



UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

***PERCEPCIONES NEGATIVAS QUE INFLUYEN EN LA
CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES***

Alumna: María Rosana Arellano Levicoy

Profesor Guía: Ana María Galdames

**TESIS PARA OPTAR A GRADO ACADEMICO DE LICENCIADO EN
TRABAJO SOCIAL**

TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE ASISTENTE SOCIAL

Santiago – Chile

2011

INDICE

INTRODUCCIÓN	4
Planteamiento del problema	9
Justificación	17
Estructura metodológica	18
CAPITULO I	20
GERONTOLOGIA Y ADULTO MAYOR	21
La gerontología	21
1- Gerontología biológica o experimental	23
2- Gerontología clínica o geriátrica	24
3- Gerontología social	24
4- Gerontología educativa	25
5- Gerontología gerontopsiquiatria o psicogerontología	25
CAPITULO II	27
TEORIAS DE LA VEJEZ ADULTO MAYOR	27
1- TEORÍAS RELACIONADAS CON LA VEJEZ	27
2.- ASPECTOS DE LA VEJEZ	36
2.1 Conceptos de vejez	36
CAPITULO III	50
POLÍTICAS SOCIALES DEL ADULTO MAYOR	50
1- DEFINICION DE POLÍTICA SOCIAL	
2- POLÍTICAS SOCIALES DEL ADULTO MAYOR	51
CAPITULO IV	65
CALIDAD DE VIDA Y NECESIDADES	
1- Calidad de vida	65
2- <i>Necesidades humanas</i>	75
CAPITULO V	81
CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA	81
1. Aspectos demográficos de los adultos mayores	81

2- Aspectos patológicos de los adultos mayores	89
3-Aspectos socioeconómicos de los adultos mayores	117
4- Aspectos familiares de los adultos mayores	123
5- Aspectos sociales de los adultos mayores	132
CAPITULO VI	142
PERCEPCIONES NEGATIVAS DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES	142
1- Percepciones negativas de los aspectos demográficos	142
2- Percepciones negativas de los aspectos patológicos	159
3- Percepciones de los aspectos económicos Respecto de la calidad de vida	174
4- Percepciones de aspectos familiares respecto de la calidad de vida	176
5- Percepción del aspecto social respecto de la calidad de vida	186
6- Percepción de aspectos ambientales respecto de la calidad de vida	189
7- Percepción de elementos que inciden en la calidad de vida	197
CONCLUSIONES	202
APORTE DEL TRABAJO SOCIAL	224
BIBLIOGRAFIA	232
ANEXOS	241
OPERACIONALIZACIÓN	242
ENCUESTA	250

INTRODUCCION

Los cambios de gran trascendencia que se han producido en las dos últimas décadas en Chile, son la estrecha relación que existe entre envejecimiento poblacional y calidad de vida para todos.

Esta situación es vista con preocupación, entre otros, por organismos a nivel mundial, como Naciones Unidas, al tal punto que se prepara una segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento, a fin de evaluar la aplicación del llamado Plan de Acción de Viena de 1982.

Ya en la Cumbre Mundial de Desarrollo Social de Naciones Unidas, en 1994, se señalaba que cuando el cambio demográfico se produce por envejecimiento de la población, hay que reorientar los recursos públicos y la atención de la política, y adaptar estos servicios, de tal manera que las personas de edad más avanzada puedan elevar al máximo su contribución a la sociedad en el espíritu de una sociedad para todos. Esto significa un cambio de paradigma. Para ello se propone impulsar las cuestiones del envejecimiento en los planes nacionales de desarrollo.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud advierte que, en la composición de la población en América Latina y El Caribe, para el 2025, la población mayor de 80 años representará el 10% de las personas de 60 y más años. Al mismo tiempo señala que el envejecimiento en América Latina y El Caribe se caracteriza por: rápido crecimiento, pobreza, heterogeneidad e inequidad en salud y desarrollo. De todo ello se desprende que la inclusión de esta temática en las Políticas Sociales de los países de la región, es altamente compleja y va a requerir los esfuerzos conjuntos de la sociedad y los gobiernos, debido a que el problema involucra a la sociedad como un todo.

Por mucho tiempo se pensó que con la organización de la seguridad social sería suficiente para solucionar la pobreza y los bajos niveles de bienestar social de un alto porcentaje de los adultos mayores. Sin embargo, el problema de los adultos mayores se presenta más grave, y más aún cuando se constata en los últimos años la tendencia de los

estados a retirarse de las pocas instituciones públicas existentes de seguridad social, favoreciendo la creación de sistemas de ahorro particulares. Estos sistemas no son una solución para los adultos mayores de hoy, y si lo será para los adultos mayores del mañana el futuro lo demostrará.

También ha ido tomando fuerza la concepción de que una política social que considere las necesidades de los adultos mayores, en un concepto global, debe enfocar los diferentes aspectos de la vida de los adultos mayores, contemplando aspectos tales como la vivienda, salud, ingresos, tránsito, previsión de servicios, etc. Sin cuestionar la globalización en términos generales, debemos tener en cuenta que los adultos mayores carenciados - y en su mayoría lo son - en América Latina y en el Caribe, son y serán más marginados como consecuencia de la misma.

Por eso, organismos como Naciones Unidas, la Organización Panamericana de la Salud y recientemente el Banco Interamericano de Desarrollo - BID - se encuentran desarrollando Programas que intentan compensar ciertas durezas de la nueva economía. La magnitud del desafío, aún considerando sólo dos aspectos:- la situación económica de los adultos mayores que, como señalábamos, en su gran mayoría son carenciados y - la cobertura de los sistemas de seguridad social que permite una vida digna y funcional, alcanzan en general, a porcentajes muy bajos de la población mayor de 60 años , se requiere soluciones sistemáticas y sostenibles por parte de los gobiernos en primer lugar y de la sociedad civil en su conjunto.

En este marco de plena transición, es de destacar que algunos países de la región están realizando esfuerzos notables para desarrollar una política que contribuya al mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores.

En Chile, en los últimos años ha habido significativos cambios demográficos y sociales en el país. Chile está viviendo un acelerado proceso de envejecimiento poblacional. Los mayores de 70 años representan el 11,5 % de la población nacional (1.785.218 personas), registrando un aumento de un 0,5% proporción que aumentará a 8,2 % el año 2025, así lo demuestran los resultados de la IX Encuesta de Caracterización Socioeconómica, CASEN 2003

El envejecimiento es sin duda un hecho altamente importante, especialmente considerando el aumento en la esperanza de vida al nacer, que alcanza los 80 años para las mujeres y los 76 años para los hombres.

El estudio de la CASEN, además entrega una completa radiografía de este grupo etareo de la población, y que como características principales concluye que el 56% de los adultos mayores del país son mujeres; que el 61,2% de éstas tiene más de 76 años; el 52,3% es casado; el 38,1% son viudas y el 12,4% viven solas.

En relación al tema educacional, que señala mayor analfabetismo del adulto mayor, en comparación a otros grupos etáreos (en la población menor de 59 años el analfabetismo corresponde a 2,4% y en la población mayor de 59 años a 13,2%) precisó que de éste dato se infiere que las futuras generaciones de adultos mayores presentarán mayores niveles de preparación, en comparación a los actuales adultos mayores.

El 78,4% de los adultos mayores reside en casa propia pagada, situación que es mayoritaria y transversal en todos los sectores socioeconómicos. Otras características de los adultos mayores evidencian que el 38,2% de las jefas de hogar mujeres tiene más de 60 años; el 26,1% es parte de la fuerza de trabajo.

Sobre las condiciones de vivienda, el 79,8% de los adultos mayores reside en casa propia pagada, situación que es transversal en todos los sectores socioeconómicos. De hecho, el 81,9% de éstos pertenece al tercer quintil de ingresos, mientras que el 80,4% al primer quintil, el 81,5% al segundo quintil, el 78,7% al cuarto quintil y el 76,3% al quinto quintil de mayores ingresos.

El 81,7% de las personas de 60 años y más se atiende en el sistema público de salud, mientras que sólo el 7,5% está afiliado a una ISAPRE y el 4,1% declaró no tener ningún tipo de previsión en este ámbito. La atención en el sistema público atraviesa a todos los sectores socioeconómicos. Mientras el 92,4% de los adultos mayores del primer quintil de más bajos ingresos está en este sistema, el 54,6% de los pertenecientes al quinto quintil de mayores recursos también acude a él.

En el año 2003 el 64,8% de los adultos mayores del país es pensionado del Instituto de Normalización Previsional (INP) y el 54,6% de éstos pertenece al primer quintil de más bajos ingresos. Otro 15,7% de adultos mayores recibe su jubilación a través del sistema de AFP, un 8,6% de una Compañía de Seguros y el 6,5% de una Caja de las Fuerzas Armadas.

Otro de los datos que presentan una gran importancia, de la Encuesta Casen 2003, es el alto grado de participación de los adultos mayores en las organizaciones sociales. El 35,1% de la población mayor participa en organizaciones sociales y dentro de ellas las mujeres se interesan más (37%) que los hombres (35%) en este tipo de actividades.

Desde 1990 ha disminuido progresivamente la condición de indigencia de los adultos mayores. Hace 14 años el 4,7% de estos vivía en condición de marginalidad, cifra que en 2003 se redujo al 1,6%.

Aunque la pobreza no indigente en los adultos mayores tuvo un incremento en el período 2000-2003, del 6,4% al 8,1%, esta condición ha bajado casi a la mitad en los últimos 14 años, ya que en 1990 afectaba al 15,7% de este tramo etéreo.

Conciente de esta realidad, el Gobierno ha puesto en marcha un Programa de Asistencia Integral para el Adulto Mayor, a través del Sistema Chile Solidario, en 9 regiones del país y en más de 22 comunas, en las que se concentra la mayor cantidad de adultos mayores pobres y que viven solos.

“Un presente en crisis y un futuro aún más oscuro” es lo que puede ver la socióloga especialista en la tercera edad en Chile, Carmen Barros (2004), si se mantiene la falta de recursos y de redes de apoyo para la tercera edad y sus familias.

En el estudio realizado por Carmen Barros (Ibid) , sobre los “Componentes de la Calidad de Vida del Adulto Mayor y Factores Asociados” el 82% de los ancianos más pobres del Gran Santiago dice que sus ingresos no alcanzan para satisfacer sus necesidades. Peor aún, el 49% de los adultos mayores de todos los estratos sociales afirman lo mismo.

La especialista sostiene que el problema de tener un gran sector de la sociedad sin la atención y recursos suficientes, lo que afecta tanto a los adultos mayores como a sus familias.

Además, agrega que hoy cuentan con ayuda de instituciones de beneficencia los ancianos más pobres, pero el resto no tiene donde recurrir. En 20 años, además de seguir creciendo la tercera edad el grupo de mayores de 75 años, los más frágiles, aumentará en 250%.

“Ya nos preocupamos del adulto mayor sano, pero los frágiles y postrados que requieren más gasto siguen pendientes. No podemos sentarnos a pensar que podríamos hacer en unos años más, el problema requiere medidas urgentes hoy” (Ibid:2).

La ex Ministra de Mideplan, Yasna Provoste dijo que los resultados de la Encuesta Casen 2003 nos permiten tener una completa radiografía de las condiciones de vida de nuestros adultos mayores, y que nos permite trabajar con mayor atención en sus necesidades más urgentes. En ese contexto, agregó que.

“Para el Gobierno es prioridad garantizar una vida digna y serena a nuestros adultos mayores y este programa de asistencia integral, busca precisamente asegurar una vejez tranquila y fuera de la indigencia a quienes más lo necesitan”.(Ibis3)

El Gobierno a implementado distintos programas en relación a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores a través del servicio Nacional del adulto Mayor SENAMA, como los programas en relación a : Fondo Nacional del Adulto Mayor ; Participación Ciudadana ; Beneficios para Pensionados ; Salud ; Turismo ; Vivienda ; Educación ; Deportes ; Justicia ; Discapacidad y Transporte.

Para Carmen Barros (Ibid:4), *“hay temas muy importantes en los que se ha hecho muy poco, porque significan un gran gasto. Me refiero a mejorar las pensiones y a crear redes de apoyo para los adultos mayores y sus familias”*. Sin duda son temas que implican

toda una reforma del sistema de seguridad social, y que se ha visto que tienen un enorme impacto sobre la calidad de vida de los adultos mayores.

De los antecedentes expuestos se infiere que la calidad de vida de los adultos mayores es una preocupación para el Estado, instituciones vinculantes y especialistas del tema, lo que se refleja en la realización de investigaciones, creación del Servicio Nacional del Adulto Mayor y, al mismo tiempo, que tiene una visión precisa sobre el efecto que juega el nivel socioeconómico y características generales en dicha calidad de vida, lo que se expresa en sus políticas sociales destinadas a este grupo etareo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los adultos mayores, es el grupo etario que más rápidamente crece en el mundo y que más desafíos plantea a las sociedades modernas, uno de ellos, afirma Cuevas (2004), es la calidad de vida.

La literatura de mayor acceso enfatiza aspectos biológicos y psicológicos, en donde lo social aparece como un contexto o marco general que apoya la discusión. Sin embargo, "lo social", entendido bajo la perspectiva del trabajo social, tiene una alta repercusión en la evaluación y tratamiento de la calidad de vida de los adultos mayores.

“Uno de los cambios importantes en la gerontología es el giro desde poner el énfasis en conocer los problemas de la vejez a entender los factores protectores que permiten una mejor calidad de vida en esta etapa” (Barros C, 2004:1)

Según Barros C (Ibid), en su estudio “Componentes de la Calidad de Vida del Adulto Mayor y Factores Asociados” plantea que la *Calidad de vida* es un concepto complejo que involucra variables físicas, psicológicas, ambientales, sociales y culturales.

La capacidad de funcionamiento físico, la percepción del estado de salud, el significado que se atribuye a la vejez, el apoyo social instrumental (tener a quien recurrir en caso de problema o necesidad), y la realización de actividades como leer, salir de la casa y hacer ejercicio son algunos de los factores asociados a la calidad de vida. Sin embargo, el resultado que más salta a la vista es que el nivel socioeconómico es la variable que más impacta en la calidad de vida en la tercera edad.

"La primera razón para estar insatisfecho es la precariedad del ingreso. Es el factor que más influye en el bienestar y el distrés (sentirse solo, triste y angustiado)" (Ibid:1)

Así se constata en el propio estudio donde el 49% de los encuestados declaró que sus ingresos no alcanzaban para satisfacer sus necesidades. En el segmento socioeconómico bajo, la cifra llegó al 82%.

Otro estudio, realizado en adultos mayores de la comuna de Providencia, la más envejecida de Chile (según la encuesta CASEN 2003), arrojó que el tema económico es el más sensible en términos de calidad de vida.

En la vida contemporánea los valores de juventud, eficiencia y auto-nomía/poder financiera imperan en la forma de relacionarnos con los otros; siendo este contexto discriminador para aquellos adultos mayores que deben o desean jubilar, ya que la condición de jubilado presenta un bajo estatus, debido a la baja en los ingresos, la falta de espacios para crear o aportar al resto, el amplio tiempo libre, etc.

"Hay que pensar que ésta es una generación que no se educó para vivir tanto tiempo, por lo que ha tenido que adaptarse como una especie de grupo experimental a todos los cambios" (Parada G 2004:2).

Otro factor determinante es la educación. El estudio de la Universidad Católica (2004) demostró que los adultos mayores que tienen mayores niveles educacionales leen más y hacen más actividad física, lo que mejora su calidad de vida.

"La educación influye además en la percepción de auto-eficacia, es decir, en la capacidad de los adultos mayores de tener control sobre lo que les ocurre. Por tanto, la persona educada adopta un rol activo frente a su proceso de envejecimiento". (Barros C, Ibid: 5)

A menor nivel educacional, los adultos mayores tienen una sensación de que el mundo es más hostil hacia ellos, así lo explica Parada G (op.cit). Así, por ejemplo, según el estudio de la Universidad Católica, el 46% de los adultos mayores de Providencia cree que

no se los respeta. Entre los que sólo tienen educación básica la cifra llega a 66%, mientras que entre los de nivel universitario, la percepción de no ser respetado sólo la tiene el 36%.

En lo que la gran mayoría de los adultos mayores coincide es en que la familia es un pilar fundamental de la calidad de vida. Y los estudios muestran que es en la pareja donde los mayores encuentran su soporte incondicional.

"La viudez tiene un impacto muy importante en la calidad de vida y la sensación de soledad, y este peso se lo llevan más fuertemente las mujeres, que viven más tiempo". (Barros C Ibid:7)

Según el sociólogo Germán Parada (2004), en torno a los 55 años la soledad comienza a aparecer como un tema relevante, probablemente por la salida de los hijos del hogar. Entre los 60 y los 75 los adultos mayores parecen haberse acomodado a esa situación, pero después de los 75 la soledad vuelve a recrudecer, posiblemente asociada a un nuevo alejamiento de los hijos, que en esa etapa están absolutamente abocados a sus familias nucleares.

El adulto mayor que presenta avanzados niveles de autonomía social, psicológica y económica busca vivir físicamente independiente de su familia, manteniendo lazos directos con sus familiares. Sin embargo, cuando esta situación no puede darse por dificultades económicas o de salud, el adulto mayor opta por vivir con aquel pariente que cuente con las mejores condiciones materiales y afectivas para recibirlo.

Pero, al margen de esta característica de orden casi geográfico (donde y con quien vive el adulto mayor), llama la atención que a nivel de relaciones familiares, y puntualmente de límites familiares, se observan dos grandes tendencias.

Adultos mayores que viviendo o no bajo el mismo techo que sus familiares cercanos, presentan claros límites en sus relaciones familiares, es decir, cumplen su rol de

abuelos, mantiene sanas relaciones con grupos de pares, ocupan con creatividad su tiempo libre, toman sus decisiones de manera independiente y tiene un propio proyecto de vida.

En cambio hay otros adultos mayores que al margen de sus compañeros de vivienda, mantienen relaciones simbióticas con sus familiares, es decir, carecen de límites claros, estableciendo límites de carácter difuso. Esto los lleva a tomar el rol de padres de sus nietos, o en algunos casos nuevos hijos de sus propios hijos, estableciendo inadecuados lazos de dependencia. Siendo incapaces de tomar decisiones personales sin consultar, careciendo de un proyecto de vida personal que responda a sus necesidades subjetivas, etc.

Para Barros C (Ibid) también es muy importante influir sobre el significado atribuido a la vejez, la percepción de auto-eficacia y de salud de los adultos mayores, a través de la capacitación, pero también de la educación de los niños ya desde la edad escolar.

A pesar de la claridad de los adultos mayores acerca de sus principales necesidades, aún existen deficiencias políticas al respecto, siendo las pensiones considerablemente bajas para satisfacer la multiplicidad de necesidades de un adulto mayor promedio. A esto se suma que los beneficiarios directos del INP, de las diversas AFP, o de la pensión asistencial (PASIS), presentan graves confusiones acerca de sus derechos y red de apoyo, confundiendo instituciones, procedencias de ingresos, y características del beneficio, lo que les impide manejar sus decisiones previsionales con seguridad y eficiencia.

Para poder focalizar eficientemente los recursos e implementar acciones adecuadas hacia los adultos mayores es necesario agudizar la mirada sobre ellos. No existe un modelo único para enfrentar el envejecimiento.

La forma de enfrentar la vejez desde una perspectiva individual varía tanto por factores biopsicosociales internos como externos, lo que no es una excepción en el caso de necesidades materiales como las económicas o ambientales. En este sentido, las

condiciones de ambas variables varían según aspectos geográficos, subetáreos, culturales, sociales, educacionales, entre otros.

A pesar de las cifras y estudios relacionados respecto de la calidad de vida de los adultos mayores no se encontró ninguno que se focalizara en las percepciones que tienen los adultos mayores de cómo sus características generales influyen de manera negativa en su calidad de vida.

En los estudios realizados sobre estas dos variables: características y calidad de vida de los adultos mayores, se han identificado y descrito claramente estas variables cuyas conclusiones evidencian su interacción y culminan planteando propuestas de *enfoque proactivo*, como plantea Cowen (1994) enfoque que promueve la salud, la calidad de vida y el bienestar de los sujetos, en ausencia de estudios con enfoque reactivo, es decir investigaciones focalizadas en identificar los daños cuyas conclusiones terminen en propuestas de intervención destinadas a reparar daños y evitar mayor erosión.

Es así que tenemos adultos mayores que a pesar, por ejemplo, de participar en una organización social cuya finalidad es el de ser una aporte significativo a su calidad de vida, por todos los beneficios que contrae toda red social ya sea en términos de apoyo instrumental, emocional, económico, etc., igual existen sujetos que sienten que dicha participación influye en cierto grado de manera negativa en su calidad de vida por distintos motivos como el gasto económico en el que incurren, por ejemplo, en el pasaje cuando la organización no queda cerca de su hogar. Entonces sólo mediante la identificación de las percepciones que tienen los adultos mayores sobre sus características generales y su influencia negativa en la calidad de vida es que ellas podrán ser trabajadas, en terminas de reparación, con el objetivo principal de redireccionar o anular tales percepciones negativas. Siguiendo con el ejemplo, solo mediante esta perspectiva o enfoque reactivo, es que el adulto mayor que participa de la organización social no seguirá experimentando situaciones psicológicamente problemáticas (que forman parte de la calidad de vida) ni se dejara la posibilidad de que éste presente ausencias o deserción organizacional porque se tratara la temática.

Frente a lo anterior, es que se hace necesario realizar una investigación sobre las características que influyen negativamente en la calidad de vida para reorientar las acciones u orientaciones que se pueden ofrecer en cualquier tipo de intervención con Adultos Mayores.

Para esta investigación hemos considerados a los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda de la Región Metropolitana, donde tomamos como muestra a trescientos adultos mayores beneficiarios del programa antes mencionado.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las características generales de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda de la Región Metropolitana?

¿Cuáles son las percepciones que tienen los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda de la Región Metropolitana sobre las características que influyen negativamente en la calidad de vida?

OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.

OBJETIVO GENERAL 1

- 1- Describir las Características generales de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda de la Región Metropolitana.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- 1.1 - Señalar aspectos Demográficos de los adultos mayores.
- 1.2 - Establecer aspectos Patológicos de los adultos mayores.
- 1.3 – Señalar aspectos Socioeconómicos de los adultos mayores.
- 1.4 – Identificar aspectos Familiares de los adultos mayores
- 1.5 - Mencionar aspectos Sociales de los adultos mayores.

OBJETIVO GENERAL 2

- 2- Describir las percepciones de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda de la Región Metropolitana sobre las características que influyen en la calidad de vida

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- 2.1- Establecer las percepciones negativas de los adultos mayores respecto de sus aspectos Demográficos.
- 2.2- Señalar las percepciones negativas de los adultos mayores respecto de sus aspectos Patológicos
- 2.3- Mencionar las percepciones negativas de los adultos mayores respecto de sus aspectos Socioeconómicos.
- 2.4- Identificar las percepciones negativas de los adultos mayores respecto de sus aspectos Familiares.

- 2.5- Mencionar las percepciones negativas de los adultos mayores respecto de sus aspectos Sociales.

- 2.6- Señalar las percepciones de los adultos mayores respecto de sus aspectos Ambientales

- 2.7- Identificar las percepciones de los adultos mayores respecto de su Calidad de Vida

VARIABLES DEL ESTUDIO

Las variables que giran nuestro estudios son : Características generales de los Adultos Mayores y Percepciones que influyen en la calidad de vida. (Ver

JUSTIFICACIÓN

El envejecimiento es un proceso biológico, psicológico y social que comienza con el nacimiento de las personas y termina con la muerte de estas; a través del ciclo de vida las personas se ven enfrentadas a cambios fundamentales que atraviesan toda la esfera del ser humano y obliga a una readecuación permanente del individuo y su entorno así lo plantea García Mariano (1999).

Así el envejecimiento poblacional está atravesado por el desarrollo científico y tecnológico que han contribuido al control de las tasas de natalidad mortalidad y el aumento de la esperanza de vida de la población, sin embargo una gran parte de ésta se encuentra aún en márgenes de pobreza que no coinciden con el desarrollo alcanzado, ya que se tiende a asociar la vejez con características que van en desmedro de este grupo etáreo como la desvalorización, dependencia, y marginalidad, lo que no permite que la sociedad integre a los adultos mayores en un marco de igualdad social.

El gran aumento de la población mayor de 60 años hace necesario tener en cuenta una visión de lo que el Estado puede ofrecer a éste grupo etáreo, a fin de aumentar, mejorar, orientar y direccionar los programas existentes con ello, la calidad de vida de los adultos mayores e integrarlos a la comunidad como personas que puedan aportar con su experiencia de vida, sus capacidades de mantenerse en el mundo laboral y de disminuir el grado de sensaciones negativas respecto de ser una carga para la comunidad.

Ésta investigación ha querido, dentro de sus posibilidades, contribuir a un mejor conocimiento sobre el proceso de la vejez y la influencia negativa de las características generales sobre la calidad de vida, el que debe analizarse en profundidad para de ésta forma, ofrecerse alternativas viables e innovadoras en la resolución del problema o al menos en un aspecto.

Por lo tanto, éste estudio tiene un valor teórico en el entendido que la información que se extraiga de él servirá para comentarios por las personas que componen el Programa

Especial Adulto Mayor del Ministerio de Vivienda y Urbanismo de la Región Metropolitana. Ayudará al establecimiento de la relación de las variables que se encuentran presentes en los de adultos mayores beneficiarios de éste programa y permitirá la elaboración de estrategias de acción por parte de la institución que apoya ésta investigación.

ESTRUCTURA METODOLÓGICA

TIPO DE DISEÑO:

- **NO EXPERIMENTAL:** No se aisló el grupo de investigación del contexto, por lo que no se manipularán las variables independientes. No se realizará una situación de control.
- **TRANSECCIONAL:** La investigación se realiza en un periodo determinado.

TIPO DE ESTUDIO:

- **DESCRIPTIVO:** Para obtener un panorama más preciso de la magnitud del problema, a través del conocimiento de las variables que se asocian. Su propósito es concluir cómo es y cómo se manifiesta determinado fenómeno.
- **UNIVERSO:** 1200 Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda de la Región Metropolitana.
- **MUESTRA:** 300 Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda de la Región Metropolitana.
 - **TIPO DE MUESTRA:** No probabilística. El criterio de selección fue la accesibilidad a la muestra y la voluntariedad de los entrevistados
- **UNIDAD DE ANÁLISIS:** Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda Adulto
- **TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**
 - ENCUESTA.

- Focus Grups.

- **ANÁLISIS DE LOS DATOS:**

El **ANÁLISIS DE LA ENCUESTA** es de tipo estadístico, el que se realizara mediante el programa SPS S.

El **ANÁLISIS DEL FOCUS GRUPS** es de tipo de Contenido

PRIMERA PARTE

MARCO TEORICO

CAPÍTULO I

GERONTOLOGÍA Y ADULTO MAYOR

1- LA GERONTOLOGÍA

La **gerontología**, según la Enciclopedia Libre Wikimedia (2011:1), “*es el área de conocimiento que estudia la vejez y el envejecimiento de una población*”. Agrega que la gerontología se ocupa, en el área de salud, estrictamente de aspectos de promoción de salud. Por lo demás, aborda aspectos psicológicos, sociales, económicos, demográficos y otros relacionados con el adulto mayor.

“La Gerontología no constituye una disciplina o profesión autónoma, sino simplemente un enfoque peculiar. Las diferentes preguntas o problemas que plantea el envejecimiento- entendido como un fenómeno humano, tal como la niñez o la edad adulta, en la sociedad contemporánea, pueden y deben ser resueltas por las disciplinas o profesiones implicadas en la gerontología (medicina, psicología, pedagogía, trabajo social, derecho...). Ricardo Moragas” (1991:5)

Birren 1996, plantea que la gerontología supone un sujeto de conocimiento muy antiguo pero es una ciencia extraordinariamente reciente. Se ha desarrollado en la segunda mitad del siglo pasado porque es cuando comienza a producirse un fenómeno extraordinariamente importante: el envejecimiento de la población. Este fenómeno ha sido debido a dos factores esenciales: de una parte la mortalidad ha disminuido a la vez que se ha incrementado la esperanza de vida y todo ello, junto a una fuerte caída de la tasa de natalidad, aspecto éste último que parece que está cambiado en este siglo XXI.

La historia reciente de la gerontología científica se inaugura con el norteamericano Cowdry (1939) y, concretamente, con el texto por él dirigido *Problems of Aging* (Problemas del envejecimiento). En esta obra al tratamiento de las condiciones médicas y

físicas de la edad se incorporan aspectos psicológicos y sociales, por lo que puede ser considerado un primer tratado de gerontología.

Pero es después de la Segunda Guerra Mundial cuando se desarrollan la mayor parte de asociaciones de gerontología, comenzando por la norteamericana (*Gerontological Society*) en 1945. La Sociedad Española de Geriatria y Gerontología es creada en 1948, y por las mismas fechas o, poco después, otras muchas asociaciones europeas y latinoamericanas, entre las que destaca la Asociación Internacional de Gerontología fundada en Lieja en 1948.

Según Laforest (1991) las tres características principales de la gerontología son:

a- Es una reflexión existencial, pertenece a lo humano en cuanto tal.

b- Es, asimismo, una reflexión colectiva. Debido a los fenómenos demográficos de los dos últimos siglos, ya no es sólo el individuo el que envejece sino también, la sociedad.

c- Y es esencialmente multidisciplinar

Kart (1990) señala que la gerontología ha de relacionar la investigación básica y la aplicada. Dada la variedad de perspectivas que convergen, ha de tener un enfoque interdisciplinar en el estudio del envejecimiento. Engloba a ciencias como la geriatría, la gerontología social, la biología del envejecimiento, la psicología del envejecimiento,... y a todas aquellas ciencias y disciplinas que tienen por objeto el estudio científico del envejecimiento, cualesquiera que sean los contenidos, variables o factores que incluyan, tanto si se refieren al envejecimiento individual o social.

Moragas (1992) opina que la Gerontología no constituye una disciplina o profesión autónoma, sino simplemente un enfoque peculiar. Las diferentes preguntas o problemas que plantea el envejecimiento- entendido como un fenómeno humano, tal como la niñez o la edad adulta-, en la sociedad contemporánea pueden y deben ser resueltas por las disciplinas o profesiones implicadas en la gerontología (medicina, psicología, pedagogía, trabajo social, derecho,.....), con un enfoque gerontológico.

Queda claro que la gerontología es un campo científico con una perspectiva interdisciplinar en el tratamiento de los temas y de los problemas que afectan al proceso del envejecimiento.

La gerontología (Ibíd.:1) tiene un doble objetivo:

- Desde un punto de vista cuantitativo, la prolongación de la vida (dar más años a la vida, retardar la muerte), y
- Desde un punto de vista cualitativo, la mejora de la calidad de vida de las personas mayores (dar más vida a los años).

Diversos factores explican el reciente desarrollo de este tipo de preocupaciones. En primer lugar, la incrementada importancia que ha tomado el envejecimiento de la población. A ello se suman las condiciones de vida actuales de las personas mayores que, a diferencia de lo que ocurría anteriormente, lo más corriente es que ya no conserven unos vínculos familiares tan estrechos con su familia; de este aislamiento resulta la necesidad de preocuparse por su autonomía económica y por los diferentes problemas vinculados al estado de creciente soledad en la edad en la que se encuentran. De acuerdo a lo anterior, la gerontología interviene y estudia en diversos campos:

1.1- GERONTOLOGÍA BIOLÓGICA O EXPERIMENTAL:

Es también llamada del envejecimiento. Es una ciencia multidisciplinar que pretende conocer tanto los íntimos mecanismos del envejecimiento como su etiopatogenia. Su desarrollo como ciencia pasó por dos fases: la primera meramente empírica y especulativa, sacaba conclusiones deductivas, y la segunda, es experimental, ligada a la demostración de sus teorías.

En el objetivo de retardar el envejecimiento, o “envejecer más y mejor”, ocupa un lugar destacado la gerontología biológica preventiva, que se divide en diferentes apartados:

- Prevención farmacológica. Con la utilización de medicamentos como los antioxidantes, vitaminoterapia E, magnoterapia, etc.
- Prevención dietética-higiénico-psicológica.

El clima y la ecología también tienen una gran influencia en el envejecimiento. De ahí se explica la alta longevidad de poblaciones que viven en determinadas zonas del mundo: Valles Altos de Ecuador, Valles aislados del Caucaso, algunos núcleos aislados de las Islas de la Polinesia, etc.

1.2- GERONTOLOGÍA CLÍNICA O GERIATRÍA:

Corresponde al área de la gerontología que estudia los aspectos médicos del envejecimiento y la vejez, así como los problemas psicológicos, funcionales y sociales asociados a dichas etapas del ciclo vital.

Según Rubies Ferrer (1989:387), clásicamente se define la geriatría como *“la ciencia médica cuyo fin es el diagnóstico de las enfermedades de la vejez, su curación, rehabilitación y reinserción del enfermo en su hábitat (casa o institución) a esto hay que añadir la prevención de dichas enfermedades”*.

También Richard y Munafo (1993) hacen referencia a la gerontología clínica o geriatría, integrando en ella la recuperación o adaptación funcional del anciano, y, en ésta, la rehabilitación y la terapia ocupacional.

1-3- GERONTOLOGÍA SOCIAL:

Es la que corrientemente se conoce como Gerontología. Es también multidisciplinaria. En ella intervienen los siguientes profesionales: trabajadores sociales, economistas, abogados, arquitectos y políticos. Como ciencias auxiliares cuenta con la demografía y la epidemiología.

Estudia el lugar y la participación del adulto mayor en sociedad y cómo esta afecta el proceso de envejecimiento. Al respecto, el profesional de la gerontología social debe tener en su haber académico materias como sociología del envejecimiento, trabajo social, estadística, musicoterapia, psicogerontología. Este profesional enfatiza en su práctica en aspectos de recreación, evaluación de las actividades diarias del adulto mayor, políticas de inserción en los diversos estratos sociales. Teniendo como principal objetivo el

mantenimiento del envejeciente dentro del seno familiar. Siendo este último el verdadero receptáculo de cuidados preventivos y apoyo para la mejor calidad de vida a edades tardías.

Sin embargo, no siempre los familiares están en condiciones de proveerle al envejeciente de estos cuidados. De allí que el proceso de intitucionalización, es decir, el ingreso a los conocidos como asilos, unidades geriátricas o gerontogerítricas, unidades de larga estancia, entre otros; se presenta como una alternativa. Esta situación junto con el envejecimiento de la población a nivel mundial, hacen del profesional de la gerontología social un verdadero baluarte en la lucha por las mejores condiciones de vida para los adultos mayores.

La gerontología social es la rama de la gerontología que se encarga del desarrollo de la investigación sobre las diversas problemáticas sociales relacionadas con la vejez, así como del diseño y aplicación de acciones tendentes a lograr el bienestar del anciano en el contexto social incidiendo sobre aspectos económicos, protección social, vivienda, educación para la vejez, interacción anciano familiar-comunidad e institucionalización, entre otros.

1. 4- GERONTOLOGÍA EDUCATIVA

También conocida como geragogía, comprende las temáticas relacionadas con la educación y el aprendizaje en los adultos mayores.

1.5- GERONTOPSIQUIATRÍA O PSICOGERONTOLOGÍA:

Estudia los aspectos psicológicos y psiquiátricos del anciano. Se destacan las demencias y las depresiones como patologías características que van a marcar la muerte del anciano.

La psicogerontología es, para Richard y Munafo (1993) la ciencia que trata de describir, explicar, comprender y modificar las actitudes del sujeto que envejece. Esta visión hace referencia a los aspectos psicológicos de la persona de edad, más que a los psiquiátricos. También Dosíl Maceira (1996) defienden la concepción de la psicogerontología como psicología de la vejez.

Siempre hay que tener en cuenta que la aproximación teórica y práctica de la Gerontología es bio-psico-social. Esto implica lo que ya mencionamos anteriormente, su interdisciplinariedad

Los conocimientos básicos de la gerontología son los siguientes:

- **BIOLÓGICOS:** se refieren a la investigación sobre los cambios que con la edad y el paso del tiempo se producen en los distintos sistemas biológicos del organismo.
- **PSICOLÓGICOS:** se refieren al estudio sobre los cambios y/o la estabilidad que el paso del tiempo produce en las funciones psicológicas como la atención, percepción, el aprendizaje, la memoria, la afectividad y la personalidad, entre otros fenómenos psicológicos.
- **SOCIALES:** se refiere a la búsqueda de cambios debidos a la edad relativos a los roles sociales, intercambio y estructura social, así como en qué forma los emergentes culturales contribuyen en esos cambios (crecimiento o declive), así como al envejecimiento de las poblaciones.

CAPITULO II

TEORIAS DE LA VEJEZ ADULTO MAYOR

1- TEORÍAS RELACIONADAS CON LA VEJEZ

Después de los 60 años el individuo vive una etapa normal del desarrollo, los principales problemas que enfrentan los adultos mayores, son los que les creamos a través de la política y la economía, que afectan su status en mayor grado que el mismo envejecimiento.

“Debemos tener claro que las personas claves en el problema de envejecimiento son los grupos de edad más joven, por que son ellos los que determinan el status y la posición de tales personas en el orden social” (Papalia, 1990:503).

Sin embargo, la vejez no tiene por qué ser el punto más bajo del ciclo de vida ya que el envejecimiento satisfactorio es posible, siendo la sociedad quien debe descubrir los componentes de ella, reorganizando nuestros pensamientos y estructuras sociales. Para Hoffman (1996) la principal tarea de las personas mayores es la de comprender y aceptar su propia vida y utilizar su gran experiencia para hacer frente a los cambios personales o pérdidas. Además, plantea que las personas han de adaptarse a la disminución de la fortaleza y salud física, a la jubilación y adaptarse a su propia muerte.

1.1- TEORÍA GENERACIONAL

Esta teoría, toma los instrumentos demográficos de *cohorte* y *generación*, para utilizarlos como herramienta clave en el tratamiento de la vejez desde un punto de vista sociológico. Su hipótesis de partida es que a medida que cumplen años, los individuos cambian social, psicológica y biológicamente, cambian roles y acumulan conocimiento, actitudes y experiencias.

El llamado efecto cohorte o efecto generacional alude a dos ideas básicas. Primero, que personas nacidas en distintos momentos del tiempo viven y experimentan acontecimientos diferentes (por efecto de la historia o el cambio social); en segundo lugar, las vivencias se estructuran en función del tiempo, de manera que un mismo acontecimiento, experimentado a diversas edades, traerá también diversos efectos. De esta última idea se desprende un aporte de gran trascendencia que da sentido al concepto de generación: “*distintos individuos, que en un mismo momento del tiempo están expuestos a los mismos hechos históricos y sociales, los experimentan de formas diferentes en función a la edad*” (Pérez Ortiz, 1997: 37).

En el primer eslabón estaría el *dato biológico* (el año de nacimiento), el que no tendría importancia; luego estaría *la posición generacional*, que añade al dato biológico la necesidad de que los individuos compartan un mismo entorno sociohistórico. El tercer eslabón en la definición del concepto de generación es la *conexión generacional*, que alude a una vinculación concreta de los individuos (la concreción fáctica de la potencialidad inherente a la posición generacional). Finalmente, el último eslabón en el concepto está en las *unidades generacionales*.

En el mundo moderno, el criterio generacional indica la existencia de una permanente lucha o relación de conflicto potencial entre generaciones, que en la actualidad tiende a resolverse a favor de los más jóvenes y en detrimento de las generaciones más viejas, que se ven relegadas a los últimos puestos sociales. Sin embargo, siguiendo la lógica analítica de este enfoque, el proceso de envejecimiento no es inmutable ni está fijo, sino que varía a lo largo y dentro de cada cohorte a medida que la sociedad cambia, la sociedad establece los límites cronológicos que separan los grupos de edad y que establece valoraciones positivas y negativas por razón de pertenencia a estos grupos, por lo tanto es un error (frecuente en la gerontología) pensar que quienes hoy son jóvenes experimentarán la vejez de la misma forma en que la experimentan los actuales viejos, ya que será otra la sociedad que dicte pautas, norme y valore la vejez.

De esta mirada surge el problema que algunos autores han llamado *desfase estructural*, que considera que el proceso de envejecimiento va, en muchos aspectos, por delante de los cambios estructurales.

