

Representaciones sociales en adultos mayores sobre el estado en la vejez

Social representations in older adults on the state of health in old age

Andrea Patricia Calvo Soto

© <https://orcid.org/0000-0002-1723-9021>

✉ andrea.calvo00@usc.edu.co

Universidad Santiago de Cali

Esperanza Gómez Ramírez

© <https://orcid.org/0000-0001-7610-244X>

✉ egomezr@endeporte.edu.co

Institución Universitaria Escuela Nacional del Deporte

Jéssica López Peláez

© <https://orcid.org/0000-0001-6529-9160>

✉ jessica.lopez02@usc.edu.co

Universidad Santiago de Cali

Cecilia Andrea Ordóñez Hernández

© <https://orcid.org/0000-0001-9296-3768>

✉ andreaordonezh@gmail.com

Universidad Libre Seccional Cali

Paula Andrea Peña Hernández

© <https://orcid.org/0000-0002-9918-2910>

✉ paula.pena00@usc.edu.co

Universidad Santiago de Cali

Cita este capítulo:

Calvo-Soto AP., Gómez-Ramírez E., López-Peláez J., Ordóñez-Hernández CA. y Peña-Hernández PA. Las representaciones sociales en adultos mayores sobre el estado de salud en la vejez. En: Gómez-Ramírez E. y Calvo-Soto, AP. (Eds. científicas). Salud, Vejez y Discapacidad. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2020. p.153-172.

RESUMEN

El objetivo es comparar las representaciones acerca del estado de salud en la vejez, en dos grupos de adultos mayores, uno que asiste a un grupo de actividad física y otro que no. Se desarrolló un trabajo exploratorio dentro de un contexto comunitario, bajo la metodología de la antropología cognitiva y el modelo de dominios culturales. Con una muestra de tipo propositivo de 36 adultos mayores divididos en dos grupos, se usó la técnica de listado libre de palabras asociadas al estado de salud en la vejez. Se encontró que la práctica de actividad física y pertenecer a un grupo, permiten elaborar otras representaciones sociales, que afectan la forma como se percibe el estado de salud en la vejez, orientándose este en un horizonte más positivo, lo que contrasta con el grupo de adultos mayores que no hace actividad, en el cual hace presencia más fuerte lo relacionado con el deterioro y los padecimientos físicos. Se concluye que la práctica de actividad física y pertenecer a un grupo genera en el adulto mayor una modificación en la representación social de sí mismo, de la salud y del envejecimiento hacia un proceso exitoso.

Palabras clave: envejecimiento, ejercicio, educación en salud, salud

ABSTRACT

The objective is to compare the representations about the state of health in old age, in two groups of older adults, one who attends a group of physical activity and one that does not. An exploratory work within a community context, under the methodology of cognitive anthropology and the model of cultural domains. With a sample of propositional type of 36 older adults divided into two groups, we used the technique of free listing of words associated with the state of health in old age. It was found that the practice of physical activity and belonging to a group, allow you to develop other social representations, that affect the way we perceive the state of health in old age, moving in a more positive horizon, which contrasts with the group of older adults that does not activity in which makes stronger presence related to the deterioration and physical hardship. It is concluded that the practice of physical activity and belonging

to a group generates in the older adult a modification in the social representation of itself, of the health and aging toward a successful process.

Key words: aging, exercise, health education, health

INTRODUCCIÓN

La salud es más que la ausencia de enfermedad y está conformada por múltiples dimensiones; la OMS la enmarca en las esferas física, mental y social. Para el caso particular de los adultos mayores, esta postura se amplía a identificar otros aspectos, como son el funcionamiento y la independencia. Se especifica que los aspectos perceptuales acerca del estado de salud para los adultos mayores, sobrepasan el componente físico, debido a que también contemplan la interacción personal y el contexto, por ejemplo, no tener dolor y valerse por sí mismo, pero también aspectos económicos como tener dinero, trabajar y estar pensionado, y socio familiares como salir de casa, no vivir solo o estar rodeado de la familia (1).

Existen múltiples formas de medir el estado de salud, a través de estudios de laboratorio o exámenes diagnósticos, mediante la evaluación clínica de profesionales sanitarios o la autopercebida; esta última incluye sus creencias y expectativas, proporcionando una evaluación general del estado de salud, incluyendo las tres esferas mencionadas anteriormente (2). La salud entonces es interpretada en un marco social, dada su relación con el contexto en que se desarrolla, de ahí la posibilidad de ser estudiada desde la teoría de las representaciones sociales, el cual involucra las creencias elaboradas socialmente y lo compartido entre personas, el cual influye en la forma de responder a las necesidades de salud y a la forma de cuidar la misma.

Uno de los autores pioneros de las representaciones sociales (RS) es Moscovici, plantea que estas “corresponden a un acto del pensamiento en el cual el sujeto se relaciona con un objeto y mediante diversos mecanismos ese objeto es sustituido por un símbolo”; durante ese

proceso de representación, los sujetos interpretan la realidad según sus valores, religión, necesidades, y por tanto no es una copia fiel de la realidad, sino una transformación y construcción de los roles sociales o de aspectos socioculturales (3) (Figura 23).

