. Así, la calidad de vida es un concepto subjetivo-objetivo de valoraciones de satisfacción personal y social.

Nos ocuparemos ahora de la calidad de vida en el adulto mayor.

En tanto sujeto humano, el adulto mayor se va constituyendo en el interjuego de factores que conforman una compleja trama vincular y social, en el curso de un proceso histórico determinado. A partir de esta interacción social, activa y multidireccional con el entorno inmediato y mediato y por medio de un proceso de aprendizaje interpersonal, el sujeto se configura en relación con los diferentes grupos de pertenencia que operan como sostén del psiquismo mediante la internalización de las formas de encuentro con el otro y consigo mismo y de un sistema de significaciones sociales que explican la experiencia. De esta manera, en tanto sujeto de la interacción social, actor y participante, va construyendo su propio modelo de relación con el mundo, es decir, va promoviendo un estilo de vida.

Más allá de las características generales atribuidas a la vejez, cada ser humano atraviesa el proceso de envejecimiento de acuerdo a su biografía y al posicionamiento personal que adopte frente a este momento de la vida. Por ende, la calidad de vida del adulto mayor estaría en relación con la posibilidad de que esta etapa de vida forme parte integrada de un proyecto vital autónomo, en una vía de reconocimiento identificadorio de su pasado y de la proyección al futuro dentro de una historización de sí mismo. De esta manera, este posicionamiento del adulto mayor se relacionará con su propia historia de interacciones significativas que le permitirá enlazar los modelos de comportamiento ya conocidos a los modelos de hoy. En la medida en que el adulto mayor logre reconocimiento a partir de las relaciones sociales significativas, esta etapa será vivida

como prolongación y continuación de un proceso vital; de lo contrario, se vivirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social. Si como dijimos la calidad de vida se relaciona estrechamente con la participación en el medio social, la posibilidad de tener una vida de calidad dependerá de que este sujeto se signifique y resignifique en su condición de “ser social” y no solamente en función de “abuelo”, “viudo”, “enfermo”, y demás significantes que responden a la representación social predominante acerca de la vejez, la cual suele homologar vejez a enfermedad, incapacidad e improductividad.

Podemos decir que la **participación social significativa** consiste en tomar parte en forma activa y comprometida en una actividad conjunta, la cual es percibida por la persona como beneficiosa (Martín González, E., 1994).

Considerando los aportes de Caplan (Caplan y Keane, 1985), la participación social haría referencia a sistemas de apoyo o suministros psicosociales como uniones entre individuos, caracterizados por a) ayuda material, b) asistencia física, c) compartir pensamientos, sentimientos y experiencias, y d) contactos sociales positivos.

Sin embargo, más que el número de contactos sociales, es importante la calidad de los mismos. En este sentido, el fortalecimiento de los lazos sociales, familiares, de amistad y la participación en actividades comunitarias serían factores importantes para promover la salud en la ancianidad. Según Erikson, los que envejecen deben mantener una función generativa: por un lado, deben producir y crear; y por otro, relacionarse con los demás y sentirse responsable de ellos, y esto implica orientarse a tareas, a cumplir con causas a las cuales se sirve y relacionarse con otros a través de la comunicación y solidaridad social.

Diversas investigaciones de la OMS (1975), demuestran que las personas que participan en grupos sociales mantienen una calidad de vida superior a los que están socialmente aislados; y que una vida rica en relaciones afectivas significativas tiende a prolongarse (Pszemiarower, S.,1998). Los estudios de Thonse (1982), por ejemplo, muestran altas correlaciones entre percepción subjetiva de bienestar y estilo de vida activo para enfrentar las dificultades; en contraste con altas correlaciones entre percepción subjetiva de malestar y un estilo de vida pasivo ante las dificultades.

Resumiendo, puede decirse que la calidad de vida resulta dependiente no sólo del componente biológico, sino de las condiciones del medio ambiente relacional en sentido amplio (integración social, hábitos de vida, grado de alfabetización, uso del tiempo libre), y también del sistema vigente de representaciones sociales acerca de la vejez (Monchiatti, A. 2000). Desde esta perspectiva, la edad no determinaría el estado de salud, sino más bien

éste se relaciona con la constitución subjetiva particular de cada individuo y la modalidad de relación con su medio ambiente.

En referencia a la participación social cabe mencionar los estudios referidos a la relación entre las llamadas *redes sociales de apoyo*³ y el mantenimiento de la salud y la prevención de situaciones críticas. Por el contrario, la insuficiencia de lazos de apoyo tiene efectos negativos sobre la persona y ha sido relacionada con enfermedades y altos porcentajes en consultas psiquiátricas y psicológicas (Salvarezza, L., 1998). Recientes investigaciones⁴ demostraron mediante datos empíricos la importancia de la educación permanente - en tanto actividad psicocial - para una mejor calidad de vida. Las conclusiones muestran que *“los ancianos que no desarrollan actividad alguna, se enferman más y mueren más jóvenes que los que se mantienen dinámicos.”*⁵

En consecuencia, entre los factores de riesgo principales del deterioro de la calidad de vida, se halla el aislamiento social ligado a la exclusión y rechazo de la vejez (Muchnik, E., 1990). Uno de los criterios para asumirse “viejo” sería el descenso de la participación social y el sentimiento de inutilidad que sobreviene.