1.2- TEORÍA DEL CICLO DE VIDA

Otra perspectiva que utiliza a la edad como criterio ordenador es la del *ciclo de vida*, que se liga estrechamente a la lógica de cohortes y nos acerca a la noción de que la situación y la posición social experimentada en la vejez están determinadas por los acontecimientos, decisiones y conductas de los individuos en etapas anteriores de su vida.

También permite un acercamiento al análisis de la importancia de los cambios que se producen en la vejez dentro del contexto de la existencia de los individuos (incluyendo en el análisis la consideración de variables tan importantes como la situación laboral anterior, las pautas de matrimonio y fertilidad, la educación, etc.) y preguntarnos si esos cambios constituyen o no una fuente de ruptura con las etapas anteriores.

Así como en otras etapas del ciclo de vida (niñez, juventud, adultez), la vejez posee, por una parte, su propio conjunto de normas, roles, expectativas y status, y es la sociedad la que establece una pauta social sobre la edad que corresponde a este ciclo. Por último, no debe olvidarse que el ciclo de vida también está determinado social e históricamente. En esencia, la perspectiva de ciclo de vida nos permite entender la situación actual de los adultos mayores recurriendo al análisis de etapas anteriores de su vida. Sin embargo, su aporte más importante ha sido el establecer que, al ser la vejez una etapa más del ciclo de vida (regida por restricciones y privilegios, al igual que otras etapas de la vida), no tendría, por definición, razón para ser una etapa de exclusión social.

Otro aporte importante derivado de esta perspectiva es la idea de la *interacción* de los ciclos de vida, que pone de manifiesto que los ciclos de vida de los individuos se relacionan entre sí, fundamentalmente a través de las relaciones familiares. Dentro del ciclo de vida de cada generación suceden acontecimientos inesperados e involuntarios a través de

los cambios en las vidas de las generaciones con las que se relacionan. Un individuo alcanza su fase de 'nido vacío' cuando los hijos se van o se convierte en abuelo cuando los hijos tienen descendencia, o pierde su status de hijo cuando los padres mueren.

1.3- TEORÍA PSICOLÓGICA

La teoría psicológica del envejecimiento se caracteriza por los cambios conductuales que se relacionan con las influencias ambientales las que influyen positivamente o negativamente a los adultos mayores cada persona mayor es un individuo al que cada experiencia vital y cada modificación de su entorno ejerce un efecto sobre ella

Por ello, la actitud de la sociedad ante los adultos mayores y los familiares y amigos en especial, influyen en cómo se conceptualiza la persona y con ello, cómo vive sus últimos años de vida. La vejez, más que un problema de salud pública es uno de carácter social y como tal debe ser encarado.

1.4- TEORÍA DE LA ADAPTACIÓN

Las primeras y más influyentes aproximaciones a la vejez como fenómeno social coinciden con el inicio de la década de 1950, bajo el claro dominio de los paradigmas funcionalistas y conductistas, y en respuesta a una serie de repercusiones sociales que venían emergiendo en el marco del desarrollo de los países industrializados, especialmente los Estados Unidos, como la jubilación obligatoria, el predominio de la familia nuclear, el impacto de los procesos de industrialización y urbanización, y la creciente movilidad social y geográfica.

Estas aproximaciones resultaron en un debate que sigue siendo fuente de controversias: la cuestión del envejecimiento y la adaptación social. Si se parte suponiendo que todo individuo tiene un conjunto de necesidades que satisfacer y que para ello cuenta con una serie de capacidades y habilidades personales que tiene que movilizar para aprovechar las oportunidades que le ofrece el entorno social, la máxima gratificación se encontraría en la eficiente adaptación del individuo al medio social existente

1.5- TEORÍA DE LA ACTIVIDAD

Según Lemon, Bengston y Peterson (1972) Cuanto más activa permanezca una persona mayor, más satisfactoriamente envejecerá, y los papeles que constituyen principalmente su satisfacción son: Trabajo, cónyuge, padre, madre y la máxima pérdida en los roles se deben a la viudez, enfermedad, los que constituyen el punto más bajo. Existen 3 tipos de actividad:

- a) Informal: Interacción social con familiares, amistades y vecinos;
- b) Formal: Participación de organizaciones voluntarias;
- b) Solitaria: Leer, ver televisión y mantener algunos pasatiempos.

De acuerdo con este planteamiento las personas entre los 50 y 90 años que se mantienen realizando las mismas tareas y roles o bien los cambian por actividades más acorde con sus preferencias sobrevivirán más y en mejores condiciones de vida.

1.6- TEORÍA SOCIOLÓGICA

Los distintos autores del ámbito de la ciencias sociales y, especialmente en el de la sociología han establecido agrupaciones teóricas consonante con las propias teorías sociológicas donde mayor parte esta inspirada en el interaccionismo simbólico; entre todas ellas las más importantes son: la teoría de la continuidad y la teoría de la desvinculación.

A) TEORÍA DE LA CONTINUIDAD: Esta teoría esta muy vinculada con la teoría de la actividad emerge desde el ciclo vital y plantea el continuo desarrollo del individuo adulto incluyendo su adaptación a situaciones extremas; esto a pesar de los cambios significativos que ocurren en la salud, en el funcionamiento del individuo, así como en sus circunstancias sociales.

Asimismo esta teoría de la continuidad se ha preocupado de la adaptación de las personas mayores en las distintas situaciones; a través de dos grandes mecanismos:

a.1- El deseo de continuidad motiva a las personas mayores a prepararse para los cambios trascendentales: la jubilación, la viudez, la discapacidad, etc.

a.2- El deseo de continuidad sirve como una meta para la adaptación; es la forma que usan algunas personas para afrontar los cambios tratando de dar continuidad a sus vidas.

B)- TEORÍA DE LA DESVINCULACIÓN: Para Papalia (1990) y Hoffman (1996) el envejecimiento se caracteriza por una mutua separación, por parte de la persona mayor, la cual voluntariamente disminuye sus actividades y compromisos, lo cual ayudaría a las personas mayores a mantener su equilibrio siendo beneficioso tanto para la persona como para la sociedad; esta desvinculación es totalmente funcional, ya que, prepara al individuo para la muerte y permite la sustitución generacional.

1.7- TEORÍA DE LA SUBCULTURA

A mediados de la década de 1960, Rose (1965) propuso que la edad o el agrupamiento por edades típico de las sociedades avanzadas, conduce inevitablemente hacia la formación de una *subcultura*, que es la que define y dirige la conducta de sus miembros. Desde esta perspectiva, las sociedades estarían forzando a las personas que sobrepasan una determinada edad a constituir una minoría.

Si bien el análisis de la subcultura de la vejez es un importante aporte para la comprensión del envejecimiento actual, ya que introduce componentes o factores psicosociales, no es difícil que mediante esta vía se confunda subcultura con marginalidad, definiendo a priori a los adultos mayores como un grupo marcado por la falta de movilidad (física y social), ausencia de competitividad, pobreza, segregación y aislamiento social.

Poniendo énfasis en la coerción u obligatoriedad que la sociedad impone a sus miembros adultos mayores para actuar según ciertas normas y pautas preestablecidas, la teoría del etiquetaje sostiene que el grupo de viejos responde más a una identidad impuesta por la sociedad que a un proceso de autoidentificación, que sería secundaria e irrelevante. De esta forma, la persona etiquetada de senil o vieja condicionará su conducta al significado social de la etiqueta, es decir, decrepitud, dependencia, enfermedad, y terminará asumiendo estas características como propias, fundiéndose realmente con esta identidad.

Esta teoría es interesante en cuanto sitúa el envejecimiento en el terreno de las valoraciones sociales y la interacción social; sin embargo, la naturaleza general de sus términos no consigue explicar el fenómeno de la vejez por completo. Además, parece cuerdo considerar que el grupo de viejos, al igual que cualquier otro grupo de edad, desarrolla un grado de actividad social de acuerdo a tres factores: su condición de salud, su situación económica y el apoyo social que reciba.

1.8- TEORÍA DE LA GERONTOLOGÍA CRÍTICA

Un último esquema a revisar respecto al fenómeno social de la vejez, se refiere a la teoría planteada por Bury (1996) conocida también como *Gerontología Crítica*, la cual busca situar los problemas de la dependencia y el envejecimiento en relación con la estructura social y no con el individuo.

“La vejez es más una construcción social que un fenómeno psicobiológico y, por tanto, son los condicionantes sociales, económicos y políticos los que determinan y conforman las condiciones de vida y las imágenes sociales de las personas mayores” (Pilar Rodríguez, 1995:10).

Es decir, se deja de tratar a la vejez como un asunto solamente biológico, para considerarla como una posición social y esta es una condición socialmente construida, que resulta de la división del trabajo y de la estructura de desigualdad existente en toda sociedad y en todo momento.

Este enfoque funciona bien para corregir el individualismo de los enfoques anteriores del envejecimiento y como medio para poner en primer plano la dimensión política del tema (Bury, 1996), sin embargo, desde un punto de vista sociológico presenta ciertos límites:

Finalmente cabe destacar que el envejecimiento de la población y el individual son dos caras de una misma moneda y sus interrelaciones son complejas y continuas. Sólo bajo estas condiciones, las personas y sociedades podrán tomar medidas y desarrollar cursos de acción adecuados, pertinentes y oportunos para lograr “una sociedad para todas las edades”, donde los principios de equidad y trato justo pasen de ser una premisa bien intencionada a una realidad.

1.9- TEORÍA DE LA MODERNIZACIÓN:

Dentro de las perspectivas que utilizan como punto de partida el criterio de la edad, la argumentación de la teoría de la modernización, busca en el pasado las claves para explicar el sentido actual del envejecimiento. Esta teoría puso sobre el tapete de la discusión la importancia de la familia y el trabajo en la conformación social de la vejez, al concederles en su modelo un papel importante como variables definitorias de la valoración de los ancianos.

Aplicando este supuesto a la vejez, los sociólogos norteamericanos Cumming Elaine y William Henry (1961) elaboraron su conocida y controvertida teoría del retraimiento o desvinculación, la cual sostiene que la vejez conlleva inevitablemente a la disminución de la interacción entre el individuo y la sociedad y que este hecho es satisfactorio (o funcional) para ambas partes. Por un lado, este abandono permitiría al adulto mayor desprenderse, una vez jubilado, de una serie de roles y responsabilidades sociolaborales que ya no está en condiciones físicas ni psicológicas de asumir y encontrar un espacio de paz para prepararse para la muerte. Y por otro lado, deja campo para que se produzca el recambio de generaciones viejas por otras nuevas y más aptas, sin mayores conflictos ni traumas.

Este enfoque reconoce en la pérdida de roles (como consecuencia de la viudez, la jubilación y la emancipación de los hijos, entre otras circunstancias) la fuente principal de inadaptación de las personas adultos mayores al sistema.

Profundizando el tema de la pérdida de roles en el envejecimiento, la teoría del vaciado de roles, plantea que durante la vejez el individuo pierde sus roles más importantes, lo que conlleva simultáneamente a la pérdida de las normas asociadas a esos roles, es decir pierde la noción acerca de lo correcto o incorrecto en el ámbito de su conducta social.

Esta situación no tiene que ser necesariamente negativa para los adultos mayores, ya que puede introducir una nueva sensación de libertad al desligarlos de obligaciones y pautas establecidas; sin embargo, existe la posibilidad de que este mismo fenómeno se traduzca en una situación de total desestructuración de ellos mismos.

1.10- TEORÍAS BIOLÓGICAS

Existe una gran variedad de teorías biológicas relacionadas con el envejecimiento, todas ellas con conceptos básicos en común; se plantea en todas las teorías que el organismo individual experimenta tres etapas esenciales: 1.- crecimiento y desarrollo; 2.- madurez y 3.- involución y declive;

Además es conveniente tener en cuenta que existe un segundo planteamiento que postula que durante el envejecimiento se producen dos procesos difícilmente separables: el declive fisiológico y la mayor frecuencia de enfermedades; desde aquí es posible separar las distintas teorías de acuerdo a su implicancia en el ser humano envejecido es así que las teorías genéticas postulan a través de distintos estudios de observación desde la biología evolutiva que cada especie alcanza una edad determinada.

2- ASPECTOS DE LA VEJEZ.

Desde hace una década que en nuestro país, los términos envejecimiento y vejez, ha cobrado mayor relevancia debido al crecimiento de la población mayor de 60 y al aumento de la esperanza de vida.

Tenemos por un lado, que el envejecimiento es proceso considerado inherente a los seres vivos, por lo tanto debe ser entendido como un hecho biológico, pero con repercusiones en lo cultural, puesto que cada sociedad representa de manera diferente el proceso de envejecimiento poblacional. Y Por otro lado, que la vejez es una etapa del ciclo de vida de las personas, donde el deterioro físico, psicológico y económico se va presentando paulatinamente. Mucho se ha mencionado con relación ha estos términos, tanto en el ámbito político, como en el social, producto de los avanzados cambios demográficos que han afectado a la sociedad en su conjunto.

2.1 CONCEPTOS DE VEJEZ

Vejez y envejecimiento son quizás, las expresiones más recurrentes en gerontología, por esta razón es preciso hacer un alcance para decir que cuando nos referimos a la vejez estamos pensando en un estado y envejecimiento en un proceso; Puesto que, normalmente estado se asocia con un momento fijo sin cambio, estático, a diferencia de un proceso que implica dinamismo, cambio, evolución, características todas que acompañan el envejecimiento en las personas.

El envejecer es algo genérico, no personalizado. La vejez se asocia a la edad cronológica de los individuos, igualando en edad a personas nacidas en el mismo año, lo que constituye una cohorte, pero la vejez es también un constructo social.

"Históricamente la vejez, ha sido para la mayor parte de la población sinónimo de pobreza en lo económico; de inactividad en lo laboral; marginalidad en la vida social y cultural, y enfermedad en el ámbito de la salud."

Si tomamos la vejez desde el punto de vista psicológico la entenderemos como la etapa más avanzada del proceso evolutivo de las personas, estadio que Ericsson (2000) sitúa entre la integridad del yo y la desesperanza.

Cuando hablamos de envejecimiento, nos estamos refiriendo, para efecto de este estudio como un proceso que se inicia con el nacimiento, que es distinto en cada uno de nosotros, o sea es individual, único, es irreversible, pero a la vez universal. Además diremos que no afecta de igual manera a todas las capacidades del ser, es por tanto un proceso diferencial.

Las sociedades y las culturas también están afectas a este proceso, también se desarrollan y cambian con el paso del tiempo, de ahí que podemos hablar del envejecimiento como un fenómeno social.

La gerontología y el trabajo con las personas mayores hasta hace muy poco tiempo no constituían un campo de interés preferente para las ciencias sociales. Hoy, sin embargo, cuando las expectativas de vida de la población han aumentado, merece especial atención el proceso mismo de envejecimiento y las situaciones de dependencia que originan, lo cual lleva a revisar las condiciones en que se encuentra cada sociedad para afrontarlas.

Los cambios en las estructuras poblacionales de los países más desarrollados, donde la proporción de personas de 60 años y más, crece aceleradamente, hace que este segmento de personas empiece a ser un dato integrado a la gestión social de la población, y aparece así, la dependencia problema nuevo, ligado ahora a la edad avanzada de las personas. Será importante entonces, analizar el fenómeno de la dependencia como tal y su relación con la autonomía de las personas.

A)- CAMBIOS BIOLÓGICOS

Araneda (1995), plantea que se suele pensar que la salud de la mayoría de las personas de la tercera edad es bastante buena, pero un número importante de ellas se

encuentra por un lado, en un estado de invalidez o postración, otro porcentaje no menor tienen ciertas enfermedades o limitaciones, pero siguen siendo autovalentes. El problema es que muchas de las enfermedades que se asocian con la vejez son enfermedades crónicas que han sido adquiridas aproximadamente a los treinta años, como es el caso de la artritis, diabetes, enfermedades cardíacas, reumatismo, lesiones ortopédicas, alteraciones mentales y nerviosas.

Por lo tanto, el envejecimiento en sí mismo no es una enfermedad y la mayor parte de las personas ancianas gozan de buena salud, aunque no se puede negar que el envejecimiento esté acompañado de cambios físicos y que incrementa la posibilidad de desarrollar enfermedades crónicas, debido a que el equilibrio orgánico es más frágil.

CUADRO N° 1

Algunos de los cambios físicos de los adultos mayores

Declinación de las funciones sensoriales y perceptivas	Pérdida de la adaptación al frío y al calor
Disminución de la estatura	Disminución de la fuerza y rapidez para realizar actividades físicas, las paredes de las arterias se endurecen y se reduce su elasticidad
Propensión a la osteoporosis en las mujeres	Los mecanismos inmunológicos que defienden de las infecciones y también del cáncer pierden eficiencia
Atrofia de las glándulas sebáceas del rostro	

Fuente: Revista Creces (1998),

De acuerdo a estas enfermedades es que muchos autores y profesional recomiendan el ejercicio, una buena dieta, evitar el cigarrillo y el alcohol, pueden ayudar a las personas a ampliar la parte activa de su vida y a que sean más resistentes a enfermedades crónicas, que pueden llegar a ser fatales.

Respecto del Alzheimer, aún no se conocen las causas, pero en la edad madura se inician los síntomas con pérdida de memoria hasta terminar con una demencia absoluta. Hay casos (los menos) en los cuales hay antecedentes familiares, que hace suponer que se trata de una enfermedad genética.

“Se han descubierto genes anómalos en los cromosomas 1, 14 y 21 que podría provocarla. Ahora investigadores holandeses creen que existe un error en la transcripción de la información genética, que

llevaría a la formación de proteínas (beta amiloidea y ubiquitina) en el interior de la neurona, formándose placas y enmarañamientos, que termina degenerándola” (Revista Creces, 1998: 19).

B) CAMBIOS SOCIALES

Las personas mayores de hoy en día se están dando cuenta de que el ser mayor ha cambiado completamente desde que sus padres llegaron a los 65 años, están más sanos y vigorosos que sus homólogos de hace varias generaciones. Tienen aspecto más juvenil, se sienten mejor y actúan con más vitalidad que sus padres y abuelos de la misma edad.

Aunque la prevalencia de depresión es igual en todos los grupos étnicos, un estudio norteamericano determinó que en los adultos mayores puede ser mortal. El estudio fue realizado por el Instituto Nacional del Envejecimiento, en Bethesda, y detectó que la depresión causa un notorio deterioro en las funciones físicas de los adultos mayores (un 55% de baja en las actividades físicas en los mayores de 71 años. Además se determinó que el grado de deterioro físico asociado a la depresión tenía una relación directa con la edad avanzada, con un menor nivel educacional, con no tener una pareja y con sufrir enfermedades al corazón o pulmones.

A medida que los adultos llegan a ser mayores, el declive físico y las pérdidas de las capacidades hacen que aparezca la idea de la muerte, las personas empiezan a prepararse para ésta, y comienzan el proceso de revisión de la vida, en donde se empieza a reflexionar sobre el pasado, rememorar acontecimientos para adaptarse a la muerte.

Mediante esta revisión los ancianos pueden sentirse angustiados, culpables, deprimidos o desesperados, pero cuando los conflictos pueden superar la desesperación, puede surgir la integridad, habiendo descubierto el sentido de la vida. Al parecer no todas las personas mayores revisan su vida y las que lo hacen no siempre reestructuran el pasado de modo que aumente su integridad.

Las distintas sociedades tienen conceptos referentes al modo adecuado de morir, en nuestra sociedad se espera que la persona muera acompañada de familia y amigos, con un mínimo de interferencia técnica y control del sufrimiento.

"La persona mayor teme desesperadamente a la muerte, expresado en el sentimiento de que el tiempo es ahora corto para volver a comenzar otra vida y buscar caminos alternativos hacia la integridad", (Papalia, 1990:508).

Hoffman (et al 1996) plantea que las formas de convivencia de las personas mayores han cambiado de tal forma que nada tienen que ver con las anteriores, es más probable que sean propietarios de sus casas, vivan por encima del nivel de pobreza y tengan menos hijos adultos. Logrando identificar distintas situaciones que pueden o no vivir los adultos mayores y que afectan directamente la calidad de vida de éstas personas:

Algunos de los cambios son:

A)- ESTRÉS: Un alto estrés o el que está por encima de la capacidad de la persona para afrontar los acontecimientos, puede lastimar la autoestima, deteriorar física y mentalmente. La forma de cómo se perciba el estrés varía según el género, raza, estado civil, nivel socioeconómico y educación.

"Las personas mayores no están exentas de situaciones negativas: mala salud, bajos ingresos, muerte de un cónyuge, además del envejecimiento del sistema inmunológico, les hace más vulnerables a los efectos del estrés y, por tanto, más propensos a responder desarrollando una enfermedad" (Hoffman et al., 1996:229).

B)- TRABAJO Y JUBILACIÓN: La transición del trabajo a la jubilación es un cambio muy importante en el que la persona puede esperar sentir estrés. Pero además del estrés puede suponer la pérdida de ingresos, la identidad profesional, el estatus social, los compañeros y la estructura cotidiana del tiempo y las actividades. La jubilación temprana (antes de 65 años) se puede deber a la mala salud, por no querer trabajar más o por la fuerza, como el despido. La jubilación en su momento (65 años), generalmente implica mala salud. La jubilación tardía (más de 65 años) la

tienen aquellos que tienen sus propios negocios o quienes no pueden vivir con recursos limitados.

“La jubilación es un periodo de progreso a través de fases de prejubilación, luna de miel, desencanto, desorientación, estabilidad y finalización. Una clave para superar los efectos de la jubilación en la satisfacción de la vida es si la experiencia aporta algún elemento nuevo a la vida. (Hoffman et al., 1996:230).

C)- MATRIMONIO Y JUBILACIÓN: El evento más significativo en muchos matrimonios de personas mayores es la jubilación del hombre. Este se encuentra de repente sin su trabajo y apartado de sus contactos diarios con sus compañeros. Sin embargo, ansían más la jubilación que sus esposas. Las que no trabajan fuera de sus hogares, han de adaptarse a que sus maridos estén en casa todo el día. En el caso de la mujer que trabaja fuera de la casa, la idea de la jubilación implica pérdida de independencia, más si inician en la edad media su profesión.

Sin embargo, algunas parejas pueden adaptarse al cambio de roles sin problemas cuando llega la etapa de jubilación del esposo. En general, independiente del sexo, la jubilación conlleva nuevas exigencias: preocupaciones sobre el dinero, desacuerdos sobre trasladarse a una casa o departamento más pequeño o problemas de salud. Los principales conflictos-sobre divisiones de responsabilidad y poder, sexo, dinero, hijos y cuñados-ya han sido solventados.

D)- EL DIVORCIO Y VOLVER A CASARSE: según Hoffman (et al 1996) cuando las parejas que han estado casadas durante 40 años se divorcian, es más probable que den más muestras de estrés psicológico que los jóvenes que se encuentran en situación similar. La pérdida de los papeles conyugales, al igual que el de los profesionales, puede quebrantar su sentido de identidad.

Según los autores, los hombres cuando se divorcian son porque han estado enfrascados en su trabajo y coincide la ruptura con la jubilación y para casarse con otra mujer. La mujer, en cambio, lo hace porque su marido es alcohólico, tirano o mujeriego. (Hoffman et al., 1996). No obstante suele ser más grave para la mujer, debido a que ella ha socializado su rol de esposa y basado su identidad en ese rol, sintiendo que toda su vida había sido un fracaso. Los hombres mayores se casan con más facilidad que las mujeres, puesto que hay 3,6 mujeres divorciadas, viudas o solteras por cada hombre en ese grupo de edad, simplemente no hay bastantes hombres para todas.

E)- VIUDEZ: Cuando uno de los cónyuge fallece, el que queda atraviesa un largo periodo de shock, protesta, desesperación y recuperación. Durante el primer año de condolencia, el cónyuge puede estar deprimido, angustiado y hasta tener reacciones fóbicas. Aún después de la recuperación el dolor continúa.

El proceso de recuperación implica desarrollar una explicación satisfactoria de la razón por la que ha muerto el otro, neutralizar los recuerdos y asociaciones, y crear una nueva imagen de uno mismo. Los autores afirman que las mujeres parecen adaptarse a la vida en solitario mucho mejor que los hombres. En comparación con las mujeres, los hombres tienen peor salud, mayor aislamiento emocional, unos vínculos más débiles con la familia y no es tan probable que tengan una persona de confianza.

F)- RELACIONES FAMILIARES EN LA TERCERA EDAD: Las elecciones de las formas de convivencia de las personas mayores, reflejan un equilibrio entre las metas de autonomía y de seguridad, por lo que no es sorprendente que la mayoría de las personas mayores vivan en casa normales, ya sea por su cuenta, con parientes o con otras personas que no sean familia. La tendencia es "envejecer en el lugar", permanecer en las casas donde educaron a sus hijos que la mayoría poseen. La casa está llena de recuerdos, al conocerla bien les otorga un sentido de competencia y el ser propietarios confiere estatus a la persona mayor.

Por último, Hoffman (1996), plantea que los mayores-ancianos (mayores de 85 años) se ven obligados a depender de alguien, por lo que su traslado suele denominarse emigración de ayuda. Generalmente, se van a vivir con los hijos, a una residencia o a una institución que ofrecen cuidados personales pero no médicos ni sanitarios a nivel profesional.

Por otro lado Marín Pedro (1999) plantea que la dependencia también juega un papel muy importante dentro de la vida del adulto mayor. Etimológicamente el término dependencia proviene del latín pendere -pendere de algo o alguien. "Desde una aproximación funcional la dependencia es considerada como la necesidad del individuo a ser ayudado o apoyado para ajustarse a su medio e interactuar con él"(Ibid: 29)...

El término autonomía, en cambio, proviene de los vocablos griegos auto y nomos (ley) significa la facultad humana para gobernar las propias acciones, la propia vida. Se opone a heteronimia, que es la cualidad de aquellas personas que son regidas por un poder ajeno a ellas. La autonomía tiene que ver con la voluntad, en el sentido de gozar de volición independiente; se trata de una propiedad mediante la cual la voluntad constituye una ley por sí misma.

"El paradigma de la conciencia, propio de la modernidad ha considerado autónoma a la persona, capaz de tomar libre y conscientemente las decisiones que se adecuan o no a las normas que emanan de su autogobierno (Moragas M 1999: 120).

Esta concepción deviene de un individualismo que lleva a definir la autonomía, sólo en términos de un yo legislador identificado con el ser persona y así se puede llegar al exceso de aseverar lo siguiente: "O se es autónomo o no se es persona. Contrastando esta aseveración, Beauvoir Simone (1970) plantea la concepción de autonomía como una capacidad de la persona total y no el total de las capacidades de la persona.

En el contexto del envejecimiento, la autonomía y la dependencia se relacionan y se afectan mutuamente. La dependencia para Moragas M. (1999), se encuentra circunscrita y relacionada con algún deterioro de la salud física o mental. Cuando alguien precisa ayuda o suplencia para realizar alguna o algunas de esas tareas de la vida diaria, debido a una pérdida o disminución de su capacidad funcional nos encontramos ante un problema de dependencia.

"No sólo la incapacidad crea la noción dependencia, sino la dualidad de incapacidad y necesidad". "Esta necesidad se traduce en ayuda a un proceso que puede ser modificado y hasta prevenirse y reducirse gracias a un medio ambiente y prestaciones adecuadas."(Yanguas J. et al, 1998: 138)

La dependencia, por tanto, no es una enfermedad ni un síndrome clínico, sino la consecuencia final de una serie de fracasos encadenados del equilibrio bio-psico-social del individuo. La pérdida de la autonomía funcional es una condición frecuente de la geriatría, sin embargo, una persona adulta puede ser independiente para realizar las actividades de la vida diaria y carecer de autonomía para decidir.

"Cuando no se hace la distinción entre ambos conceptos, la dependencia puede desembocar en pérdida de autonomía, y así encontramos con demasiada frecuencia que se decide por la persona dependiente"(Ibid: 140)

Especial cuidado, merece entonces, la adhesión a determinada acepción de estos conceptos, sobretudo si se piensa que la dependencia y la autonomía están referidas, en este contexto, a una manifestación del "ser persona" y se relacionan directamente con la dignidad.

Así mismo se establecen los deterioros físico y/o mental como causantes de la pérdida de competencias para manejarse, expresarse y/o decidir; pero esta autonomía funcional así expresada, no puede ser causa de pérdida de la dignidad de la persona. Ésta debe ser preservada ante cualquier condición de desvalimiento que la persona presente, aún cuando carezca de toda voluntad para expresar deseos y necesidades.

2.2 EL ENVEJECIMIENTO COMO FENÓMENO SOCIAL.

Álvarez Perelló (1986) afirma que un gran número de cambios que comienzan mucho antes de adquirir la denominación de Tercera Edad. Además, esto no constituye un grupo homogéneo. Las diferencias entre ellos, ya sea de salud, estado civil, habitación, condición económica y orígenes étnicos son tan marcadas como en la generaciones jóvenes.

En este sentido Carmen Barros (1998) plantea que el envejecimiento es un proceso que se vive de forma diferente dependiendo del estrato social en que se encuentre la persona. Para la ciencia el envejecer radica en adaptarse a los cambios y ajustarlos al medio social donde se desenvuelven. Esta adaptación no esta referida sólo al deterioro físico, psicológico o económico que vive cada persona, sino también a la adaptación de la sociedad, en relación con las características del entorno y las oportunidades que se les entregue a los Adultos Mayores, para solucionar dificultades cotidianas. Producto de lo anterior, la especialista afirma que:

“Son las características de la sociedad las que van condicionando tanto el promedio de edad de sus habitantes como su calidad de vida...los ancianos no siempre son dependientes a causa de su decadencia física, sino que a menudo lo son debido a la forma en que se categorizan socialmente y a las presiones que ejercen sobre ellos.” (Ibid: 5)

En otro sentido y continuando el análisis del término de envejecimiento, quizás el que más lo representa es aquel que lo menciona Lucía Fernández (1998:3) como

“un fenómeno natural” y “una creación cultural que cada sociedad representa de manera diferente. Es por ello que el envejecimiento no es un fenómeno uniforme ni homogéneo sino eminentemente diferencial y sincrónico en sus manifestaciones. Por lo tanto, no todos lo viven de la misma manera, y ni siquiera lo empiezan en el mismo momento.”

Estamos de acuerdo plenamente con esta aseveración, pues consideramos que cada persona envejece de manera diferente, por necesidades, proyecciones y perspectivas de vida distintas uno de los otros. Asimismo creemos que el envejecimiento es producto de una creación cultural que cada sociedad hace de sus ancianos, dependiendo del orden político, social y económico que la sustente. En este sentido la persona puede ser más o menos valorada en la sociedad de acuerdo al modelo cultural que esté predominando.

“Envejecer es un proceso de cambio constante que exige a una persona adaptarse a condiciones diferentes o compensar fallas, ya sea que les sucede a ellas, (cambios internos) o que provengan de su medio social (cambios externos.)” (Carmen Barros 1994: 30)

De acuerdo a este planteamiento, consideramos que el envejecimiento si bien es un proceso de cambio natural que vive el ser humano, es el más complejo por el deterioro físico y psicológico que éste provoca, y además se ve afectado por la baja aceptación que esta produce en nuestra sociedad. Al respecto se han elaborado muchas veces concepciones erróneas, sobre todo el ámbito económico, que menosprecia lo antiguo y valora solo lo nuevo, percibiendo lo antiguo como un supuesto obstáculo al progreso. Ello se traduce en la auto-desvalorización del propio Adulto Mayor hacia la etapa que esta viviendo.

Como señala la autora Carmen Barros (Ibid), es fundamental redefinir el concepto de vejez como una etapa diferente de la vida, pero puede estar llena de posibilidades, y por otra parte, asumir que tanto o más importante que las condiciones sociales y personales objetivas, son los modos cómo se interpreta y cómo se relaciona frente a ellas. Por esta razón y como lo decíamos anteriormente, es importante entender el proceso de envejecimiento no solo como un hecho biológico, sino que también como un hecho cultural.

Dentro de las representaciones culturales que se han realizado en torno, al proceso de envejecimiento, la más representativa es la que elabora Robert Buttier en 1969, quien acuñó el termino “Ageism” para definir las presencias de prácticas y percepciones sociales llenas de prejuicio y estereotipos negativos en la valoración de los Adultos Mayores, de su rol en la sociedad, y de todo a lo que ello conlleva.

Algunos de estos mitos estereotipados son:

- a) **EL MITO DEL ENVEJECIMIENTO CRONOLÓGICO:** después de los 60 o 70 años todo termina. Sin embargo en la realidad, la mayoría de los Adultos Mayores es auto Valente y en todos los grupos etéreos hay discapacitados. La discapacidad no es una especificación propia de los Adulto Mayores, pero se tiende a asociar el término discapacidad con envejecimiento.
- b) **EL MITO DE LA IMPRODUCTIVIDAD:** el crecimiento económico y la productividad son fundamentales en la sociedad actual, por lo que estar ausente del trabajo productivo es interpretado culturalmente como un no hacer nada, algo carente de importancia social. Sin embargo, hay muchos mayores de 60-65 años que realizan algún tipo de trabajo completo o parcial, variando la calidad de los puestos que desempeñan. Por ejemplo: carpintero, albañil, Presidentes de la Republica, senadores, el Papa, entre otros.
- c) **EL MITO DEL SASIMIENTO:** Los Adultos Mayores se automarginan de la vida social debido a la imagen de inutilidad que percibe la sociedad, lo que lesiona paulatinamente su autoestima. Hay algunos Adultos Mayores que al envejecer acentúan su sociabilidad.
- d) **EL MITO DE LA INFLEXIBILIDAD:** se plantea que solo los Adultos Mayores pudieran tener esta característica que se puede dar en unos u otros, lo que va depender simplemente de cómo sean sus experiencias de vida.
- e) **EL MITO DE LA DECLINACIÓN:** se entiende que con la vejez avanzada se iniciaría una declinación de las capacidades funcionales de las personas. Sin embargo, esto no sucede en todas las personas porque muchas de ellas se preparan para esta etapa de la vida poniendo énfasis en el auto cuidado de su salud física, mental y social.

Lo que señala el autor con estos mitos, es que el envejecimiento no es tan solo un tema de política ni de propuesta, sino que fundamentalmente un tema cultural. En la sociedad actual, el Adulto Mayor degradado y alienado del sistema, es la representación colectiva que hemos heredado de las sociedades modernas, donde las personas son valoradas por su relación con el mercado laboral, lo que en términos económicos, quiere decir, la capacidad de producir.

En consecuencia hace un tiempo atrás nacieron conceptos, tales como; “sector pasivo”, “carga social”, “viejo”, entre otros, que en la actualidad no se han logrado disipar. En este plano, es importante plantearse una integración socioeconómica del Adulto Mayor y la mejor forma de realizarlo es a través de políticas públicas, que sean capaces de entender a los ancianos, como un potencial para el desarrollo del país. En otras palabras, solo si se parte de sus necesidades propias, básicas y existenciales se podrá pensar en elaborar modelos y estilos de desarrollo, que ayuden además a fortalecer los elementos culturales rescatando sus propias habilidades y capacidades.

2.3 EL ENVEJECIMIENTO DESDE LA PERSPECTIVA MÉDICA.

El envejecimiento desde una perspectiva médica es una temática difícil de abordar, no obstante en general, los conceptos más básicos dicen relación con que “hay una pérdida de la adaptabilidad con el paso de los años y en esto participan factores externos e internos; los factores internos son de carácter genético y los factores externos son provenientes del medio ambiente.

Dentro de los factores internos están los que afectan al proceso de envejecimiento, las modificaciones anímicas que alteran el funcionamiento de órganos como el cerebro, hígado, riñones, estructuras cartilagosas, las membranas de células y huesos. También se debe a una reducción de la capacidad fisiológica (especialmente hormonal) y otras sustancias que llevan información entre y dentro de las células.”.

También se afirma que existe un mayor riesgo progresivo y exponencial de fallecer, sin embargo no es sinónimo de viejo, fallecer. Una persona puede tener una expectativa de vida de 15 o 18 más a partir de los 60 años. Hay gente que a los 65 años jubila y cree que va a morir y pueden pasar 15 o 18 años esperando morir. No obstante, hay mayor prevalencia de las personas mayores de 60 años a ser más susceptible a enfermedades crónicas. Sin embargo se puede ser presidente de una importante empresa y tener diabetes o hipertensión. Muchas de las enfermedades comunes en las personas mayores, no influyen decisivamente en las actividades que desempeñan.

Pedro Paulo Marín (1998), geriatra de la Universidad de Chile, diferencia el “envejecimiento normal versus el envejecimiento patológico”. Cuando se refiere al envejecimiento normal, como su palabra lo indica es un proceso que vivirá todos los seres humanos, las personas mayores a cualquier edad pueden desenvolverse fácilmente, y aunque puede ser que se desempeñen más lentamente eso no significa que no puedan realizar sus actividades. Por ello, hay que focalizar la atención en las personas que realmente lo necesitan y es para ellas que es necesario crear servicios que sean realmente eficientes.

“Las características principales de las enfermedades de los ancianos son que presentan múltiples patologías, tienen una presentación atípica de la enfermedad, insidiosa. Puede haber un rápido deterioro funcional, son las personas que empiezan a quedarse en cama más tiempo, a aislarse de las personas que los rodean,” entre otros. (Pedro Pablo Marín, 1998:34).

En relación con este planteamiento se puede afirmar que este proceso de envejecimiento patológico se enmarca dentro del contexto de envejecimiento inactivo, situación que provoca un deterioro paulatino de salud.

CAPITULO III

POLÍTICAS SOCIALES DEL ADULTO MAYOR

El Banco Mundial, ya en su informe de 1984, se refiere a la “crisis” que provocará el envejecimiento poblacional y llama a buscar un balance entre el bienestar de este grupo de edad y el conjunto de la población. En el caso de la salud el informe del Banco Mundial realizado a finales de los 90, encontró que el envejecimiento de la población significaba un encarecimiento de la salud de un 2% anual, por tanto cada país debe de confeccionar políticas sociales acordes a su realidad.

La Política Social para el Adulto Mayor en Chile busca lograr un cambio cultural de toda la población sobre la valoración y trato hacia los Adultos Mayores, lo cual implica una percepción distinta sobre el envejecimiento y alcanzar mejores niveles de calidad de vida para toda la población de Tercera Edad.

1- DEFINICION DE POLÍTICA SOCIAL

La política social es entendida por el Estado Chileno, a través del Ministerio de Planificación (1993: 25), fundamentalmente como:

“un instrumento de inversión social. su objetivo es que las personas salgan definitivamente de su situación de pobreza (...) o sea, ir más allá del mero paliativo asistencialista, enfatizando la inversión en capital humano” (Ibid: 25)

Anteriormente a ésta definición, la política social era vista como un instrumento por medio del cual el Estado procuraba satisfacer necesidades básicas de la población. Ahora esta visión ha sido reemplazada por una nueva definición, como un instrumento que asegure la plena integración de las personas a la construcción y beneficios del desarrollo.

La Comisión Económica para América Latina de la Organización de Naciones Unidas (1992) señala que la política social se resume en inversión en recursos humanos y transferencias para los casos de medidas asistenciales extremas, debiéndosele otorgar preferencia a aquellas acciones funcionales al desarrollo, siendo prioritarios los programas de inversión social destinados a romper la transmisión intergeneracional de la pobreza que parte desde la mayor fecundidad de los grupos más pobres pasa por los mayores riesgos de embarazos mal llevados, sigue por un estado nutricional deficiente de hijos, dificultades de aprendizaje, altos índices de repetición y deserción escolar, acceso a empleos de poco futuro y escasa productividad, fundamentalmente en el sector informal, precaria jubilación cuando es posible acceder a ella, esto es lo que se ha dado en llamar círculo vicioso de la pobreza.

2- POLÍTICAS SOCIALES DEL ADULTO MAYOR

Al comienzo del primer gobierno democrático en 1990, dando término de la dictadura militar, el tema del envejecimiento y sus causas no estaba dentro de las prioridades para el desarrollo del país. El Estado se planteo modificar ésta situación; por ello desde el principio del primer gobierno de la concertación esta problemática se convirtió en un desafío, debiéndose incluir dentro de la agenda.

Para diseñar políticas destinadas al Adulto mayor se hace necesario conocer la situación de éste grupo etéreo en todo el país, o sea había que realizar un diagnóstico antes de iniciar cualquier planificación.