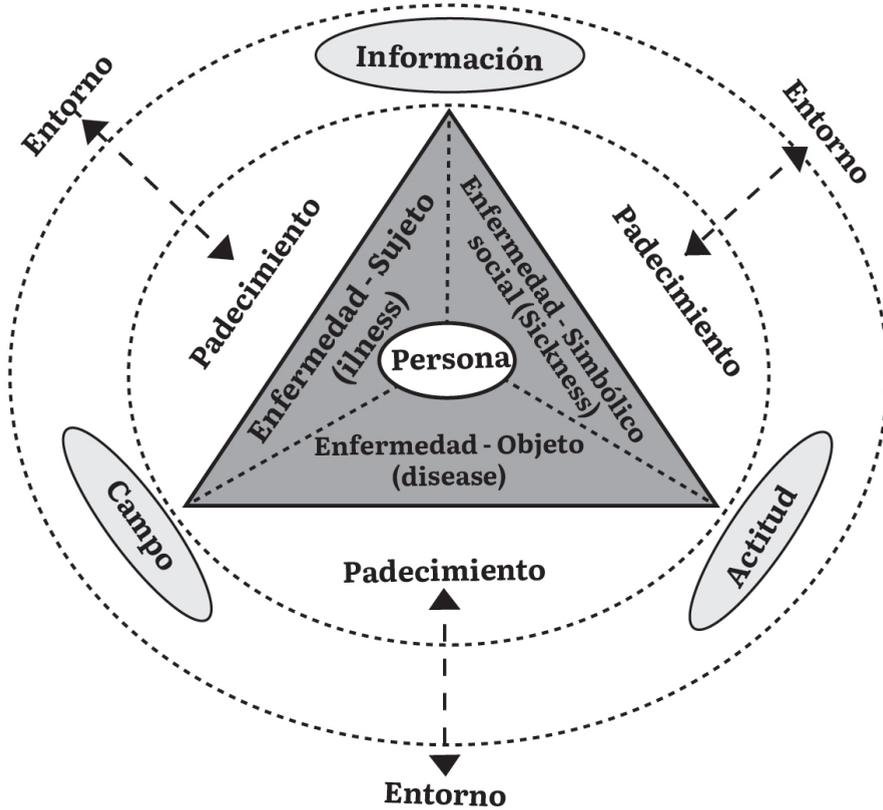


Figura 23. Teoría de las Representaciones Sociales de Moscovici

Fuente: Amador S. (2004). La Representación Social de la Tecnología en Mujeres Rurales

En la actualidad el elemento de percepción ha cobrado importancia para la salud en los adultos mayores, un ejemplo de esto es la edad autopercebida, la cual en trabajos longitudinales ha mostrado que quienes se autoperciben mayores, tuvieron una tasa de mortalidad mayor que aquellos que se percibieron más jóvenes (4); entre los

factores que afectan la edad percibida se han encontrado: la actividad física, el bajo nivel de estrés o eutrés y la buena salud mental, entre otros. Incluso en investigaciones prospectivas, se ha visto como estos factores modifican la edad autopercebida (5).

Dada la complejidad del estudio del estado de salud en adultos mayores, se hace pertinente explorarlo de manera subjetiva; de esta forma se amplía la posibilidad de analizar este aspecto para la población, y puede ayudar a priorizar las intervenciones, debido a que no se pueden modificar las prácticas, cuando no se conoce previamente lo significativo socialmente, para este caso lo relacionado con la salud. Este trabajo tuvo como objetivo comparar las RS acerca del estado de salud en la vejez, en dos grupos de adultos mayores, uno que asiste a un grupo de actividad física y otro que no.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño: La investigación tuvo un enfoque cualitativo, diseño descriptivo, transversal y exploratorio, bajo la metodología de la antropología cognitiva y el modelo de dominios culturales.

Muestra y participantes: El estudio se realizó en el primer trimestre de 2019 en Santiago de Cali, Colombia, dentro de un contexto comunitario. Se integró una muestra de tipo propositivo (Suri, 2011), con determinación en el índice de saturación, para un total de 36 participantes. Se seleccionaron AM de ambos sexos, con edad igual o mayor de 60 años, habitantes de la ciudad citada, sin deterioro cognitivo, para este caso que asistieran regularmente a un grupo de actividad física (AF), el cual incluye la realización de actividades lúdico-recreativas, ejercicio y ocio, y para el otro grupo que no lo hicieran. Unos participantes fueron abordados en las instalaciones del lugar de la comunidad en que se reúnen a realizar sus actividades de ejercicio y ocio, y los otros en sus domicilios. Participaron un total 36 personas (29 mujeres y 7 hombres), sus edades estuvieron entre los 60 y los 92 años (con un promedio de 70 a 75 años), su nivel de estudios fue en su mayoría primaria terminada o incompleta (n=25), la mitad de la muestra pertenecía al grupo de AF y el otra no. Todos se identificaron de nacionalidad colombiana.