En cuanto al envejecimiento femenino, Oddone (1994) describe a la población de ancianos como de mayor vulnerabilidad, y en especial a las mujeres ancianas como las más vulnerables desde el punto de vista de la calidad de vida. El anciano continúa siendo destinatario de estereotipos negativos y el prejuicio del *“viejismo”*⁶ sigue vigente. Si bien las mujeres presentan mayor esperanza de vida con respecto a los hombres, sufren una doble prejuiciación: como mujeres y como viejas. Así, se suman a las significaciones atribuidas al proceso de envejecimiento, las particulares provenientes de la diferencia de género.

No obstante, como vimos, la inserción social de los viejos en la sociedad no ha sido estable a través del tiempo, en general la anciana ha tenido que atravesar por el intersticio de la relación integración-exclusión social. Actualmente se observa que si bien la participación social de la mujer se ha extendido hacia medios más amplios, sin embargo, se ve amenazada en la vejez por la exclusión desde ideales estéticos, y por el predominio de una representación social de la vejez connotada negativamente.

Puede decirse que habría actualmente diferentes formas y grados de participación social de la mujer, los cuales supondrían diversos modelos de envejecimiento femenino. Podrían pensarse por lo menos dos modelos de envejecimiento de acuerdo a la participación en el medio social: el *primero*, conformado por aquellas ancianas más orientadas a la interacción y a la participación social, propiciándose la integración al medio como “actor

social”, y el *segundo modelo*, representado por las mujeres que adhieran a papel tradicional de ama de casa y abuela donde predominan relaciones sociales restringidas al círculo familiar. Ambas implicarían posiblemente diferentes niveles de calidad de vida: existirían ancianas que llevan un estilo de vida de dependencia y aislamiento social, así como otras que mantienen un grado saludable de autonomía y actividad. El camino hacia una vejez autoválida y activa requiere de un posicionamiento personal que suponga una resignificación del discurso social actual que vehiculiza una representación social predominantemente negativa.

Retomando las ideas de Caplan (1974) puede decirse que la participación en actividades sociales e interacciones significativas permitiría el desarrollo de las potencialidades y recursos que la anciana posee. Resumiendo, hay creencias compartidas en el orden social diferentes según las culturas, que ofrecen distintos roles sociales y alternativas de acción a las mujeres y que rigen su comportamiento. Más aún, a través del tiempo estos imperativos a menudo se internalizan. La historia del individuo y sus vínculos primarios confluyen con las determinaciones culturales actuales, en calidad de dimensión constitutiva del sujeto que envejece (Monchiatti, A. 1996). Una mayor participación social resultaría de la posibilidad de reaccionar contra las creencias y prejuicios sociales culturalmente impuestos, lo cual convertiría a la mujer en agente de cambio en su propio medio relacional atenuando las connotaciones negativas atribuidas a la vejez y asumidas por quien envejece. De este modo, se apuntalaría una mejora de la calidad de vida.

El envejecimiento es, entonces, la continuación de un proceso de modificaciones biológicas, sociales y psicológicas que se estructuran en función del tiempo. El paso de los años supone la necesidad de asumir nuevos roles y por ende resignar otros, pudiendo ser los nuevos tan participativos - o aún más - que los anteriores. En la medida en que la anciana se oriente hacia un estilo de vida con una mejor actualización de sus posibilidades de participación social, cobrará mayor significación el presente de su propia existencia y su proyección al futuro, posibilitando un envejecimiento saludable con calidad de vida.

Referencias bibliográficas

- ◆ Amat, C.; Leon, J.; Franco, C.; Basan, J. : *“El Bienestar”*. Informe Unicef: Necesidad básicas y calidad de vida, 1989.
- ◆ Baro, Franz: *“Factores psicosociales y la salud de los ancianos”*, en *Hacia el bienestar de los ancianos*, Publicación Científica n° 492, OPS, Washington, EUA, 1985.
- ◆ Barros Lazaeta, Carmen: *“Aspectos sociales del envejecimiento”*, Revista EPAS, 1989.
- ◆ Beavoire, Simone de: *“La Vejez”*, Editorial Sudamericana, Buenos Aires, 1970.