“No cabe duda que esta población configura un conjunto heterogéneo, no sólo en virtud de las evidentes diferencias interpersonales, sino principalmente a raíz de las desigualdades socioeconómicas. De allí la conveniencia de identificar, en función de su vulnerabilidad, los grupos de atención prioritaria hacia los cuales habrán de canalizarse los mayores esfuerzos” (INE1999:80)

Los adultos mayores representaban uno de los sectores más afectados por la marginación, la falta de participación y por la inexistencia de posibilidades de recreación y

espacios de encuentro, por esto constituyeron un grupo prioritario de la política social, conjuntamente con los menores, los jóvenes y las mujeres.

Uno de los principales logros obtenidos en el diagnóstico realizado por el Estado, es la definición de los lineamientos básicos para el diseño e implementación de una política social respecto a los adultos mayores.

La Comisión Nacional para el Adulto Mayor (1996) plantea, a modo de resumen, los siguientes principios orientadores de las políticas sociales destinadas a este grupo:

- Se entenderá por política social un instrumento de inversión social. Cuyo objetivo principal es lograr que las personas salgan definitivamente de su situación de pobreza.
- Debe haber por parte de los Adultos Mayores una participación real y efectiva. Por lo que se deben generar los mecanismos institucionales adecuados que aseguren la participación en la base, tales como la democratización de los municipios y la creación de nuevos canales de organización.
- A través de las políticas, promover su actividad independiente, su dignidad humana y sus lazos y vínculos con la familia y la comunidad.
- Además, políticas destinadas a los adultos mayores con distinción de género. Por que es diferente la experiencia del hombre y la mujer al dejar de trabajar. El varón al dejar de trabajar no sabe que hacer; en cambio la mujer, que de partida trabaja en menor cantidad fuera del hogar, al jubilarse continúa con su rol de dueña de casa. Su cambio no es tan traumático como el de los hombres.

2.1 OBJETIVOS DE LAS POLITICAS SOCIALES DESTINADAS AL ADULTO MAYOR

El MIDEPLAN en su documento “Política nacional sobre envejecimiento” (1993), habla de una formulación más amplia que simplemente referirse al adulto mayor hoy, sino que implica una transformación profunda desde el punto de vista social y cultural, que permita entender el fenómeno del envejecimiento como un proceso social e individual de la mayor trascendencia. En el plano individual es un proceso irreversible que abarca todos los seres humanos, lo que implica aprender a asumirlo y vivirlo. Desde el punto de vista social, tiene relación con las consecuencias socioeconómicas del envejecimiento poblacional y su repercusión sobre la producción, el consumo, el ahorro, la inversión y las condiciones sociales y económicas en general.

Los objetivos de política que se plantearon trataban de rescatar esta doble connotación del envejecimiento: el social, ligado al desarrollo y el individual: unido al individual, es decir a los problemas y necesidades particulares de las personas de edad, en términos de salud y alimentación, vivienda y medio ambiente, familia, ingreso, empleo, educación y uso del tiempo libre.

A)- OBJETIVOS DE LA POLÍTICA NACIONAL PARA EL ADULTO MAYOR:

OBJETIVO GENERAL:

- Lograr un cambio cultural de toda la población sobre la valoración y trato hacia los Adultos Mayores, lo que implica una percepción distinta sobre el envejecimiento y, alcanzar niveles de calidad de vida para los Adultos Mayores.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Fomentar la participación e integración social del adulto Mayor, en la vida cultural, política, económica y espiritual de la comunidad.
- Incentivar la formación de recursos humanos en el área. Esto significa incorporar a más profesionales y técnicos en el área.

- Mejorar el potencial de salud de los Adultos Mayores.
- Crear acciones y programas de prevención desde un enfoque biosicosocial.
- Focalizar los subsidios estatales en los sectores más cadenciados de los Adultos Mayores.
- Fortalecer la responsabilidad intergeneracional en la familia y comunidad
- Fomentar el uso adecuado y creativo del tiempo libre y la recreación.

B)- CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LOS OBJETIVOS DE LAS POLÍTICAS SOCIALES DEL ADULTO MAYOR

- Contribuir al logro de una sociedad integrada, en la cual todas las personas tengan acceso a la construcción u beneficios del desarrollo económico y social, eliminándose la discriminación y segregación por razones de edad.
- Brindar a los adultos mayores oportunidades que les permita satisfacer sus necesidades materiales básicas, así como de realización personal, en término de lograr concretar sus aspiraciones más sentidas.
- Apoyar a los adultos mayores a llevar una vida independiente en el contexto de sus familias y comunidad, durante el mayor tiempo posible, sin excluir ni aislarlos de las actividades de la sociedad.
- Promover la participación activa de los adultos mayores, tanto en la definición de sus problemas prioritarios, como en la implementación y evolución de las acciones de política que se definan para su solución.

La política nacional para el adulto mayor establece como marco referencial a las distintas acciones que se programan y realicen a favor de este sector. Por lo tanto, asume una función como dinamizador de programas de acción entre instituciones tanto públicas como privadas. Es necesario destacar, que los problemas y situaciones que viven los adultos mayores no se solucionan o superan sólo con la actuación del estado.

C)- VALORES QUE LA COMPONEN LOS OBJETIVOS DE LAS POLITICAS DEL A.M.

Los valores inspiradores son opciones fundamentales y, por tanto, dan fundamento y significado trascendente a las acciones específicas que se pueden elaborar en favor de los Adultos Mayores

- **EQUIDAD:** En este contexto la sociedad y el estado deben preocuparse para que todos los adultos Mayores disfruten de una mejor calidad de vida. Se trata de conciliar el crecimiento económico que experimenta el país, con una distribución equitativa de sus beneficios, principalmente entre aquellos que hicieron posible las favorables condiciones económicas en que hoy se encuentra el país.
- **SOLIDARIDAD INTERGENERACIONAL:** Este valor se sustenta sobre la base, que la sociedad de hoy, en cuanto a lo social, económico, cultural y político, con virtudes y defectos, es la herencia, fruto de su trabajo, que los adultos mayores les dejan a las generaciones futuras. En este sentido las generaciones más jóvenes tienen una deuda para con ellos, que no es otra que hacerles justicia, dándoles lo que ellos requieren y merecen, no sólo para que tengan una vida digna, sino para que tengan una mejor calidad de vida, con su protagonismo y posibilidades.

D)- PRINCIPIOS DE LAS POLITICAS DEL ADULTO MAYOR

- **AUTOVALENCIA Y ENVEJECIMIENTO ACTIVO.** Un punto central sobre el cual se sustentan las acciones en favor del Adulto Mayor es reconocer la autovalencia, es decir, la capacidad de valerse por sí mismos de la mayor parte de los Adultos Mayores, lo cual les permite ser autónomos y, por ende, tener un envejecimiento activo. Esto implica necesariamente planificar con los Adultos Mayores todas aquellas acciones que irán en su propio beneficio. A su vez, reconocer esta autonomía del Adulto Mayor es también reconocer su capacidad para organizarse y crear instancias que los representen en su diversidad de inquietudes e intereses.

- **PREVENCIÓN.** La prevención debe ser un enfoque prioritario en lo social, lo psicológico, lo económico y, por supuesto, en materia de salud. En lo social y lo psicológico, la prevención tiene un énfasis educativo. Toda la población, a través de la familia, el sistema escolar y los medios de comunicación social, debe recibir educación sobre su propio proceso de envejecimiento y, además, conocimientos sobre la forma de relacionarse con los Adultos Mayores. A su vez, los actuales Adultos Mayores deben recibir información y asistencia para su autocuidado.

-

Es importante asumir que lo preventivo, como enfoque prioritario, considere al Adulto Mayor en su contexto sociocultural y económico. Esto implica valorar de un modo sustantivo las redes de apoyo que deben estar al servicio del Adulto Mayor. En materia económica, el principio de prevención tiene especial importancia cuando se hace referencia a la Prevención Social. Como se indicó anteriormente, una parte importante de la población económicamente activa, no realiza cotizaciones previsionales.

La mantención de las condiciones legales en la materia y la permanencia de las personas en esta situación por períodos prolongados, provocará perjuicio notable a sus posibilidades de acceso a una jubilación o pensión adecuada a sus necesidades en sus años de vejez.

- **FLEXIBILIDAD EN EL DISEÑO DE POLÍTICAS.** Otro principio que, necesariamente, deben considerar las políticas, es la flexibilidad frente a las diversas situaciones que se presentan en la adultez mayor. La situación del adulto que vive solo, o con su pareja, no es la misma del vivir junto a otros familiares; la variable urbana-rural también influye de un modo particular en el Adulto Mayor; igualmente la situación de vulnerabilidad y de mayores necesidades de cuidados aumenta con la edad. No es lo mismo un Adulto Mayor entre los 60 y 80 años, que otros entre los 80 y 90 y por

sobre los 90. Esta diversidad de situaciones que puede vivir y afectar al Adulto Mayor obliga a que las políticas tengan un alto grado de flexibilidad, especialmente en su concreción u Operación.

- **DESCENTRALIZACIÓN.** La descentralización que debe inspirar las políticas sociales es un factor a considerar en forma permanente para hacer efectivas las acciones. Se trata de comprender que la concreción de las políticas se hace, normalmente, en el gobierno local y que éste es el que deberá implementar, con flexibilidad y adecuada coordinación, las políticas generales adoptadas por el gobierno central. Por otra parte, el criterio de descentralización obliga a atender al Adulto Mayor en sus situaciones concretas y específicas.

La descentralización también plantea la necesidad de coordinación entre los distintos sectores que de una u otra forma trabajan con el Adulto Mayor a nivel comunal. En síntesis, la descentralización y la flexibilización son la respuesta adecuada a la diversidad de situaciones que afectan a los Adultos Mayores.

- **SUBSIDIARIEDAD DEL ESTADO Y SU ROL REGULADOR.** Los Adultos Mayores requieren disponer de un conjunto de bienes y servicios para satisfacer sus necesidades, la subsidiariedad y el rol regulador por parte del Estado en la materia, deben ser entendidos en tres ámbitos: Primero, el desarrollo de una política de fomento a la producción de bienes y servicios destinados a los Adultos Mayores.

La subsidiariedad no sólo debe entenderse en ayudas económicas directas, sino también como apoyo a la asociatividad de los adultos Mayores, fomento de la Creación de espacios sociales y culturales que permitan desplegar las iniciativas de los propios Adultos Mayores para mejorar su calidad de vida. Segundo, regular el funcionamiento de los sistemas de

provisión de servicios ofrecidos o prestados a este sector. Tercero, fomentar la responsabilidad de la familia, la comunidad y los propios Adultos Mayores para la mantención de un buen nivel de vida, evitando la creación de una dependencia de las acciones del Estado para satisfacer sus requerimientos. En este sentido, el Estado debe promover acciones que puedan ser desarrolladas por otras instancias de la sociedad.

Por otra parte, en la medida que se fortalezca la solidaridad intergeneracional al interior de la familia, será posible también la proyección de un trato más digno al adulto mayor en el resto de la sociedad.

E)- POLITICAS SOCIALES DEL ADULTO MAYOR POR AREA

1) ÁREA DE SALUD

El MINSAL diseña y ejecuta una propuesta de programa de salud dirigida hacia este grupo etéreo, que se enmarca en los principios de Solidaridad, intergeneracional y de equidad, esta se sustenta fuertemente en las estrategias de participación social, descentralización, intersectorial y trabajos en equipos multidisciplinarios. Los objetivos de este programa dirigido a la tercera edad, son los siguientes:

1.1- OBJETIVOS

- Mejorar o mantener la autonomía y contribuir a mejorar la calidad de vida en general.
- Prevenir o atenuar episodios de morbilidad aguda o reagudización de patologías crónicas.
- Disminuir la mortalidad por causas previsibles o evitables a través de intervenciones oportunas y costo-efectivas.

1.2- BENEFICIOS QUE OTORGA EL PROGRAMA:

- Programa de alimentación complementaria
- Controles de salud
- Vacuna anti-influenza
- Enfermedades de costo catastrófico
- Órtesis y prótesis.

2)- AREA DE EDUCACIÓN

El Ministerio de educación en la necesidad de que el Adulto Mayor se integre al mundo laboral, elaboró a comienzos del año 2001, un plan piloto especial dirigido a ésta población. Éste plan consiste, por una parte, brindar a los Adultos mayores la posibilidad de nivelar sus estudios a través de su programa *Educación Fundamental*, y por otro lado, entregarles herramientas técnicas a través del programa *Educación Técnica elemental*.

El plan de estudio tiene tres áreas de aprendizaje; área común o de formación general; técnica o de capacitación (cursos de mecánica, carpintería, sastrería etc.) y áreas de actividades complementarias de desarrollo personal (talleres de artesanía, teatro, gimnasia, aeróbica, folklore y otro).

Éste programa permitirá no sólo que el Adulto Mayor se mantenga activo, sino, que también se integre al mundo laboral y poder tener algún ingreso económico.

3) ÁREA PROVISIONAL

El área previsual destinada a la atención de los adultos mayores en Chile, esta compuesta por El Instituto de Normalización Provisional, las Administradoras de Fondos Previsionales y Las Compañías de Seguros de vida, debido a la complejidad de las instituciones involucradas; el Estado es el ente fiscalizador, cumpliendo funciones como;

- a - Garantizar el financiamiento de ciertos beneficios
- b - Dictar normas para su buen funcionamiento y Controlar el cumplimiento de estas

3.1- BENEFICIOS GARANTIZADOS

En primer término, con el propósito de satisfacer el objetivo de equidad en los beneficios otorgados por el Sistema, todos los afiliados que cumplan ciertos requisitos básicos tienen derecho a recibir una pensión mínima, garantizada por el Estado, aún cuando no cuenten con un saldo suficiente en su cuenta de capitalización individual.

En segundo término, cada mes las AFP son responsables de que la rentabilidad real anualizada de los últimos treinta y seis meses de cada uno de los Fondos de Pensiones que administran alcance un nivel mínimo, el cual está relacionado con la rentabilidad promedio de todos los Fondos de Pensiones del mismo tipo en dicho período. Si una Administradora no alcanza la rentabilidad mínima una vez agotadas todas las restantes instancias establecidas por la ley, el Estado realiza la compensación faltante y procede a liquidar la administradora.

En tercer término, en caso de cesación de pagos o quiebra de una Administradora, el Estado garantiza los siguientes conceptos: aportes adicionales en caso de invalidez o fallecimiento de un afiliado no pensionado, contribuciones, las pensiones de invalidez originadas por un primer dictamen y la cuota mortuoria. Además, en caso de cesación de pagos o quiebra de una Compañía de Seguros, el Estado garantiza las rentas vitalicias hasta un 100% de la pensión mínima y el 75% del exceso sobre ésta con un máximo de 45 UF (1.460 dólares a mayo de 1997) mensual por pensionado o beneficiario.

16-PRO-FISCALIZADOR Y ORGANISMO CONTROLADOR DE SISTEMAS

En primer lugar, con el objeto de asegurar que los trabajadores y sus grupos familiares puedan mantener sus necesidades satisfechas ante situaciones de vejez, invalidez o muerte del jefe de hogar, los trabajadores dependientes están obligados a cotizar el diez

por ciento de sus remuneraciones y rentas imposables en alguna AFP. Por lo tanto, la contrapartida natural de la obligación de cotizar es que el Estado se comprometa a velar por la seguridad de los recursos acumulados en los Fondos de Pensiones.

En segundo lugar, las garantías estatales mencionadas en el punto anterior comprometen la futura utilización de recursos fiscales, por lo tanto, se hace necesario controlar el funcionamiento de los Fondos de Pensiones para que las garantías se entreguen sólo cuando los afiliados carezcan de medios para alcanzar la pensión mínima o por razones de fuerza mayor y no por ineficiencia o mal funcionamiento del Sistema o de la AFP.

Finalmente, además de los elementos cualitativos, relacionados con la mantención de la confianza pública acerca de la eficiencia con que son administrados los Fondos de Pensiones, es de suma importancia para el desarrollo económico del país mantener a los Fondos de Pensiones como fuente de oferta de recursos para los principales sectores económicos.

Estado está representado por la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones (SAFP), que es la autoridad técnica de supervigilancia y control de las Administradoras de Fondos de Pensiones. Es una institución autónoma con patrimonio propio, que se financia con recursos estatales. Sus funciones comprenden las áreas financiera, actuarial, jurídica y administrativa y se relaciona con el Gobierno a través del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, por intermedio de la Subsecretaría de Previsión Social.

El Instituto de Normalización Previsional atiende a los adultos mayores en torno a cinco áreas estratégicas, atendiendo a 7,5 millones de personas entre pensionados previsionales y beneficiarios de leyes especiales, hasta el año 2000.

3.3- ÁREAS ESTRATÉGICAS DE INTERVENCIÓN

- **ÁREA DE SERVICIOS SOCIALES:** tiene la misión de promover la integración social, autonomía y auto-valencia del Adulto Mayor, además de lograr un acercamiento de los servicios existentes para el adulto mayor.
- **ÁREA DE ASIGNACIÓN FAMILIAR:** Favorece a personas con bajos ingresos y carentes de recursos
- **ÁREA DE ASISTENCIALIDAD:** Entrega beneficios monetarios.
- **ÁREA PREVISIONAL:** esta área corresponde a los actuales imponentes que se encuentran acogidos al antiguo régimen provisional y a los pensionados de las 26 entidades previsionales fusionadas hoy en el INP.
- **ÁREA DE SEGURO SOCIAL DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES:**

En el área de servicios sociales es la que esta encargada de beneficiar al Adulto Mayor. El objetivo de ésta es prevenir la exclusión por edad, sexo o etnia. Hasta el año 2000, según el INP, éste atendía al 73% de los Adultos Mayores del país. Los servicios sociales se han concentrado en cuatro áreas de trabajo: Promover la organización de los Adultos Mayores; Realización de Campañas solidarias; Proyectos para el adulto mayor; y Programa de acercamiento para adultos Mayores que viven en localidades alejadas.

3.3- DERECHOS DE LOS BENEFICIARIOS DE PENSIÓN ASISTENCIAL.

- Asistencia médica gratuita en los consultorios, hospitales del sistema nacional de servicios de salud.
- Asignación por muerte
- Asignación familiar, sólo respecto de los descendientes que viven a su cargo; el titular de pensión asistencial no puede ser invocado como carga.

4) ÁREA TURÍSTICA

El Servicio Nacional de Turismo, a partir del año 1990 crea el Programa Nacional “Turismo para el Adulto Mayor”, este se inicia con un plan piloto dirigido a integrantes de “La Casa de Todos” en Nuñoa. Este proyecto consistió en la capacitación de monitores turísticos mayores de 60 años para que pudieran organizar sus propios viajes y replicarlos al interior de la organización.

El programa de SERNATUR comprende grandes líneas de acción, con el objetivo central de favorecer el acceso del adulto Mayor a la actividad turística, por un lado y crear conciencia y motivar a los empresarios turísticos a participar. También éste organismo ha conseguido que los empresarios entreguen descuentos en servicios turísticos a los Adultos Mayores.

Aparte de estos lineamientos SERNATUR diseña y ejecuta el Programa de Vacaciones para la tercera edad. Este programa tiene como finalidad financiar parte de los gastos de viaje, alimentación y alojamiento de aproximadamente 16 mil Adultos Mayores del país.

5) ÁREA DE VIVIENDA

El Ministerio de Vivienda y Urbanismo a través de sus programas de vivienda social:

- Fondo Solidario de vivienda; destinado a adultos mayores con capacidad de ahorro que permite comprar una vivienda nueva o usada con un valor máximo de UF 300.
- Programa Especial adulto Mayor; consiste en la entrega de una vivienda básica SERVIU a personas mayores de 60 años, que no tiene casa propia y que no cuentan con recursos económicos ni ahorro para adquirirla. Se trata de una vivienda social nueva o usada especialmente destinada para este programa, se compone de estar-comedor, un dormitorio como mínimo, baño y cocina. Existen

dos modalidades para otorgar este beneficio; Si la renta del postulante es igual o menor a 1,5 unidades de fomento, recibe la vivienda en préstamo (comodato) y no paga por ella mientras la ocupe. Si la renta es mayor a 1,5 unidades de fomento, recibe la vivienda en arriendo y paga el 10% de la renta familiar, con un tope de 0,3% unidades de fomento.

Estos diversos programas, por áreas, dirigidos a los Adultos Mayores, permite visualizar que existe una preocupación por parte del Gobierno Central de mejorar la situación de tercera edad chilena, sobre todo en aquellos que se encuentran en el 40%, según el Comité Nacional para Adultos Mayores (2000), de la población más pobre del país.

En éste sentido y a pesar que falta mucho por mejorar la situación de los Adultos Mayores, se puede apreciar un cambio en cuanto al diseño y ejecución de las políticas sociales, lo que permite vislumbrar para el futuro un mejoramiento de la calidad de vida para las personas que se encuentran en la tercera edad en Chile.

CAPITULO IV

CALIDAD DE VIDA Y NECESIDADES

1- CALIDAD DE VIDA

A lo largo de la historia distintos grupos de pensadores y pensadoras han tenido en sus discursos y estudios muy presente la inquietud de saber y de explicar el estado de felicidad. Al terminar el siglo pasado y a comienzo de éste, se abrió paso a los estudios acerca de Calidad de Vida, concepto que se define muy bien como "bienestar subjetivo".

1.1- DEFINICIONES DE CALIDAD DE VIDA

Para comenzar a abordar el tema de calidad de vida, se quisiera recalcar la importancia que tiene el carácter subjetivo de éste. Palacios D. (2000) plantea que la calidad de vida es Perteneciente o relativo al sujeto, considerado en oposición al mundo externo. Relativo a nuestro modo de pensar o de sentir, y no al objeto en sí mismo.

“La calidad de vida es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. Es un concepto subjetivo, propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno en el que vive como la sociedad, la cultura, las escalas de valores...”
(Reygadas D 2001:1) bibliografía

Según la Organismo Mundial de Salud, citado por la Margolles Mario e Ignacio Donate (2009:1) la Calidad de Vida *“Es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes”*. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

Para Reygadas D (2001) El concepto de calidad de vida en términos subjetivos, surge cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas con un mínimo de

recursos. El nivel de vida es aquella condición de vida que tienen una fácil traducción cuantitativa o incluso monetaria como la renta per cápita, el nivel educativo, las condiciones de vivienda, es decir, aspectos considerados como categorías separadas y sin traducción individual de las condiciones de vida que reflejan como la salud, consumo de alimentos, seguridad social, ropa, tiempo libre, derechos humanos. Parece como si el concepto de calidad de vida apareciera cuando está establecido un bienestar social como ocurre en los países desarrollados.

Palacios D. (2000) plantea que en las personas, la forma de sentir o pensar acerca de algo está influido directamente por los factores del entorno, en especial, la cultura. De esta manera, si se graficara el proceso, las personas (definidas como seres sociales) se transforman en la intersección de éstos factores, es decir, "nosotros, los seres humanos operamos en nuestra vida en muchos y diferentes dominios de realidad, los cuales como diferentes redes de conversaciones y explicaciones se interceptan en nuestros cuerpos.

En otras palabras, Palacios (Ibíd.) plantea que el ego es un modo dinámico en un espacio multidimensional de identidades humanas, y el yo, el humano individual, es la corporalidad que realiza la intersección de las redes de conversaciones que constituyen el ego. Si se le da otra lectura a éste planteamiento, se puede decir que sostiene que los seres humanos poseen encapsulada cierta forma de sentir y pensar (nuestra subjetividad), es decir, el propio vivenciar subjetivo se ve limitado por la cultura en la que se está inserto, de esta manera, si una mujer Africana está a punto de contraer matrimonio no va a sentir y pensar lo mismo acerca del matrimonio que una mujer Chilena que esté en la misma situación, simplemente porque son dos personas distintas que se construyeron en lugares distintos, con características distintas, con representaciones sociales distintas y rituales distintos de matrimonio.

Desde esta perspectiva, no se puede hablar de calidad de vida sin considerar las diferencias sociales e individuales, sin considerar la importancia de lo subjetivo que rodea a ésta y lo más importante sin olvidar que se está hablando de la felicidad de las personas.

Como se mencionó anteriormente, muchas personas han intentado teorizar acerca del concepto de calidad de vida, y la forma en que las personas la alcanzarían. Estas teorías, por lo general, se encuentran sesgadas por la visión o enfoque al que se encuentra adscrito quien la plantea, por lo tanto, presentan limitaciones en sus conceptos.

Estos factores cumplen un rol fundamental en lo que la persona va a entender o va a buscar para su bienestar subjetivo o calidad de vida y cómo enfrentarán las adversidades. Si bien en el último tiempo se ha avanzado hacia una concepción post material en lo que se refiere a las formas en que las personas obtendrían bienestar subjetivo, aún se manejan teorías que no abordan los aspectos más espirituales y subjetivos por medio de las cuales se comprende el mundo y se construye la realidad.

Es comprensible que cuando se trata de organismos que desean implantar políticas o mediciones de calidad de vida dentro de alguna población (por ejemplo, la OMS), sea necesario operacionalizar el concepto en elementos más "objetivos" u observables y que se hace más difícil abocarse a elementos más individuales o subjetivos.

Observando las teorías que existen sobre calidad de vida, Diener (1985), citado por Palacios (2000), ha sido uno de los que más ha considerado los aspectos subjetivos y personales dentro de sus planteamientos. Algunos de los aspectos que ha tomado en cuenta se encuentran la cultura, la separación de aspectos cognitivos y afectivos y deja el espacio para una evaluación personal dentro de su concepción de calidad de vida.

En cuanto a las teorías planteadas por Diener (Íbid), las que se conocen como "arriba – abajo" y "abajo – arriba", se consideran rescatables. El espacio que deja abierto para considerar una reflexión y lectura propia de la persona sobre las situaciones, podría entonces considerarlas como satisfactorias o insatisfactorias de acuerdo a su valoración subjetiva. Desde este punto de vista, para las personas no es la situación en sí misma la que provocaría satisfacción, sino la evaluación personal de ésta. En otro ámbito pero dentro de estas mismas teorías, de la que se conoce como "abajo – arriba" se considera rescatable la referencia a las pequeñas felicidades que se pueden experimentar a diario, la conciencia de que se pueden ser felices en todo momento y no ver la felicidad sólo como una meta a largo plazo

Otra teoría planteada por Diener (1985) que considera aspectos subjetivos y personales es la que se conoce como teoría teleológica o finalista. Esta que reconoce el bienestar subjetivo como posible de alcanzar por medio del establecimiento, acercamiento y cumplimiento de las propias metas. Dentro de esta teoría el autor presenta entre los factores relevantes al contexto o cultura. En esta consideración es posible apreciar un acercamiento a lo subjetivo y las diferencias personales dentro del concepto calidad de vida. Al plantear que no todas las metas producirán bienestar subjetivo, el autor está considerando la acción de la propia persona en la consecución de éste, ya que no sería la meta en sí la que haría que la persona lo alcanzara, sino la elaboración de las propias capacidades, de las posibilidades de alcanzar las metas, de la valoración de la sociedad, etc.

En las sociedades actuales existe una tendencia a sentir temor a vivir el día a día, a mirar hacia delante y no ver nada. Al plantear metas se hace real el futuro, lo que permite, de alguna forma apaciguar la ansiedad que ello produce, mejorando la calidad de vida y obteniendo bienestar subjetivo.

Dentro de las teorías cognitivas, es la de comparación social la que mejor plantea aspectos subjetivos en el concepto de calidad de vida. Esta teoría es bastante real, en el sentido que dentro de las sociedades la comparación existe en la mayoría de los ámbitos. En cuanto a la subjetividad, se plantea que la comprensión de comparación es parte de las elaboraciones de la persona; la forma en que construye el mundo le va a dar a entender las pautas por las cuales debe recibir la información que le entregan las demás personas; de acuerdo a la imagen que tenga de sí misma va a compararse con realidades "mejores" o "peores".

Todo esto dependerá de la propia concepción de su realidad, de su vida personal, de sus vivencias, etc. Por último, es necesario una observación de la propia vida y de la propia realidad para llegar a una conclusión luego de hacer una comparación con otras personas o grupos, lo cual es parte de un proceso evidentemente subjetivo, ya sea cognitivo o emocional. A partir de esto, de las comparaciones, la persona considerará el propio bienestar subjetivo o calidad de vida.

Esta teoría plantea también la imposibilidad de que la persona logre bienestar subjetivo si sus cercanos significativos no lo poseen o no se encuentran bien. En esto se encuentran involucrados factores emocionales, por lo tanto, subjetivos.

En cuanto a las teorías que no consideran la subjetividad dentro de sus planteamientos, se cree que la teoría de la actividad es una de ellas, ya que es demasiado amplia en su concepción, en el sentido que no especifica qué se entenderá por actividad, o si existe elaboración por parte de la persona al momento de realizar la actividad. Es posible deducir que sería la actividad por sí misma la que otorgaría bienestar subjetivo, sólo realizándola se obtendría. En base a esto se considera que es bastante reduccionista y deja de lado elementos relevantes al momento de hablar de personas que se encuentran insertas en una sociedad, entre éstos, los factores personales, las diferentes concepciones de actividad, las historias de cada persona, es decir, los componentes que conforman la subjetividad de la persona.

Siempre desde el eje de la subjetividad, el hecho de entender conceptualmente "calidad de vida", se requiere comprender que, al concebirse: "vida" se hace referencia a una forma de existencia superior a lo físico únicamente puesto que se debería considerar el ámbito de relaciones sociales del individuo, sus posibilidades de acceso a los bienes culturales, su entorno ecológico-ambiental, los riesgos a que se encuentra sometida su salud física y psíquica, entre otros elementos; en otras palabras, además de sus nexos con los demás en la esfera social y comunitaria, trasciende a su individualidad. Pues bien, por lo tanto.

"Calidad de Vida es un concepto relativo que depende de cada grupo social y de lo que éste defina como su situación ideal de bienestar por su acceso a un conjunto de bienes y servicios, así como al ejercicio de sus derechos y al respeto de sus valores"
(Palacios D, 200:4)

Es así como cada grupo social identifica las tendencias en materia de bienestar, por ello se hace preciso diferenciar los diversos modos de vida, aspiraciones e ideales, éticas e idiosincrasias de los conjuntos sociales, para distinguir los diferentes eslabones y magnitudes, pudiendo así dimensionar mejor las respectivas variaciones entre unos y otros

sectores de la comunidad, por citar un ejemplo, en el caso de las sociedades que ya han resuelto sus necesidades básicas, en términos de bienes y servicios, sus objetivos de bienestar se orientan más hacia la realización personal familiar y profesional del grupo social, es decir, dada la existencia de sociedades más desarrolladas que otras, los estándares de bienestar son diferentes y así las definiciones de calidad de vida. Y tal como plantea **Blanco (1988)** Los valores, apetencias e idearios varían notoriamente en el tiempo y al interior de las esferas y estratos que conforman las estructuras sociales.

La calidad de vida estaría además construida histórica y culturalmente con valores sujetos a las variables de tiempo, espacio e imaginarios, con los particulares grados y alcances de desarrollo de cada época y sociedad, y su consecuente forma particular de mirar el mundo: Subjetividad. Explicado de otra manera, sería utópico aspirar a la unificación de un único criterio de calidad de vida.

Desde lo anterior, el concepto calidad de vida es considerado como subjetivo y que a través de todo el mundo la calidad de vida varía en la cultura en la cual se enmarque, en el espacio y en el tiempo. **Gallopín (1980)**, menciona que precisamente el punto central depende de la situación, y que el conjunto de las variables ambientales más pertinentes puede y debe ser diferente en diversos contextos.

Lo que en un medio ambiente determinado es positivo o negativo, dentro de ciertos límites extremos inferiores y superiores, puede cambiar mucho según las distintas situaciones y, salvo en el caso de variables como las que influyen en la salud humana (que es una tendencia objetiva de la calidad de la vida), resulta casi imposible ordenar la calidad del medio ambiente sobre una base universal.

No obstante, existen tendencias -por así llamarlos- que se consideran como básicas para poder evaluar una vida como poseedora de calidad o bien tendencias objetivas, estas son fundamentalmente la satisfacción de las necesidades básicas tal y como lo planteó **Maslow (1943)**, y ello queda en evidencia si se le pregunta a una persona qué es calidad de vida, muchos lo relacionan con el acceso a un trabajo digno y bien remunerado que les permita acceder a bienes y servicios básicos como vivienda, educación, salud y nutrición, servicios públicos, movilidad vial, recreación, seguridad, entre muchos otros.

La evaluación del concepto presenta una situación parecida. Para algunos autores los enfoques de investigación de este concepto son variados, pero podrían englobarse en dos tipos: Enfoques cuantitativos, cuyo propósito es operacionalizar la calidad de vida.

Para ello, han estudiado diferentes tendencias:

- **SOCIALES:** se refieren a condiciones externas relacionadas con el entorno como la salud, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario, la vivienda, etc;
- **PSICOLÓGICOS:** miden las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales; y
- **ECOLÓGICO:** miden el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente) y, Enfoques cualitativos que adoptan una postura de escucha y atención a la persona mientras relata sus experiencias, desafíos y problemas y cómo los servicios sociales pueden apoyarles eficazmente.

1.2- DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA:

La calidad de vida, para Reygadas D (2001) plantea que hay tres dimensiones que global e integralmente comprenden la calidad de vida son:

- **A- DIMENSIÓN FÍSICA:** Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.
- **B- DIMENSIÓN PSICOLÓGICA:** Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.
- **C- DIMENSIÓN SOCIAL:** Es la percepción del individuo de la relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral.

1.3- CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD DE VIDA

Reygadas D (2001) plantea, además, que la calidad de vida, tiene determinadas características entre ellas:

- **CONCEPTO SUBJETIVO:** Cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida, la felicidad.
- **CONCEPTO UNIVERSAL:** Las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.
- **CONCEPTO HOLÍSTICO:** La calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida, según explica el modelo biopsicosocial. El ser humano es un todo.
- **CONCEPTO DINÁMICO:** Dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos cortos de tiempo: unas veces somos más felices y otras menos.
- **INTERDEPENDENCIA:** Los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales.

La medicina, los recursos económicos, políticos y sociales del mundo occidental han conseguido aumentar la esperanza de vida. El objetivo de la medicina y de la sociedad, en general, a partir de las últimas décadas del siglo XX es dar vida a todos y cada uno de los años, es decir, aumentar la calidad de vida.

1. 4 ELEMENTOS PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES

Hace un año, el Foro Mundial de ONG's y la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Madrid 2002), pusieron énfasis en los temas troncales que deberán tenerse en cuenta, para que los Adultos Mayores de la Región puedan vivir con dignidad, calidad y autonomía de vida, estos son:

A) LA PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE TODOS LOS DERECHOS HUMANOS Y LIBERTADES FUNDAMENTALES, incluido el derecho al desarrollo, es esencial para la creación de una sociedad incluyente para todas las edades, en que las personas de edad participen plenamente y sin discriminación y en condiciones de igualdad. La lucha contra la discriminación por motivos de edad y la promoción de la dignidad de las personas de edad es fundamental para asegurar el respeto que esas personas merecen. La promoción y protección de todos los derechos humanos y libertades fundamentales es importante para lograr una sociedad para todas las edades. Para ello, la relación mutua entre las generaciones debe cultivarse, acentuarse y alentarse mediante un diálogo amplio y eficaz.

B) SEÑALANDO ESPECIAL PREOCUPACIÓN POR LAS MUJERES MAYORES. Las mujeres de edad, según la II Asamblea Mundial sobre el envejecimiento (2003), se ven particularmente afectadas por los estereotipos engañosos y negativos: en lugar de representarlas de manera que reflejen sus aportaciones, sus puntos fuertes, su inventiva y sus calidades humanas, suelen ser representadas como débiles y dependientes, lo que refuerza las prácticas excluyentes a nivel nacional y local.

C) EDUCACIÓN: Igualdad de oportunidades durante toda la vida en materia de educación permanente, capacitación y readiestramiento, así como de orientación profesional y acceso a servicios de colocación laboral. Utilización plena de las posibilidades y los conocimientos de las personas de todas las edades, reconociendo los beneficios derivados de la mayor experiencia adquirida con la edad.

"Promover, mediante la educación pública, la comprensión del envejecimiento como una cuestión que interesa a toda la sociedad y considerar la posibilidad de revisar las políticas existentes para garantizar que promuevan la solidaridad entre las generaciones y fomenten de este modo la cohesión social" (Ibid:33).

Plantean que las estructuras y formas de la Educación tradicional en la actualidad no incluyen a la problemática de la Vejez en los programas curriculares. Es recomendable que los Gobiernos incluyan en los programas educativos del ciclo primario y secundario, nociones de Gerontología.

El Índice de Desarrollo Humano (PNUD, 2000) insta también a que se adopten medidas de intervención gubernamental en la educación, la formación profesional y otras esferas para ayudar a la gente y a los países a mejorar sus aptitudes, aumentar las oportunidades de empleo e impulsar el crecimiento económico.

La IV Conferencia Internacional sobre la Educación de Adultos, celebrada en Viena en 1985 con el patrocinio de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), destacó la importancia de promover las actividades educativas y culturales a favor de los ancianos para que éstos logren asumir de manera adecuada su propio envejecimiento, garantizarles mejores condiciones de vida y conseguir que las sociedades a las que pertenecen puedan beneficiarse de su larga experiencia.

En consecuencia, la Conferencia recomendó a los Estados Miembros y a las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, que favorecieran el acceso de los adultos, sea cual fuere su edad, a la educación y a la cultura, con el fin de que puedan salvaguardar su condición de ciudadanos de pleno derecho y desempeñar un papel activo durante toda su vida, y que se asignen para ello más fondos, puesto que las inversiones que se hagan al respecto resultan indispensables para el equilibrio de la sociedad.

Se trata por lo tanto de redefinir la vejez, introduciendo un nivel más alto de expectativas, privilegiando el *aprendizaje sobre la enseñanza*, promoviendo la participación, reconociendo la aspiración del Adulto Mayor que al ser “parte” tiene derecho a ser protagonista para pasar del rol de beneficiarios a la actitud de Ciudadanos.

D) INSTITUCIONALIZACIÓN Y ALTERNATIVAS. La institucionalización produce efectos no deseados sobre las personas, producto del cambio y del desarraigo, más allá de las propias causas que lo motivaron, que obliga a instrumentar todos los medios necesarios para

contener esa situación y garantizar una correcta atención de los mismos, priorizando la calidad de vida y el respeto a sus derechos en todos los ámbitos.

La familia es un grupo insustituible en el cual debe permanecer el anciano el mayor tiempo posible, pues desvincularlo de su medio constituye un factor de alto riesgo social. En este sentido la OMS en su informe Técnico N° 706 insiste sobre la necesidad de mantener al anciano en su entorno familiar, como medida óptima para la promoción de salud y la prevención de enfermedades...

Se podría señalar que la atención integral y adecuada de los ancianos sólo se puede lograr con su incorporación en todas las actividades de la vida comunitaria, en la cual se fortalezcan los vínculos Intergeneracionales y las acciones intersectoriales, con especial participación de los centros formadores de personal y los entes proveedores de servicios.

2- NECESIDADES HUMANAS

Para Carmen Salinero (1998) el hombre posee la experiencia universal de experimentar carencias o necesidades, las que los potencian o los movilizan a desarrollar diversas actividades en busca de su satisfacción y actualización, resultando fundamental para su experiencia y desarrollo pleno.

Abraham Maslow (1943) pone el acento en el estudio de las necesidades desde la teoría de la Motivación, señalando que algo se considera necesidad cuando

“La falta de gratificación produce malestar o enfermedad”, “lo que implica que el hombre actuaría naturales tendientes a satisfacer su requerimiento motivado por impulsos” (Ibid:3)

Este mismo autor postulo la existencia de una jerarquía de necesidades, es decir una gama priorizable u orden en el que ciertas necesidades se vuelven operantes solo

cuando otras más básicas han sido cubiertas, sus esfuerzos principales se dirigen a satisfacer las que garantizan su subsistencia y seguridad.

Todos estos impulsos, integrarían y organizarían la conducta humana en torno a las metas que apuntarían a satisfacerlas. En consecuencia, una vez que las personas han obtenido respuestas adecuadas para sus necesidades primarias, se sentirían motivados hacia otras formas más elevadas llamadas “meta necesidades.”

Para **Mallman (1977)**, las necesidades humanas son invariantes, es decir, las mismas para todas las personas independientes de su raza, condición social, edad, entre otras. Son las características intrínsecas filológicas y psicológicas de todo ser humano las que determinan la lista invariante de sus necesidades.