Instrumento: Las técnicas de recolección de datos fue la técnica asociativa de listados libres, que consiste en pedir a los informantes términos relacionados con una esfera conceptual particular: “Dime cinco palabras o frases que se te vienen la mente cuándo escuchas: *estado de salud en la vejez*”; después se les pidió una pequeña explicación de por qué dijeron cada una de ellas, información que se consignó en un formato de registro. El tiempo de aplicación fue de máximo cinco minutos a diez minutos, lo que facilitó la participación de las personas. Esta técnica favorece la expresión espontánea de las personas participantes y por ello se espera que el contenido evocado esté más libre de racionalizaciones, sesgos de defensa o deseabilidad social (6).

Procedimiento: se explicaron los objetivos del estudio y se obtuvo el consentimiento informado, garantizándole a cada participante la confidencialidad y el anonimato en la recolección y el análisis de la información. La participación de las personas entrevistadas fue voluntaria. El presente artículo hace parte del proyecto titulado “Estado de salud y condición de discapacidad en adultos mayores que asisten al Programa Canas y Ganas de la secretaria del Deporte y la Recreación de Santiago de Cali”, el cual fue avalado Comité de Ética de la Universidad Santiago de Cali y aprobado por la Dirección General de Investigaciones de la misma Institución.

Análisis de datos: Se realizaron dos tipos de análisis, a) Análisis procesual: con base en las palabras obtenidas en los listados libres se realizó una categorización de las definiciones dadas para cada palabra, lo cual se hizo con análisis de contenido temático. b) Análisis prototípico: con base en las palabras obtenidas en los listados libres se identificó la relevancia (saliencia) de cada término a través del índice de Smith¹; este cálculo se basa tanto en la frecuencia de mención del término como en el rango de la ubicación que le otorgó cada informante a cada palabra (de tal forma que los primeros mencionados en el listado tienen un mayor peso que los últimos). Se procedió a clasificarlos considerando la frecuencia y el rango promedio obtenido en los dos grupos de participantes. Las palabras que constituyen el núcleo central de las RS serían aquellas que son citadas más veces y en primer lugar (rango) (6).

¹ Índice de Smith por cada listado libre individual se calcula:

$$s_j = \frac{\sum r_j}{n} \quad s_j = \frac{\sum r_j}{n}$$

Donde r_j = posición del ítem j en la lista, y n = número de ítems de la lista. Para obtener el índice de salience, es necesario obtener el promedio de s_j de todos los respondientes (Smith, 1993).

RESULTADOS

Análisis procesual: El contenido de las RS del estado de salud en la vejez Categorías encontradas en el análisis de las palabras obtenidas en los listados libres para las RS de estado de salud en la vejez del grupo que asiste a actividades de ejercicio y ocio.

Tabla 16. Representaciones Sociales de estado de salud en la vejez del grupo que asiste a la AF

Categoría	Frecuencia	%
Comportamiento positivo	19	21,1
Actividades de ocio	13	14,4
Soporte social	12	13,3
Estado de bienestar	9	10,0
Sentimiento positivo	8	8,9
Elemento protector	6	6,7
Independencia	5	5,6
Sentimiento negativo	5	5,6
Enfermedad	5	5,6
Tranquilidad	3	3,3
Estado ideal	1	1,1

Capítulo 6. Las representaciones sociales en adultos mayores sobre el estado de salud en la vejez

Seguridad económica	1	1,1
Buen trato	1	1,1
Religiosidad	1	1,1
Proceso de vida	1	1,1

Fuente: Elaboración propia

Para las personas que asisten a las actividades de AF, las categorías que como representaciones definicionales incluyeron más términos fueron: los comportamientos positivos (actividad física y ejercicio, alimentación saludable): “me gusta mucho correr y creo que es fundamental”, “no debe quedarse sedentario”, “es importante para no deteriorarme”, “una mala alimentación repercute en nosotros”, “vivir sano”; estado de bienestar (saludable, tranquilidad): “no me estreso y no me agobio”; soporte social (familia, amigos) “qué los hijos estén con los papás”, “me siento bien me rio”; actividades de ocio (recreación) “ayudan a evitar la depresión”, “no encerrarse porque ayuda a la depresión”, “pasear y salir para ocupar la mente”; sentimientos negativos (soledad), “se van los hijos”, “pérdida de familiares, hijos que se van”, “mi familia permanece fuera de casa”. Las categorías con menos términos, fueron en primer lugar independencia (tener lo que necesita): “no querer depender de nadie”, actividad de ocio; estado ideal (bienestar), “para salir con amigos y familia”, “puedo tener felicidad”; padecimientos físicos (deterioro y enfermedades) “tuve hijos y por los sufrimientos, porque se enferman mucho”; apoyo entre pares (compañerismo) “me puedo reír, estar contenta” (Tabla 16).