- ◆ Darton-Hill, Ian: *“El envejecimiento con salud y calidad de vida”*, Salud para todos, Mensuario de Salud y Acción social, año 5, n° 47, Buenos aires, Argentina, 1997.
- ◆ Dulcey Ruiz, Elisa: *“La gerontología en la perspectiva de la psicología de la salud”*, Revista Medicina de la Tercera Edad, N° 8 , año VII, Buenos Aires, Argentina, 1988.
- ◆ Epp, Jake; Kickbusch, Ilona; Lalonde, Marc, y Terris, Milton: *“Promoción de la salud, una antología.”* Publicación Científica N° 557. OPS, Washington, EUA, 1996.
- ◆ Fernández Ballesteros, R. y cols.: *“Calidad de vida en la vejez en los distintos contextos”*, Documentos técnicos N° 83, Universidad Autónoma de Madrid, Instituto Nacional de Servicios Sociales, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid, España,1996.
- ◆ Kinsella, Kevin: *“La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa.”* Publicación Científica N° 556, OPS, Washington EUA, 1994, pág. 3-18
- ◆ La Rosa, Emiliano: *“Nociones de salud y enfermedad”*, Revista Médica de la Tercera Edad, N 8, Año VII, Buenos Aires, Argentina, 1988.
- ◆ Martín González, Emiliano : *“La prevención comunitaria”*, Revista sobre Igualdad y Calidad de vida, N° 7, Colegio Oficial de Psicólogos, Madrid, España, 1994.
- ◆ Monchietti, Alicia: *“Formas de envejecimiento que propicia la sociedad de fin de siglo”*. Revista Argentina de Geriatría y Gerontología, Buenos aires, Argentina,1996.
- ◆ Monchietti, Alicia: *“Representación social de la vejez y su influencia sobre el aislamiento social y la salud de quien envejece”*, Revista de Psicogerontología Tiempo on line www.psiconet.com, N° 4, Buenos Aires, Argentina, 2000.
- ◆ Muchinik, Eva: *“Las redes sociales de apoyo”*, Revista Argentina de Clínica Psicológica, Vol.II, N° 2, Buenos Aires, Argentina, 1990.
- ◆ Oddone, María J.: *“Dimensiones de la vejez en la sociedad argentina”*, Centro Editor de América Latina.
- ◆ Organización Mundial de la salud: *“Programa de promoción de la salud de los ancianos para Latinoamérica y el Caribe basado en la investigación”*, Washington, D.C., OPS, 1990.
- ◆ Pérez Andrés, Cristina: *“Mujer, Derechos humanos y salud”*, Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud, Dirección General de Salud Pública, Ministerio de Sanidad y Consumo, Revista Española de Salud Pública, Madrid, España, 1999.

- ◆ Pszemirower, Santiago : “*Prevención en Gerontología*”, Reviste Medicina de la Tercera Edad, N° 8, Año VII, Buenos Aires, Argentina, 1988.
- ◆ Salvareza, Leopoldo (comp.): “*La vejez, una mirada gerontológica actual*”, Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina, 1998, pág. 275.
- ◆ Sánchez Vidal, Alipio: “*Psicología Comunitaria, bases conceptuales y métodos de intervención*”, EUB, Barcelona, España, 1990.
- ◆ TALIS, (Thied Age Learning International Studies), Vol. N° 8: “*Actos del Seminario Internacional de Paraná, Argentina*”, oct. de 1997, Departement des Langues - Universite de Toulouse 1, Place Anatole, France, 1998.
- ◆ WHO (World Health Organization): “*Ageing and Health*”, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, Whoqol Group, 1998. Publicación en página web: www.who.int/msa/mnh/mhp/ql.htm.
- ◆ Zolotow, David: “*Creecer después de ser adulto. Algunas ideas para posibilitar una adecuada integración social*”, Buenos aires, Argentina, TALIS Boletín de Estudios Internacionales sobre Educación Permanente de las Personas de la Tercera Edad, 1998.

Notas

- ¹ World Health Organization: “*Ageing and Health*”, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, Whoqol Group, 1998.
- ² Amat, C., Leon, j., Franco, c., Basan, J.: “*El bienestar*”, Informe Unicef Necesidades básicas y calidad de vida, 1989, pág. 23-25.
- ³ La *red social de apoyo* se refiere en esta investigación a entornos humanos que operen como red de sostén en situación de crisis y siempre que sea percibida como un beneficio para quien la recibe. En términos operativos, se refiere a la ayuda, orientación, información, cuidado, que un sujeto recibe o percibe recibir de su entorno social.
- ⁴ *Boletín de Estudios Internacionales sobre Educación Permanente de las Personas de la Tercera Edad*, TALIS, (Thied Age Learning International Studies), (1998), Vol. N° 8: “*Actos del Seminario Internacional de Paraná, Argentina*”, oct. de 1997, Departement des Langues - Universite de Toulouse 1, France, 1998.
- ⁵ L.R.Galaso; Tandil, Argentina, Ibidem, pág. 35
- ⁶ *Viejsimo*: conjunto de prejuicios negativos que se asignan a los ancianos simplemente por su edad.