A su vez, **Max-Neef (1996)** señala que las necesidades revelan de la manera más apremiante el ser de las personas, se hace palpable a través de estas en su doble condición existencial: como carencia y como potencialidad, individualidad y colectiva, en la medida que las necesidades comprometen, motivan y movilizan a las personas, son también potencialidades”, esto revela un proceso doble que permite hablar no solo de satisfacer necesidades, sino de vivir y realizar las necesidades.

Por otra parte **Carmen Salinero (1998)** plantea al respecto el concepto de necesidad puede definirse como un conjunto invariable y limitado de carencias y potencialidades individuales y colectivas que deben ver actualizadas vividas y realizadas constantemente, para asegurar la supervivencia y desarrollo pleno del ser humano.”

Junto con referirse al concepto de necesidad, los autores citados han realizado clasificaciones de estas. Maslow postula la experiencia de una jerarquía de necesidades, las que se hacen manifiestas solo cuando las más básicas han sido satisfechas. Establece la siguiente clasificación: necesidades primarias- fisiológicas y de seguridad, necesidades secundarias de pertenencia, afecto, estima y autoestima y meta necesidades de autorrealización. (Maslow, op.cit.)

Mallman (1977) a su vez, clasifica las necesidades humanas en dos categorías: personales o del acceder, necesidades fisiológicas o vitales, protectivas o de seguridad y espirituales y necesidades interpersonales o de realización y de pertenencia. El autor señala que las primeras necesidades se satisfacen con bienes y servicios y las interpersonales, con relaciones Humanas.

Max Neef (1996) elabora una taxomanía de las necesidades humanas en dos categorías: personales o del acceder, necesidades humanas presentadas en una matriz que las clasifica según las categorías existentes del ser, tener, hacer y estar y, por otra parte, las agrupa según categorías axiológicas en necesidades de subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad.

Cabe destacar como común a todas las clasificaciones mencionadas la presencia de la necesidad de protección o de seguridad, que están asociadas a todos los seres humanos durante todas las etapas de la vida.

2.1- SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES Y LA CALIDAD DE VIDA

Se ha planteado que la realización y satisfacción de las carencias y potencialidades resulta fundamental para la supervivencia y desarrollo pleno del ser humano; con relación a esto, Max- Neef (1996) plantea una concepción de satisfactores señalándolos como:

“Formas de ser, tener, hacer y estar que contribuyen a la realización de las necesidades humanas, es decir, los satisfactores son el modo por el cual se expresa una necesidad “(Ibid: 13)

Esto satisfactores dependen de los bienes, servicios y relaciones que el medio genera y de como organiza su consumo, lo que implica incorporar al análisis de la investigación dimensiones, tales como, la naturaleza de los bienes, considerando cantidad y calidad, el acceso de las personas a los satisfactores, la administración de estos y la forma en que se financian.

Max – Neef (1996) plantea que, en la satisfacción de las necesidades humanas existe también una dimensión subjetiva personal, que para evaluar los satisfactores en función de las necesidades humanas no basta con comprender cuales son las posibilidades que el medio pone a disposición de los individuos y grupos, sino que:

“ Es preciso examinar en que medida el medio reprime , tolera o estimula para que las posibilidades disponibles sean recreadas y ensanchada por los propios individuos y grupos”. (Ibid: 16)

Por otro lado, Mallman (1977) señala que los satisfactores deben estar constantemente actualizándose y dependen del hábitat y la trayectoria histórica- político, social , económica y cultural de la que disponen los individuos y el grupo social al que pertenecen. El autor define los satisfactores como aquellos bienes, servicios y relaciones humanas con los que actualizan y satisfacen las necesidades humanas con los que actualizan y satisfacen las necesidades humanas. Además, introduce el concepto de deseo como la forma concreta que se requiere satisfacer las necesidades en un determinado momento, las cuales son variables y subjetivas.

Mallman (1977) plantea que la jerarquía de necesidades sirve para determinar si un grupo social mejora o empeora su calidad de vida lo que debe asociarse a los deseos de la población para ser usados como indicadores de su calidad de vida. Afirma que existe calidad de vida objetiva determinada por los satisfactores (considerando cantidad, calidad y distribución) y la calidad de vida subjetiva se determina de la relación de estos satisfactores con los deseos.

El autor propone como medio para evaluar la calidad de vida de un individuo o de un grupo, la consideración de que “ esta mejora cuando se satisfacen progresivamente las necesidades mínimas y cuando simultáneamente se acercan los satisfactores usados (bienes, servicios y relaciones simultáneamente se acercan los satisfactores usados (bienes, servicios y relaciones humanas) hacia aquellos individuos y los grupos desean. Lo señalado supone que las necesidades humanas se interrelacionen de manera tal que la

satisfacción de las necesidades básicas constituye requisito previo para experimentar y satisfacer necesidades de un orden superior.

Max-Neef (1996) entrega otra postura que expresa que la persona es un ser de necesidades múltiple e interdependientes, lo que significa entenderse como un sistema en que las mismas se interrelacionan o interactúan, no existiendo correspondencia biunívoca entre necesidad y satisfactor.

Esta perspectiva permite visualizar que el concepto de Calidad de Vida está interrelacionado con la posibilidad de desarrollo y actualización integral de las necesidades humanas (carencias y potencialidades), lo que se expresa claramente en la connotación que Carmen Barros Otorga al término “calidad de vida”, “con el no sólo alude a la satisfacción de las necesidades básicas, sino también a las oportunidades que brinda el contexto social para la actualización de las potencialidades de los individuos y llevar una vida satisfactoria plena de sentido.”(Carmen Barros, 1991.)

ANALISIS DE LOS DATOS

CAPITULO V CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA

La mayor expectativa de vida como uno de los grandes logros que la ciencia nos ha dado a la humanidad en el siglo XX y el hecho de que en las últimas décadas se hayan producido diversos cambios socioculturales, han sido algunos de los factores que contribuyeron al marcado incremento de Adultos Mayores en la población mundial.

Para lograr comprender el transcurso de la vida de los Adultos Mayores, resulta necesario conocer aquellas particularidades que identifican a este grupo poblacional. El mismo no es un grupo homogéneo, puesto que presenta notables diferencias no sólo por cuestión de edad, sino también desde el punto de vista social, cultural, sus valoraciones, etc.

Resulta importante, por lo tanto, describir brevemente las características que definen a los Adultos Mayores del Programa Especial del Ministerio de Vivienda, desde sus aspectos demográficos, patológicos, económicos, familiares, hasta sus aspectos sociales, los que pasamos a ver a continuación.

1. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DE LOS ADULTOS MAYORES

Los aspectos demográficos de los Adultos Mayores del Programa Especial del Ministerio de Vivienda, como parte de las características de éste grupo en estudio, corresponden a las subdimensiones: sexo; edad; estado civil; estado educacional; situación laboral, situación de atención de salud; y finalmente el sistema previsional.

1.1- GENERO

El género es un concepto general, que permite una mayor comprensión de los fenómenos sociales, pues posibilita la existencia de diferentes tipos de relación entre mujeres y varones, generando distinciones de acuerdo a contextos sociales, culturales y períodos históricos diferentes.

El proceso de envejecimiento de la población se caracteriza por el aumento de las personas que tienen 60 años o más. En Chile, actualmente, según el INE a través del Enfoque Estadísticos (2009) el 15% de las personas en Chile tienen más de 60 años, de ellos el 52% son mujeres y un 48% hombres.

Éste mismo fenómeno de que existen más mujeres que hombres se observa en los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda del MINVU, tal como lo observamos en el cuadro N1 en donde el 75.3 %, de los encuestados corresponde a mujeres y un 24.3 % al sexo masculino.

CUADRO N 1
SEXO
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
DE LA REGIÓN METROPOLITANA

SEXO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mujer	226	75,3	75,3	75,3
	Hombre	73	24,3	24,3	99,7
	No responde	1	,3	,3	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

Cabe mencionar que existen importantes diferencias entre Adultos Mayores de sexo femenino y masculino, ya que cada uno de ellos realiza distintos roles y funciones, determinado por la cultura de nuestra sociedad, tanto al interior del hogar, familia y ámbito social. Esta especificación y o diferencias la analizaremos, en el capítulo VI, en las percepciones que tienen los adultos mayores respecto de su género como variable influyente en su calidad de vida.

1.2- EDAD

La edad cronológica es esencialmente biológica y se refiere específicamente al calendario, es decir, al número de años que una persona ha cumplido, lo que significa para el individuo una serie de cambios en su posición dentro de la sociedad, ya que muchas de las normas que definen las responsabilidades y privilegios de un sujeto dependen de su edad cronológica, algunas de ellas explícitas en la legislación, como la edad de votar, la edad mínima para casarse, la edad en que es posible procesar jurídicamente a una persona, la edad para postular a beneficios estatales, la edad de jubilar, etc.

En Chile se es Adulto Mayor a partir de los 60 años de vida. Gracias al avance actual en Medicina, traducida ésta en mecanismo de prevención y tratamiento; mayores ingresos que permiten acceso a una mejor y adecuada alimentación, utilización del tiempo libre, etc.; y la implementación de políticas sociales, es que las personas adultas logran vivir más años de vida respecto de otras décadas.

En general, en el proceso del envejecimiento, se pueden distinguir distintos grupos según el rango de edades, que van desde los 60 años en adelante, pero, según Aramburu (2003), esta división es relativa.....

“... pues el envejecimiento se desarrolla en forma diferente de acuerdo con factores individuales y sociales y no sigue una cronología rigurosa en cada persona. Si bien puede existir una relación entre la edad cronológica y el proceso de envejecimiento, esta no es válida por sí misma...” (Aramburu Ibíd., citado por Boarini Mauricio. 2006:)

De este planteamiento, respecto de los grupos de rangos de edades, tal como lo expresa el autor, por sí solos no aportan un análisis acabado, razón por la cual es que sólo señalaremos los datos observados en el cuadro N 2. Encontramos que un 24% de adultos mayores encuestados tiene entre 65 a 70 años de edad, un 22% tiene entre 71 y 80 años de edad, un 32% tiene entre 76 y 80 años, y finalmente un 21% presente 81 años y más.

CUADRO N 2
EDAD
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
DE LA REGIÓN METROPOLITANA

EDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	65 a 70 años	73	24,3	24,3	24,3
	71 a 75 años	66	22,0	22,0	46,3
	76 a 80 años	97	32,3	32,3	78,7
	81 o más	64	21,3	21,3	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

Podemos inferir que más del 50% de los adultos mayores encuestados tienen entre 76 y más de 81 años, edades que los colocan en una situación de riesgo, ya que en esas edades es más probable contraer y/o desarrollar enfermedades típicas de la vejez.

Según los resultados de la CASEN (2009:6) “... El 28% de los Adultos Mayores se encuentran en los rango de 60 a 64 años de edad; un 23% entre 65 a 69 años; un 18% entre 70 a 74 años; y un 31% entre 75 y más años”

1.3- ESTADO CIVIL

Un aspecto importante a considerar sobre adulto mayor, es su estado civil ya que éste se asocia a riesgos de mortalidad. Los estudios sobre este tema, muestran una mayor sobrevivencia de los casados sobre los solteros, divorciados y viudos. Lo antes mencionado no es una afirmación absoluta, sino más bien una tendencia que existe en los adultos mayores respecto de su estado civil.

CUADRO N 3
ESTADO CIVIL
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
DE LA REGIÓN METROPOLITANA

ESTADO CIVIL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltero (a)	89	29,7	29,7	29,7
	Casado (a)	37	12,3	12,3	42,0
	Viudo (a)	167	55,7	55,7	97,7
	Separado (a)	6	2,0	2,0	99,7
	No responde	1	,3	,3	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

Como se aprecia en el cuadro N 3 un porcentaje importante de adultos mayores se encuentra viudo/a, alrededor de un 56%, seguido de un 30% de adultos solteros/as, un 12% se encuentran casados y finalmente un 2% manifiesta estar separado/a.

1. 4- ESTADO EDUCACIONAL

La Gerontología Educativa, también conocida como geragogía, comprende las temáticas relacionadas con la educación y el aprendizaje en los adultos mayores. Desde los años 90 hasta hoy se han desarrollado distintas iniciativas, desde el Estado, para promover la educación formal e informal de las personas mayores, en el entendido de que la educación es un proceso permanente y sistemático que se da a lo largo de toda la vida. La relación enseñanza aprendizaje es constante y a toda edad.

De acuerdo al cuadro N 4, tenemos que un 22% de los adultos mayores no ingresaron al sistema educacional, siendo un alto grado de analfabetismo para tal población. Un 50% no alcanzo a terminar la enseñanza básica, seguido de un 17% que culmino la enseñanza básica. También se observa que un 8% de los adultos mayores, encuestados, no termino la enseñanza media, seguido de un 2% que termino dicho ciclo secundario, finalmente vemos que un 0,3% presenta superior incompleto.

CUADRO N 4

EDUCACIÓN
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
DE LA REGIÓN METROPOLITANA

ESTADO EDUCACIONAL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sin estudios	67	22,3	22,3	22,3
	Básica incompleta	150	50,0	50,0	72,3
	Básica completa	51	17,0	17,0	89,3
	Media incompleta	23	7,7	7,7	97,0
	Media completa	7	2,3	2,3	99,3
	Superior incompleta	1	,3	,3	99,7
	No responde	1	,3	,3	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

Éstos datos nos permiten inferir que la baja escolaridad va en desmedro de éstos adultos mayores, como lo han evidenciado estudios del tema, que demuestran que a medida que es baja la educación bajan los índices de buena salud en los adultos mayores, tienen a enfermarse más ya que por su nula o poca instrucción no saben como cuidarse adecuadamente y llevar una vida más sana y equilibrada entre alimentación y ejercicios.

1.5- SITUACIÓN LABORAL

En la sociedad actual, el Adulto Mayor degradado y alienado del sistema, es la representación colectiva que hemos heredado de las sociedades modernas, donde las personas son valoradas por su relación con el mercado laboral, lo que en términos económicos, quiere decir, por su capacidad de producir. En consecuencia hace un tiempo atrás nacieron conceptos, tales como; “sector pasivo”, “carga social”, “viejo”, entre otros, que en la actualidad no se han logrado disipar. Además han definido como vejez....

“..... un estado en el ciclo vital de la persona, con ciertas características propias que produce el paso del tiempo en el individuo. "La especie humana es aquella en que los cambios debidos a los años son más espectaculares. Los animales se consumen, se descarnan, se debilitan, no se metamorfosean. Nosotros sí". (Ramírez Expósito 2001: 2)

De acuerdo a las cifras de la encuesta CASEN (2009: 28) de los adultos mayores que se encuentran entre 60 a 64 años un 47% se encuentra ocupado y un 51% inactivo. Los adultos que se encuentran entre 65 y 69 años un 27% se encuentra ocupado y un 72% inactivo. Los de entre 70 y 74 años un 14% esta ocupado y un 85% inactivo. Finalmente los adultos mayores que se encuentran en el rango de 75 y más años, un 6% esta ocupado y un 94% inactivo.

CUADRO N 5
TRABAJO
 ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
 DE LA REGIÓN METROPOLITANA

SITUACION LABORAL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ocupado	6	2,0	2,0	2,0
	Desocupado	45	15,0	15,0	17,0
	Dueña de casa	188	63,0	63,0	80,0
	Dueño de casa	61	20,0	20,0	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

Los resultados de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda de que fueron encuestados, nos arroja que un 2% se encuentra ocupado, trabajando. Un 15% de los adultos esta desocupado, es decir buscando trabajo. Por otro lado tenemos que un 63% es dueña de casa, y finalmente un 20% de adultos es dueño de casa.

Respecto de las cifras nacionales, podemos decir que los Adultos Mayores de nuestro estudio presenta un muy bajo porcentaje de personas trabajando sólo un 2%, seis de 300 sujetos, en cambio en las cifras nacionales solo en el primer tramo de edad, entre 60 y 64 años, alcanza al 47% de Adultos Mayores que se encuentran trabajando, situación laboral que además se observa en todos los otros tramos de edad inclusive en el de 75 y más años, en donde un 6% esta ocupado.

1.6- SITUACIÓN DE ATENCIÓN EN SALUD

La mayoría de los sistemas de salud enfrentan hoy problemas de aumentos de costos, los que se asocian tanto con el proceso de envejecimiento de la población como con la presión de costos vinculada al desarrollo nuevas tecnologías médicas para tratar enfermedades de difícil manejo o incurables. Encarar de manera adecuada estos aumentos de costos constituye, sin lugar a dudas, uno de los grandes desafíos de todos los sistemas de salud en el mundo.

Sabemos ya que el adulto mayor es un sujeto vulnerable en muchos sentidos, y uno de ellos es que enferma con mayor frecuencia que otros grupos de edad. Aproximadamente el 75% de todos los adultos mayores del país son beneficiarios del sistema de salud público, de estos 2/3 tienen derecho a recibir atención gratuita en los establecimientos estatales y FONASA, grupos A y B. De este modo podemos asegurar que el 50.1% de los adultos mayores del país dependen del estado para recuperar su salud. Esta carga aumentará en el bicentenario. Mientras hoy día hay 700.000 beneficiarios, el 2010 ellos habrán aumentado a cerca de un millón.

Respecto de lo Anterior es que se les consulto a los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda acerca de su sistema de salud, donde encontramos los siguientes resultados:

CUADRO N 6
SISTEMA DE SALUD
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
DE LA REGIÓN METROPOLITANA

SISTEMA DE SALUD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Fonasa	214	71,3	71,3	71,3
	Tarjeta gratuidad	83	27,7	27,7	99,0
	Otro	1	,3	,3	99,3
	No responde	2	,7	,7	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

Según el cuadro N 6, la mayoría de los Adultos Mayores, un 71%, encuestados tienen FONASA, un 28% tarjeta de gratuidad y un 0,3%, un solo sujeto, respondió que tiene otros sistema de salud.

Ahora bien, independientemente que los sujetos de estudio hayan contestado que como sistema de salud tienen FONASA, ninguno de ellos podría atenderse por FONASA, ya que por ser de 65 años hacia arriba , pasan hacer Adultos Mayores los que son atendidos en el Consultorio respectivo, como política estatal. Si algún Adulto no quisiera ser atendido en su consultorio tendría que ir a un centro medico y pagar el 100% la consulta por tratarse de una atención particular. Profundizaremos a cerca de este punto en el siguiente capítulo.

1.7- SITUACIÓN PREVISIONAL

En cuanto a seguridad económica, y más precisamente en cuanto a previsión social, dos de cada tres mujeres mayores de 60 años no recibía pensiones de acuerdo a cifras del año 2006. Por diversas causas como su rol reproductivo, la dificultad para integrarse al mercado de trabajo formal, no pago de cotizaciones de empleadores y a arbitrariedades sociales y culturales, muchos Adultos Mayores no tuvieron un sistema previsional (AFP) por lo tanto no tienen pensiones de este tipo de instituciones. Cabe mencionar en este punto, que el porcentaje mayor de adultos que se encuentran en esta situación corresponde a mujeres. Frente a esta problemática es que el Estado a favorecido a todas las mujeres mayores de 65 años con nuevas pensiones básicas solidarias.

Los programas de jubilaciones y pensiones forman parte del sistema de seguridad social, y constituyen una de las fuentes formales de seguridad económica para las personas mayores. El objetivo principal de los sistemas de previsión y jubilación consiste en proteger a la población del riesgo de pérdidas de ingresos en la vejez. De este modo, la cobertura actual del sistema previsional chileno alcanza a 61.8% de las personas de edad, con una alta proporción percibiendo pensiones de muy bajo monto. De acuerdo a lo anterior, es que se les consulto a los Adultos Mayores acerca de su sistema previsional, obteniendo los resultados que se aprecian en el siguiente cuadro.

CUADRO N 7
SISTEMA PREVISIONAL
 ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
 DE LA REGIÓN METROPOLITANA

SISTEMA PREVISIONAL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	INP	265	88,3	88,3	88,3
	Renta vitalicia	15	5,0	5,0	93,3
	AFP	2	,7	,7	94,0
	Otro	16	5,3	5,3	99,3
	No responde	2	,7	,7	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

Según los datos del cuadro N 7, podemos ver que un 88% de los Adultos Mayores de nuestro estudio tiene como sistema previsional al Instituto de Previsión Pública (INP), un 5% en Rentas Vitalicias, un 1% solo contestó que tiene AFP, y un 5,3% respondió que tiene “otro” sistema previsional sin especificar.

2- ASPECTOS PATOLOGICOS DE LOS ADULTOS MAYORES

La teoría Generacional está vinculada a los cambios Físicos y psicológicos de los Adultos Mayores. Esta teoría, toma los instrumentos demográficos de *cohorte* y *generación*, para utilizarlos como herramienta clave en el tratamiento de la vejez desde un punto de vista sociológico. Su hipótesis de partida es que a medida que cumplen años, los individuos cambian social, psicológica y biológicamente, cambian roles y acumulan conocimiento, actitudes y experiencias.

Utilizando como punto de partida la situación actual sobre la cantidad de Adultos Mayores, el aumento de la esperanza de vida de estos sujetos, es que el Ministerio de Salud definió una política específica de salud para el adulto mayor con el propósito central de abordar en forma eficiente los cambios epidemiológicos de la población.

Las dificultades de salud del adulto mayor ya sean de tipo físicas o psicológicas como son las enfermedades catastróficas que padecen éstos sujetos por su edad o otros

factores, así como también aquellas psicológicas como son las depresiones que sufren muchos adultos mayores por jubilación, viudez, etc. constituyen en Chile, con distintos matices, problemas tanto para sistema público como para el privado, por el alto costo que implican las atenciones y tratamientos para cada una de ellas. Pero de otro punto de vista, la sola existencia de alguna enfermedad de tipo física y/o psicológica afecta directamente la calidad de vida de los adultos mayores, de ahí la necesidad de indagar acerca de estos dos aspectos: físicos y psicológicos.

2.1- SITUACIÓN FÍSICA

Los problemas de salud, como recién mencionamos del adulto mayor, asociados a las enfermedades propias de la vejez como son aquellas de tipo físicas, han adquirido cada vez más importancia en el sector salud y en el propio Estado por los grandes costos que implica tratarlas.

Las enfermedades catastróficas pueden definirse de diversas maneras según Díaz *et al.* (1995), *En primer lugar*, desde el punto de vista clínico ellas corresponden a cualquier patología que en adición a un grado de dificultad técnica en su resolución, implican un alto riesgo en la recuperación y alguna probabilidad de muerte.

En segundo lugar, desde el punto de vista financiero una enfermedad catastrófica es aquella cuyo tratamiento implica un desembolso monetario importante y que excede algún umbral considerado normal. Éstas tienen, en general, un fuerte impacto en el presupuesto familiar y del estado, pudiendo eventualmente dejar a las familias en una situación de insolvencia financiera temporal o definitiva.

Ahora bien, en el estado de salud de un adulto mayor influyen distintos factores tales como: la genética, habilidades cognitivas, edad, sexo, ambiente, estilos de vida, localización geográfica, cultura, religión, estándar de vida, creencias y prácticas de salud, experiencias previas de salud, sistemas de apoyo, entre otras dimensiones.

Al valorar a un adulto mayor es necesario hacerlo en una perspectiva integral para identificar los problemas físicos, psicológicos y sociales que presentan ellos y sus cuidadores. Frente a lo anterior es que les consultamos a los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda acerca de algunas dimensiones vinculadas a su salud física como son la existencia de enfermedades, información que pasamos a ver a continuación.

A) EXISTENCIA DE ENFERMEDADES

De acuerdo a los especialistas es importante señalar tres aspectos de las enfermedades, primero: que la población más anciana se enferma con mayor frecuencia que los más jóvenes. Segundo: que muchas veces sus enfermedades son más prolongadas y consumen un mayor número de medicamentos. Y Tercero: que los adultos mayores, en general, por su condición económica, que muchas veces depende de su pensión, gastan gran parte de su ingreso en tratar sus enfermedades lo que les impide solventar otros aspectos importantes para su salud como alimentarse mejor, salir de paseo con amigos o familiares, realizar algún deporte o pasatiempo preferido entre algunos aspectos que requieren de dinero para satisfacerlos y que en su conjunto influyen en su salud física y psicológica.

En resumen y de acuerdo al Ministerio de Salud (1998), los adultos mayores tienen una mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión arterial, diabetes, reumatismo, entre otras), tienen más episodios de enfermedades agudas y enfrentan un riesgo más elevado de accidentes que el resto de la población, por lo tanto, ostentan tasas más altas de hospitalización, con una proporción 2.4 veces mayor que la población general y un promedio de 12 días de estadía en comparación con los 8 días de la población general excluyendo a los menores de 1 año.

Considerando la importancia de la salud en los Adultos Mayores es que se les pregunto si presentaban algún tipo de enfermedad en donde se obtuvo los siguientes resultados.

ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
DE LA REGIÓN METROPOLITANA

EXISTENCIA DE ENFERMEDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	153	51,0	51,0	51,0
	No	142	47,3	47,3	98,3
	No responde	5	1,7	1,7	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

Podemos constatar, según el cuadro N 8, una importante existencia de alguna enfermedad en los Adultos Mayores de nuestro estudio el que alcanza a un 51%, en contraposición del 47% que respondió que no tenía ninguna enfermedad.

A.1) TIPOS DE ENFERMEDADES

Una de las principales enfermedades que requieren hospitalización son las de tipo cardiovascular. Entre los diagnósticos de mayor frecuencia están: El infarto, los accidentes vasculares encefálicos y la hipertensión arterial. En el grupo de las enfermedades del aparato digestivo, las afecciones quirúrgicas de la vesícula biliar, constituyen una causa relevante. Las afecciones del tracto genitourinario, la patología prostática en los hombres y las afecciones urinarias en las mujeres, son también enfermedades que con frecuencia requieren de hospitalización en esta edad.

El cuadro N 9 nos muestra que un 14 % de los sujetos de estudio reconoce tener, como enfermedad, Reumatismo, seguido de un 27% que padece de Osteoporosis, un 38% de los adultos tiene Hipertensión, un 20% presenta Diabetes y finalmente un 1% padece como enfermedad Artritis.

CUADRO N 9
TIPOS DE ENFERMEDADES
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
DE LA REGIÓN METROPOLITANA

TIPOS DE ENFERMEDADES

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Reumatismo	22	14,3	14,3	14,3
	Osteoporosis	41	27,0	27,0	41,3
	Hipertensión	58	37,8	37,8	79,1
	Diabetes	30	19,6	19,6	98,7
	Artritis	2	1,3	1,3	100,0
	Total	153	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

De acuerdo al Ministerio de Salud (1998) respecto de las enfermedades crónicas no transmisibles, tenemos que un 72% de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda presenta este tipo de enfermedades, lo que constituye un riesgo mayor para estos adultos de accidentes y hospitalizaciones que el resto de la población general.

El 14 % de los Adultos Mayores que tienen Reumatismo o desorden reumático, presentan, además, problemas o se ven afectados en el corazón, huesos, articulaciones, riñones, piel y pulmones.

Los Adultos Mayores que tienen Osteoporosis, 27%, presentan problemas disminución en la masa ósea y en su resistencia mecánica que ocasiona susceptibilidad para las fracturas. La osteoporosis es el primer signo visible de la enfermedad acostumbraba a ser una fractura de la cadera, la muñeca o de los cuerpos vertebrales que originaban dolor o deformidad. Es, además, la principal causa de fracturas óseas en mujeres después de la menopausia y ancianos en general.

El 38% de los Adultos Mayores que tienen Hipertensión sufren de presión sanguínea en las arterias, lo que puede llevar a desarrollar enfermedades cardiovasculares, así como para la enfermedad cerebro vascular y renal. Es una enfermedad asintomática y fácil de detectar; sin embargo, cursa con complicaciones graves y letales si no se trata a tiempo.

Respecto de la Diabetes el 20% de los Adultos Mayores que la padecen, presentan un deterioro a la tolerancia a la glucosa porque esta declina conforme avanza la edad. Entre las repercusiones de esta enfermedad se considera que acelera el envejecimiento, dispone a las enfermedades cardiovasculares, a las infecciones, a la TBC, retinopatías, cataratas, neuropatías y aumenta la mortalidad.

Finalmente el 1% de los Adultos Mayores que sufren de Artritis, presentan dolor, rigidez, hinchazón y pérdida de función en las articulaciones y puede también acompañarse de inflamación en otros órganos. Por lo tanto tienen mayor susceptibilidad a los accidentes y caídas, las mayores limitaciones para desempeñarse cotidianamente, la menor destreza y sus efectos en la dimensión psicológica por la distorsión que produce en la imagen corporal.

A.2-) EXISTENCIA DE TRATAMIENTO

La importancia de los tratamientos es fundamental para la Gerontología Clínica, según Rubies Ferrer (1989:387), clásicamente se define la geriatría como:

“La ciencia médica cuyo fin es el diagnóstico de las enfermedades de la vejez, su curación, rehabilitación y reinserción del enfermo en su hábitat (casa o institución) a esto hay que añadir la prevención de dichas enfermedades”.

Como vemos en el cuadro N 10, un 60% de los Adultos Mayores asiste a un tratamiento respecto de su enfermedad ya sea para tratársela o mejorarla, lo que contribuye a mejorar su calidad de vida.

CUADRO N 10
ASISTENCIA A TRATAMIENTO POR ENFERMEDAD
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
DE LA REGIÓN METROPOLITANA

ASISTE A TRATAMIENTO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	92	60,1	60,1	60,1
	No	56	36,6	36,6	96,7
	No responde	5	3,3	3,3	100,0
	Total	153	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

Por otro lado tenemos que un 37% de los sujetos expresa no asistir a ningún tratamiento, lo que va en desmedro de su salud en general sobre todo, como vimos en los párrafos anteriores, si las enfermedades que padecen conllevan otro tipo de enfermedades y/o complicaciones. Solo un 19% no respondió la pregunta.

A.3- - MOTIVOS DE NO ASISTENCIA A TRATAMIENTO

El no asistir a un tratamiento es una situación muy grave, ya que las enfermedades, que se observaron en el cuadro N 9, de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda, pueden llevar a desarrollar otras enfermedades como consecuencia, por tanto a empeorar su salud.

Frente a la consulta, por qué motivos usted no asiste a un tratamiento, tenemos que un tratamiento un 7% no se encuentra enfermo, un 0,3% no responde y un 34% de los casos se encuentran en la categoría de perdidos.

CUADRO N 11
PORQUE NO ESTA EN TRATAMIENTO
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
DE LA REGIÓN METROPOLITANA

NO ASISTENCIA A TRATAMIENTO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No está enfermo	142	47,3	71,7	71,7
	No quiere tratarse	22	7,3	11,1	82,8
	No puede	21	7,0	10,6	93,4
	No hay horas	12	4,0	6,1	99,5
	No responde	1	0,3	0,5	100,0
	Total	198	66,0	100,0	
Perdidos	99	102	34,0		
Total		300	100,0		

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

De acuerdo al cuadro N 11, podemos observar que de los 56 de 153 casos de Adultos Mayores, es decir un 37% de ellos, que no Asisten a ningún tratamiento por su enfermedad, un 39% no quiere tratarse su enfermedad, un 38% manifiesta no poder tratarse, un 21% de los Adultos expresa que no hay hora en el consultorio para tratarse su enfermedad y finalmente un 18% no responde porque no asiste a un tratamiento.

Podemos inferir que todos aquellos Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda, que no asisten a ningún Tratamiento de enfermedad, estaría de algún modo acelerando de mala manera la vejez y comenzaría un acelerado desarrollo de las distintas enfermedades que producirían como consecuencia de la enfermedad principal, tal como observamos en el tipo de enfermedades y sus correspondientes consecuencias.

B)- EXISTENCIA DE INVALIDEZ

La clasificación de discapacidades de la OMS (1983), denominada Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), define la discapacidad como un término paraguas que aglutina el déficit, limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación. Denota los aspectos negativos de la interacción entre el individuo con una alteración de la salud y su entorno. La discapacidad es restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

Estos problemas de las personas con discapacidad son muy similares independientemente del país donde vivan. Su principal característica es la situación de discriminación y de inferioridad, en cuanto a oportunidades sociales, que estas personas sufren respecto al resto de individuos de su entorno.

Por otra parte, el cruce de los datos de discapacidad con indicadores sociales establece, por ejemplo, que la proporción de personas mayores discapacitadas aumenta a medida que el nivel socioeconómico es menor.

De acuerdo al cuadro N 12, un 39% de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda expresa presentar algún tipo de invalidez, frente a un 61% que manifiesta no tener alguna invalidez.

CUADRO N 12
PRESENTA ALGUNA INVALIDEZ
 ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
 DE LA REGIÓN METROPOLITANA

EXISTENCIA DE INVALIDEZ

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	116	38,7	38,7	38,7
	No	182	60,7	60,7	99,3
	No responde	2	,7	,7	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

Existe, según los especialistas, una estrecha relación entre dependencia y edad, pues el porcentaje de individuos con limitaciones en su funcionalidad aumenta entre las personas mayores, especialmente en los de edades más avanzadas. Este aumento no se

produce a un ritmo constante, sino que alrededor de los 80 años se acelera notablemente. De este modo, la dependencia se encuentra estrechamente ligada al envejecimiento de la vejez.

La dependencia social por incapacidad se refiere al cuidado necesitado por el anciano para realizar ciertas actividades. Los dos primeros ítems traducen la imposibilidad de asistirse en el aseo personal y son dos comportamientos básicos, por lo que, cuando son limitados, indican una incapacidad física y, por consecuencia, la necesidad de cuidado constante. Las dos últimas afirmaciones traducen la imposibilidad de desenvolverse socialmente, tanto en la casa como fuera de ella, requiriendo el cuidado de un tercero o, para peor, restringiendo estas actividades.

B.1) TIPO DE INVALIDEZ

En los ancianos, la prolongación de la vida pierde relevancia y es sustituido por el concepto de calidad de vida. Así, la autosuficiencia en el cuidado de uno mismo y el propio entorno es una de las dimensiones imprescindibles cualquiera que sea el concepto de calidad que se adopte.

La OMS (1983) considera que el número y calidad de los años que una persona de edad avanzada puede vivir sin discapacidad lleva al desarrollo de la noción de "expectativa de vida autónoma", tomando la dimensión de funcionalidad como una medición de salud y bienestar del anciano.

De acuerdo al cuadro N 13, podemos observar que un 22% de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda presenta como invalidez: postración o problemas de desplazamiento, un 12% presenta sordera, un 3% ceguera y un 1% no responde la pregunta.

CUADRO N 13
QUE TIPO DE INVALIDEZ
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
DE LA REGIÓN METROPOLITANA

TIPO DE INVALIDEZ

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ceguera	9	3,0	7,8	7,8
	Postración o prob.desplazamiento	67	22,3	57,8	65,5
	Sordera	37	12,3	31,9	97,4
	No responde	3	1,0	2,6	100,0
	Total	116	38,7	100,0	
Perdidos	99	184	61,3		
Total		300	100,0		

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

La ceguera o pérdida de visión impide desempeñar muchas actividades en la casa o fuera de ella. Las principales causas de pérdida de visión en el adulto mayor son las cataratas, la presbicia, el glaucoma y lesiones de los vasos de la retina. Las cataratas (opacidad del cristalino, que opaca la pupila) pueden operarse; la presbicia (que obliga a leer de lejos) se corrige con lentes.

La sordera o pérdida de la audición tiene graves consecuencias para nuestra vida social. Las causas de sordera en el adulto mayor son los tapones de cerumen, la presbiacusia (una sordera progresiva en relación con el envejecimiento), el trauma acústico, y las infecciones (otitis) mal tratadas. Para protegerse de la sordera por trauma acústico es necesario evitar los excesos de ruido o usar protección; las otitis pueden prevenirse con aseo, cuidándose de los enfriamientos y evitando hurgarse los oídos con objetos punzantes.

Por el mal desplazamiento, presenta la dificultad para moverse, y durante la realización de actividades cotidianas, pueden producirse lesiones severas. Entre los adultos mayores, los problemas neurológicos, la artritis, la osteoporosis, los cambios de presión arterial y las patologías psíquicas relacionadas con la edad, se cuentan entre los principales factores de riesgo. Desarrollar las más simples actividades rutinarias a una determinada edad puede resultar riesgoso.

B.2) EXISTENCIA DE AYUDA TÉCNICA POR INVALIDEZ

Aunque existen numerosas y extensas definiciones de lo que es una Ayuda Técnica, éstas pueden ser definidas de una forma sencilla como: Aquellos instrumentos dispositivos o herramientas que permiten, a las personas que presentan una discapacidad temporal o permanente, realizar actividades que sin dicha ayuda no podrían ser realizadas o requerirían de un mayor esfuerzo para su realización.

La Ayuda Técnica debe permitir salvar o aminorar la deficiencia que presenta una persona o la discapacidad generada por ésta, de manera que contribuya a reducir su desventaja social. Para cumplir este objetivo, deben ser sencillas (tanto en su concepción como en su utilización) y eficaces en su objetivo, respondiendo de forma directa a las necesidades para las que han sido desarrolladas. Por ejemplo: bastones ortopédicos, audífonos, lentes, sillas de ruedas, burritos, prótesis de cadera, etc.

CUADRO N 14
HA RECIBIDO AYUDA TECNICA
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
DE LA REGIÓN METROPOLITANA

EXISTENCIA DE AYUDA TECNICA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	85	28,3	28,3	28,3
	No	52	24,0	24,0	52,3
	No presentan	182	47,7	47,7	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

Los Consultados que no responde la pregunta alcanzan el 48 %, un 28% contesta afirmativamente y un 24 % reconoce no haber recibido ayuda técnica para discapacidad.

C) ASISTENCIA A CONTROLES

Los controles médicos y las vacunaciones de los Adultos mayores responden a la Gerontología biológica o experimental la tiene como objetivo de retardar el envejecimiento,

o “envejecer más y mejor”, ocupa un lugar destacado la gerontología biológica preventiva, que se divide en diferentes apartados:

- Prevención farmacológica. Con la utilización de medicamentos como los antioxidantes, vitaminoterapia E, magnoterapia, etc.
- Prevención dietética-higiénico-psicológica.

Uno de los factores que condiciona una buena calidad de vida e independencia del adulto mayor es la buena salud y la prevención de las enfermedades, prevención que sólo se puede garantizar mediante la asistencia a los controles médicos. En este sentido, es que se les consulto a los adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda acerca de su asistencia a controles médicos obteniendo los siguientes resultados. Tenemos, según el cuadro N 15, que el 89% de los consultados se controla en su consultorio, un 9% no se controla y un 2% no responde la pregunta.

CUADRO N 15
SE CONTROLA
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
DE LA REGIÓN METROPOLITANA

ASISTE A SUS CONTROLES

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	267	89,0	89,0	89,0
	No	26	8,7	8,7	97,7
	No responde	7	2,3	2,3	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

Las personas, a lo largo de su vida, deben asistir al médico a realizarse los controles correspondientes a su edad y necesidades. Al llegar a una edad avanzada estas visitas deben aumentar su periodicidad, ya que el sistema inmunológico de un adulto mayor es más débil y este es más proclive a contraer determinadas enfermedades o sufrir algunas insuficiencias en su organismo.

C.1)- MOTIVOS DE ASISTENCIA A CONTROLES

Estudios científicos demuestran que la calidad de vida del adulto mayor mejora cuando estos se someten a controles médicos periódicos. De esta manera es posible controlar las posibles enfermedades o dolencias, así como aconsejarlos para que puedan realizar determinadas actividades físicas o sigan algún tipo específico de dieta que permita mejorar su día a día.

CUADRO N 16
MOTIVOS DE SI ASISTENCIA A CONTROLES
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
DE LA REGIÓN METROPOLITANA

MOTIVOS POSITIVOS DE ASISTENCIA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Prevenir	157	52,3	58,8	58,8
	Para cuidarme	77	25,7	28,8	87,6
	No responde	33	11,0	12,4	100,0
	Total	267	89,0	100,0	
Perdidos	99	33	11,0		
Total		300	100,0		

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

Entre las razones de quienes se controlan por motivos de prevención tenemos el 52 %, en tanto un 25 % lo hace para cuidarse y un 11% % no contesta la pregunta.

C.2) MOTIVOS DE NO ASISTENCIA A CONTROLES

Muchas veces el adulto mayor que no ha tenido enfermedades a lo largo de su vida supone estar sano y cree que no es necesario controlarse periódicamente con un médico. De hecho, muchos ancianos creen que la gente va al consultorio del doctor para buscar problemas que no tiene. Nada está más alejado de esa realidad y de esas teorías.