Tabla 17. Representaciones Sociales del estado de salud en la vejez del grupo que NO practica AF

Categoría	Frecuencia	%
Padecimiento físico	18	20,0

Comportamiento positivo	13	14,4
Estado de bienestar	13	14,4
Sentimiento negativo	11	12,2
Sentimiento positivo	10	11,1
Enfermedad	6	6,7
Comportamiento negativo previo	4	4,4
Tranquilidad	4	4,4
Servicio de salud	3	3,3
Soporte social	3	3,3
Seguridad económica	2	2,2
Proceso de vida	1	1,1
Actividades de ocio	1	1,1
Independencia	1	1,1

Fuente: Elaboración propia

Para aquellos que NO asisten a un grupo de AF, las categorías que incluyeron más términos fueron: estado de bienestar (saludable, sin dolencias), “decir salud es parte de la felicidad”, “con salud nada le duele, así no tenga dinero, con salud se tiene todo”; comportamiento positivo (buena alimentación), “de eso depende la salud de uno, si no come bien, se enferma”, “nunca se cuidó en eso y ahora se presentan las enfermedades”; sentimientos positivos (amor, felicidad), “si hay salud y alimentación uno está feliz”, “esto es importante en el hogar y en la vida”; enfermedad (deterioro), “en la vejez se presentan todas las enfermedades”, “la fuerza, vigor, musculatura se va adelgazando, se pierde masa muscular”; comportamiento negativo previo (falta de cuidado en la juventud), “tomaba mucho alcohol”, “porque he sido una persona trabajadora, entre 10-12 años busqué el dinero”; seguridad económica (ingresos económicos), “si no tiene que comer ni para el arriendo se enferma, se altera, se preocupa, no duerme”, “la familia lo ve como un estorbo a uno y lo van aislando”; habilidad (me-

moria), “que no se me sigan olvidando las cosas”, “siento que no tengo buena memoria, he perdido esa capacidad”. Las categorías con menos términos para personas fueron: padecimientos físicos (calambres, dolor de cabeza, cansancio), “me dan calambres en los pies”, “a veces me duele mucho la cabeza”, “ya uno viejo todo le va fallando”; independencia (caminar) “vivía muy lejos y me tocaba caminar mucho de un lugar a otro”, recursos sociales (ambiente familiar) “no se recibe el mismo apoyo” (Tabla 17).

Análisis prototípico: núcleo central y sistema periférico de las RS del estado de salud en la vejez

Análisis prototípico: núcleo central y sistema periférico de las RS del estado de salud en la vejez; se retuvieron las palabras que fueran evocadas por lo menos por dos personas. En el prototipo de las RS, los elementos hipotéticamente centrales son aquellos que son más frecuentes y evocados en los primeros lugares de la lista de palabras. En la Tabla 18 se presenta el prototipo (frecuencia por rango de evocación) de las RS del estado de salud en la vejez.

En las RS del estado de salud, de adultos mayores que asisten a la AF, el rango de evocación retenido fue del 62.2%, y el rango promedio fue de 3.1. Los términos ubicados en una frecuencia alta (>11.5) y un rango bajo (<3.1) son los que constituyeron el núcleo central de las RS de estado de salud en la vejez y fueron: actividad física y ejercicio, buena alimentación, saludable, ayudar, enfermedad, tranquilidad, apoyo familiar, recreación, familia, amigos, soledad. Los términos ubicados en la segunda columna con frecuencia baja (<11.5) y rango alto (>3.1) son considerados parte del sistema periférico de las RS; se caracterizan por estar determinados por los elementos relacionados con elementos contextuales asociados al estado de salud como: tener lo que necesita, viajar, bienestar, enfermedades, compañerismo, deterioro, felicidad, cocinar, aliviado, falta de cuidado en la juventud, estrés, etapa de la vida (Tabla 18).

En las RS del estado de salud, de adultos mayores que NO asisten a la AF, el rango de evocación retenido fue del 62.2%, y el rango promedio

fue de 3.1. Los términos ubicados en una frecuencia alta (>11.5) y un rango bajo (<3.1) son los que constituyeron el núcleo central de las RS de estado de salud en la vejez: saludable, buena alimentación, deterioro, falta de cuidado en la juventud, amor, felicidad, sin dolencias, ingresos económicos, memoria. Los términos ubicados en la segunda columna con frecuencia baja (<11.5) y rango alto (>3.1) son considerados parte del sistema periférico de las RS, se caracterizan por estar determinados por elementos relacionados con enfermedades, síntomas y problemas asociados; así como aspectos negativos relacionados: calambres, caminar, cansancio, ambiente familiar, cefalea, tristeza, rabia, muerte, nadar, caídas, buenas relaciones, atención en salud deficiente, apoyo familiar disminuido, evitar soledad, descuido, disgusto, consumo de alcohol y deficiencia (Tabla 19).