CUADRO N 17
MOTIVOS DE NO ASISTENCIA A CONTROLES
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
DE LA REGIÓN METROPOLITANA

MOTIVO DE NO ASISTENCIA A CONTROLES

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No esta enfermo	9	3,0	34,6	34,6
	No quiere	6	2,0	23,1	57,7
	No puede	8	2,7	30,8	88,5
	No responde	3	1,0	11,5	100,0
	Total	26	8,7	100,0	
Perdidos	99	274	91,3		
Total		300	100,0		

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

Entre las 26 personas que contestaron porque no se controlan, tenemos que un 34.6 % de Adultos Mayores alude a que no esta enfermo, 23. % no quiere controlarse, un 31 % declara que no puede y un 12 % no responde la pregunta

D) ASISTENCIA A VACUNACIONES

La prevención de enfermedades, a través de un correcto calendario de vacunas, es la mejor vía para alcanzar un envejecimiento activo y saludable. Ésta es una de las principales conclusiones alcanzadas en un encuentro informativo que, impulsado por la Confederación Española de Organizaciones de Mayores, se celebró en Madrid.

En relación a la salud, el papel que las vacunas juegan en la mejora de la calidad de vida de las personas mayores es fundamental, ya que contribuye a que determinadas enfermedades estén prácticamente erradicadas o a que los efectos de padecerlas sean menores.

La prevención y la protección son las bases fundamentales de una buena calidad de vida en el adulto mayor. Frente a lo anterior es que se les consulto a los Adultos Mayores del acerca de su asistencia a vacunaciones en su consultorio obteniendo los resultados que se observan en el siguiente cuadro.

CUADRO N 18
EXISTENCIA DE VACUNACIÓN
 ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
 DE LA REGIÓN METROPOLITANA

EXISTENCIA DE VACUNACIÓN

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	291	97,0	97,0	97,0
	No	5	1,7	1,7	98,7
	No responde	4	1,3	1,3	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

Podemos observar que un 97% de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda asiste a su consultorio a vacunarse, mientras que un 2% no asiste a tal trámite médico. Sólo un 1% no responde la pregunta.

E)- EXISTENCIA DE REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES RECREATIVAS

Durante el envejecimiento se producen dos procesos difícilmente separables: el declive fisiológico y la mayor frecuencia de enfermedades. La tercera edad dejó hace mucho de ser sinónimo de letargo y letanía. Por el contrario, cada vez más, los abuelitos se interesan en tener una vida sana y saludable, donde no faltan las rutinas de ejercicios, para vivir con calidad de vida.

Existe consenso internacional respecto a los beneficios que las actividades recreativas y físicas tienen en la salud y la calidad de vida, constituyéndose como el factor protector por excelencia. Se ha demostrado ampliamente su efecto en promover, recuperar y mantener la salud. La evidencia más reciente demuestra los beneficios de la actividad física regular de intensidad moderada, cuando es realizada en forma continua o acumulada completando un mínimo de 30 minutos diarios.

El objetivo específico de la Política Nacional del Adulto Mayor: Fomentar el uso adecuado y creativo del tiempo libre y la recreación: plantea: *“Incentivar el uso del tiempo libre del Adulto Mayor en actividades que signifiquen ganar el desarrollo personal y en salud mental y física, constituye una orientación central para las acciones que deben*

planificarse e implementarse en favor del Adulto Mayor. Cobran especial importancia, en esta perspectiva, las actividades de recreación tales como el turismo, expresión artística y cuidado físico como la gimnasia y el deporte”. (Ibíd., 1995: 7)

De acuerdo a lo anterior, se realizó la siguiente pregunta ¿Usted realiza alguna actividad recreativa? Tenemos que un 67% de los Adultos Mayores manifiesta realizar una actividad recreativa, en cambio un 33% no realiza tal actividad, tal como lo podemos observar en el cuadro N 19.

CUADRO N 19
ACTIVIDADES RECREATIVAS
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
DE LA REGIÓN METROPOLITANA

REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES RECREATIVAS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	201	67,0	67,0	67,0
	No	98	32,7	32,7	99,7
	No responde	1	,3	,3	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

El ejercicio cumple un rol fundamental en la calidad de vida del adulto mayor. Permite la continuidad de la fuerza y la movilidad, proporciona un sueño sin interrupciones (permitiendo dejar con facilidad las pastillas para dormir), mejora el estado de ánimo, previene algunas enfermedades y genera ambientes recreativos.

Chile Deportes trabaja con profesores de educación física con experiencia y que están capacitados para orientar al adulto mayor en la práctica de ejercicios adecuados para esta etapa de vida. Uno de los principios metodológicos de la educación física indica que todo ejercicio debe adaptarse a las características de los sujetos a los que va dirigido, y la tercera edad no es una excepción, no requiere un tratamiento especial, sino un tratamiento específico, acorde con sus necesidades y capacidades.

E.1) MOTIVOS DE NO REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES RECREATIVAS

CUADRO N 20
PORQUE NO REALIZA ACTIVIDAD
ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA ESPECIAL
DEL MINISTERIO DE VIVIENDA Y URBANISMO

Porqué no realiza actividad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No puede	43	14,3	43,9	43,9
	No le gusta	26	8,7	26,5	70,4
	No tiene plata	19	6,3	19,4	89,8
	No responde	10	3,3	10,2	100,0
	Total	98	32,7	100,0	
Perdidos	99	202	67,3		
Total		300	100,0		

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

De acuerdo a las razones para no realizar actividad recreativa un 43,9 % no puede a un 26,5 % no le gusta, un 19,4 % alude no tener plata y un 10,2 % no responde.

Es irresponsable no decir que antes de comenzar un programa de ejercicios en la edad avanzada, se necesita una confirmación del médico, y la realización de un chequeo, tanto para los adultos mayores institucionalizadas como para los que están en sus hogares. Lo ideal sería una evaluación previa que incluya electrocardiograma de esfuerzo, análisis de rutina de sangre, orina y otros estudios que considere el profesional de acuerdo a cada caso en particular.

E.2) TIPOS DE ACTIVIDADES

La actividad física es útil para mantener el estado normal de los músculos y articulaciones; prevenir la pérdida de calcio en los huesos (osteoporosis); aumentar la capacidad de los sistemas respiratorio y cardiovascular; evitar el daño de las arterias y

mejorar la coagulación sanguínea. Además, es muy importante para lograr una actitud emocional positiva de confianza en sí mismo.

1- ACTIVIDAD: CAMINAR

En la mayoría de los casos se recomienda empezar por caminar, y las labores diarias de la casa y el campo, si ya no se pueden realizar por algún tipo de padecimiento será necesaria su valoración médica, así como adecuación de los ejercicios para continuar con la actividad física

Caminar es el más conveniente y adaptable de todos los ejercicios cuando se ejecuta de forma bien orientada, ya que da a la persona mayor la sensación de seguridad, mejora del equilibrio, disminuye la aprensión, aumenta la velocidad de desplazamiento, acrecienta la libertad motriz y disminuye la sensación de fatiga.

Por tanto, es una actividad rítmica conveniente que condiciona un mínimo estrés para el corazón y el aparato locomotor a la vez que distrae la mente. Hoy se sabe que un ejercicio tan suave como un paseo, aunque no modifique de forma acentuada la capacidad cardiovascular de los que lo practican, sí protege contra la cardiopatía isquemia y ayuda a perder peso.

Se puede caminar a cualquier edad, y no son necesarias instalaciones ni materiales especiales. Hacerlo durante una hora al día, con una marcha algo más rápida que la habitual, sirve de entrenamiento.

Frente a lo anterior, es que se les consulto a los Adultos Mayores si realizaban la actividad de caminar, en donde, según el cuadro N 21, un 88% no realiza tal actividad, y sólo un 12% camina como actividad recreativa.

ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA ESPECIAL
DEL MINISTERIO DE VIVIENDA Y URBANISMO

CAMINAR

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	265	88,3	88,3	88,3
	Si	35	11,7	11,7	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

Lo mas aconsejable en estos lugares sería las caminatas y los ejercicios de movilidad articular y elongación muscular. No quita que se puedan realizar otros tipos de ejercitaciones si el grupo y el lugar lo permiten.

2- ACTIVIDAD: LECTURA

La lectura es una actividad muy recomendable en la etapa madura, debido a que recrea ideas y emociones. Además, ayuda a fortalecer y mejorar la memoria. Mucha gente de la tercera edad reconoce que no sabe qué hacer con su tiempo libre o que hay actividades lejanas a sus posibilidades. Sin embargo, hay una ocupación recreativa muy provechosa que fomenta la imaginación y curiosidad, además de mejorar la memoria. Hablamos de la lectura.

Muchos especialistas coinciden en que las actividades culturales ayudan a evitar la “jubilación mental” a la que muchas personas de la tercera edad están condenadas, hecho que trae como consecuencia el fomento de estados de amnesia.

Frente a la pregunta ¿Usted lee? Podemos ver, de acuerdo al cuadro N 22, que sólo un 13% realiza tal actividad frente al 87% que expresa no leer.

CUADRO N 22
ACTIVIDAD: LEER
ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA ESPECIAL
DEL MINISTERIO DE VIVIENDA Y URBANISMO

LEER

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	261	87,0	87,0	87,0
	Si	39	13,0	13,0	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

Leer es un hábito que se adquiere con los años y requiere mínimo esfuerzo cotidiano, pero muy satisfactorio. Si no se tiene, vale la pena comenzar poco a poco, sin ejercer presión sobre uno mismo, pues podría tenerse el mismo efecto de una persona que, sin una práctica periódica, se dispusiese a correr una maratón: además de cansarse, no terminaría y lo disfrutaría poco

3- ACTIVIDAD: GIMNASIA

Los adultos mayores necesitan realizar actividad física para poder disminuir los efectos que sufren nuestros cuerpos por el paso del tiempo, que en algunas ocasiones pueden convertirse en enfermedades crónico degenerativas (cardiovasculares, sistema digestivo, cáncer, osteoporosis, etc.). En algunos casos se pueden revertir las enfermedades que aquejan nuestros cuerpos, facilitar la recuperación de daños causados por accidentes y enfermedades, se ha demostrado que la vida sedentaria es responsable del incremento en la incidencia de las enfermedades crónico degenerativas en personas de todas las edades volviéndose realmente determinante en los adultos mayores ya que la mayor parte de estas enfermedades se manifiesta en la población con más de 65 años de edad.

Las personas mayores que practican algún deporte o se ejercitan sistemáticamente son más sanas, vitales y dispuestas para enfrentar la vida cotidiana. El ejercicio actúa beneficiosamente sobre la salud física y mental del ser humano, mientras el sedentarismo y la falta de movimiento son factores determinantes de muchas enfermedades. Frente a la pregunta ¿Usted hace gimnasia como actividad recreativa? Tenemos, según el cuadro N 23 que un 94 % no hace gimnasia frente al 6% que si realiza tal actividad.

CUADRO N 23
ACTIVIDAD: GIMNASIA
 ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA ESPECIAL
 DEL MINISTERIO DE VIVIENDA Y URBANISMO

GIMNASIA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	281	93,7	93,7	93,7
	Si	19	6,3	6,3	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

Si los adultos mayores estimulan sus capacidades físicas, tendrán un alto porcentaje de probabilidades de no padecer afecciones crónicas trasmisibles con respecto a las personas que son sedentarios, la actividad física persigue objetivos con grandes beneficios para esta etapa de la vida

4 ACTIVIDADES: MANUALIDADES

La Organización Mundial de la Salud (1983) apunta al envejecimiento saludable proponiendo para conseguirlo la elección de actividades deseadas y gratificantes, además del buen uso del tiempo libre, entre ellas, aquellas actividades que produzcan en el adulto mayor una gratificación en su realización.

CUADRO N 24
ACTIVIDAD: MANUALIDADES
 ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
 DE LA REGIÓN METROPOLITANA

MANUALIDADES

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	220	73,3	73,3	73,3
	Si	80	26,7	26,7	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

Según el cuadro N 24, un 73% de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda no realiza manualidades, frente al 27% que si realiza tal actividad.

5 ACTIVIDAD: JARDINERÍA

Sin duda el ejercicio mejora el rendimiento cognitivo en personas con demencia y trastornos cognitivos; en adultos mayores con baja auto-estima producto de pérdidas en su autovalencia, la actividad física aumenta el auto-estima y lleva a una mejora en la percepción de bienestar.

CUADRO N 25
ACTIVIDAD: JARDINERIA
 ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA ESPECIAL
 DEL MINISTERIO DE VIVIENDA Y URBANISMO

JARDINERIA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	267	89,0	89,0	89,0
	Si	33	11,0	11,0	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

Frente a la pregunta ¿ Usted hace jardinería?, Un 11% de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda dijo que si realizaba tal actividad, en cambio un 89% no lo hace, tal como lo observamos en el cuadro N 25.

Trabajos domésticos, como ir de compras, cocinar, limpiar, entre otros, que mantengan un nivel adecuado de actividad física son recomendables para los adultos mayores, porque, además, esto les ayudará desde un punto de vista mental. Los especialistas sostienen que es conveniente potenciar ocupaciones simples como jardinería, bricolaje o paseos diarios, porque los representantes de la tercera edad tienen que luchar, en la medida en que se pueda, contra la inactividad, agregando que es evidente que un estado saludable tanto de cuerpo como de espíritu, favorece un envejecimiento activo

6- ACTIVIDAD: BAILE

Según Lemon, Bengston y Peterson (1996) Cuanto más activa permanezca una persona mayor, más satisfactoriamente envejecerá, y los papeles que constituyen principalmente su satisfacción son: Trabajo, cónyuge, padre, madre y la máxima pérdida en los roles se deben a la viudez, enfermedad, los que constituyen el punto más bajo. Existen 3 tipos de actividad:

- c) Informal: Interacción social con familiares, amistades y vecinos;
- b) Formal: Participación de organizaciones voluntarias;
- d) Solitaria: Leer, ver televisión y mantener algunos pasatiempos.

De acuerdo con este planteamiento las personas entre los 50 y 90 años que se mantienen realizando las mismas tareas y roles o bien los cambian por actividades más acorde con sus preferencias sobrevivirán más y en mejores condiciones de vida.

Por la importancia de lo anterior, es que se les consultó a los Adultos Mayores acerca si realizaban la actividad de bailar en donde, según el cuadro N 26, un 9% manifestó no realizar tal actividad frente al 6% que dijo si bailar como pasatiempo.

CUADRO N 26
ACTIVIDAD: BAILE
 ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
 DE LA REGIÓN METROPOLITANA

BAILAR

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	282	94,0	94,0	94,0
	Si	18	6,0	6,0	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

En las actividades recreativa baile, un 6% de los adultos mayores del Programa Especial de Vivienda realiza tal actividad frente al 94% que no la realiza.

Para Papalia (1990) y Hoffman (1996) el envejecimiento se caracteriza por una mutua separación, por parte de la persona mayor, la cual voluntariamente disminuye sus actividades y compromisos, lo cual ayudaría a las personas mayores a mantener su equilibrio siendo beneficioso tanto para la persona como para la sociedad; esta desvinculación es totalmente funcional, ya que, prepara al individuo para la muerte y permite la sustitución generacional.

2.2- SITUACIÓN SICOLOGICA

El estado mental es la total expresión de las respuestas emocionales de la persona, del ánimo, la función cognitiva y la personalidad. Está absolutamente ligado al funcionamiento del individuo lo que comprende la motivación e iniciativa; la formación de expectativas o metas, el planeamiento y desarrollo de tareas y actividades; el autocontrol y la integración de la retroalimentación de las múltiples fuentes de energía.

A) ESTADO DE ÁNIMO

El bienestar emocional de los adultos mayores declina con niveles más bajos de ejercicio y salud física. Se ha observado que entre los mayores, la depresión se correlaciona fuertemente con limitaciones tales como dificultad para preparar alimentos, comprar, salir, bañarse, etc. Más aún un bajo sentido de control sobre la propia vida aumenta la depresión. Un ajuste de las funciones físicas y sentido de control, eliminaría algunas de las apariciones de depresión asociadas con esta edad (Mirowsky & Ross, 1992).

Estos síndromes incompletos, denominados trastorno depresivo no especificado, trastorno del estado de ánimo no especificado, depresión menor o depresión por el DSM-IV, pudieran tener la misma repercusión en cuanto a morbimortalidad que la depresión mayor.

Cuando consultamos por el estado de ánimo, un 52% reconoce tener buen estado de ánimo, un 36,0 % se encuentra en regular estado de ánimo, 6 % se reconoce mal y otro 6 % no responde, tal como se observa en el cuadro N 27.

CUADRO N 27
ESTADO DE ANIMO
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
DE LA REGIÓN METROPOLITANA

ESTADO DE ANIMO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Malo	18	6,0	6,0	6,0
	Regular	108	36,0	36,0	42,0
	Bueno	156	52,0	52,0	94,0
	No responde	18	6,0	6,0	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

La carencia de una definición sociocultural del conjunto de actividades que serían específicas de los ancianos les hace sentirse inútiles y sin reconocimiento social. La falta de tareas específicas conlleva la dificultad para saber en qué concentrar los esfuerzos y en qué volcarse de modo de actualizar las propias potencialidades.

Cada individuo que envejece debe crearse un personaje e improvisar su actuación: la dificultad de esto implica que sólo algunos lo logran y otros deben resignarse al estrecho mundo de las cuatro paredes del hogar.

El aumento progresivo de las expectativas de vida en todas las sociedades presenta para los próximos decenios el importante desafío de definir el significado y los roles sociales de los adultos mayores. Este desafío implica la necesidad de realizar arreglos sociales que permitan a las personas mayores el desarrollo de todas sus potencialidades en busca de un envejecimiento exitoso. Un envejecimiento exitoso y saludable tiene que ver con la funcionalidad biológica y social que permite la plena integración social y familiar de los que envejecen, lo que implicará superar las barreras sociales y culturales que aún persisten e impiden a los adultos mayores desarrollar sus potencialidades.

En las modificaciones que deban realizarse están involucrados el estado, las organizaciones sociales, la comunidad, la familia y cada uno de los individuos (Peláez, 2000; Domínguez, 1982).

A.1-) ELEMENTOS QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE ANIMO

El bienestar emocional puede declinar junto con la salud. Los síntomas de enfermedades físicas usualmente coinciden con la angustia emocional. La confusión, olvido, problemas de concentración, pérdida de la continuidad del pensamiento, palpitaciones, mareos, bochornos, entre otros, a menudo acompañan a los sentimientos de tristeza, depresión, melancolía o suicidio.

CUADRO N 28
ELEMENTOS DEL ESTADO DE ANIMO
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
DE LA REGIÓN METROPOLITANA

ELEMENTOS DEL ESTADO DE ANIMO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Felicidad	10	3,3	3,3	3,3
	Tranquilidad	32	10,7	10,7	14,0
	Pensar positivo	27	9,0	9,0	23,0
	Salud	32	10,7	10,7	33,7
	Soledad	10	3,3	3,3	37,0
	Depresión	33	11,0	11,0	48,0
	No responde	156	52,0	52,0	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

De acuerdo al cuadro 28, el estado de animo de los adultos mayores, esta influenciado positivamente, según sus opiniones, por tranquilidad un 11%, por la salud un 11%, por pensar positivo un 9%, por sentirse feliz un 3%. Negativamente, tenemos que un 11% su estado de ánimo esta influenciado por su depresión, y un 3% por soledad. Cabe mencionar lue 156 adultos no respondieron la pregunta.

Una gran variedad de síndromes que cursan con síntomas depresivos, siendo el común denominador en todos ellos la modificación profunda del estado anímico, con predominio de la tristeza y el sufrimiento, o la preocupación excesiva. A menudo, en el uso corriente, se confunde este común demoninador con una entidad única y global, confundiendo más que aclarando el diagnóstico

B- EXISTENCIA DE DISCRIMINACIÓN POR VEJEZ

Las personas mayores viven esta realidad en inestables condiciones de salud, seguridad económica y bienestar social, enfrentando, además, la subvaloración y discriminación que se expresan en discursos, símbolos y estructuras socioculturales respecto a la vejez y el envejecimiento.

Referirnos a “los viejos de hoy” desafía a desarticular la imagen asociada a la “decrepitud y decadencia”, que aparece y se reitera en distintos espacios y tiempos a lo largo de la historia. Porque aunque en la sociedad del pasado los viejos fuesen pocos, y a veces poco visibles, ya desde entonces la vejez estaba presente.

Hasta muy recientemente, la mayoría de las personas adultas mayores percibían la vejez sólo como sinónimo de pérdidas (auditiva, visual, locomoción, memoria, respeto, autoridad, etc). Por su parte, la proyección de la mayoría de los jóvenes, aun hoy, también caracteriza a este período de la vida como sinónimo de pérdidas, que entrañan necesidades de atención individual, familiar, social y médica. Muchos de ellos la ven entonces como una carga familiar y social.

Las personas jóvenes y no tan jóvenes, tienen una visión utilitaria de la vejez. Califican de “buenos” a aquellos adultos mayores que aun aportan (dinero, casa, auto, experiencia, saberes, ayuda a los hijos, ayuda en las tareas domésticas) y de “dependientes” a los que cuestan (ancianos que han tenido que asumir en la vivienda, limitando el espacio de otros miembros de la familia, personas que los cuiden en casa, alimentos especiales, medicinas, cuidados, etc.).

Las imágenes de la vejez que parecerían reproducirse a través del tiempo, connotan, sin embargo, fenómenos diferentes, atravesados por la sociedad, la historia y la cultura.

CUADRO N 29
EXISTENCIA DE DISCRIMINACIÓN
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
DE LA REGIÓN METROPOLITANA

EXISTENCIA DE DISCRIMINACIÓN

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	172	57,3	57,3	57,3
	A veces	116	38,7	38,7	96,0
	Siempre	11	3,7	3,7	99,7
	No responde	1	,3	,3	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

Frente a sentirse discriminado, un 57% manifiesta nunca haber sentido discriminación, un 39 % manifiesta que a veces se ha sentido discriminado, y un 4 % se ha sentido siempre discriminado.

“Debemos tener claro que las personas claves en el problema de envejecimiento son los grupos de edad más joven, por que son ellos los que determinan el status y la posición de tales personas en el orden social” (Papalia, 1990:503).

B.1) TIPO DE DISCRIMINADOR

Si bien el estereotipo de la vejez y de los viejos parece haber perdurado por siglo, caracterizado generalmente por la imagen de la decadencia, se trata en realidad de una construcción social, que las ciencias sociales denominan representación social. Una construcción colectiva generadora de imágenes que arrastran también sistemas de valores, creencias e ideologías.

CUADRO N 30
TIPO DISCRIMINACIÓN
 ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
 DE LA REGIÓN METROPOLITANA

TIPO DE DISCRIMINADOR

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Familia	7	2,3	5,5	5,5
	Vecinos	42	14,0	33,1	38,6
	Servicios públicos	14	4,7	11,0	49,6
	Jóvenes	54	18,0	42,5	92,1
	Sociedad en general	10	3,3	7,9	100,0
	Total	127	42,3	100,0	
Perdidos	99	173	57,7		
Total		300	100,0		

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

Quienes son los más discriminadores según los adultos mayores del estudio; los jóvenes con un 18 %, seguido de los vecinos alcanzan un 14%, los servicios públicos un 5% y la sociedad en general un 3 %.

Por la misma discriminación, los Adultos Mayores se automarginan de la vida social, debido a la imagen de inutilidad que percibe la sociedad en general, lo que lesiona paulatinamente su autoestima.

La teoría psicológica plantea que la actitud de la sociedad ante los adultos mayores y los familiares y amigos en especial, influyen en cómo se conceptualiza la persona y con ello, cómo vive sus últimos años de vida. La vejez, más que un problema de salud pública es uno de carácter social y como tal debe ser encarado.

3- ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DE LOS ADULTOS MAYORES

El nivel socio económico de un individuo es el factor de mayor importancia en determinar la calidad de vida en la vejez, tanto es así, que algunos autores han aseverado que la diferencia entre una vejez saludable y un enfermo está en la cantidad de dinero disponible.

La falta de recursos materiales es causa directa o indirecta de procesos carenciales como la desnutrición, deficiencias vitamínicas, y de la producción de muchas enfermedades y situaciones que determinan una reducción en la expectativa de vida.

3.1- EXISTENCIA DE SUBSIDIO

La jubilación sólo agrava una situación previa: Desde el momento que una persona jubila disminuyen sus ingresos a un tercio de lo que ganaba como trabajador activo y las pensiones y montepíos son aún menores, ya que corresponden a una sexta parte del sueldo. Sin embargo la existencia de un subsidio viene a apalar dicha situación precaria.

CUADRO N 31
RECIBE SUBSIDIOS
 ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
 DE LA REGIÓN METROPOLITANA

EXISTENCIA DE SUBSIDIO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	250	83,3	83,3	83,3
	No	48	16,0	16,0	99,3
	No responde	2	,7	,7	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

De acuerdo al cuadro N 31, tenemos que un 83% de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda, recibe un tipo de subsidio, frente al 16% de adultos que no recibe. Un 1% de los encuestados no respondió la pregunta.

A) TIPO DE SUBSIDIO

CUADRO N 32
TIPO DE SUBSIDIOS
 ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
 DE LA REGIÓN METROPOLITANA

TIPOS DE SUBSIDIO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sólo Pensión	138	46,0	46,0	46,0
	Subsidio de Agua	26	8,7	8,7	54,7
	Subsidio de luz	9	3,0	3,0	57,7
	Agua + luz	32	10,7	10,7	68,3
	Pensión+ agua	43	14,3	14,3	82,7
	Municipales	2	,7	,7	83,3
	Ninguno	50	16,7	16,7	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

Podemos observar en el cuadro N 32, que un 6% de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda, recibe sólo una pensión, un 14%, recibe una pensión más subsidio del agua, un 11% recibe un subsidio de agua y luz, 9% recibe un subsidio de agua, 3% recibe un subsidio de luz, y un 1% recibe un subsidio municipal sin especificar. Cabe mencionar que un 17% manifestó no recibir ningún subsidio.

3.2- EXISTENCIA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

El aumento de la expectativa de vida constituye un importante logro social, plantea sin embargo diversos desafíos desde punto de vista social, laboral, previsional, de salud y nutricional. Estudios efectuados en Chile en los últimos años demuestran que la alimentación del adulto mayor presenta importantes deficiencias especialmente de energía, proteínas, calcio, zinc, folatos y vitamina A, que pueden afectar su calidad de vida.

Sobre la base de esta realidad, el Ministerio de Salud, en concordancia con los Objetivos de la Política de Salud del Adulto Mayor de mantener o mejorar su autonomía, implementó el año 1999 el Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM). Este producto nutritivo, enriquecido con vitaminas y minerales, aporta el requerimiento necesario para los adultos mayores, grupo prioritario del país, expuesto al riesgo y que ayuda entre otras cosas a fortalecer los requerimientos de ciertos nutrientes, carentes en esta edad, como es el Calcio, Hierro, Zinc y vitaminas del complejo B y C

Se trata de un programa de ayuda alimentaría destinado a prevenir y/o recuperar el daño nutricional en los adultos mayores, en cumplimiento de la política de subsidiariedad del Estado.

Pueden participar en el PACAM los beneficiarios de la ley 18.469 mayores de 70 años y las personas mayores de 65 años en tratamiento antituberculoso en los establecimientos de APS. Para retirar el alimento el beneficiario debe cumplir con las exigencias establecidas por el Minsal y/o los Servicios de Salud con relación a cumplimiento con los controles de salud y otras actividades de prevención y promoción.

La satisfacción de las necesidades de la especie humana, es lo que condiciona la llamada “Calidad de Vida” y esta es, a su vez, el fundamento concreto de bienestar social. La salud, la vivienda, la alimentación y la educación son las peticiones fundamentales por las que trabaja el Senama junto con las agrupaciones de adultos mayores.

La alimentación, el estado nutricional y la actividad física que realiza cada individuo influyen en la evolución de la fragilización, la malnutrición por lo tanto puede ser el origen o la consecuencia de la misma. Los marcadores predictivos de fragilidad son los criterios médicos, funcionales y sociodemográficos

Como se ha mencionado anteriormente el adulto mayor se enfrenta a cambios fisiológicos que determinan o condicionan su consumo de alimentos y su estado nutricional. Frente a lo anterior es que se les consulto a los sujetos de estudio si ellos recibían Alimentación Complementaria en donde el 75% de los Adultos Mayores manifestó que si, frente al 21% que dijo que no recibía. Sólo un % no respondió la pregunta.

CUADRO N 33
RECIBE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
DE LA REGION METROPOLITANA

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	226	75,3	75,3	75,3
	No	62	20,7	20,7	96,0
	No responde	12	4,0	4,0	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

Sin duda el estado de salud física y mental de las personas mayores depende en gran parte de la forma de alimentarse en la infancia y la edad adulta. En la calidad de vida y longevidad influyen los hábitos de alimentación y otros factores de tipo psicosocial que determinan la seguridad alimentaria y nutricional de este grupo de población como la

soledad, la falta de recursos económicos, la baja disponibilidad de alimentos, la anorexia, las enfermedades crónicas entre otras, las cuales determinan el consumo de alimentos y el estado nutricional.

3.3- EXISTENCIA DE INGRESOS

A fin de caracterizar las condiciones socioeconómicas de las personas mayores, en función de los datos disponibles, se determinó utilizar indicadores el ingreso y su procedencia.

Por la importancia que tiene variable ingreso para cualquier adulto mayor, es que se indago acerca de esta situación en el estudio en donde, de acuerdo al cuadro N 34, se obtuvieron los siguientes resultados: un 29% de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda expresa recibir un ingreso, mientras que un 71% manifiesta no recibirlo.

CUADRO N 34
RECIBE INGRESOS
 ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
 DE LA REGIÓN METROPOLITANA

RECIBE INGRESOS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	88	29,3	29,3	29,3
	No	212	70,7	70,7	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

En el año 2006, un cuarto de los hogares del país dependía de una persona mayor, cuyo ingreso disminuye drásticamente luego de la jubilación. Se conjura así un panorama en que los hogares con jefatura de personas mayores entre 60 y 64 años que contaban con los ingresos más bajos, comienzan a enfrentar condiciones económicas aún más precarias al momento de jubilar. La presión sobre las personas de edad aumenta cuantas más personas integran el hogar.

A) PROCEDENCIA DE INGRESO

Frente a la pregunta, ¿de dónde proviene su ingreso? Los sujetos de estudios respondieron, como observa en el cuadro N 35, que sus hijos entregaban un apoyo económico con un 18%, seguido de un 6% que lo recibe por trabajos esporádicos, un 4% recibe ingresos de sus familiares, y un 1% recibe un ingreso de sus parejas.

CUADRO N 35
PROCEDENCIA DEL INGRESOS
 ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
 DE LA REGIÓN METROPOLITANA

PROCEDENCIA DEL INGRESO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ayuda pareja	1	,3	,3	,3
	Ayuda hijos	55	18,3	18,3	18,7
	Ayuda de familiar	12	4,0	4,0	22,7
	Trabajados esporádicos	18	6,0	6,0	28,7
	No recibe	212	70,7	70,7	99,3
	No responde	2	,7	,7	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

Como logramos observar en este punto, el apoyo de la familia es fundamental para los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda, lo que les permite hacer frente a sus gastos personales.

3. 4- FINANCIAMIENTO DEL HOGAR

Quien financia el hogar es un dato relevante a la hora que caracterizar a los adultos mayores, razón por la cual se indago acerca de esta dimensión obteniendo los siguientes resultados:

CUADRO N 39
QUIEN FINANCI SU HOGAR
 ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
 DE LA REGIÓN METROPOLITANA

FINANCIAMIENTO DEL HOGAR

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Solo	217	72,3	72,3	72,3
	Con la pareja	15	5,0	5,0	77,3
	Con hijo (s)	52	17,3	17,3	94,7
	Con Familiar	6	2,0	2,0	96,7
	No responde	10	3,3	3,3	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

Podemos observar en el cuadro N 39, que un 72% de los hogares de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda es financiado por el propio Adultos Mayor, seguido del 17% de los hogares que son financiado por los adultos mayores y el apoyo de los hijos, un 5% financiado por los adultos mayores y el apoyo de las parejas, y un 2% es financiado por el adulto más un apoyo familiar. Cabe mencionar que un 3% no respondió la pregunta.

4- ASPECTOS FAMILIARES DE LOS ADULTOS MAYORES

La familia del anciano brinda apoyo social, funcional, económico o material, afectivo y asistencia en diversas formas. De todas formas, la mujer continúa ejerciendo un rol doméstico importante, sobre todo de cuidados y de reproducción, esto, sumado a la integración cada vez mayor de ellas al mercado del trabajo, provoca que muchas veces estén sujetas a jornadas dobles de trabajo, a situaciones de alto estrés que repercuten en su desempeño laboral y familiar y que impacta fuertemente en su calidad de vida.

4.1- TIPO DE FAMILIA

La definición más aceptada del concepto de familia es la de varias personas relacionadas por los lazos de parentesco, sanguíneos, de matrimonio o por adopción. Tales personas pueden compartir un mismo techo o habitar en viviendas separadas.

Entre los cambios que aparecen, la enfermedad puede ser el más difícil de afrontar a nivel personal y familiar. Descubrir, a partir los 60 ó 70 años, más o menos, que ya no se tiene la misma fuerza de antes y que se necesita de otros para que aten nuestros zapatos u otras cosas puede llevarlos a la depresión o a la pretensión de la autosuficiencia, obviando que el camino correcto a seguir es asumir este cambio de la mano de los demás.

CUADRO N 37
CON QUIEN VIVE
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
DE LA REGIÓN METROPOLITANA

CON QUIEN VIVE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Solo	256	85,3	85,3	85,3
	Pareja	19	6,3	6,3	91,7
	Familiares	25	8,3	8,3	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

De acuerdo al cuadro N 37, tenemos que un 85% de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda vive sólo, un 8% vive con algún familiar y solo un 6% de los Adultos Mayores vive con su pareja.

4.2- EXISTENCIA DE PAREJA

En la etapa de la vejez, el amor en pareja puede ser más sólido y consistente. Es el momento de amarse y entregarse mutuamente y sin excusas, y afrontar juntos las dificultades físicas que traen consigo el paso de los años.

La juventud es la gran diosa de los últimos años: nadie quiere envejecer y cada día cobra más fuerza la falsa idea de que lo que hagas en los primeros años de la adultez marcará tu éxito o tu fracaso. El endiosamiento de la juventud difunde una idea principal: nadie quiere ser viejo. Pero, como cualquier otra etapa de la vida, la vejez debe ser vista con objetividad, reconociendo lo que esta trae consigo, y lo que implica este cambio para la persona, tanto física como psicológica y espiritualmente.

La tercera edad no es sinónimo de soledad y enfermedad. Si bien estos aspectos se presentan comúnmente en la vida de las personas mayores, requieren ser vividos adecuadamente. No es una etapa para deprimirse o recriminarse por lo que se hizo o dejó de hacer, sino para cosechar los frutos del trabajo de tantos años, para entretenerse con el tiempo libre, para disfrutar junto con el cónyuge de momentos privilegiados llenos de recuerdos.

Respecto de la importancia de tener pareja en la vejez, se les consulto a los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda acerca de esta temática , en donde se obtuvo los siguientes resultados:

CUADRO N 38
EXISTENCIA PAREJA
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
DE LA REGIÓN METROPOLITANA

EXISTENCIA DE PAREJA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	28	9,3	9,3	9,3
	No	269	89,7	89,7	99,0
	No responde	3	1,0	1,0	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

De acuerdo al cuadro N 38, tenemos que un 90% de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda no tiene pareja, un 9% tiene pareja y solo un 1% de los Adultos Mayores no responde la pregunta

4.3- TIPO DE RELACIONES FAMILIARES

Marroquín y Villa (1995: 21) sobre la importancia de la comunicación interpersonal: *“La comunicación interpersonal es no solamente una de las dimensiones de la vida humana, sino la dimensión a través de la cual nos realizamos como seres humanos (...) Si una persona no mantiene relaciones interpersonales amenazará su calidad de vida”*.

Según los citados autores, los principios de la comunicación interpersonal son los siguientes: Las personas se comunican porque esa comunicación es totalmente necesaria para su bienestar psicológico. La comunicación no es sólo una necesidad humana sino el medio de satisfacer otras muchas. La capacidad de comunicación interpersonal no debe medirse exclusivamente por el grado en que la conducta comunitaria ayuda a satisfacer las propias necesidades, sino también por el grado en que facilite a los otros la satisfacción de las suyas.

Las relaciones interpersonales según **Monjas (1999)**, constituyen un aspecto básico en nuestras vidas, funcionando no sólo como un medio para alcanzar determinados objetivos sino como un fin en sí mismo. Por tanto, la primera conclusión a la que podemos llegar es que la promoción de las relaciones interpersonales no es una tarea optativa o que pueda dejarse al azar.

"El paradigma de la conciencia, propio de la modernidad ha considerado autónoma a la persona, capaz de tomar libre y conscientemente las decisiones que se adecuan o no a las normas que emanan de su autogobierno (Ibd: 120).

Esta concepción deviene de un individualismo que lleva a definir la autonomía, sólo en términos de un yo legislador identificado con el ser persona y así se puede llegar al exceso de aseverar lo siguiente: "O se es autónomo o no se es persona. Contrastando esta aseveración, Beauvoir, Simone (1970) plantea la concepción de autonomía como una capacidad de la persona total y no el total de las capacidades de la persona.

En el contexto del envejecimiento, la autonomía y la dependencia se relacionan y se afectan mutuamente, y como afirma Moragas M (1999): *"la autonomía como proceso y el envejecer como biografía son dos capacidades de los seres humanos que se construyen, se desconstruyen y se manifiestan en gradaciones temporales o permanentes; su tratamiento homogéneo es una afrenta al ser personal"*(Ibid115)

La dependencia para el autor se encuentra circunscrita y relacionada con algún deterioro de la salud física o mental. Cuando alguien precisa ayuda o suplencia para realizar alguna o algunas de esas tareas de la vida diaria, debido a una pérdida o disminución de su capacidad funcional nos encontramos ante un problema de dependencia.

Cualquiera sean las condiciones de dependencia en que se encuentre una persona, es indudable que el mayor nivel de autonomía será el principal objetivo de la intervención en el campo de la vejez.

Yanguas, J (et al, 1998) acotan: "no sólo la incapacidad crea la noción dependencia, sino la dualidad de incapacidad y necesidad". "Esta necesidad se traduce en ayuda a un proceso que puede ser modificado y hasta prevenirse y reducirse gracias a un medio ambiente y prestaciones adecuadas."(Ibid: 138)

La dependencia, por tanto, "no es una enfermedad ni un síndrome clínico, sino la consecuencia final de una serie de fracasos encadenados del equilibrio bio-psico-social del individuo. La pérdida de la autonomía funcional es una condición frecuente de la geriatría,

sin embargo, una persona adulta puede ser independiente para realizar las actividades de la vida diaria y carecer de autonomía para decidir.

"Cuando no se hace la distinción entre ambos conceptos, la dependencia puede desembocar en pérdida de autonomía, y así encontramos con demasiada frecuencia que se decide por la persona dependiente"(Ibid: 140)

Especial cuidado, merece entonces, la adhesión a determinada acepción de estos conceptos, sobretudo si se piensa que la dependencia y la autonomía están referidas, en este contexto, a una manifestación del "ser persona" y se relacionan directamente con la dignidad.

Así mismo se establecen los deterioros físico y/o mental como causantes de la pérdida de competencias para manejarse, expresarse y/o decidir; pero esta autonomía funcional así expresada, no puede ser causa de pérdida de la dignidad de la persona. Ésta debe ser preservada ante cualquier condición de desvalimiento que la persona presente, aún cuando carezca de toda voluntad para expresar deseos y necesidades. La dignidad es un derecho inherente a la persona, por el hecho de ser persona, ello es incuestionable, tanto en las condiciones de vida, como de muerte.

DE LA REGIÓN METROPOLITANA

TIPO DE RELACIÓN FAMILIAR

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mal	16	5,3	5,3	5,3
	Regular	119	39,7	39,7	45,0
	Bien	148	49,3	49,3	94,3
	No responde	17	5,7	5,7	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

Respecto de la vida familiar un 49% mantiene una buena convivencia, un 39,7% tiene una relación regular, 5,7% no responde la pregunta. La familia constituye uno de los recursos más importantes para los adultos mayores.