Tabla 18. RS del estado de salud por rango de evocación grupo que asiste a actividad física

Frecuencia > 11.5				Frecuencia <11.5			
Frecuencia				Frecuencia			
Ítem	Promedio	(%)		Ítem	Promedio	(%)	
Actividad física y ejercicio	2,78	50		Tener lo que necesita	4	5,6	
Buena alimentación	2,57	38,9		Viajar	4	5,6	
Saludable	1,33	33,3		Bienestar	4	5,6	
Ayudar	2	16,7		Enfermedades	4	5,6	
Enfermedad	2	16,7		Compañerismo	4	5,6	
Tranquilidad	2,67	16,7		Deterioro	4	5,6	
<3.1				>3,1			
Apoyo familiar		16,7		Felicidad	5	5,6	
	2,67			Cocinar	5	5,6	
Recreación	3	16,7		Aliviado	5	5,6	
Familia	1,5	11,1		Falta de cuidado en la juventud	5	5,6	
Amigos	3	11,1		Estrés	5	5,6	
Soledad	3	11,1		Etapa de vida	5	5,6	
	2,78	50					

Fuente: Elaboración propia

Tabla 19. RS del estado de salud por rango de evocación grupo que NO asiste a actividad física

				Frecuencia > 11.5			Frecuencia <11.5		
				Frecuencia			Frecuencia		
				Ítem	Promedio	(%)	Ítem	Promedio	(%)
				Saludable	2,78	50	Tener lo que necesita	4	5,6
				Buena alimentación	2,57	38,9	Viajar	4	5,6
Rango				Deterioro	1,33	33,3	Rango Bienestar	4	5,6
<3.1				Falta de cuidado en la juventud	2	16,7	Enfermedades	4	5,6
				Amor	2	16,7	>3.1 Compañerismo	4	5,6
				Felicidad	2,67	16,7	Deterioro	4	5,6
				Sin dolencias	2,67	16,7	Felicidad	5	5,6
				Ingresos económicos	3	16,7	Cocinar	5	5,6
				Memoria	1,5	11,1	Aliviado	5	5,6
							Estrés	5	5,6
							Etapas de vida	5	5,6

Fuente: Elaboración propia

Núcleo Central

En las RS del estado de salud en la vejez el rango de evocación retenido fue del 62.2%, y el rango promedio fue de 3.1. Los términos ubicados en una frecuencia alta (>11.5) y un rango bajo (<3.1) son los que constituyen el núcleo central de las RS del estado de salud en adultos mayores. Se ubicaron en este espacio las tres primeras palabras para cada uno de los grupos; para quienes hacen AF estuvieron: actividad física y ejercicio, buena alimentación, saludable (comportamiento positivo), ayudar (elemento protector), para quienes no van al grupo de AF, las palabras fueron: saludable, buena alimentación

(comportamiento saludable) y deterioro (padecimiento físico). Los términos ubicados en la segunda columna con frecuencia baja (<11.5) y rango alto (>3.1) fueron considerados el sistema periférico de las RS, que incluyó, para los que asisten al grupo de AF los términos: tener lo que necesita (independencia), viajar (actividades de ocio) y para quienes no están en el grupo de AF: bienestar, calambres, cansancio, (padecimientos físicos) y caminar (comportamiento positivo) (Figura 23).

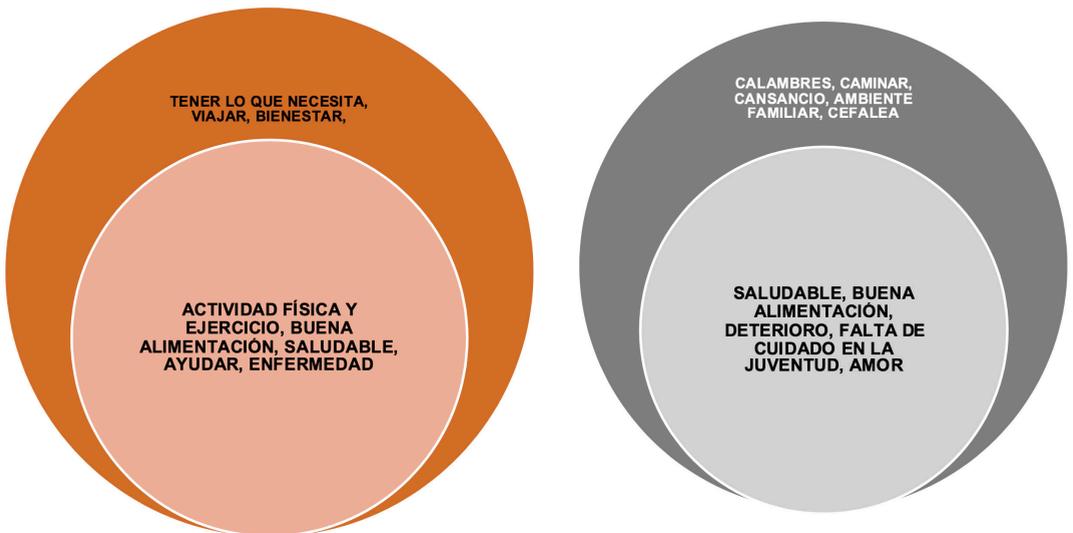


Figura 24. Comparativo del núcleo central y periférico de las RS del estado de salud en adultos mayores

Fuente: Elaboración propia

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Conociendo que las RS recrean las formas de pensar y crear la realidad social, estas demuestran la capacidad de dotar de sentido a esa realidad, asociadas con la experiencia en la vida cotidiana. Se identifica que una práctica como es la realización de AF y pertenecer a un grupo, permiten elaborar otras representaciones sociales que afectan la forma como se percibe el estado de salud en

la vejez. Aunque ambos grupos tienen expectativas positivas ante ese estado, sigue habiendo presencia más fuerte de lo relacionado con el deterioro y los padecimientos físicos, para el grupo de AM que NO hace AF, siendo un discurso más positivo aquellos que sí la realizan, mostrando todo esto que las RS son evidentemente de carácter dinámico, en las cuales hay elementos de dispersión de la información; el caso por ejemplo de la información a la que tiene acceso el grupo de AM que hace AF, o cómo la focalización, es decir el interés particular que tiene cada AM, de acuerdo con sus inserciones sociales, en este caso, la práctica regular de AF, la cual además de generar cambios físicos y de ánimo, influye en lo relacionado con la interacción social, la capacidad de hacer nuevas relaciones y de ocupar el tiempo libre, todas estas actividades promueven la salud mental. El envejecimiento y la vejez como realidades que se vivencian de manera individual y colectiva, siguen habitualmente una tradición histórica saturada de connotaciones más negativas que positivas, las cuales afectan la forma como la sociedad trata a las personas mayores (7).

Teniendo en cuenta los tres ejes fundamentales que componen la estructura de la RS: la actitud, la información y el campo de representación, el presente trabajo señala que la actitud de los AM se modifica a través de la práctica de AF, lo que les permite una disposición positiva frente al proceso de envejecimiento y a la salud. Estas disposiciones ante el objeto representacional, el cual lo constituye el estado de salud en ese periodo del curso de vida, involucra unos cambios afectivos y valorativos (8), que para un grupo se ponen de manifiesto al mencionar como primer elemento dentro del estado de salud para ellos, la práctica de actividad física y ejercicio, expresando una dimensión evaluativa de mayor orden. Señalando entonces, que esta práctica transforma el conocimiento y la identidad, e incluso el rol ante el cuidado de la salud, al determinar una conducta o postura frente al objeto representacional como es “la salud”, mostrando entonces una posición menos pasiva ante los cambios de la edad, generando un rol más activo y dinámico.

Teniendo en cuenta los tres ejes fundamentales que componen la estructura de la RS: la actitud, la información y el campo de

representación, el presente trabajo señala que la actitud de los AM se modifica a través de la práctica de AF, lo que les permite una disposición positiva frente al proceso de envejecimiento y a la salud. Estas disposiciones ante el objeto representacional, el cual lo constituye el estado de salud en ese periodo del curso de vida, involucra unos cambios afectivos y valorativos (8), que para un grupo se ponen de manifiesto al mencionar como primer elemento dentro del estado de salud para ellos, la práctica de actividad física y ejercicio, expresando una dimensión evaluativa de mayor orden. Señalando entonces, que esta práctica transforma el conocimiento y la identidad, e incluso el rol ante el cuidado de la salud, al determinar una conducta o postura frente al objeto representacional como es “la salud”, mostrando entonces una posición menos pasiva ante los cambios de la edad, generando un rol más activo y dinámico.

Es importante señalar que, exceptuando una persona, todos los participantes reportaron que padecían patologías bajo control médico como: hipertensión, diabetes, artrosis, etc. Pero ello no significó diferencias en sus representaciones sociales, como tampoco lo fue el sexo, el estado civil, nivel educativo, ocupación o la fuente de ingresos; la heterogeneidad en las respuestas estuvo asociada a la práctica de AF, a diferencia de lo señalado en otros trabajos, los cuales presentan que estos factores sí se asocian con el riesgo de percibir mal estado en AM (9,10).

Entre los adultos mayores existen actividades que más proporcionan salud, entre los hábitos o conductas saludables se describen: la práctica de ejercicios físicos, la higiene de la risa, actividades de distracción, vida social, la lectura etc. Con relación a la práctica de la AF, ésta es posible a través de lo que el AM percibe como beneficios o como factores limitantes; es decir los factores reales o imaginarios asociados a la adquisición de la conducta. Las percepciones que el AM tiene para la práctica de la AF facilitan o limitan la adopción de esta conducta, evidenciado en quienes realizan AF tienen promedios más altos en la percepción de beneficios y menos barreras, y se sienten más seguros de hacer ejercicio ante diferentes obstáculos (11). En tanto la práctica de AF vigorosa en el dominio de tiempo libre, influye sobre una buena evaluación del estado de salud (12).

Desde los elementos cualitativos, en otros trabajos sobre significados de la salud, los AM expresaron sus vivencias relacionadas con tres categorías: “poder hacer”, “estar bien con la familia” y “no tener dolor y enfermedad”, se debe mencionar que el adulto mayor experimenta la salud cuando percibe que puede hacer cosas; este “poder hacer”, muestra la necesidad de experimentar la capacidad, de moverse, valerse por sí mismo y evitar la dependencia física, trabajar y tener autosuficiencia económica. El “poder hacer” como categoría de salud, le permite al AM olvidarse de sí mismo, de sus enfermedades, dolencias, nostalgias, y concentrarse en las cosas de la vida; por el contrario, caer en cama produce temor e incertidumbre, le hace pensarse vulnerable, sentir que ya no va a levantarse más; quizá por esta razón, la salud se vivencia en formas de ocupación que distraen y permiten concentrarse en vivir (13).