La familia es la encargada de prestar atención directa a la mayoría de los ancianos que sufren problemas de salud o un deterioro grave en su autonomía personal. Para los ancianos parece que lo más importante es el potencial de relación y ayuda, la conciencia de que existe una persona relevante a quien acudir en caso de necesidad.

La familia tiene también un papel muy importante, sobre todo en el ámbito de las relaciones socio-afectivas ya que es la más idónea para proporcionar sentimientos de arraigo y seguridad, ofrecer sentimientos de capacidad, utilidad, autoestima, confianza y apoyo social.

La teoría psicológica del envejecimiento se caracteriza por los cambios conductuales que se relacionan con las influencias ambientales las que influyen positivamente o negativamente a los adultos mayores cada persona mayor es un individuo al que cada experiencia vital y cada modificación de su entorno ejerce un efecto sobre ella.

Por ello, la actitud de la sociedad ante los adultos mayores y los familiares y amigos en especial, influyen en cómo se conceptualiza la persona y con ello, cómo vive sus últimos años de vida. La vejez, más que un problema de salud pública es uno de carácter social y como tal debe ser encarado.

La familia es un grupo insustituible en el cual debe permanecer el anciano el mayor tiempo posible, pues desvincularlo de su medio constituye un factor de alto riesgo social. En este sentido la OMS (1984) en su informe Técnico N° 706 insiste sobre la necesidad de mantener al anciano en su entorno familiar, como medida óptima para la promoción de salud y la prevención de enfermedades...

Se podría señalar que la atención integral y adecuada de los ancianos sólo se puede lograr con su incorporación en todas las actividades de la vida comunitaria, en la cual se fortalezcan los vínculos Intergeneracionales y las acciones intersectoriales, con especial participación de los centros formadores de personal y los entes proveedores de servicios.

Los cambios en la configuración de las familias -las estructuras monoparentales y hogares unipersonales- más la inserción de la mujer al mercado del trabajo y la consecuente reducción de las tasas de fecundidad, han mermado la capacidad de la familia de proveer asistencia a las personas que presentan cierto grado de dependencia.

Aunque los lazos familiares se hayan debilitado en las regiones más desarrolladas a lo largo del proceso de industrialización y modernización, durante este mismo período se ha desarrollado allí un sistema compensatorio de transferencias sociales institucionalizadas hacia la población de mayor edad. En las regiones en desarrollo, en contraste, la co-residencia con hijos u otros parientes representa -para una gran parte de las personas mayores la única opción de escapar o paliar una vida en condiciones de vulnerabilidad.

Las relaciones intergeneracionales son básicas para el buen funcionamiento de todos los grupos de nuestra sociedad. La cooperación intergeneracional en la familia constituye el tipo más importante de cooperación social.

La cooperación familiar se manifiesta en diversidad de funciones: asistencia en las necesidades primarias alimentación, vestido, vivienda, educación social y transmisión de los valores familiares y culturales del grupo. Ayuda económica en cualquier momento según la necesidad del sujeto y apoyo emocional desde el nacimiento hasta la muerte. Las relaciones intergeneracionales son el pilar de las buenas relaciones sociales y la existencia de un estado armónico de comprensión y aceptación de todas las etapas de la vida humana.

Como ya se ha señalado anteriormente, son las mujeres las que, en mayor medida, llegan a los años más tardíos del ciclo vital, lo que acarrea variadas consecuencias para éstas. En el plano sociodemográfico, destaca la alta proporción, dentro de las personas mayores viudas, que son mujeres, con 79,1% versus 20,1% de hombres. Al mismo tiempo, 35,8% de las mujeres mayores son viudas. Asimismo, si tomamos en cuenta a las mujeres mayores que no están casadas o que no conviven, tenemos un total de cerca de 645 mil mujeres que vivirían sin pareja, correspondientes a 54,7% de este grupo.

Estas mujeres mayores desarrollan su vida cotidiana sin un apoyo potencial de orden continuo, además del que le puedan proveer sus hijos u otros parientes y vecinos. Ello conlleva, muchas veces, escenarios de vulnerabilidad respecto a precariedad económica a la que se encuentran sometidas debido a que deben sostener sus gastos sin ingresos que complementen los propios, como los que podría proveer una pareja viviendo bajo el mismo techo.

Al mismo tiempo, muchas mujeres enfrentan situaciones de discapacidad y dependencia. Las viudas que llegan a esta condición, en su mayoría por su elevada edad, deben enfrentar las mermas en su funcionalidad sin un apoyo adecuado en el ámbito del hogar.

En cuanto al apoyo social, los gerontólogos que intentan explorar esta variable en la vejez han visto obstaculizados sus esfuerzos por la falta de una base conceptual unificada, lo cual hace difícil identificarlo en la investigación

4. 4- REFERENTE DE EMERGENCIAS

El término autonomía proviene de los vocablos griegos auto y nomos (ley) significa la facultad humana para gobernar las propias acciones, la propia vida. Se opone a heteronimia, que es la cualidad de aquellas personas que son regidas por un poder ajeno a ellas. La autonomía tiene que ver con la voluntad, en el sentido de gozar de volición independiente; se trata de una propiedad mediante la cual la voluntad constituye una ley por sí misma.

Moragas M (1999) entiende la autonomía como una competencia comunicativa, aunque ésta pueda ser ejercida parcialmente, por incapacidad mental, emocional, pulsiones inconscientes, ignorancia, condicionamientos culturales, etc. nada autoriza a no tenerla en cuenta.

CUADRO N 40
CON QUIEN CUENTA EN CASO DE EMERGENCIA
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
DE LA REGIÓN METROPOLITANA

REFERENTE DE EMERGENCIA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Con nadie	49	16,3	16,3	16,3
	Familia dentro hogar	27	9,0	9,0	25,3
	Familia fuera del hogar	108	36,0	36,0	61,3
	Un vecino	103	34,3	34,3	95,7
	Otro	13	4,3	4,3	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

Respecto a la ayuda en caso de emergencia, según el cuadro N 40, tenemos que un 36 % de los Adultos Mayores recurren a un familiar fuera del hogar, un 34. % recurre a un vecino, un 9 % recurre a la familia con la que vive y un 16 % no tiene a nadie a quien recurrir

Existen múltiples definiciones de apoyo social. Por ejemplo en Peiró y Salvador (1993), se enumeran diversas definiciones, como la de Caplan (1975) que lo define como la presencia o ausencia relativa de recursos de apoyo psicológico provenientes de otras personas significativas. Cobb (1976) lo considera como la información que permite a las personas creer que:

- a) se preocupan de ellos y les quieren;
- b) son estimados y valorados y
- c) pertenecen a una red de comunicación y de obligaciones mutuas.

5- ASPECTOS SOCIALES DE LOS ADULTOS MAYORES

El Adulto Mayor, experimenta las mismas necesidades humanas al igual que todos los hombres. Es decir, podemos encontrar en él las necesidades de subsistencia, de protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad. Sin embargo, resulta evidente que a lo largo de la vida algunas necesidades van cobrando mayor relevancia y urgencia que otras. Por otro lado, también se puede decir que todas las necesidades humanas se encuentran presente en los individuos a lo largo de su existencia (en forma de carencia y / o de potencialidad) y lo que varía son los satisfactores que deseen en los diferentes periodos de la vida.

“ Es preciso examinar en que medida el medio reprime , tolera o estimula para que las posibilidades disponibles sean recreadas y ensanchada por los propios individuos y grupos”. Max – Neef (1996: 16)

La Gerontología Social, estudia el lugar y la participación del adulto mayor en sociedad y cómo esta afecta el proceso de envejecimiento. Este profesional de este ámbito, enfatiza en su quehacer profesional, dentro de la participación, en aspectos de recreación, evaluación de las actividades diarias del adulto mayor, políticas de inserción en los diversos estratos sociales. Teniendo como principal objetivo el mantenimiento del envejeciente dentro del seno familiar.

5.1- PARTICIPACIÓN EN ORGANIZACIONES SOCIALES

Uno de los datos más relevantes de la Encuesta Casen 2003, es el alto grado de participación de los adultos mayores en las organizaciones sociales. El 35,1% de la población mayor participa en organizaciones sociales y dentro de ellas las mujeres se interesan más (37%) que los hombres (35%) en este tipo de actividades.

Los adultos mayores son lejos el grupo etéreo que más participa. Según un catastro realizado por el SENAMA, en clubes y uniones comunales, participan 254.624 personas mayores en 7.668 agrupaciones, lo que señala una fortaleza de la comunidad nacional que puede usar esta capacidad de los adultos mayores para distintos ámbitos.

Respecto de este punto, se les consulto a los Adultos Mayores acerca de su participación en organizaciones sociales en donde obtuvimos, según el cuadro N 41, que un 60% de los sujetos participa en alguna organización, frente al 40% que no participa.

CUADRO N 41
PARTICIPA EN ALGUNA ORGANIZACIÓN SOCIAL
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
DE LA REGIÓN METROPOLITANA

PARTICIPACIÓN EN ORGANIZACIONES

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	180	60,0	60,0	60,0
	No	120	40,0	40,0	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

El poder participativo de los adultos mayores se explica por un importante esfuerzo que se ha realizado este último tiempo en cuanto a capacitación. El hecho de tener reuniones, de salir, de juntarse con los pares, incide en la calidad de vida de los adultos mayores, quienes se sienten conectados a las redes de apoyo que ofrece la sociedad.

Los derechos y la participación social se vinculan en dos dimensiones: por una parte, la participación social se establece como un derecho al que pueden acceder todos los

miembros de la sociedad y, por otra, se define la participación social como instrumento de articulación de intereses entre individuos y grupos, que posibilita exigir derechos que no son asegurados por el aparato público. Así, la participación se configura como instrumento de generación de empoderamiento, de conocimiento de derechos y de construcción de ciudadanía.

Por otra parte, la participación en el ámbito de la vinculación a redes sociales, permite acceder a formas de capital social que posibilitan asociar y movilizar una serie de recursos, a los que sin una participación activa es muy difícil acceder.

De este modo, los entornos de participación y de vinculación social, cuando se establecen como espacios de integración y como facilitadores de un envejecimiento activo, significan recursos funcionales al logro o incremento de la calidad de vida de las personas. Por el contrario, cuando no existen instancias de participación, estos potenciales recursos se transforman en barreras y limitaciones para la actividad y el bienestar.

A) MOTIVOS DE NO PARTICIPACIÓN SOCIAL

Un elemento importante a considerar es que la participación de las personas mayores en organizaciones sociales, constituye una herramienta de integración social y es también una respuesta a la necesidad de pertenencia. Ante la ausencia de un rol de la vejez en la sociedad, el grupo se constituye en un espacio de acogida, intercambio, apoyo mutuo, aprendizaje de habilidades, información y de necesidades afectivas y de comunicación, que se intensifican por eventos relacionados con la viudez, jubilación, mayor tiempo disponible en esta etapa de la vida. La no participación por lo tanto de estas asociaciones disminuye toda posibilidad de intercambio, apoyo, aprendizaje etc.

De acuerdo al cuadro N 42, un 38% de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda, manifiesta no participar en alguna organización social por que no le gusta, un 34% de los adultos no le interesa participar, un 16% no puede, un 5% manifiesta no tener acceso a una organización social y un 8% no responde la pregunta.

CUADRO N 42
PORQUE NO PARTICIPA
 ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
 DE LA REGIÓN METROPOLITANA

MOTIVOS DE NO PARTICIPACIÓN

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No le gusta	45	15,0	37,5	37,5
	No le interesa	41	13,7	34,2	71,7
	No puede	19	6,3	15,8	87,5
	No tiene acceso	6	2,0	5,0	92,5
	No responde	9	3,0	7,5	100,0
	Total	120	40,0	100,0	
Perdidos	99	180	60,0		
Total		300	100,0		

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

Las redes de intercambio social vienen a suplir necesidades de diferente índole entre las personas que la conforman y que viven en condiciones de desventaja socioeconómicas. Según Sluzki (op. cit.) el apoyo que proporcionan las redes sociales se hace a través de 2 mecanismos respaldo emocional y ayuda instrumental. El primero se refiere al apoyo que se ofrece en situaciones emocionales críticas tales como la pérdida de un familiar, enfermedades graves, etc; la ayuda instrumental se refiere a aspectos como proporcionar dinero, cosas agradables, servicios varios e información necesaria.

B) TIPO DE ORGANIZACIÓN SOCIAL

La participación social de las personas mayores, desde su dimensión individual, podría definirse como el proceso de interacción personal que consiste en tomar parte activa y comprometida en una actividad conjunta y que es percibida por la persona como beneficiosa. Sin embargo, la participación social no sólo se refiere a los estilos de vida de cada persona, también está estrechamente ligada al lugar que la sociedad asigna a quien envejece, es decir, a la imagen social de la vejez.

Frente a la pregunta ¿En qué organización social participa?, tenemos, de acuerdo al cuadro N 43, que un 63% participa dentro de un centro de adultos mayores, un 34% participa dentro de su junta de vecinos, un 2% en un club deportivo y un 1% participa en una organización sin especificar.

CUADRO N 43
ORGANIZACIÓN DONDE PARTICIPA
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
DE LA REGIÓN METROPOLITANA

TIPO DE ORGANIZACIÓN

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Junta de vecinos	62	20,7	34,4	34,4
	Adultos mayores	114	38,0	63,3	97,8
	Deportivo	3	1,0	1,7	99,4
	Otro	1	,3	,6	100,0
	Total	180	60,0	100,0	
Perdidos	99	120	40,0		
Total		300	100,0		

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

La participación de las familias en organizaciones del barrio presenta la posibilidad de ampliar sus redes sociales y contactos con otros, lo que a su vez aumentaría su capital social. Al ampliar sus redes sociales la familia podría optar a beneficios barriales con ello mejoraría su calidad de vida, podría a su vez disminuir la influencia de los factores de

riesgo ambientales, como los de la privación social, los que en un futuro a corto y mediano plazo van a influenciar a las menores.

5.2- PARTICIPACIÓN EN PROGRAMAS ESTATALES

En Chile 62,1% de los analfabetos pertenece a zonas urbanas y 37,9% a las rurales; se debe considerar que, dada la menor cantidad de personas mayores que reside en zonas rurales, respecto a la que reside en zonas urbanas, en términos porcentuales se denota una alta proporción de mayores analfabetos que reside en el campo. En las áreas urbanas el analfabetismo entre las mujeres es mayor mientras en las zonas rurales la diferencia entre mujeres y hombres se reduce.

A) CURSO DE ALFABETIZACIÓN

De acuerdo a Gloria Salas (2000), la instancia de alfabetizar a permitido detectar una serie de carencias entre los adultos mayores que una vez que salen de sus casas y encuentran un espacio para compartir sus inquietudes y exponer sus ideas, vuelven a interesarse por ampliar sus horizontes y compartir con personas con vivencias similares a las propias.

Respecto de los Adultos Mayores, el tramo de edad entre 60 y 69 años, se encuentra que el 44% de la población es analfabeta, dada la mayor cantidad de mayores que conforman este subgrupo etario.

CUADRO N 44
CURSO DE ALFABETIZACION
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA

DE LA REGIÓN METROPOLITANA
CURSO DE ALFABETIZACIÓN

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	20	6,7	6,7	6,7
	No	275	91,7	91,7	98,3
	No responde	5	1,7	1,7	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

De acuerdo al cuadro N 44, un 92% de los adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda no participa de algún curso de alfabetización , frente al 7% que si participa.

A.1) MOTIVOS DE NO PARTICIPACIÓN EN CURSO DE ALFABETIZACIÓN

Desde una perspectiva expansiva de la educación, se puede entender que el contexto social de nuestra existencia es, a la vez, el espacio-tiempo que nos alberga, y objeto cognoscible, en virtud de nuestra capacidad de aprendizaje.

CUADRO N 45
PORQUE NO TOMO EL CURSO
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
DE LA REGIÓN METROPOLITANA

MOTIVO DE NO PARTICIPACIÓN CURSO DE ALFABETIZACIÓN

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No le interesa	119	39,7	43,3	43,3
	No sabía que había cursos	126	42,0	45,8	89,1
	No lo necesita	30	10,0	10,9	100,0
	Total	275	91,7	100,0	
Perdidos	99	25	8,3		
Total		300	100,0		

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

El análisis de los resultados de quienes no participaron en un curso de alfabetización muestra que un 42 % no supo que había un curso, un 40% no se interesa y un 10 % manifiesta que no lo necesita

B)- CURSO DE CAPACITACIÓN

En el humano el aprendizaje cumple no sólo una función de adaptación biológica. También (y es lo que lo distingue de los otros seres vivos) responde a la necesidad de significar el mundo físico y social en el que vive.

Respecto del ayer, en la actualidad ha cambiando no sólo lo que se aprende, sino, también, cómo se aprende o cómo se debería aprender, en función de las exigencias de los nuevos instrumentos mediadores que ofrece la cultura. Esta nueva forma de aprender exige, tanto de los jóvenes como de los mayores (sujetos aprehendientes) una toma de posición y una actitud necesariamente activas.

CUADRO N 46
PARTICIPA EN ALGUN CURSO DE CAPACITACION
 ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
 DE LA REGIÓN METROPOLITANA

PARTICIPACIÓN CURSO CAPACITACIÓN

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	73	24,3	24,3	24,3
	No	218	72,7	72,7	97,0
	No responde	9	3,0	3,0	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

Frente a la consulta referida a la participación en cursos de capacitación, tenemos, de acuerdo al cuadro N 46, que un 73% de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda, no ha participado en ningún curso, seguido del 24% que manifiesta si haber participando en un curso de capacitación. Finalmente un 3% de los Adultos no contesta la respuesta.

El envejecimiento debe ser valorado como un logro que genera oportunidades, como son los cursos de capacitación, los que deben ser aprovechados, al tiempo que significa un desafío en función de lograr una mejora en la calidad de vida de las personas mayores, para que estos años los vivan de manera digna y en pleno bienestar

B.1)- TIPO DE CURSO DE CAPACITACIÓN

Según el cuadro N 47, tenemos que un 5% de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda, ha participado de un curso de capacitación de Confección; un 18% ha participado en un curso de Manualidades; un 16% en Cocina; un 11% participo de un curso de Electricidad,; y finalmente un 10% participo en Gasfiteria.

CUADRO N 47
TIPOS CURSOS DE CAPACITACION HA TOMADO
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA

DE LA REGIÓN METROPOLITANA

TIPOS DE CURSOS DE CAPACITACIÓN

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Confección	33	11,0	45,2	45,2
	Cocina	12	4,0	16,4	61,6
	Gasfitería	7	2,3	9,6	71,2
	Electricidad	8	2,7	11,0	82,2
	Manualidades	13	4,3	17,8	100,0
	Total	73	24,3	100,0	
Perdidos	99	227	75,7		
Total		300	100,0		

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

C) PROYECTOS SOCIALES

Los proyectos sociales en los que participan los Adultos Mayores en Chile, en sus objetivos desde ya están pensados en el mejoramiento de la calidad de vida de estos adultos. Alguno de los siguientes objetivos:

- Contribuir a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.
- Contribuir a potenciar la organización de los adultos mayores.
- Favorecer la autoestima de los adultos mayores participantes.
- Favorecer la constitución de redes de apoyo a los adultos mayores.
- Favorecer la integración y la participación social de los adultos mayores.
- Favorecer la integración a grupos organizados o a nuevas organizaciones de adultos mayores a aquellos adultos mayores que se encuentran en situación de abandono o aislamiento o ambas.

CUADRO N 48
HA PARTICIPADO EN PROYECTOS AM
 ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
 DE LA REGIÓN METROPOLITANA

PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS AM

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	114	38,0	38,0	38,0
	No	178	59,3	59,3	97,3
	No responde	8	2,7	2,7	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

De acuerdo al cuadro N 48, tenemos que un 38% de los Adultos Mayores del Programa Especial del Vivienda ha participado en algún proyecto del adulto mayor, frente al 59% de adultos que nunca ha participado.

D) CAPACITACIÓN DE MONITOR TURISTICO

El turismo en la adultez mayor es un fenómeno en constante crecimiento, por esto, Turismo Viajes Chile reconociendo las características particulares y las motivaciones especiales de las personas adultas mayores, a querido acercar la posibilidad de viajar, creando una variada oferta de viajes con duración de un día y más, en un ambiente de respeto y preocupación.

CUADRO N 49
SE HA CAPACITADO COMO MONITOR DE TURISMO
 ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
 DE LA REGIÓN METROPOLITANA

CAPACITACIÓN DE MONITOR DE TURISMO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	8	2,7	2,7	2,7
	No	289	96,3	96,3	99,0
	No responde	3	1,0	1,0	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

Como podemos observar en el cuadro N 49, el 96% de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda ha participado en un curso de capacitación de monitor de turismo, mientras que sólo un 3% se ha capacitado.

CAPITULO VI

PERCEPCIONES DE LAS CARACTERISTICAS QUE INFLUYEN NEGATIVAMENTE EN LA CALIDAD DE VIA

En este capitulo se realizara un análisis cuantitativo y cualitativo de las percepciones que tienen los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda de la Región Metropolitana sobre las características que influyen negativamente en la calidad de vida, completando los datos duros con sus valoraciones o resultados obtenidos en el instrumento aplicado en nuestro estudio correspondiente a un focus groups.

La "calidad de vida", sin duda es multidimensional, por tanto no puede evaluarse atendiendo solamente a los bienes materiales o al estado de salud. Debe comprender el estado físico, la espiritualidad, la capacidad de desplazarse, la independencia, la satisfacción, esto es, innumerables dimensiones. No es de extrañar entonces, que en algunos aspectos haya mayor precisión que en otros, siempre teniendo en cuenta que lo que es estimado como bueno, pueda variar según el tipo de escala o la forma de medir.

Resulta importante, por lo tanto, describir brevemente las características que definen a los Adultos Mayores del Programa Especial del Ministerio de Vivienda, desde sus aspectos demográficos, patológicos, económicos, familiares, sociales y ambientales, que influyen negativamente en la calidad de vida, los que pasamos a ver a continuación.

1- PERCEPCIONES NEGATIVAS DE LOS ASPECTOS DEMOGRAFICOS

La percepción es considerada como bio-cultural porque, por un lado, depende de los estímulos físicos y sensaciones involucrados y, por otro lado, de la selección y organización de dichos estímulos y sensaciones.

“La percepción es algo que comprende tanto la captación de las complejas circunstancias ambientales como la de cada uno de los objetos. Si bien, algunos psicólogos se inclinan por asignar esta última consideración a la cognición más que a la percepción, ambos procesos se hallan tan íntimamente relacionados que casi no es factible, sobre todo desde el punto de vista de la teoría, considerarlos aisladamente uno del otro” (Allport, 1974: 7-8)

Según la Organización Mundial de la Salud (1998), la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

1.1- PERCEPCIONES NEGATIVAS DE LA EDAD RESPECTO DE LA CALIDAD DE VIDA

Edad avanzada y vejez no significan necesariamente lo mismo. La edad cronológica no admite ambigüedades: una persona, quiera o no, cumple años cada 365 días. Sin embargo, no sucede lo mismo con la “condición” de vejez, cuyo significado ha variado y probablemente seguirá transformándose en el tiempo, pues varía en un mismo momento histórico de una cultura a otra, de una región a otra, de un país a otro. Pero así como la vejez, según edad, no significan lo mismo en lugares determinados, del mismo modo no significa y no se siente de la misma manera entre un individuo u otro, una cosa es tener edad y ser “viejo” y otra cosa es “sentirse viejo”.

De acuerdo a lo anterior es que se les realizó la siguiente pregunta: *¿Siente usted que su edad tiene una influencia negativa en su calidad de vida?* En donde nos encontramos con los siguientes resultados:

CUADRO N 1
OPINIÓN DE **INFLUENCIA NEGATIVA DE EDAD** EN CALIDAD DE VIDA
ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA ESPECIAL

EDAD	FRECUENCIA SI	PORCENJAE	FRECUENCIA NO	PORCENTAJE	TOTAL FRECUENCIA
65 a 70 años	31	42 %	42	58 %	73
71 A 75 años	37	56 %	29	44 %	66
76 a 80 años	45	46%	52	45%	97
80 y más años	59	92 %	5	8 %	64
TOTAL	172	57 %	128	43 %	300

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

De acuerdo al cuadro numero N1, tenemos que un 42% de los adultos que tienen entre 65 y 70 años de edad sienten que su edad influye negativamente en su calidad de vida, al igual que el 56% de adultos que tienen entre 71 y 75 años de edad. Ésta misma valoración tienen los adultos entre 76 y 80 años de edad con un 46%. Finalmente tenemos que un 92% de adultos mayores de entre 80 y más años de edad sienten la misma valoración negativa respecto de su edad y calidad de vida. Las percepciones tienen su nicho en argumentaciones de tipo laborales; acceso a la salud; independencia; y estado de salud, como pasamos a ver a continuación.

A)- ARGUMENTO LABORAL

Dentro del grupo de adultos mayores de 65 y 70 años de edad, manifiestan que su edad influye negativamente en su calidad de vida por razones laborales tal como lo expresa el siguiente entrevistado:

“Sólo porque cumplí los 65 años tuve que jubilar siendo que todavía soy joven y puedo trabajar.... mi edad me perjudico” (Entrevistado 1)

Del Valle (2002: 49) habla sobre este punto entre la edad que se tienen y el sentimiento de juventud que existe aun en mucho de los adultos mayores, tal como lo expreso el entrevistado 1. *“Se asume que frente a cada edad se da un determinado sentimiento. El punto de partida de esta edad sentida es la realidad subjetiva de cada hombre y cada mujer, la definición que la persona hace de sí misma”*

“Tengo 72 años y todavía puedo trabajar, pero no me dan trabajo por mi edad..... Yo me siento joven”. (Entrevistado 8)

Para algunas personas mayores la jubilación es el momento de disfrutar el tiempo libre y liberarse de los compromisos laborales. Para otros es un momento de estrés, especialmente de prestigio, el retiro supone una pérdida de poder adquisitivo o un descenso en la autoestima.

La edad sentida versus la edad cronológica, no son los mismo y ambas juegan un papel en la calidad de vida de los sujetos. Sin negar el peso de la edad real, ésta también entra en juego con la subjetividad

B)- ARGUMENTO: ACCESO A LA SALUD

“Yo el otro día quise ir al medico particular y atenderme por FONASA, pero no pude sacar un bono porque me dijeron que tenía que atenderme en el consultorio, que ahí me tocaba por ser adulto mayor, pero si quería atenderme ahí tenía que pagar la consulta particular, me dio mucha rabia, porque no quiero ir al consultorio hacer fila” (Entrevistada 7)

C)- ARGUMENTO: INDEPENDENCIA

Chawla (1988) afirma que los ancianos no siempre son dependientes a causa de su decadencia física, sino que lo son frecuentemente debido a la forma cómo son tratados, categorizados socialmente y a las presiones que se ejercen sobre ellos. Así lo podemos comprobar en la siguiente manifestación:

“Mi familia cree que por que tengo 75 años estoy vieja para andar sola en la calle, hace dos años nadie me decía nada, ahora opinan por mi, por mi edad”.
(Entrevistada 9)

Según Barros (1994), la tendencia a favor de una vejez activa procura que el anciano conserve su independencia, su libertad de acción y su iniciativa, de manera que sea capaz de elegir el mayor número de opciones en su vida, sin desconocer la realidad de que la gente de mayor edad es menos capaz de ejercer su independencia, tiene menos eficiencia en su trabajo y es más vulnerable a las enfermedades.

D)- ARGUMENTO: ESTADO DE SALUD

De acuerdo con Sánchez (199), aun cuando la gran mayoría de las personas adultas mayores son relativamente independientes y físicamente aptas y funcionales, el grupo de los mayores de 80 son más dependientes, más aún si su nivel socioeconómico y estado de salud son limitados.

“Yo tengo 82 años y ya no me puedo movilizar como antes, me enfermo más seguido” (Entrevistado 9)

Podemos decir que la edad puede transformarse en vulnerabilidad para los Adultos Mayores de este estudio quienes ven en su condición, en su mayoría, una valoración negativa al no haber procesado con anterioridad a la jubilación su nueva vida y sus ventajas que esta tienen en la medida que se reconozcas éstas y las propias potencialidades de los Adultos Mayores tanto al interior de la familia como en el ámbito social.

1.2- PERCEPCIONES NEGATIVA SOBRE EL GÉNERO RESPECTO DE LA CALIDAD DE VIDA

Desde la heterogeneidad que presenta la vejez, se hace necesario representar, en el análisis gerontológico, los aspectos relacionados al género y sus implicancias en las formas y modos en que se vive esta etapa, más aún cuando una característica universal del envejecimiento de las sociedades es que las mujeres viven más que los hombres y, en el caso de muchos países como el nuestro, en condiciones más desfavorables.

El género constituye, además, un sistema de clasificación de las personas, a las cuales se les otorga una posición diferenciada en el entramado social a partir de un sistema de discursos y prácticas que constituyen a lo femenino y lo masculino, en términos de roles diferenciados y en términos diferenciados de valor y prestigio.

Frente a la pregunta *¿cree usted que ser Adulto Mayor y ser mujer u hombre influye de manera negativa sobre su calidad de vida?* Tenemos que un 70% de las mujeres siente que si ser Adulto Mayor y pertenecer al género femenino influye negativamente en su calidad de vida, al igual que el 90% de los hombres que sienten la misma valoración negativa respecto de su género.

CUADRO N 2
OPINIÓN DE **INFLUENCIA NEGATIVA DE SEXO** EN CALIDAD DE VIDA
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
DE LA REGIÓN METROPOLITANA

SEXO	FRECUENCIA SI	PORCENJAE	FRECUENCIA NO	PORCENTAJE	TOTAL FRECUENCIA
Mujer	158	70%	68	30%	226
Hombre	60	90 %	13	18 %	73
TOTAL	218	73%	81	27%	299

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

Respecto del 70% de las mujeres adultas que manifiestan que su condición de ser adulto mayor y mujer ha influido de manera negativa sobre su calidad de vida, sus argumentos están vinculados a la recarga de responsabilidades domesticas; incumplimiento de roles de pareja; y rol de proveedor, tal como lo expresaron algunas mujeres en el focus groups 1.

A) VALORACIONES NEGATIVAS DEL GÉNERO FEMENINO

A.1)- ARGUMENTO: RESPONSABILIDADES DOMÉSTICAS

Según Barros (1994), la falta de tareas específicas conlleva la dificultad para saber en qué concentrar los esfuerzos y en qué volcarse de modo de actualizar las propias potencialidades. Cada individuo que envejece debe crearse un personaje e improvisar su actuación.

“ Como yo y mi marido estamos jubilados, él pasa todo el día en la casa sin ayudarme hacer los quehaceres domésticos..... como soy mujer soy yo la que tiene que hacer todo sin ayuda y eso me da rabia” (Entrevistada 5).

De acuerdo al autor el rol de dueña da casa en la etapa de la vejes pasa a ser una experiencia “desagradable” por parte del adulto mayor femenino que influye de manera negativa en su calidad de vida, tal como lo expreso la entrevistada N 5.

Los adultos mayores no sólo deben enfrentarse a los cambios físicos e intelectuales propios de su ciclo evolutivo, sino que también al cambio en estilo de vida, de roles y de responsabilidades sociales. Sin lugar a dudas que la adaptación a esta serie de cambios requiere de una capacidad individual y del apoyo externo.

“... Eso es verdad. Ahora que el marido o pareja esta en la casa hay más cosas que hacer.... Antes no había que servirle al almuerzo, ahora si no le sirvo no come..... Más encima regodeón, no va ni a comprar, y le tengo que servir todo porque soy mujer”. (Entrevistada 8)

“La dificultad de esto implica que sólo algunos lo logran y otros deben resignarse al estrecho mundo de las cuatro paredes del hogar” (Barros, 1994; Anzola et al., 1994).

A.2) – ARGUMENTO: ROLES DE PAREJA

Se puede precisar que el papel o Rol que una persona desempeña en sociedad está influido por las nociones propias y expectativas acerca de cómo debe comportarse; las nociones y expectativas de otros relevantes, la norma del grupo o de la población; las sanciones positivas o negativas que imponen otras personas (y posiblemente el mismo individuo), cuando el rol de conducta relevante se encuentra en discusión.

“Yo no vivo con mi pareja, pero pasa todo el día en mi casa por que no tiene que hacer. También esta jubilado..... Pasa todo el día viendo tele y no me deja

tiempo para mis cosas como ir a visitar a mis nietos y esas cosas”. (Entrevistada: 3)

Por otro lado, las mujeres de edad, según la II Asamblea Mundial sobre el envejecimiento, se ven particularmente afectadas por los estereotipos engañosos y negativos. En lugar de representarlas de manera que reflejen sus aportaciones, sus puntos fuertes, su inventiva y sus calidades humanas, suelen ser representadas como débiles y dependientes, lo que refuerza las prácticas excluyentes a nivel nacional y local.

B) VALORACIONES NEGATIVAS DEL GÉNERO MASCULINO

Respecto al 90% de los hombres que manifestaron que ser adulto mayor y ser del sexo masculino influida negativamente en su calidad de vida, su valoración se sostuvo por razones que tienen relación a la vinculación que existe de manera cultural, entre ser el jefe de hogar y financiar éste, tal como se aprecia en el siguiente argumento:

B.1) ARGUMENTO: ROL DE PROVEEDOR

“A mi ser hombre y más encima ser adulto mayor me hace sentir mal porque se supone que porque soy el hombre de la casa tengo que mantenerla, pero como la jubilación no me alcanza para todos los gastos, siento que ya no soy el hombre de la casa, me siento mal por no mantener mi hogar yo como lo había hecho toda la vida, siento que me respetan menos.... Eso me molesta mucho”
(Entrevistado 2)

En general los Adultos Mayores de sexo masculino una vez jubilados, no lograron renunciar a su posición de autoridad y jefatura, por aporte de ingreso al hogar, no logrando cerrar el ciclo de productividad, desarrollando con ello un sentimiento de frustración, constituyendo esta temática en un problema conyugal.

“Me siento igual que él..... ahora en mi casa porque no entrego la misma plata que antes, porque mi sueldo era otro no como la miseria de mi jubilación, me miran en menos en mi casa, a veces me dicen que no opine mucho en algunas cosas porque ya no soy el dueño de casa..... a veces por eso discutimos..... Soy el dueño de casa aunque mi señora también ponga plata pero eso ella no entiende” (Entrevistado 6)

De acuerdo a lo anterior podemos decir que las percepciones negativas que tienen los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda, respecto de la influencia negativa en su calidad de vida de su género, se origina en general por la falta de reconocimiento, distribución y aplicaciones de las funciones de roles conyugales, como se pudo apreciar en los resultados anteriores.

El concepto de rol social ha sido definido de diferentes maneras. En este estudio se considera la opción de la integración de los conceptos de rol social y rol conductual. En este sentido es importante decir que sólo mediante una redefinición de los roles de pareja y dentro de la familia le permitirá mejorar la calidad de vida de estos Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda, al reconocer y reconocerse como un sujeto con roles autodefinidos y consensuados.

1.3- PERCEPCIONES NEGATIVAS DEL ESTADO CIVIL RESPECTO DE LA CALIDAD DE VIDA.

Según Barros (1994), ser mujer, adulto mayor, soltero, carecer de un buen nivel educativo o tener pocos ingresos, son factores relacionados con un peor estado de salud, independiente del país de pertenencia

CUADRO N 3
OPINIÓN DE INFLUENCIA NEGATIVA DE **ESTADO CIVIL** EN CALIDAD DE VIDA
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
DE LA REGIÓN METROPOLITANA

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA SI	PORCENTAJE SI	FRECUENCIA NO	PORCENTAJE NO	TOTAL FRECUENCIA
Soltero/a	65	73 %	24	27 %	89
Casado/a	29	78 %	8	22 %	37
Viudo/a	128	77 %	39	23 %	167

Separado/a	4	67 %	2	33 %	6
TOTAL	226	75%	73	25 %	299

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

De acuerdo al cuadro N 3, un 7% de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda sienten una influencia negativa de ser Soltero/a en su calidad de vida, seguido al 78% de los Casados/as, un 77% de Viudos/as y un 67% de adultos separados también sienten una influencia negativa entre sus estado civil sobre su calidad de vida. Los argumentos se vinculan a: Soledad; ingreso; responsabilidades conyugales; molestias familiares; dolor por perdida; y quehaceres domésticos, datos que pasamos a ver a continuación.

A) ARGUMENTOS DE SOLTEROS/AS

A.1)- ARGUMENTO: SOLEDAD

“Yo soy soltera y lo malo de ser soltera y adulto mayor es que me siento muy sola, no tengo con quien compartir mis cosas y eso me pone triste” (Entrevistada 2)

“ No siempre me siento mal, pero hay ocasiones como la pascua y el año nuevo en que me siento solo, a veces pienso en buscar una compañera para pasar buenos momentos” (Entrevistado:9)

A.2)- ARGUMENTO: FALTA DE INGRESO

“A mi me afecta estar soltera, vieja y sin pareja en términos económicos, ya que no me entra a mi hogar otro sueldo, jubilación o pensión algo que me ayudaría muchos a los gastos de la casa” (Entrevistada 4)

B)- ARGUMENTOS DE CASADOS/AS

B.1) . ARGUMENTO: RESPONSABILIDADES CONYUGALES

“A mi me afecta ser adulta mayor y estar casada porque mi marido esta todo el día en casa y no me ayuda hacer nada. Si yo cocino él podría regar el patio, pero nada, todo lo tengo que hacer yo. Yo preferiría estar sola a estar casada” (Entrevistada: 1)

Las normas o reglas familiares deben quedar claras y con un contenido coherente, procurando favorecer de forma progresiva el incremento de su autonomía y su responsabilidad. Igual de nítidos han de ser los límites, como las consecuencias que trae consigo el hecho de saltarse éstas normas.

B.2)- ARGUMENTO: MOLESTIAS FAMILIARES

“A mi no me molesta mucho estar casado, el problema es que mi señora cuida a mis nietos desde siempre, pero como ahora me jubile y estoy en la casa, ahí me molesta estar casado, porque me molestan los niños, sus gritos, desorden, esas cosas, a veces discutimos con mi señora y ahí me dan ganas de irme de la casa”

(Entrevistado: 4)

C) ARGUMENTOS DE VIUDOS/AS

C.1) ARGUMENTO: DOLOR POR PERDIDA

“Yo me encuentro en psicólogo por el duelo de mi marido, me cuesta vivir mi vida sin él. Daría todo en el mundo para que él estuviera vivo. Ser Adulto Mayor y viuda es lo peor” (Entrevistada: 6)

Cuando uno de los cónyuges fallece, el que queda atraviesa un largo periodo de shock, protesta, desesperación y recuperación. Durante el primer año de condolencia, el cónyuge puede estar deprimido, angustiado y hasta tener reacciones fóbicas.

“ El estar viudo y ser adulto mayor me afecta emocionalmente,, como estoy más viejo me pongo a llorar con más facilidad que antes. Yo echo mucho de menos a mi señora sobre todo cuando recuerdo las cosas que pasábamos, siento que eso me perjudica mi calidad de vida” (Entrevistado: 3)

D) ARGUMENTOS DE SEPARADOS/AS

D.1) ARGUMENTO: FALTA DE INGRESO

“Yo prefiero ser sola... pero sólo me siento perjudicada de ser adulto mayor y estar separada por la falta de otro sueldo en mi casa.” (Entrevistada: 7)

D. 2)- ARGUMENTO: POR QUEHACERES DOMESTICOS

“A mi estar separado y ser anciano me perjudica en mi calidad de vida todos los días, porque todos los días tengo que hacer todas las cosas de la casa yo sólo. No estoy muy acostumbrado a cocinar por ejemplo, así que a mi me influye.”
(Entrevistado: 1)

Podemos concluir que para los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda, por su propia individualidad, su estado civil juega un papel muy importante en su calidad de vida, en estos casos de manera negativa, lo que podría ir encadenando otras situaciones que van interfiriendo, más aún, negativamente su calidad de vida en general, porque van influyendo en la dinámica familiar de los sujetos de estudio.

1.4- PERCEPCIONES NEGATIVAS DEL ESTADO EDUCACIONAL RESPECTO DE LA CALIDAD DE VIDA

Collins (1986) , con su teoría credencialista identifica una nueva función a la educación, la escuela como espacio de lucha entre diferentes grupos sociales que proporciona status, poder y diferenciación social.