En otras investigaciones sobre la salud autoevaluada en AM, se describe claramente la relación entre la edad que se percibe de sí mismo, la condición de salud y la facilidad para practicar un comportamiento saludable; desde la teoría del comportamiento de salud, se sugiere que la emoción positiva promueve la adherencia al comportamiento saludable y el establecimiento de un comportamiento que aumenta el pensamiento positivo (14).

Se considera que la vejez es la etapa del ciclo vital que inicia a partir de los 60 años; aun cuando la definición ha sido parte de una amplia polémica, se puede decir que existe un acuerdo en que se pueden dar tres formas de envejecer: 1) envejecimiento normal, 2) patológico y 3) exitoso (15). El primero hace parte de las etapas del desarrollo del ser humano, donde el riesgo de presentar enfermedades se incrementa conforme a la edad, deteriorando la calidad de vida y el bienestar. Por el contrario, el envejecimiento patológico se caracteriza por la aparición de diversas enfermedades crónicas y graves, aumentando la dependencia debido a las limitaciones de las mismas tanto en lo físico como en lo emocional. Y por último, uno de los conceptos contemporáneos, es el denominado envejecimiento exitoso (*successful aging*), el cual se desarrolla a partir del modelo de Rowe y Kahn, en el que proponen una de las definiciones más aceptadas: “el envejecimiento exitoso como la baja probabilidad

de enfermedad y de discapacidad asociada, el alto funcionamiento cognitivo y funcionalidad física y el compromiso activo con la vida”, evidenciando formas sanas de envejecer (15,16).

Rowe y Kahn desarrollan este planteamiento con el fin de diferenciar el envejecimiento “normal” del “mejor de lo habitual”. Particularmente, para los resultados de este estudio, los que se encuentran en un grupo tienen el “riesgo de desarrollar una patología”, mientras que en el otro estarían los que tienen un alto funcionamiento y un bajo riesgo. Definen el envejecimiento exitoso como multidimensional conformado de tres componentes: baja probabilidad de enfermar y tener o presentar discapacidad, alto nivel de funcionamiento, compromiso con la vida (17). En esta línea, desde el modelo norteamericano de Havighust, pionero en este campo, se plantea que el envejecimiento activo está relacionado con la capacidad del individuo de realizar actividades que le permitan no solo sustituir las que venía desempeñando sino desarrollarse en nuevos roles, creando un sentimiento positivo de sí mismo. Enfatiza que estas personas se caracterizan por que son felices, presentan un sentido interno de satisfacción presente y pasado, son dinámicos e independientes (18). Esto se vería reflejado en los resultados obtenidos en el presente estudio donde las personas que realizan AF tienen un alto puntaje de comportamiento positivo, actividades de ocio y adecuado soporte social, lo que llevaría a inferir que estos elementos les permite tener una RS de su propia edad como exitosa.

Por su parte, Neugarten aborda el envejecimiento exitoso como multifactorial, profundiza en la relación que existe entre la personalidad, factores sociales y de salud para lograrlo. Dentro de los factores sociales tiene en cuenta la capacidad de adaptación, estilos de afrontamiento, los ingresos económicos, la salud, las redes de apoyo y los límites culturales (18). En esta línea Erikson en su teoría del desarrollo, señala que a partir de los 60 años se produce la etapa denominada “integridad frente a la desesperación” (19), que implica una alteración en todas las esferas del individuo, ya que se enfrenta a diversos duelos propios de la edad, que van desde el cambio corporal hasta la pérdida de amigos y familiares, confrontando así al individuo constantemente con la pérdida y la muerte (16).

Cabe destacar que desde la neurología en las últimas décadas se ha investigado sobre los cambios cerebrales que se producen como consecuencia de la edad. Las evidencias señalan cómo a pesar de cambios bioquímicos e histológicos el cerebro aun cuando presente un deterioro puede ser “funcionalmente joven”, esto se produce gracias a dos fenómenos: por una parte, el cerebro sigue produciendo, aunque en menor cantidad, neuronas nuevas y por la plasticidad cerebral. Los indicios llevan a plantear que esta capacidad del sistema nervioso central hace la diferencia entre el envejecimiento fisiológico y las enfermedades neurodegenerativas (20). Por lo tanto, el adecuado manejo de los factores de riesgo (dieta balanceada rica en antioxidantes y ejercicio) ayudaría a retrasar el envejecimiento cerebral previniendo algunos tipos de demencias y brindando calidad de vida al individuo (20). Con base en esto los programas de salud colectiva y comunitaria dirigidos a esta población deben contemplar esta perspectiva.

Se concluye que las representaciones sociales que derivan en comportamientos son susceptibles de cambio, se transforman a partir de las experiencias, aún para los adultos mayores, a los cuales corrientemente se les piensa arraigados a conductas previas y con resistencia al cambio, pero para el caso del cuidado de la salud, la práctica de actividad física en un entorno de soporte social, genera una actitud más positiva ante las transformaciones por el envejecimiento, lo que a futuro incide en mantenimiento de una adecuada condición física y mental con el paso de los años.