Este enfoque credencialista afirma que una de las principales funciones de la institución escolar y a través de la cual se legitima su propia importancia social es la entrega de credenciales o de diplomas que señalan y que determinan que concluyo exitosamente las etapas comprendidas en el proceso educativo formal. Los individuos, en general, lucharan por obtener dichas credenciales, ya que es un requisito del mercado laboral para optar a mejores puestos de trabajo.

Frente a la pregunta *¿Siente Usted que su Nivel Educativo influye negativamente en su calidad de vida?* En donde obtuvimos los siguientes resultados:

Podemos observar, en el cuadro N 4, que un 99% de los adultos que no ingresaron al sistema educacional siente que tal situación influye negativamente en su actual calidad de vida; del mismo modo se presento esta situación en el 91% de los que no terminaron la enseñanza básica; de igual modo en el 82% de los adultos que terminaron la enseñanza básica; en el 91% de los que no terminaron la enseñanza media; en el 86% de los sujetos que culminaron la enseñanza media y finalmente el 100% de los Adultos que no termino la enseñanza superior, al igual que los anteriores , siente que influye negativamente su nivel educacional con su calidad de vida.

CUADRO N 4
OPINIÓN DE INFLUENCIA NEGATIVA DE NIVEL EDUCACIONAL EN CALIDAD DE VIDA
ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA ESPECIAL
DEL MINISTERIO DE VIVIENDA Y URBANISMO

NIVEL EDUCACIONAL	FRECUENCIA SI	PORCENJAE	FRECUENCIA NO	PORCENTAJE	TOTLA FRECUENCIA
Sin estudios	66	99 %	1	1 %	67
Básica incompleta	137	91 %	13	9 %	150
Básica completa	42	82 %	9	8 %	51
Media incompleta	21	91 %	2	9 %	23
Media completa	6	86 %	1	14 %	7
Superior incompleta	1	100 %	0	0 %	1
TOTAL	273	91 %	26	9 %	299

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

Los argumentos manifestados por los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda, sobre la influencia negativa de su nivel educacional en su calidad de vida, se vinculan, de acuerdo al nivel de escolaridad, a: analfabetismo; ayuda escolar; falta de conocimientos; optar a mejor pensión; optar a mejor jubilación; y frustración. Datos que pasamos e ver a continuación.

A)- ARGUMENTOS DE ADULTOS SIN ESTUDIOS: ANALFABETISMO

“A mi hasta el día de hoy me influye negativa en mi calidad de vida el no haber ido nunca al colegio porque no se leer y escribir, y eso siempre me ha perjudicado, ahora que soy viejo a veces me piden que lea sobre mis derechos, que participe de algún curso de capacitación o que hace bien leer, pero no sé ni leer ni escribir, eso lo voy a lamentar siempre” (Entrevistado: 2)

B)- ARGUMENTOS DE ADULTOS CON BÁSICA INCOMPLETA: AYUDA ESCOLAR

“Yo no termine la básica y eso me perjudica hoy, porque quiero ayudar a mis nietos en su tareas pero no me acuerdo de nada, aunque a veces pienso que es otra cosa lo que les pasan a los niños hoy. Si me perjudica mi calidad de vida”

(Entrevistada: 7)

C)- ARGUMENTOS DE ADULTOS CON BÁSICA COMPLETA: FALTA DE CONOCIMIENTO

“A pesare que termine la enseñanza básica, igual no haber seguido estudiando se me ha perjudicado en mi vida, porque no sé de muchas cosas, no tengo muchos temas para conversar y eso me avergüenza” (Entrevistada 5)

D)- ARGUMENTOS DE ADULTOS CON MEDIA INCOMPLETA: OPTAR A MEJOR PENSIÓN

“Siempre me voy a arrepentir no haber terminado mi enseñanza media, porque hubiera optado a mejores trabajo y ahora tendría una mejor pensión, por eso siento que me perjudica negativamente mi calidad de vida” (Entrevistado: 9)

La teoría del capital humano, planteada por Schultz y Becker(1962) , explica el aumento de la demanda de educación como consecuencia del incremento de utilidad que el individuo deriva de ella. Las razones que explican los beneficios individuales de la inversión en educación pueden ser muy diversas. Pero, en promedio, se observa que cuánto más elevado es el nivel de educación de una persona mayores ingresos percibirá a lo largo de su vida.

E)- ARGUMENTOS DE ADULTOS CON MEDIA COMPLETA: OPTAR A MEJOR JUBILACIÓN

“Yo tuve posibilidades de haber estudiado algún oficio, pero no lo hice y ahora al igual que el señor anterior, siento que me hubiera jubilado de mejor forma”

(Entrevistado 5)

F)- ARGUMENTOS DE ADULTOS CON SUPERIOR INCOMPLETA: FRUSTRACIÓN

“En mi caso el no haber terminado mi carrera universitaria me ha frustrado toda la vida, ya que no pude trabajar en lo que me gustaba y lo que me habría dado la posibilidad de ganar más dinero, por lo que considero que eso me perjudica mi calidad de vida”. (Entrevistado: 10)

De acuerdo a los argumentos de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda, podemos decir que las percepciones que tienen los sujetos de estudio respecto de la influencia negativa que tiene su nivel educacional sobre su calidad de vida tienen relación con la imposibilidad de haber obtenido mejores ingresos , por lo tanto mejores pensiones o jubilaciones, sino además han trascendido a su ámbito cotidiano de vida como son las posibilidades de entender y manejar mejor la información existente lo que conlleva en su conjunto a desarrollar emociones de tristeza y frustración por no poder hacer nada frente a su estado educacional.

1.5- PERCEPCIONES NEGATIVAS DEL ESTADO LABORAL RESPECTO DE LA CALIDAD DE VIDA

El estado laboral de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda, es sin duda uno de los datos más relevantes para toda familia sobre todo por el papel que juega como factor influyente en la calidad de vida de éstos.

El no estar trabajando provoca, por una parte, la imposibilidad de poder acceder a un sueldo superior a cualquier pensión o jubilación y por otro lado impide el desarrollo

personal de los sujetos al no poder realizar actividades gratificantes como es el desempeñar un trabajo.

Frente a ésta temática es que se realizo correspondiente pregunta *¿Siente Usted que su Estado Laboral influye negativamente en su calidad de vida?* En donde obtuvimos los siguientes resultados que se aprecian en el cuadro N 5.

CUADRO N 5
OPINIÓN DE INFLUENCIA DE **ESTADO LABORAL** EN CALIDAD DE VIDA
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
DE LA REGIÓN METROPOLITANA

SITUACIÓN LABORAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	TOTAL FRECUENCIA
	SI		NO		
Activo	0	0 %	6	100 %	6
Pasivo	5	100 %	0	0 %	5
Dueña de casa	165	88 %	23	12 %	188
Dueño de caso	58	95 %	3	5 %	61
TOTAL	228	88 %	32	12 %	260

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

De acuerdo al cuadro N 5, tenemos que un 100% de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda, que se encuentran Pasivos manifiestan que su situación laboral les influye negativamente en su calidad de vida, al igual que el 88% de los adultos que son Dueñas de casa, y el 95% de los dueños de casa.

Los argumentos de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda, se distribuyen entre: falta de ingreso; sentimiento de inutilidad; y desarrollo personal, así se observo en los siguientes relatos:

A) ARGUMENTO: FALTA DE INGRESO

“Como yo nunca tuve imposiciones mi pensión es baja, pero lo peor es que no puedo encontrar trabajo, así que tengo problemas de falta de ingreso, y eso perjudica mi calidad de vida” (Entrevistada: 3)

“Yo no estoy trabajando porque me tuve que jubilar, lo que me perjudica en mi casa al no poder tener un ingreso mayor a mi pensión, eso tiene que ver con mi calidad de vida” (Entrevistada: 8)

B) ARGUMENTO: SENTIMIENTO DE INUTILIDAD

“Actualmente soy dueño de casa, inactivo como dirían, porque me jubile de mi trabajo, pero quiero trabajar pero no me dan trabajo por mi edad. El no poder trabajar me hace sentir inútil, me siento mal es no trabajar y siento que es injusto porque todavía puedo trabajar, por eso creo que el ser dueño de casa me perjudica en mi calidad de vida” (Entrevistado: 10)

“Yo soy pasivo, o sea estoy buscando trabajo, y me siento igual que el señor, me siento inútil al no estar trabajando y aportando más dinero en mi hogar, dinero que se necesita para todo” (Entrevistado: 1)

C) ARGUMENTO: DESARROLLO PERSONAL

“Yo me siento frustrado al no estar trabajando en lo que me gusta, siento que me falta algo para ser feliz, era empleada domestica pero me gustaba porque me sea importante en la casa donde trabajaba, ahora me siento triste, no me siento desarrollada como persona” (Entrevistada: 9)

De acuerdo a los argumentos de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda respecto de la influencia negativa de la situación laboral sobre la calidad de vida, podemos decir que estas se sustentan en opiniones reales que sufren los adultos mayores de hoy en relación al ingreso y desarrollo personal, variables que son fundamentales para las personas en general.

1.6- PERCEPCIONES NEGATIVAS DEL SISTEMA PREVISIONAL RESPECTO DE LA CALIDAD DE VIDA

Los sistemas de previsión social tienen como objetivo general proveer de recursos financieros al sector de la población que, por razones de edad, no está en condiciones de obtenerlos en el mercado de trabajo. Los trabajadores realizan aportes durante su vida activa “comprando” su derecho a recibir beneficios una vez jubilados.

Frente a la pregunta *¿Siente Usted que su Sistema Previsional influye negativamente en su calidad de vida?* En donde obtuvimos los siguientes resultados:

CUADRO N 6
OPINIÓN DE INFLUENCIA NEGATIVA DEL SISTEMA PREVISIONAL EN CALIDAD DE VIDA
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
DE LA REGIÓN METROPOLITANA

SISTEMA PREVISIONAL	FRECUENCIA SI	PORCENTAJE	FRECUENCIA NO	PORCENTAJE	TOTAL FRECUENCIA
INP	0	0 %	265	100 %	265
Renta vitalicia	0	0 %	15	100 %	15
AFP	2	100%	0	0 %	2
No tienen	16	100%	0	0 %	16
TOTAL	18	6 %	285	94 %	298

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

Tenemos, de acuerdo al cuadro N 6, que sólo un 100% de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda expreso que pertenecer al sistema previsional, AFP, le influye negativamente en su calidad de vida, argumentando que dicha pensión que otorga esta institución es de tipo limitado lo que mantiene periódicamente a éstos adultos mayores en una constante preocupación respecto de su futuro e ingreso.

A) ARGUMENTO: INESTABILIDAD FUTURA

“ Yo pertenezco a una AFP y ya se que mi pensión me va a durar solo 7 años más, y ¿después?, eso me preocupa todos los días, me estresa saber qué va pasar después” (Entrevistada: 3)

2- PERCEPCIONES NEGATIVAS DE LOS ASPECTOS PATOLOGICOS

La calidad de vida, para Reygadas D (2001) tiene su máxima expresión en la calidad de vida relacionada con la salud. También plantea que hay tres dimensiones que global e integralmente comprenden la calidad de vida son:

- **DIMENSIÓN FÍSICA:** Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.
-
- **DIMENSIÓN PSICOLÓGICA:** Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.
-
- **DIMENSIÓN SOCIAL:** Es la percepción del individuo de la relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral.

2.1- PERCEPCIONES NEGATIVAS DE LOS ASPECTOS FÍSICOS

Con la vejez avanzada se inicia una declinación de las capacidades funcionales de las personas. Sin embargo, esto no sucede en todas las personas porque muchas de ellas se preparan para esta etapa de la vida poniendo énfasis en el auto cuidado de su salud física, mental y social.

Para nuestro estudio consideraremos aspectos físicos aquellos componentes que se vinculan directamente con el desarrollo físico biológicos de los adultos mayores tales como: existencia de enfermedades (tipos y tratamientos), invalidez (tipo y ayuda técnica),

asistencia a controles, vacunaciones y actividades recreativas, los que pasamos a describir a continuación.

A) PERCEPCIONES NEGATIVAS DE ENFERMEDADES RESPECTO DE LA CALIDAD DE VIDA

De acuerdo a los especialistas es importante señalar tres aspectos de las enfermedades, primero: que la población más anciana se enferma con mayor frecuencia que los más jóvenes. Segundo: que muchas veces sus enfermedades son más prolongadas y consumen un mayor número de medicamentos.

Y Tercero: que los adultos mayores, en general, por su condición económica, que muchas veces depende de su pensión, gastan gran parte de su ingreso en tratar sus enfermedades lo que les impide solventar otros aspectos importantes para su salud como alimentarse mejor, salir de paseo con amigos o familiares, realizar algún deporte o pasatiempo preferido entre algunos aspectos que requieren de dinero para satisfacerlos y que en su conjunto influyen en su salud física y psicológica.

En este punto es importante mencionar que las enfermedades que presentan los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda, según el cuadro N 9 del capítulo anterior, son: Reumatismo con un 14%; Osteoporosis con un 27%; Hipertensión con un 38%; Diabetes con un 20%, y finalmente Artritis con un 1%. Otro dato importante es que un 37% de estos enfermos no asiste a tratamiento.

Frente a la pregunta *¿Siente Usted que la existencia de Enfermedades influye negativamente en su calidad de vida?* En donde obtuvimos los siguientes resultados:

CUADRO N 7
OPINIÓN DE INFLUENCIA NEGATIVA DE LA **EXISTENCIA DE ENFERMEDADES** EN CALIDAD DE VIDA
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
DE LA REGIÓN METROPOLITANA

EXISTENCIA DE ENFERMEDAD	FRECUENCIA SI	PORCENTAJE	FRECUENCIA NO	PORCENTAJE	TOTAL FRECUENCIA
Si	153	100%	0	0%	153
No	0	0%	142	100%	142

No responde	0	0%	0	0%	5
TOTAL	153	51%	142	47%	300

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

Como podemos observar en el cuadro N 7, el 100% de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda sienten que la existencia de enfermedades influye negativamente en su calidad de vida. Sus argumentaciones radican en las dolencias que sufren como efectos de las enfermedades, tal como se aprecia en sus comentarios.

A.) ARGUMENTO: DOLENCIAS SUFRIDAS

“Como sufro de Hipertensión muchas veces me duelen los riñones lo que hace que no pueda ni siquiera hacer el aseo de la casa, o siento palpitaciones en la cabeza” (Entrevistada: 4)

“Yo tengo Osteoporosis y me duelen los músculos y la columna, y se que eso influye en mi calidad de vida” (Entrevistada: 7)

“Al igual que el señor yo tengo Osteoporosis y muchas veces me duele el cuello y la columna, así que no puedo hacer casi nada en mi casa” (Entrevistada: 1)

Durante la tercera edad se pierde cerca de un 1 por ciento de masa ósea por año, aunque algunas mujeres pueden llegar a perder entre un 3 y 5 por ciento al inicio de la menopausia. Si a esto se suman las consecuencias propias de la vejez (pérdida de fuerza muscular, problemas visuales, etc.), el riesgo de sufrir fracturas se dispara. La mujer es más propensa a padecer esta enfermedad debido a la reducción de los niveles de estrógenos durante la menopausia.

“Yo tengo Diabetes por lo que voy muchas veces al baño y más encima me dan muchas ganas de comer y a veces no tengo que comer, o se me antojan cosas que no tengo en mi casa y por falta de dinero no puedo comprar, es horrible esa sensación de querer y no poder” (Entrevistada: 5)

“En mi caso como tengo Artritis se me inflaman las articulaciones, me duelen las manos y los huesos, y eso me entorpece en mis quehaceres” (Entrevistada: 2)

“Tengo Reumatismo y también tengo problemas en las articulaciones y dolor de huesos y eso me provoca problemas cuando me sale algún trabajo por ahí”. (Entrevistado: 7)

Otro dato importante de mencionar en este punto es que el 39% de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda presenta algún tipo de invalidez como: ceguera; problemas de desplazamiento y sordera, problemas que indudablemente influyen de manera negativa la calidad de vida de éstos sujetos de estudio. Finalmente es relevante agregar que un 9% de los Adultos Mayores no se controlan en sus respectivos consultorios.

B) PERCEPCIONES NEGATIVAS DEL ESTADO FÍSICO RESPECTO DE LA CALIDAD DE VIDA

La evaluación funcional como parte de la valoración integral del paciente geriátrico, para muchos, es la parte principal y la más importante. Se entiende por funcionalidad como la capacidad del sujeto de realizar las actividades de la vida diaria. La salud física, es otro de los elementos a considerar como relevante. Se ha reportado que los ancianos refieren, por lo general, pocas preocupaciones a excepción de las que tienen que ver con el área de la salud. De hecho, no sería extraño pensar que la salud fuera la preocupación más importante, en las personas de mayor edad, a partir de que lo que caracteriza esta etapa de la vida es el declive biológico, en definitiva, el deterioro físico que a menudo se traduce en hospitalizaciones en clínicas geriátricas u hospitales generales.

B.1) APRECIACIÓN DEL ESTADO FÍSICO

Antes de indagar acerca de las percepciones que tienen los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda sobre la influencia del estado físico sobre la calidad de vida, es que se nos hizo pertinente preguntar en primera instancia acerca del estado físico de los sujetos en donde encontramos los siguientes datos:

De acuerdo al cuadro N 8, tenemos que un 60% de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda, manifiestan tener un estado físico regular, un 26% dice tener un estado físico bueno y un 13% expresa que es malo.

CUADRO N 8
ESTADO FÍSICO
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
DE LA REGIÓN METROPOLITANA

ESTADO FÍSICO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Malo	39	13,0	13,0	13,0
	Regular	181	60,3	60,3	73,3
	Bueno	79	26,3	26,3	99,7
	No responde	1	,3	,3	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

B.2) CREENCIAS DE ESTAR SALUDABLE

Por otra parte, la auto-percepción de salud física es utilizable como indicador tanto de la experiencia de la propia salud que tienen las personas mayores, como de su calidad de vida en general. Frente a lo anterior, es que se les consulto a los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda acerca de las creencias que tenían ellos respecto de su estado físico en donde encontramos los siguientes resultados:

CUADRO N 9
CREENCIA DE ESTAR SALUDABLE
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
DE LA REGIÓN METROPOLITANA

CREENCIA DE ESTAR SALUDABLE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No está enfermo	95	31,7	49,0	49,0
	Se cuida	52	17,3	26,8	75,8
	Hace ejercicios	6	2,0	3,1	78,9
	No responde	41	13,7	21,1	100,0
	Total	194	64,7	100,0	
Perdidos	99	106	35,3		
Total		300	100,0		

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

De acuerdo al cuadro N 9, tenemos que un 27% de los Adultos Mayores del Programa de Vivienda cree que su estado de salud se debe a su cuidado; un 3% cree que es porque hace ejercicios; un 21% no responde la pregunta y un 9% de los sujetos de estudio no responde la pregunta.

B.3) PERCEPCIÓN DEL ESTADO FÍSICO

Volviendo al tema de las percepciones, se les realizó a los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda la siguiente pregunta *¿Siente Usted que su Estado Físico influye negativamente en su calidad de vida?* En donde obtuvimos los siguientes resultados:

CUADRO N 10
OPINIÓN DE INFLUENCIA DEL **ESTADO FÍSICO** EN CALIDAD DE VIDA
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
DE LA REGIÓN METROPOLITANA

ESTADO FÍSICO	FRECUENCIA SI	PORCENTAJE	FRECUENCIA NO	PORCENTAJE	TOTAL FRECUENCIA
Malo	39	100 %	0	0 %	39
Regular	139	77 %	42	23 %	181
Bueno	0	0 %	79	100 %	79
TOTAL	178	60 %	121	40 %	299

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

Podemos observar, según el cuadro N 9, que un 77% de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda, manifiesta que por su regular estado físico éste influye negativamente en su calidad de vida, al igual que el 100% de adultos que expresan tener un mal estado físico.

Los argumentos que sostienen los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda, se relacionan con: acompañamiento; económico; desplazamiento; y asistencia a eventos.

B.3 A)- ARGUMENTO: ACOMPAÑAMIENTO

“Por mi regular estado físico, a veces, tengo que pedir que me acompañen a la feria o al súper a algún familiar. Lo malo es que no siempre hay alguien que te acompañe, por eso pienso que mi estado de salud regular me influye en mi calidad de vida” (Entrevistada: 9)

“A veces me enfermo de la nada, y no cuento con nadie para que me lleve al SAMU y yo no soy capaz de levantarme para ir sola, y eso me da mucha rabia” (Entrevistada: 2)

Científicamente se ha comprobado que las personas que hicieron algún tipo de ejercicio durante toda su vida, mantienen su vejez más activa, más fuerte y más sana física y mentalmente. La falta de ejercicio disminuye más a los músculos que la misma senectud. Los músculos débiles están más expuestos a lesionarse, a adormecerse y a perder fuerza.

B.3 B)- ARGUMENTO: ECONÓMICO

“Por mi enfermedad tengo que ir constantemente al consultorio y muchas veces no me alcanza la plata para ir, entonces eso afecta mi calidad de vida, porque si no estuviera con mal estado físico no pasaría enferma” (Entrevistada: 7)

Las personas mayores encuentran necesidades de salud y de seguridad económica distintas según la construcción social de las diferencias de sexo. Esta distinción radica fundamentalmente en las diferencias estructurales, diferencias en cuanto a esperanza de vida y en cuanto a las condicionantes socioculturales del género.

B.3 C) ARGUMENTO: DESPLAZAMIENTO

“En mi caso como tengo problemas de desplazamiento, mi estado físico es malo, por lo que me impide muchas veces hacer tramites o realizar algún trabajo y eso me perjudica mucho en mi calidad de vida” (Encuestado: 1)

C. 3 D) ARGUMENTO: ASISTENCIA A EVENTOS

“Como mi estado físico no es bueno, no puedo ir siempre a eventos familiares o por lo menos no puedo participar como antes en las fiestas, ya que no puedo estar mucho rato de pie. Tampoco puedo caminar mucho aunque me lo recomiende el médico por que me duelen las rodillas” (Entrevistado: 8)

Kastembaum (1981, en Fernandez Ballesteros, 1999), plantea directamente que un decremento notable en la salud física tiene inmediatas repercusiones en el funcionamiento psicológico, producto de que estos conceptos constituyen una unidad inseparable, de ahí su vinculo con la calidad de vida.

C) PERCEPCIONES NEGATIVAS DE LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES RECREATIVAS RESPECTO DE LA CALIDAD DE VIDA

La realización de actividades recreativas son sin duda beneficiosas para la calidad de vida de los adultos mayores, sin embargo puede ocurrir que por el tipo de actividad que se trate ésta puede incidir negativamente en la salud de los sujetos. Dentro de las

actividades recreativas que realizan los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda están: caminar; leer; gimnasia; manualidades; jardinería; y baile.

De acuerdo a lo anterior es que a los Adultos Mayores se les realizó la siguiente pregunta *¿Siente Usted que la Realización de Actividades Recreativas influye negativamente en su calidad de vida?* En donde obtuvimos los siguientes resultados:

CUADRO N 11
OPINIÓN DE INFLUENCIA NEGATIVA DE LA **REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES RECREATIVAS** EN CALIDAD DE VIDA
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
DE LA REGIÓN METROPOLITANA

REALIZACIÓN	FRECUENCIA SI	PORCENTAJE	FRECUENCIA NO	PORCENTAJE	TOTAL FRECUENCIA
Si	53	26%	148	74%	201
No	39	40%	59	60%	98
No responde	0	0%	0	0%	1
TOTAL	92	31%	207	69%	300

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

Podemos observar en el cuadro N 11, tenemos que un 26% de los Adultos Mayores que realiza actividades recreativas siente que éstas influyen negativamente en su calidad de vida al igual que el 40% de los sujetos que no realiza actividades recreativas. Dentro de sus argumentaciones se encuentran las relacionadas con: dolor de huesos; gasto económico y no tener amigos, tal como se aprecia en los siguientes comentarios

A) ARGUMENTO: DOLOR DE HUESOS

“Yo camino como actividad, el médico me lo recomendó, pero después de caminar como a la media hora me empiezan a doler los huesos y columna, supongo que es por mi enfermedad, pero me influye en mi vida porque después tengo problemas para hacer las cosas de la casa” (Entrevistada: 9)

“A mi también me duelen los huesos y músculos después y al otro día que voy a clases de baile, aunque no baile tanto, pero igual me duelen y no puedo hacer nada de mis cosas” (Entrevistada: 3)

B) ARGUMENTO: GASTO ECONOMICO

“Lo que me afecta a mi de la actividad que realizo que son manualidades, es que a veces no me dan o no tengo los materiales para trabajar en eso y mi jubilación no me alcanza así que tengo que dejar todo botado hasta que tenga plata y eso me da rabia porque no me gusta dejar las cosas a media” (Entrevistado: 10)

C) ARGUMENTO: TENER AMIGOS

“Para mi el no participar de ninguna actividad recreativa hace que tenga muy pocos amigos y me aburra más” (Entrevistado: 1)

De acuerdo a las argumentaciones de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda podemos decir que las actividades recreativas aunque producen muchos beneficios deben de ser autorizadas por médicos de acorde al estado de salud de los sujetos, ya que en la actualidad están influyendo en un porcentaje importante en la calidad de vida de los Adultos Mayores.

2.2 PERCEPCIONES NEGATIVAS DE LOS ASPECTOS PSICOLOGICOS

Producto del considerable aumento de los Adultos Mayores, surge el interés a nivel mundial por sus condiciones de vida y las necesidades específicas de este grupo, cobrando relevancia en los últimos años las investigaciones relacionadas con el bienestar subjetivo del adulto mayor y las variables específicas que influyen en él, entre ellas las relacionadas con el aspecto psicológico

Para nuestro estudio, de acuerdo a nuestro marco teórico, hemos considerado como aspectos psicológicos determinados componentes que nos permitan tener una visión específica, como Trabajadoras Sociales, de la salud psicológica de los Adultos Mayores del

Programa Especial de vivienda, tales como: estado de ánimo (Tipo y elementos que influyen), Existencia de discriminación (tipo de discriminador), sentimientos de ser de la tercera edad (componentes que pasamos a ver a continuación:

A) PERCEPCIONES NEGATIVAS DEL ESTADO DE ANIMO RESPECTO DE LA CALIDAD DE VIDA

La descripción hecha por Ryff (1989) en torno al concepto de bienestar nos podemos dar cuenta de que al menos la auto-aceptación, la autoestima y el propósito en la vida tienen que ver con muchos de los síntomas asociados comúnmente a depresión, así como el dominio del ambiente y las relaciones positivas con los demás se relacionan con el concepto de apoyo social percibido.

Frente a lo anterior, se les realizó a los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda la siguiente pregunta *¿Siente Usted que su Estado de Animo influye negativamente en su calidad de vida?* En donde obtuvimos los siguientes resultados:

CUADRO N 12
OPINIÓN DE INFLUENCIA DEL ESTADO DE ANIMO EN CALIDAD DE VIDA
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
DE LA REGIÓN METROPOLITANA

ESTADO DE ANIMO	FRECUENCIA SI	PORCENTAJE	FRECUENCIA NO	PORCENTAJE	TOTAL FRECUENCIA
Malo	18	100%	0	0%	18
Regular	103	95, %	5	5%	108
Bueno	0	0%	156	100%	156
No responde	0	0%	0	0%	18
TOTAL	139	46%	161	54%	300

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

Podemos observar, según el cuadro N 10, que un 100% de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda, que presenta un estado de ánimo malo manifiesta que su estado de animo influye negativamente en su calidad de vida, del mismo modo el 95% de los sujetos de estudio expresan que su regular estado de animo influye en su calidad de vida.

Respecto a las argumentaciones que manifestaron los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda, respecto de la influencia negativa del estado de ánimo en su calidad de vida se encuentran: salud sicológica; inactividad social; malas relaciones; participación social; e inasistencia a compromisos, tal como se observan en los siguientes relatos.

A. **A) ARGUMENTO: SALUD SICOLOGICA**

“Como mi estado de ánimo es malo me siento depresiva, me afecta mi salud sicológica mi estado de ánimo, y eso sin duda me afecta negativamente mi calidad de vida”. (Entrevistada: 7)

“Yo también tengo depresión, también tengo problemas de salud sicológica que me afectan día a día toda mi vida” (Entrevistada: 3)

A. **B) ARGUMENTO: INACTIVIDAD SOCIAL**

“Por mi regular estado de ánimo hay días que no quiero salir de mi casa, ni siquiera a veces quiero ir a la feria, porque me siento desanimado”.
(Entrevistado: 10)

“A mi me ocurre casi lo mismo que el señor, a veces no quiero ni siquiera levantarme de mi cama por mi estado de ánimo”. (Entrevistada: 2)

A. **C) ARGUMENTO: MALAS RELACIONES**

“Mi estado de animo es regular, así que a veces todo me molesta, cualquier cosas y es ahí donde empiezo a tener problemas de relaciones con mi pareja o mi

familia, porque todo me molesta, eso me afecta en mi calidad de vida”
(Entrevistada: 7)

A. D) ARGUMENTO: PARTICIPACIÓN SOCIAL

“A mi me pasa que cuando ando de buena voy a las reuniones de mi club de adulto mayor, pero cuando ando mal, por mi estado de ánimo, no voy a las reuniones y se que eso no debería ser así porque se supone que en el club lo paso bien, pero cuando ando mal me es imposible ir” (Entrevistada: 10)

A. E) ARGUMENTO: INASISTENCIA A COMPROMISOS

“Yo también he faltado a las reuniones del club de adulto mayor, pero lo más grave para mi es que por mi estado de ánimo no he asistido a compromisos familiares, el otro día no fui a la celebración del santo de mi hermana porque me sentía mal de ánimo, una vez falte a una clase del curso de Gasfiteria por lo mismo”. (Entrevistado: 5)

De acuerdo a las argumentaciones de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda de la influencia negativa que tiene su estado de ánimo sobre su calidad de vida es sin duda un dato relevante a considerar por la gravedad que producen sus efectos en la vida de los sujetos, ya sea porque como consecuencia se desarrollan malas relaciones interpersonales también impide a éstos Adultos a obtener de su capital social los beneficios que el contrate como el apoyo generalacional, desarrollo de redes de apoyo, etc. Lo que en su conjunto sin duda afecta la calidad de vida de los adultos mayores.

B) SENTIMIENTOS DE SER ADULTO MAYOR

Para Calderón (1990), la vejez es una etapa especial, en la que el individuo debe hacer un gran esfuerzo por adaptarse a los múltiples cambios en diversas dimensiones que debe enfrentar. Sin duda el adulto mayor debe de adaptarse a su nueva condición social y dentro de ellas se encuentra su propia aceptación de ser una persona perteneciente al grupo denominado de tercera edad, por lo que se hace interesante indagar acerca que los sentimientos que existen de los sujetos de estudios respecto a ser personas de la tercera edad.

Frente a lo anterior es que se les pregunto, en primera instancia, antes de entrara al tema de las percepciones, a los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda de cómo se sentían al ser de la tercera edad, obteniendo los siguientes resultados.

CUADRO N 13
SENTIMIENTOS DE SER DE LA TERCERA EDAD
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
DE LA REGIÓN METROPOLITANA

SENTIMIENTOS DE SER DE LA TERCERA EDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mal	16	5,3	5,3	5,3
	Regular	96	32,0	32,0	37,3
	Bien	183	61,0	61,0	98,3
	No responde	5	1,7	1,7	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

De acuerdo al cuadro N 11, tenemos que un 61% de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda se siente bien al ser de la tercera edad frente al 32% de los sujetos que manifiesta sentirse de manera regular ser de la tercera edad y un 5% se siente mal pertenecer a esta categoría social.

C) PERCEPCIONES NEGATIVAS DE LOS SENTIMIENTOS DE VEJEZ RESPECTO DE LA CALIDAD DE VIDA

Para Hoffman (1996) la principal tarea de las personas mayores es la de comprender y aceptar su propia vida y utilizar su gran experiencia para hacer frente a los cambios personales o pérdidas. Además, plantea que las personas han de adaptarse a la disminución de la fortaleza y salud física, a la jubilación y adaptarse a su propia muerte. Asimismo esta teoría de la continuidad se ha preocupado de la adaptación de las personas mayores en las distintas situaciones; a través de dos grandes mecanismos:

A.- El deseo de continuidad motiva a las personas mayores a prepararse para los cambios trascendentales: la jubilación, la viudez, la discapacidad, etc.

B.- El deseo de continuidad sirve como una meta para la adaptación; es la forma que usan algunas personas para afrontar los cambios tratando de dar continuidad a sus vidas.

En busca de las percepciones de los sujetos en estudio es que se les realizó a los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda la siguiente pregunta *¿Siente Usted que sentirse de determinada manera ser de la tercera edad influye negativamente en su calidad de vida?* En donde obtuvimos los siguientes resultados:

CUADRO N 15
OPINIÓN DE INFLUENCIA NEGATIVA DEL **SENTIRSE DE LA TERCERA EDAD** EN CALIDAD DE VIDA
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
DE LA REGIÓN METROPOLITANA

ESTADO FÍSICO	FRECUENCIA SI	PORCENTAJE	FRECUENCIA NO	PORCENTAJE	TOTAL FRECUENCIA
Malo	16	100%	0	0%	16
Regular	52	54%	44	46%	96
Bueno	0	0%	183	100%	183
No responde	0	0%	0	0%	5
TOTAL	68	24%	227	76%	300

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

Tenemos que un 100% de los Adultos Mayores del Programa de Vivienda que se sientan la por ser de la tercera edad influye negativamente en su calidad de vida al igual que el 54% de los adultos que tienen un sentimiento regular de ser de la tercera edad. Dentro de los argumentos que los Adultos Mayores se encuentran los motivos que éstos expresaron de sentirse mal por ser de la tercera edad como: incapacidad; olvido; y depresivo.

C. A) ARGUMENTO: INCAPACIDAD

“Del sólo hecho de saber o que me digan que soy de la tercera edad me hace sentirme incapaz, me siento incapacitado por el sólo hecho que me digan que soy de la tercera edad, siendo que soy muy capaz de hacer muchas cosas”
(Entrevistado: 4)

C. B) ARGUMENTO: OLVIDO

“El ser de la tercera edad te hace sentirte olvidado por la sociedad, aislado de todo, del trabajo, de la familia, de los compañeros de trabajo, de todo, y eso desde ya me hace sentir mal psicológicamente” (Entrevistado: 7)

C. C) ARGUMENTO: DEPRESIÓN

“En mi caso ser de la tercera edad me produce un sentimiento depresivo, me siento mal porque siento que ser de éste grupo me imposibilita a hacer cosas, aunque como decía el señor, sé que puedo hacer muchas cosas pero me siento depresiva ser de la tercera edad” (Entrevistada: 10)

Es importante destacar que la depresión afecta notablemente la calidad de vida y el funcionamiento cotidiano de las personas, lo que a su vez provoca un elevado coste económico y sanitario en las familias y en la propia sociedad. La ansiedad y la depresión son muy frecuentes en el adulto mayor y pueden causar gran sufrimiento. Sus causas:

- Auto-imagen negativa: sentirse viejo, inútil, limitado por las enfermedades, sin afectos.
- El aislamiento, especialmente por viudez y alejamiento de los hijos; este alejamiento de la familia es mayor si el adulto mayor ha sido una madre poco afectuosa, un marido infiel. Para evitar la soledad, se recomienda tener amistades y unirse a los grupos de vecinos.
- Limitaciones económicas que, en gran medida, dependen de la falta de previsión durante la juventud.
- La jubilación significa disminución de los ingresos económicos y, en el hombre, falta de actividad que puede llevar incluso al alcoholismo. Por este motivo, se

aconseja seguir trabajando, aunque sea con menor horario o en trabajos voluntarios, y acostumbrarse a realizar actividades en la casa.

- Mala salud física (que podría evitarse con medidas preventivas y tratamiento médico)

De acuerdo a las argumentaciones de la influencia negativa de los sentimientos de ser de la tercera de edad de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda sobre su la calidad de vida es importante señalar que los sentimientos experimentados por los sujetos de estudio están condicionados por la cultura equivocada de la vejez, la que presenta a esta categoría social de manera negativa menoscabando el aporte que todavía siguen realizando los adultos mayores e inmovilizándolos a éstos a l pleno desarrollo de una vejez de manera adecuada.

Cabe mencionar de sin duda los sentimientos negativos que tienen los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda pueden estar vinculado a los sentimientos que han experimentado por situaciones de discriminación como se vio en el capítulo anterior.

3- PERCEPCIONES DE LOS ASPECTOS ECONOMICOS RESPECTO DE LA CALIDAD DE VIDA

Para Reygadas D (2001) El concepto de calidad de vida en términos subjetivos, surge cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas con un mínimo de recursos. El nivel de vida es aquella condición de vida que tienen una fácil traducción cuantitativa o incluso monetaria como la renta per. Cápita, el nivel educativo, las condiciones de vivienda, es decir, aspectos considerados como categorías separadas y sin traducción individual de las condiciones de vida que reflejan como la salud, consumo de alimentos, seguridad social, ropa, tiempo libre, derechos humanos. Parece como si el concepto de calidad de vida apareciera cuando está establecido un bienestar social como ocurre en los países desarrollados.

En los aspectos económicos sin duda que el ingreso ya sea por concepto de jubilación o pensión son fundamentales. La jubilación para los adultos mayores sólo agrava

una situación previa, puesto que el monto de ésta no iguala al sueldo que se recibe antes de ella. Desde el momento que una persona jubila disminuyen sus ingresos a un tercio de lo que ganaba como trabajador activo y las pensiones y montepíos son aún menores, ya que corresponden a una sexta parte del sueldo.

3.1- PERCEPCIONES NEGATIVAS DEL SUBSIDIO RESPECTO DE LA CALIDAD DE VIDA

Frente a esta temática se les realizó a los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda la siguiente pregunta: *¿Siente Usted que su Subsidio influye negativamente en su calidad de vida?* En donde obtuvimos los siguientes resultados:

CUADRO N 16
OPINIÓN DE INFLUENCIA NEGATIVA DEL **SUBSIDIO** EN CALIDAD DE VIDA
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
DE LA REGIÓN METROPOLITANA

EXISTENCIA DE SUBSIDIO	FRECUENCIA SI	PORCENTAJE	FRECUENCIA NO	PORCENTAJE	TOTAL FRECUENCIA
Si	160	64%	90	36%	250
No	48	100	0	0%	48
No responde	0	0%	0	0%	2
TOTAL	208	70%	90	30%	300

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

Tenemos que un 64% de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda que recibe subsidio sienten que éste influye negativamente en su calidad de vida al igual que el 100% de los sujetos de estudio que no recibe subsidio. Dentro de los argumentos tenemos aquellos vinculados a la precariedad de las pensiones.

A) ARGUMENTO: PRECARIEDAD DE LA PENSIÓN

“Mi subsidio es la pensión que recibo de mi AFP y ésta no me alcanza para nada, es insuficiente para mis gastos y el de todos los mayores ya que tenemos más gastos, ni siquiera podemos salir con nuestras familias por que la plata no alcanza” (Entrevistado: 2)

“Yo recibo una pensión Municipal y es muy precaria, no alcanza para nada, debería ser mayor” (Entrevistada: 9)

“En mi caso yo sólo recibo un subsidio de agua y nada más y como saben ustedes y como dijeron los demás, no es suficiente” (Entrevistado: 10)

Respecto de estas argumentaciones de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda, podemos decir que la existencia y ausencia de un ingreso ya sea vía pensión o subsidios juega en la familia como un factor principal que influye negativamente en la calidad de vida, al no poder desarrollar adecuadamente distintas actividades que produzcan un placer en las personas, comprar recursos necesarios, etc.

4- PERCEPCIONES DE ASPECTOS FAMILIARES RESPECTO DE LA CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida en la vejez dependiente implica necesariamente el apoyo social y familiar a las personas que desean continuar viviendo en la comunidad, siendo cuidadas en familia, para que puedan seguir haciéndolo, al tiempo que siguen desarrollándose todas sus potencialidades hasta el último momento. Eso conlleva el apoyo material y afectivo a los familiares que, con distintos grados de implicación, participan en la acción de cuidar.

La familia, sin duda, constituye el primer núcleo al cual todos pertenecemos. Es el único grupo social en el que participan todos los miembros de la sociedad, se desarrollan vínculos diversos, se protegen y transmiten aspectos culturales, valores, normas, etc. La familia es entonces la unidad integrada por miembros con identidades

propias, que desempeñan roles distintos, según sexo y edad cuyos vínculos pueden ser de consanguinidad, filiación o de alianza.