Agradecimientos: Se agradece al Programa Canas y Ganas de la Secretaría de Recreación y Deporte del municipio de Santiago de Cali, Colombia por su colaboración en la realización de esta investigación. A la Universidad Santiago de Cali por el apoyo logístico y financiero para el desarrollo de todo el proyecto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vargas M, Arana B, García M, Ruelas M, Melguizo Estela, Ruiz An. Significado de salud: la vivencia del adulto mayor. Aquichan. 2017; 17(2): 171182.

2. Bustos-Vázquez E, Fernández-Niño J, Astudillo-García C. Auto-percepción de la salud, presencia de comorbilidades y depresión en adultos mayores mexicanos: propuesta y validación de un marco conceptual simple. *Biomédica*. 2017; 37 (1): 92-103.
3. Materán A. Las representaciones sociales: un referente teórico para la investigación educativa *Geoenseñanza*. 2008; 13 (2): 243-248.
4. Katsuhiko Takatori, Daisuke Matsumoto, Makoto Miyazaki, Naomi Yamasaki, Jong-Seong Moo. The difference between self-perceived and chronological age in the elderly may correlate with general health, personality and the practice of good health behavior: A cross-sectional study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2019; 83: 13-19. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.03.009>
5. Yannick S, Sutin A, Terracciano A. Subjective Age and Mortality in Three Longitudinal Samples. *Psychosomatic Medicine*. 2018; 80(7):659-664.
6. Ruiz J, Ponce E, Herrera A, Jiménez H, Medellín Elvers. *Avances en Medición Evaluación en Psicología y Educación: cinco lecturas selectas*. Bogotá-Colombia: Universidad del Bosque; 2001.
7. López M, Marín Ricardo. Revisión teórica y empírica desde la psicología sobre representaciones sociales del envejecimiento y la vejez en Latinoamérica y España (2009-2013). *Revista Científica General José María Córdova*. 2016; 14 (17): 55-202.
8. Knapp E, León Idalmis Hernández, Mesa M, Suárez M. Representación social de la salud humana. Facultad de Psicología. Universidad de La Habana. *Revista cubana de psicología*. 2003; 29(2):153-164.
9. Castaño D, Cardona D. Percepción del estado de salud y factores asociados en adultos mayores Perception of state of health and associated factors in older adults. *Rev. salud pública*. 2015; 17 (2): 171-183.
10. Dueñas D, Bayarre Veá H, Triana E, Rodríguez V. Percepción de salud en adultos mayores de la provincia Matanzas. *Revista Cubana de Medicina Integral*. 2011; 27(1):10-22.
11. Cruz R, Chavero M, Lozano A, Riveras D, Cruz I. Condición física y percepciones hacia el ejercicio de adultos mayores de la Zona metropolitana de Monterrey: resultados preliminares. *Multidisciplinary Health Research*. 2016; 1 (1): 15-22.

12. Mendoza D, Urbina A. Actividad física en el tiempo libre y auto-percepción del estado de salud en Colombia. *Apunts Med Esport*. 2013; 48(177):3-9.
13. Vargas M, Arana B, García M, Ruelas M, Melguizo E, Ruiz A. Significado de salud: la vivencia del adulto mayor. *Aquichan*. 2017; 17 (2).
14. Katsuhiko Takatori, Daisuke Matsumoto, Makoto Miyazaki, Naomi Yamasaki, Jong-Seong Moon. The difference between self-perceived and chronological age in the elderly may correlate with general health, personality and the practice of good health behavior: A cross-sectional study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2019; 83: 13-19 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.03.009>
15. Baltes PB. On the incomplete architecture of human ontogeny. Selection, optimization, and compensation as foundation of development theory. *Am Psychol*. 1997; 52: 332-80.
16. Mayordomo T, Sales A, Meléndez JC. El desarrollo humano: infancia, adolescencia, edad adulta y vejez. En: *Psicología Médica*. Barcelona-España Ed Elsevier; 2015:187-206
17. Rowe JW y Kahn RL. Successful aging. *The Gerontologist*. 1997. 37: 433-40.
18. Petretto DR, Pili R, Gaviano L, Matos López C y Zuddas, C. Active ageing and success: A brief history of conceptual models. *Rev Española de Geriatria y Gerontología*. 2016; 51(4): 229-241. DOI: 10.1016/j.regg.2015.10.003
19. Erikson E. *El ciclo vital completado*. Buenos Aires-Argentina. Ediciones Paidós; 1985.
20. Torrades O. Aspectos Neurológicos del Envejecimiento: la lucha para retrasar el deterioro cerebral. *Rev Offarm*. 2004; 23(9):106-109.
21. Amador S. *La Representación Social de la Tecnología en Mujeres Rurales: Los Procesos Sociocognitivos como Fundamento de la Relevancia Social*. Trabajo de grado Maestría en Calidad de la Educación. Departamento de Ciencias de la Educación. Escuela de Ciencias Sociales. Puebla: Universidad de las Américas Puebla; 2004.