Para nuestro estudio hemos considerado los componentes que influyen negativamente en la calidad de vida como: con quine vive el adulto mayor, existencia de pareja, tipo de relaciones familiares, y referente en caso de emergencia , los que pasamos a ver a continuación

4.1- PERCEPCIONES NEGATIVAS DEL TIPO DE FAMILIA RESPECTO DE LA CALIDAD DE VIDA

La familia se comprende como grupo primario, se va a dividir por dos generaciones y dos sexos. Se la considerara como familia aquel grupo que vive bajo el mismo techo, podemos saber si es una familia o no por el tipo de funciones que hay dentro de ellas, las que se deben de identificar.

Las generaciones que se dan entre padres e hijos, y el sexo, entre femenino y masculino. Para ir comprendiendo a la familia siempre hay que considerarla como Polimargica y tiene muchas funciones y se expresan en distintos tipos de tipologías, (Quintero 1997)

Frente a lo anterior y en búsqueda de las percepciones de los sujetos de estudio es que se les realizo, a los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda, la siguiente pregunta: *¿Siente Usted que con quien vive influye negativamente en su calidad de vida?* En donde obtuvimos los siguientes resultados:

CUADRO N 17
OPINIÓN DE INFLUENCIA NEGATIVA DE CON QUIEN VIVE EN CALIDAD DE VIDA
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
DE LA REGIÓN METROPOLITANA

CON QUIEN VIVE	FRECUENCIA SI	PORCENTAJE	FRECUENCIA NO	PORCENTAJE	TOTAL FRECUENCIA
Solo/a	185	72 %	71	28 %	256
Pareja	15	79 %	4	21 %	19
Familiares	23	92 %	2	8 %	25
TOTAL	223	74%	77	26% %	300

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

Podemos observar en el cuadro N 17 que un 72% de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda que viven solos sienten que tal condición influye negativamente en su calidad de vida al igual que el 79% de los sujetos que viven con pareja y el 92% que vive con familiares. Dentro de los argumentos se expresaron los adultos se encuentran: falta de ingreso; falta de apoyo emocional; falta de responsabilidades; y problemas de convivencia, tal como lo vemos en los siguientes comentarios.

A) ARGUMENTO: FALTA DE INGRESO

“Como yo vivo sola eso me perjudica en mi calidad de vida por falta de otro ingreso a mi hogar que me permita hacer frente a los gastos”. (Entrevistada: 7)

Según el estudio del BID (et al,1995) se consideran familias vulnerables a todas aquellas que tienen a lo menos un miembro de la familia que pertenezca a éstos llamados grupos vulnerables, sean niños, mujeres, jóvenes, *mujer jefa de hogar*, adultos mayores, discapacitados, etc.

“La madre “sola” o los hogares cuyo único progenitor es la mujer, el grado de riesgo del grupo familiar aumenta ya que la madre, generalmente, no cuenta con un apoyo social y económico mínimo para cumplir con sus responsabilidades como madre y jefa de familia”. (Ibid: 125).

B) ARGUMENTO: FALTA DE APOYO EMOCIONAL

“Al vivir solo uno siente la necesidad de compartir con otra personas las cosas que le van ocurriendo en el día, o al vivir solo uno tiene una falta de apoyo emocional y económico de otros” (Entrevistado: 4)

La familia como función principal es garantizar la permanencia de la especie humana, satisfaciendo las necesidades básicas, de afecto, de seguridad y protección mutua, de identidad de grupo (clase o sector de clase); por tanto es éste espacio social que

garantiza el desarrollo del sí mismo y de la identidad social de los niños de ambos sexos, así lo plantea Pablo Miranda (2003)

Según indican las investigaciones de **Goleman (1996)**, y otras, el buen desempeño y el éxito de las personas, en su vida productiva, no se halla ligado sólo a su cociente intelectual, tiene estrecha relación con sus calidades emocionales. Entre los componentes de este orden particular de inteligencia, se hallan el autodomínio, la persistencia, la capacidad de auto motivación, la facilidad para establecer relaciones interpersonales sanas y para interactuar en grupos, y otras semejantes.

C) ARGUMENTO: FALTA DE RESPONSABILIDADES

“Yo vivo con mi pareja y me ayuda económicamente, pero al momento de hacer las cosas en la casa él no ayuda en nada, ni siquiera se busca su propia ropa cuando se tiene que vestir, eso es un problema día a día para mí” (Entrevistada: 9)

D) ARGUMENTO: PROBLEMAS DE CONVIVENCIA

“En mi caso yo vivo con familiares, mi hermana y una nieta de ella, y preferiría vivir sola a como estoy, porque tengo problemas de convivencia con mi hermana porque ella quiere venir a mandar en mi casa, a disponer de las cosas sin mi permiso y más encima la nieta desordena todo el día y yo tengo que ordenar porque mi hermana no lo hace y ahí sí que tenemos más problemas”. (Entrevistada: 3)

De acuerdo a los argumentos expuestos por los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda podemos decir que según el tipo de familia a la cual pertenezcan los sujetos de estudio, el factor ingreso económico sigue siendo el elemento determinante en la calidad de vida de los adultos mayores seguido de las relaciones interpersonales,

4.2- PERCEPCIONES NEGATIVAS DE TENER PAREJA RESPECTO DE LA CALIDAD DE VIDA

El principal soporte en esta etapa de la vida será, sin duda, el esposo o la esposa que nos ha acompañado durante toda nuestra vida y con quien se ha envejecido. Para muchos, la vejez se hace pesada y los ancianos tienden a asumir una actitud enojona, impaciente o desesperada, reclamando con angustia y desesperación que su cónyuge esté atento para cuidarlo, olvidando que juntos han envejecido y que, como cuando eran jóvenes, la lucha sigue siendo de dos.

Frente a lo anterior es que se aplico, a los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda, la siguiente pregunta: *¿Siente Usted que Tener Pareja influye negativamente en su calidad de vida?* En donde obtuvimos los siguientes resultados:

CUADRO N 18
OPINIÓN DE INFLUENCIA NEGATIVA DE **TENER PAREJA** EN CALIDAD DE VIDA
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
DE LA REGIÓN METROPOLITANA

TIENE PAREJA	FRECUENCIA SI	PORCENTAJE	FRECUENCIA NO	PORCENTAJE	TOTAL FRECUENCIA
Con pareja	3	11 %	25	89 %	28
Sin pareja	72	27 %	197	73 %	269
TOTAL	75	25 %	122	75 %	297

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

De acuerdo al cuadro N 18, tenemos que un 11% de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda manifiesta que tener pareja influye negativamente en su calidad de vida al igual que el 27% de los sujetos de estudio que no tienen pareja. Sus argumentos tienen que ver con: falta de distribución de tareas y falta de ingreso, como se observa en los comentarios de los adultos:

A) ARGUMENTO: FALTA DE DISTRIBUCIÓN DE TAREAS

“ Como yo y mi marido estamos jubilados, él pasa todo el día en la casa sin ayudarme hacer los quehaceres domésticos..... como soy mujer soy yo la que tiene que hacer todo sin ayuda y eso me da rabia” (Entrevistada 5).

Respecto de este hallazgo, Freixas (1991), citado por Boarini Mauricio (2006: 4) afirma que: *“Los roles de esposa, madre y trabajadora pueden adquirir significados diferentes en momentos determinados del ciclo vital, algo que no ocurre en la vida de los hombres, cuya unidireccionalidad de los acontecimientos parece mucho más clara.”* .

“... Eso es verdad. Ahora que el marido o pareja esta en la casa hay más cosas que hacer.... Antes no había que servirle al almuerzo, ahora si no le sirvo no come..... Más encima regodeón, no va ni a comprar, y le tengo que servir todo porque soy mujer”. (Entrevistada 8)

B) ARGUMENTO: FALTA DE INGRESO

“A mi me afecta estar soltera, vieja y sin pareja en términos económicos, ya que no me entra a mi hogar otro sueldo, jubilación o pensión algo que me ayudaría muchos a los gastos de la casa” (Entrevistada 4)

En ese sentido, el problema mayor se sitúa en las familias vulnerables, categoría comprendida por todas aquellas que tienen a lo menos un miembro de la familia que pertenezca a los grupos vulnerables, sena niños, mujeres, jóvenes, mujer jefa de hogar, adultos mayores, discapacitados, etc. (BID, et al, 1995)

“ La madre “sola” o los hogares cuyo único progenitor es la mujer, el grado de riesgo del grupo familiar aumenta ya que la madre, generalmente, no cuenta con un apoyo social y económico mínimo para cumplir con sus responsabilidades como madre y jefa de familia”. (Ibid:125).

El deterioro de parámetros socioeconómicos básicos de la vida cotidiana de amplios sectores de la población de la región, esta incidiendo silenciosamente en un proceso de

reestructuración de numerosas familias. Esta surgiendo el perfil de una familia articulada en aspectos importantes, inestable, significativamente debilitada.

De acuerdo a las argumentaciones de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda, podemos decir que tener pareja en la vejez en un porcentaje muy bajo influye negativamente en la calidad de vida, basado en motivos vinculados a la distribución de tareas y ingreso. Sin embargo es importante mencionar que la existencia de tener pareja es un factor protector de vejes relevante en la vida cotidiana de los adultos, por lo beneficios que trae el estar con otro.

4.3- PERCEPCIONES NEGATIVAS DEL TIPO DE REALACIONES FAMILIARES RESPECTO DE LA CALIDAD DE VIDA

La familia moderna esta basada en los principios de la Revolución Francesa, que permitió a los matrimonios por efecto y no sólo en razón de la conveniencia política, económica o culturales que hasta ese momento regían. Desde ese momento han existido muchas tentativas para suprimir o sustituir esta institución familiar, quien tiene el papel vital en el desarrollo humano y social.

De acuerdo a la importancia que tienen las relaciones interpersonales de lo Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda en su familia, es que se realizo la siguiente pregunta: *¿Siente Usted que el Tipo de Relación Familiar influye negativamente en su calidad de vida?* En donde obtuvimos los siguientes resultados:

CUADRO N19
OPINIÓN DE INFLUENCIA NEGATIVA DEL **TIPO DE RELACIÓN FAMILIAR** EN CALIDAD DE VIDA
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
DE LA REGIÓN METROPOLITANA

TIPO DE RELACIÓN	FRECUENCIA SI	PORCENTAJE	FRECUENCIA NO	PORCENTAJE	TOTAL FRECUENCIA
Mala	2	13 %	14	87 %	16
Regular	103	87 %	16	13 %	119
Bien	0	0 %	148	100 %	148
TOTAL	105	37%	178	63 %	283

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

De acuerdo al cuadro N 19 tenemos que un 13% de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda que presentan una mala relación familiar siente que esta situación influye negativamente en su calidad de vida, al igual que el 87% de sujetos de estudio que presentan una relación familiar regular. Dentro de sus argumentos tenemos:

recarga de labores domésticas; falta de apoyo familiar; falta de demostración de afecto familiar; y ausencia de comunicación verbal, tal como lo vemos en los siguientes comentarios:

A) ARGUMENTO: RECARGA DE LABORES DOMESTICAS

“Yo mantengo una mala relación con mi marido por problemas domésticos, es decir yo ahora que él esta en casa todo el día tengo una recarga de labores domésticas porque él no hace nada. Le tengo que dar desayuno, almuerzo, onces y lavar esa loza que antes no hacía porque el comía en el trabajo, le pido que me ayude pero dice que es hombre y los hombres no hacen el aseo” (Entrevistada: 7)

La madre y mujer es quien ocupa un rol determinado dentro de la familia, el cual es asignado por este tipo de sociedad machista, es por excelencia el progenitor vital y con mayor significancia para los hijos, cuando éstos todavía viven en el hogar , y después se transforma el pilar esencial , en la vejez, para su cónyuge.

“ El marco estereotipado de la mujer, madre y esposa y la socialización que ofrece el sistema cultural hace aún mayor la diferenciación sexual, depositando en la mujer el rol de la crianza, lo que provoca la ejecución de pautas determinadas desde lo patriarcal, produciendo patrones jerarquizados”. (Cano y Tabilo, op. cit.: 37).

B) ARGUMENTO: FALTA DE APOYO FAMILIAR

“Como no me llevo muy bien con mi familia que son mis dos hijos y sus esposas, aunque no viva con ellos siento su falta de apoyo en mis cosas, siento que no se preocupan por mi persona sobre lo que hago, lo que me gusta, lo que me falta, esas cosas y eso muchas veces me hace sentir mal” (Entrevistada: 1)

Las conversaciones con al menos un miembro de la familia permiten explicar con palabras una nueva experiencia.

C) ARGUMENTO: FALTA DE DEMOSTRACIÓN DE AFECTO FAMILIAR

“Yo vivo con un hijo, él es soltero y no tiene hijos, pero a pesar que vivimos solos nunca tenemos momentos de familia, yo siempre le dije que lo quiero pero él nunca me demuestra afecto y eso si que duele mucho”

(Entrevistado: 10)

“Sólo por medio de establecimiento de relaciones cordiales con los hijos, los padres podrán esperar el tratamiento de algunos casos de perturbación emocional en sus orígenes y evitar que se desarrollen otros” (Montenegro, 1984 :669).

“No me llevo bien con mis hijos, y eso me afecta, mucho en lo sentimental porque a veces, como vivo sola, quiero hablar con ellos y ponernos en la buena, pero cuando voy a verlos me miran con tanta indiferencia que no me atrevo a decir nada. Me siento tan mal por eso. Yo considero que esto me influye en mi calidad de vida” (Entrevistada: 8)

D) ARGUMENTO: AUSENCIA DE COMUNICACIÓN VERBAL

“Mi problema con mi familia es la falta de conversación, ósea no nos hablamos casi nada, nadie me pregunta nada, nadie dice nada, eso es muy desagradable que ya conversar es lo fundamental de la relación familiar” (Entrevistada: 3)

La comunicación permite que se produzcan los procesos de transacción dentro de la familia. El tiempo de conversación que asigna a la familia para conocer sobre el desarrollo del proceso educacional de sus hijos es indispensable porque de ésta forma el menor se siente importante para ellos, lo que le permite potenciar su auto-estima y le asigna una importancia a la educación en general.

De acuerdo a los comentarios de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda podemos decir que la variable “relaciones familiares” influye negativamente en la calidad de vida en familias que no tienen bien determinados sin roles, pero sobre todo aquellas que carecen de una adecuada comunicación verbal y afectiva, siendo ésta última indispensable para el desarrollo psicológico de cualquier persona.

4. 4- PERCEPCIONES NEGATIVAS DEL ACOMPAÑAMIENTO EN CASO DE EMERGENCIA RESPECTO DE LA CALIDAD DE VIDA

Sin duda tratándose de personas de la tercera edad, el acompañamiento en caso de emergencias es un dato relevante a la hora de analizar la calidad de vida de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda en su familia, es que se realizó la siguiente pregunta: *¿Siente Usted que el Acompañamiento en caso de Emergencia influye negativamente en su calidad de vida?* En donde obtuvimos los siguientes resultados:

CUADRO N 20
OPINIÓN DE INFLUENCIA NEGATIVA DEL ACOMPAÑAMIENTO
EN CASO DE EMERGENCIA EN CALIDAD DE VIDA,
ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA

ACOMPAÑAMIENTO	FRECUENCIA SI	PORCENTAJE	FRECUENCIA NO	PORCENTAJE	TOTAL FRECUENCIA
Sin acompañamiento	45	92 %	4	8 %	49
Familiar dentro del hogar	0	0%	27	100 %	27
Familiar fuera del hogar	78	72 %	30	28 %	108
Vecino	57	55 %	46	45 %	103
Otro	3	23 %	10	77 %	13
TOTAL	183	61%	117	100 %	300

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

De acuerdo al cuadro N 20 tenemos que un 92% de los Adultos Mayores que no son acompañados por nadie en caso de emergencia siente que esta situación influye negativamente en su calidad de vida, al igual que el 72% de sujetos de estudio que son acompañados por un familiar fuera del hogar y un 55% de los que son acompañados por un vecino. Dentro de sus argumentos tenemos: problemas de desplazamiento; disponibilidad de tiempo familiar; gasto económico; e intromisión vecinal, como podemos ver en los siguientes comentarios:

A) ARGUMENTO: PROBLEMAS DE DESPLAZAMIENTO

“Cuando tengo que realizar algún trámite o tengo una emergencia voy solo, lo malo es como tengo problemas de desplazamiento me cuesta caminar bien o caminar mucho rato. Lo peor es que me da miedo caerme en la calle, pero no cuento con nadie para que me acompañe” (Entrevistado: 1)

B) ARGUMENTO: DISPONIBILIDAD DE TIEMPO FAMILIAR

“En mi caso cuando me siento mal y tengo que ir al médico por ejemplo, llamo a un familiar, llamo a mi hija por ejemplo, el problema es que a veces ella no tiene tiempo. Otras veces le aviso días antes pero depende de la disponibilidad de tiempo que ella tenga para realizar mis trámites” (Entrevistada: 7)

C) ARGUMENTO: GASTO ECONOMICO

“Yo a veces le pido a mi nieta que me acompañe cuando tengo una emergencia, o a una vecina, pero mi problema tiene que ver con el gasto económico que tengo que hacer, ya que tengo que cargar dos tarjetas Bip y a veces si me demoro mucho tengo que comprar algo para comer, ese es mi problema el tema economito” (Entrevistada: 8)

D) ARGUMENTO: INTROMICIÓN VECINAL

“El problema que yo tengo cuando tengo una emergencia es con mi vecina, ella siempre me acompaña a mis trámites, médico o cuando me tengo que pagar de la jubilación, pero lo malo que ella tiene es que es muy intrusa, me empieza

hacer preguntas personales y eso me molesta de ella, a veces por ese motivo no la busco cuando tengo que hacer pero por otro lado es de gran ayuda para mí”

(Entrevistada: 5)

5-) PERCEPCIÓN DE ASPECTO SOCIAL RESPECTO DE LA CALIDAD DE VIDA

La realidad de numerosas personas que viven en condiciones de pobreza ha llevado a muchos investigadores a abordar el estudio de las redes sociales. El interés ha sido, entre otros, comprender cómo se produce el desarrollo social de comunidades en condiciones de vida tan precarias Schock H. (1993:) concibe la red social como.....

*“.....El acto respectivo de una inclinación intencionada de una toma de contacto o contactos continuados de una persona o de un grupo con otros entre los cuales se crean vínculos sociales que pueden estar mediados por fenómenos emocionales ,simpatía antipatía, amistad, enemistad, disposición o no a prestar ayuda”.
(Ibíd.:599)*

5.1-- PERCEPCIONES NEGATIVAS DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL RESPECTO DE LA CALIDAD DE VIDA

Palacios D. (2000) plantea que en las personas, la forma de sentir o pensar acerca de algo esta influido directamente por los factores del entorno, en especial, la cultura. De esta manera, si se graficara el proceso, las personas (definidas como seres sociales) se transforman en la intersección de éstos factores, es decir, "nosotros, los seres humanos operamos en nuestra vida en muchos y diferentes dominios de realidad, los cuales como diferentes redes de conversaciones y explicaciones se interceptan en nuestros cuerpos.

Sin duda tratándose de personas de la tercera edad, la existencia de participación social es importante a la hora de analizar la calidad de vida, es por eso que a los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda, e se realizo la siguiente pregunta: *¿Siente*

Usted que la Participación Organizacional influye negativamente en su calidad de vida?

En donde obtuvimos los siguientes resultados:

CUADRO N 21
OPINIÓN DE INFLUENCIA NEGATIVA DE PARTICIPACIÓN ORGANIZACIONAL EN CALIDAD DE VIDA
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
DE LA REGIÓN METROPOLITANA

PARTICIPACIÓN ORGANIZACIONES	FRECUENCIA SI	PORCENTAJE	FRECUENCIA NO	PORCENTAJE	TOTAL FRECUENCIA
SI	30	17 %	150	83 %	180
NO	76	63 %	44	37 %	120
TOTAL	76	25 %	224	75 %	300

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

De acuerdo al cuadro N 21 tenemos que el 17% de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda que participan en una organización social siente que esta situación influye negativamente en su calidad de vida, al igual que el 63% de los sujetos que no participan Dentro de sus argumentos tenemos: malas relaciones con vecinos; factor económico; ausencia de amigos; y ausencia de apoyo

A) ARGUMENTO: MALAS RELACIONES CON VECINOS

“Yo participo en mi junta de vecinos, soy una vecina muy activa por lo mismo siempre hago preguntas, opino y muchas veces también reclamo, cosas que para algunos vecinos es molesto y me atacan. Así que con varios vecinos tengo malas relaciones, ese es mi problema de participar dentro de una organización, de que por ser como soy tengo problemas y lo peor es que a veces llego a mi casa enojada y de mal humor” (Entrevistada: 4)

B) ARGUMENTO: FACTOR ECONÓMICO

“En mi caso yo participo en un club de adulto mayor, pero la sede no queda cerca de mi casa así que tengo que tomar un colectivo cuando hay reuniones, como tengo 83 años me cuesta caminar largas distancias. A veces cuando no

tengo plata no puedo ir al club, y eso me pone triste porque me gusta mucho ir”

(Entrevistado: 3)

C) ARGUMENTO: AUSENCIA DE MIGOS

“Yo no participo en ninguna organización pero conozco gente que si participa, se lo bien que lo pasan. Yo por no participar no tengo amigos y eso me gustaría mucho, el problema es que todavía trabajo por eso no tengo tiempo pero me gustaría tener amigos” (Entrevistado: 5)

La realidad de numerosas personas que viven en condiciones de pobreza ha llevado a muchos investigadores a abordar el estudio de las redes sociales. El interés ha sido, entre otros, comprender cómo se produce el desarrollo social de comunidades en condiciones de vida tan precarias Schock H. (1993:) concibe la red social como.....

*“.....El acto respectivo de una inclinación intencionada de una toma de contacto o contactos continuados de una persona o de un grupo con otros entre los cuales se crean vínculos sociales que pueden estar mediados por fenómenos emocionales ,simpatía antipatía, amistad, enemistad, disposición o no a prestar ayuda”.
(Ibid:599)*

D) ARGUMENTO: AUSENCIA DE APOYO

“Yo tampoco participo en ninguna organización y siento la falta de apoyo en mi vida, porque se que si fuera a una organización conocería gente y me sentiría más apoyado como viejo” (Entrevistado: 2)

En cuanto a las funciones de la red, segunda propiedad de las redes sociales según Sluzki (1996), éstas se refieren al tipo de intercambio interpersonal que tiene lugar al interior de una red y se relacionan con aspectos tales como compañía social, apoyo emocional, guía cognitiva y consejos, regulación (o control) social, ayuda material y de servicios y acceso a nuevos contactos, entre otros. Desde ésta perspectiva, se observa la variedad de actitudes, agrupamientos, acciones, fines e

intenciones que se agrupan bajo la noción de función de las redes, con un marcado sesgo funcionalista y utilitarista

6- PERCEPCIÓN DE LOS ASPECTOS AMBIENTALES RESPECTO DE LA CALIDAD DE VIDA

Lo que en un medio ambiente determinado es positivo o negativo, dentro de ciertos límites extremos inferiores y superiores, puede cambiar mucho según las distintas situaciones y, salvo en el caso de variables como las que influyen en la salud humana (que es una tendencia objetiva de la calidad de la vida), resulta casi imposible ordenar la calidad del medio ambiente sobre una base universal.

No obstante, existen tendencias -por así llamarlos- que se consideran como básicas para poder evaluar una vida como poseedora de calidad o bien tendencias objetivas, estas son fundamentalmente la satisfacción de las necesidades básicas tal y como lo planteó Maslow (1943) , y ello queda en evidencia si se le pregunta a una persona qué es calidad de vida, muchos lo relacionan con el acceso a un trabajo digno y bien remunerado que les permita acceder a bienes y servicios básicos como vivienda, educación, salud y nutrición, servicios públicos, movilidad vial, recreación, seguridad, entre muchos otros.

En Chile, como un Estado Social de Derecho, sus normas programáticas de mayor relevancia se encuentran contenidas en su Carta Fundamental. De no existir, por ende, un firme compromiso del Estado consagrado a escala constitucional, poco es lo que se puede esperar de la legislación inferior.

La Constitución Política de la República apunta en su primer artículo a la dignidad e igualdad de las personas al consagrar que éstas nacen libres e iguales en dignidad y derechos, y luego subordina el Estado a la persona, poniéndolo a su servicio y estableciendo como su finalidad el promover el bien común, obligándolo a contribuir a crear las condiciones sociales que permitan a todos y a cada uno de sus integrantes de la comunidad nacional su mayor realización espiritual y material posible.

En este sentido Carmen Barros (1998) plantea que el envejecimiento es un proceso que se vive de forma diferente dependiendo del estrato social en que se encuentre la persona. Para la ciencia el envejecer radica en adaptarse a los cambios y ajustarlos al medio social donde se desenvuelven.

Esta adaptación no está referida sólo al deterioro físico, psicológico o económico que vive cada persona, sino también a la adaptación de la sociedad, en relación con las características del entorno y las oportunidades que se les entregue a los Adultos Mayores, para solucionar dificultades cotidianas. Producto de lo anterior, la especialista afirma que:

“Son las características de la sociedad las que van condicionando tanto el promedio de edad de sus habitantes como su calidad de vida...los ancianos no siempre son dependientes a causa de su decadencia física, sino que a menudo lo son debido a la forma en que se categorizan socialmente y a las presiones que ejercen sobre ellos.” (Ibíd.: 5)

En otro sentido y continuando el análisis del término de envejecimiento, quizás el que más lo representa es aquel que lo menciona Lucía Fernández (1998) como:

“Un fenómeno natural” y “una creación cultural que cada sociedad representa de manera diferente. Es por ello que el envejecimiento no es un fenómeno uniforme ni homogéneo sino eminentemente diferencial y sincrónico en sus manifestaciones. Por lo tanto, no todos lo viven de la misma manera, y ni siquiera lo empiezan en el mismo momento.”(Ibíd.: 3)

Estamos de acuerdo plenamente con esta aseveración, pues consideramos que cada persona envejece de manera diferente, por necesidades, proyecciones y perspectivas de vida distintas una de los otros. Asimismo creemos que el envejecimiento es producto de una creación cultural que cada sociedad hace de sus ancianos, dependiendo del orden

político, social y económico que la sustente. En este sentido la persona puede ser más o menos valorada en la sociedad de acuerdo al modelo cultural que esté predominando.

Los adultos mayores representaban uno de los sectores más afectados por la marginación, la falta de participación y por la inexistencia de posibilidades de recreación y espacios de encuentro, por esto constituyeron un grupo prioritario de la política social, conjuntamente con los menores, los jóvenes y las mujeres.

El MIDEPLAN en su documento “Política nacional sobre envejecimiento” (1993), habla de una formulación más amplia que simplemente referirse al adulto mayor hoy, sino que implica una transformación profunda desde el punto de vista social y cultural, que permita entender el fenómeno del envejecimiento como un proceso social e individual de la mayor trascendencia. En el plano individual es un proceso irreversible que abarca todos los seres humanos, lo que implica aprender a asumirlo y vivirlo.

Desde el punto de vista social, tiene relación con las consecuencias socioeconómicas del envejecimiento poblacional y su repercusión sobre la producción, el consumo, el ahorro, la inversión y las condiciones sociales y económicas en general.

Los objetivos de política que se plantearon trataban de rescatar esta doble connotación del envejecimiento: el social, ligado al desarrollo y el individual: unido al individual, es decir a los problemas y necesidades particulares de las personas de edad, en términos de salud y alimentación, vivienda y medio ambiente, familia, ingreso, empleo, educación y uso del tiempo libre.

De acuerdo a la importancia que tienen los Adultos Mayores para el Estado materializado en políticas públicas destinadas a satisfacer sus necesidades, es que se hace relevante conocer las percepciones que tienen los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda respecto a la satisfacción de sus necesidades por parte del Gobierno, las que pasamos a ver a continuación.

6.1- PERCEPCIÓN DE RESPUESTA DEL GOBIERNO FRENTE A LAS NECESIDADES

Los derechos y la protección social proveen el marco desde donde las políticas públicas se plantean y operacionalizan, de este modo se está haciendo referencia a un aspecto del quehacer social que dice relación con el rol del Estado. El correlato necesario para que la protección social y el ejercicio de los derechos se cristalicen, se encuentra en la ciudadanía, lo que sólo es posible en una sociedad con individuos que conocen y exigen sus derechos. El empoderamiento hace referencia entonces al conocimiento sobre los derechos y a la capacidad de exigirlos para que el Estado provea su garantía efectiva.

Frente a este tema es que se les consulto a los Adultos Mayores del Programa de Vivienda, si ellos sentían que el gobierno respondía a sus necesidades como adultos mayores, obteniendo los siguientes resultados.

CUADRO N 22
RESPUESTA DEL GOBIERNO A LAS NECESIDADES
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
DE LA REGIÓN METROPOLITANA

EL GOBIERNO RESPONDE SUS NECESIDADES

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	115	38,3	38,3	38,3
	No	182	60,7	60,7	99,0
	No responde	3	1,0	1,0	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

Tenemos que un 38% de los Adultos Mayores del Programa de Vivienda, sienten que el gobierno responde a sus necesidades, como adultos mayores, un 61% que siente que el gobierno no responde a tales necesidades, porque no se canalizan en forma integrada, sería mucho más eficiente una coordinación interdisciplinaria de los servicios estatales a los que el adulto mayor debe recurrir frecuentemente como son el consultorio, municipalidad, hospitales, centros de pagos de pensiones etc.,

El envejecimiento es en si mismo un proceso cuya calidad está directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital. La persona es un ser de necesidades múltiples e interdependientes, por ello las necesidades humanas deben entenderse como un sistema en que las mismas se interrelacionan e interactúan y se satisfacen en tres contextos: en relación con uno mismo, en relación con el grupo social y en relación con el medio ambiente.

La satisfacción de las necesidades de la especie humana, es lo que condiciona la llamada “Calidad de Vida” y esta es, a su vez el fundamento concreto de bienestar social.

A) MOTIVOS DE LA PERCEPCIÓN

No sólo es relevante conocer las opiniones, de los sujetos de estudio, sobre si ellos sienten que el gobierno responde sus necesidades sino además indagar acerca de los motivos que llevan a tales opiniones por lo que se les consulto a lo Adultos Mayores del Programa de Vivienda a cerca de este punto, en donde obtuvimos los siguientes resultados:

CUADRO N 23
MOTIVOS DE LA PERCEPCIÓN RESPECTO DEL GOBIERNO
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
DE LA REGIÓN METROPOLITANA

MOTIVOS DE LA PERCEPCIÓN DEL GOBIERNO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Proporciona ayuda	86	28,7	29,0	29,0
	Falta más apoyo	55	18,3	18,5	47,5
	Mala calidad	30	10,0	10,1	57,6
	No nos escucha	41	13,7	13,8	71,4
	No cumple	81	27,0	27,3	98,7
	No responde	4	1,3	1,3	100,0
	Total	297	99,0	100,0	
Perdidos	99	3	1,0		
Total		300	100,0		

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

De acuerdo al cuadro N 23 podemos ver que existen dos categorías de motivos, uno de carácter positivo y el otro negativo los que pasamos a agrupar:

- **MOTIVOS POSITIVOS:** un 29% de los Adultos Mayores presentan motivos positivos sobre el gobierno y su respuesta a sus necesidades, manifestado en el comentario: “Proporciona Ayuda”.
- **MOTIVOS NEGATIVOS:** un 69% de los Adultos Mayores presenta motivos negativos sobre el gobierno y su respuesta a sus necesidades, manifestado en los siguientes comentarios: con un 27% “no cumple”; 18% “falta más apoyo”; con un 14% “no nos escucha”; con un 10% “mala calidad2.

Los adultos mayores se sienten postergados respecto de sus necesidades que les afectan, como tales, y sienten que no son escuchados o tomados en cuenta por que ya no forman parte de la población económicamente activa del país, pero han entregado gran parte de sus vida al trabajo y desarrollo de la sociedad, y luego ven disminuidas sus capacidades económicas, sociales y físicas, lo que produce un desmedro en su calidad de vida, entonces sienten que no reciben el apoyo suficiente del Estado.

6.2- PERCEPCIÓN DE APOORTE A LA SOCIEDAD

El “como” los Adultos Mayores se visualizan dentro de nuestra sociedad es parte muy importante de la vejez en general, sobre todo en lo que tiene que ver con la percepción que tienen ellos mismos respecto del aporte que ellos pueden darle a su sociedad.

Una de las formas propuestas por la Política Nacional del Adulto Mayor (1995), para alcanzar su objetivo general: Lograr un cambio cultural de toda la población sobre la valoración y trato hacia los Adultos Mayores, lo cual implica una percepción distinta sobre el envejecimiento y, alcanzar mejores niveles de calidad de vida para todos los Adultos Mayores, es:

*“..... Asumir que la gran mayoría de Adultos Mayores son sanos, que **pueden aportar mucho a la sociedad**, que pueden y necesitan estar activos, y que son capaces de mantenerse integrados en todos los ámbitos de la sociedad, incluso en el sector laboral.”(Ibíd.: 5)*

En este sentido, es que se indago acerca de las percepciones que tenían los Adultos Mayores del Programa de Vivienda sobre su percepción de ser un aporte a la sociedad en donde obtuvimos los siguientes resultados:

CUADRO N 24
PERCEPCIÓN DE SER UN APOORTE A LA SOCIEDAD
ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA ESPECIAL
DEL MINISTERIO DE VIVIENDA Y URBANISMO

PERCEPCIÓN DE SER UN APOORTE A LA SOCIEDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	248	82,7	82,7	82,7
	No	52	17,3	17,3	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

De acuerdo al cuadro N 24, podemos ver que el 83% de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda que siente ser una aporte a la sociedad frente al 17% que expresa no sentir un aporte.

A)- MOTIVOS DE LA PERCEPCIÓN

Se puede ser un aporte a la sociedad, como Adulto Mayor, desde la perspectiva de la experiencia tanto de vida, como desde lo laboral, teniendo en cuenta que el avance tecnológico ha facilitado el mejorar la calidad de vida de los individuos. Por otro lado para quienes sienten que no son un aporte a la sociedad lo pueden mirar desde la perspectiva del que los adultos son dependientes físicos y económicos, pasándose a sentir, con ello, una carga para la sociedad y no un aporte.

De acuerdo al cuadro N 25, tenemos que un 56% de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda manifiesta como motivos de su percepción de ser un aporte a la sociedad el tener experiencia; seguidos del 16% de los que aún se sienten capaces; y un 5% el tener sabiduría. Por otro lado tenemos un 6% que siente que no son un aporte a la sociedad por sentirse muy viejos; un 5% por ser olvidados y finalmente un 5% expresa que como adultos mayores deben descansar.

CUADRO N 25
MOTIVOS DE APOORTE A LA SOCIEDAD
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
DE LA REGIÓN METROPOLITANA

MOTIVO DE APOORTE A LA SOCIEDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Aún somos capaces	48	16,0	16,0	16,0
	Tenemos experiencia	169	56,3	56,3	72,3
	Tenemos sabiduría	14	4,7	4,7	77,0
	Debemos descansar	14	4,7	4,7	81,7
	Somos olvidados	15	5,0	5,0	86,7
	Estamos muy viejos	17	5,7	5,7	92,3
	No responde	23	7,7	7,7	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

Tal como observamos un 77% de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda sienten ser un aporte a la sociedad, dato que es muy importante en la vida psicológica de los sujetos ya que esto les permite ver su futuro con mayor optimismo y mejora su propio auto-concepto respecto de su vejez.

En cambio aquellos Adultos Mayores que no sienten ser un aporte su percepción esta visualizada hacia el interior es decir, se ven a sí mismo como un no aporte por su propia condición de vejez.

7- PERCEPCIÓN DE ELEMENTOS QUE INCIDEN EN CALIDAD DE VIDA

Es importante tener claro, por un lado, que la percepción es el primer proceso cognoscitivo, a través del cual los sujetos captan información del entorno, la razón de ésta información es que usa la que está implícita en las energías que llegan a los sistemas sensoriales y que permiten al individuo animal (incluyendo al hombre) formar una representación de la realidad de su entorno. Dicho proceso cognitivo permite, entonces al hombre hacer una representación de la realidad.

Ahora bien, esta realidad será distinta a cada sujeto ya que cada uno de ellos no sólo es distinto sino que además percibe la realidad de manera diferenciada, porque no sólo procesa distinto sino porque además su propia historia de vida, experiencias personales, grupo familiar de pertenencia etc., es distinto. Por otro lado es importante tener claro que la calidad de vida tiene que ver con una capacidad adquisitiva que permita vivir con las necesidades básicas cubiertas además de disfrutar de una buena salud física, psíquica y de una relación social satisfactoria.

7.1- PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

Dentro de las teorías cognitivas, es la de comparación social la que mejor plantea aspectos subjetivos en el concepto de calidad de vida. Esta teoría es bastante real,

en el sentido que dentro de las sociedades la comparación existe en la mayoría de los ámbitos.

El concepto de comparación social nace con la formulación de la perspectiva de la similitud de Festinger (1954), citado por Pyszczynski et al. (1985), la cual señala que:

“La gente estaría especialmente interesada en información concerniente a las opiniones y habilidades de sus similares, la que le permite al individuo evaluar su propio ajuste a las nuevas situaciones; la similitud incrementa el valor de la información que se puede obtener a través de la comparación” (Ibid: 196).

En cuanto a la subjetividad, se plantea que la comprensión de comparación es parte de las elaboraciones de la persona; la forma en que construye el mundo le va a dar a entender las pautas por las cuales debe recibir la información que le entregan las demás personas; de acuerdo a la imagen que tenga de sí misma va a compararse con realidades "mejores" o "peores".

Todo esto dependerá de la propia concepción de su realidad, de su vida personal, de sus vivencias, etc. Por último, es necesario una observación de la propia vida y de la propia realidad para llegar a una conclusión luego de hacer una comparación con otras personas o grupos, lo cual es parte de un proceso evidentemente subjetivo, ya sea cognitivo o emocional. A partir de esto, de las comparaciones, la persona considerará el propio bienestar subjetivo o calidad de vida.

De acuerdo a lo anterior es que se les consulto a los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda acerca de la percepción que tenían ellos respecto de su calidad de vida en donde encontramos, de acuerdo al cuadro N 26, que un 47% de los sujetos en estudio considera tener una mala calidad de vida, un 46% manifiesta tener una calidad de vida regular y finalmente un 6% de los adultos siente tener una mala calidad de vida.

CUADRO N 26
PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA
 ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
 DE LA REGIÓN METROPOLITANA

PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Buena	17	5,7	5,7	5,7
	Regular	139	46,3	46,3	52,0
	Mala	140	46,7	46,7	98,7
	No responde	4	1,3	1,3	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

Los resultados podemos decir que los Adultos Mayores expresan en su mayoría presentar una mala calidad de vida de acuerdo al proceso cognitivo que desarrolla cada uno de ellos respecto de los elementos presentes en su vidas que influyen en su subjetividad dando como resultado determinada percepción de ella.

Siempre desde el eje de la subjetividad, el hecho de entender conceptualmente "calidad de vida", se requiere comprender que, al concebirse: "vida" se hace referencia a una forma de existencia superior a lo físico únicamente puesto que se debería considerar el ámbito de relaciones sociales del individuo, sus posibilidades de acceso a los bienes culturales, su entorno ecológico-ambiental, los riesgos a que se encuentra sometida su salud física y psíquica, entre otros elementos; en otras palabras, además de sus nexos con los demás en la esfera social y comunitaria, trasciende a su individualidad. Pues bien, por lo tanto.

A) ELEMENTOS QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE VIDA

Cuando se habla de calidad de vida es necesario una observación de la propia vida y de la propia realidad para llegar a una conclusión luego de hacer una comparación con otras personas o grupos, lo cual es parte de un proceso evidentemente subjetivo, ya sea cognitivo o emocional. A partir de esto, de las comparaciones, la persona considerará el propio bienestar subjetivo o calidad de vida.

Frente a lo anterior es que se les consulto a los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda sobre los elementos que ellos consideraban como factores influyentes en su calidad de vida en donde obtuvimos los siguientes resultados:

CUADRO N 27
ELEMENTOS QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE VIDA
ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA ESPECIAL
DEL MINISTERIO DE VIVIENDA Y URBANISMO

ELEMENTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJES
Salud	87	29%
Familia	56	19%
Económico	42	14%
Participación	31	10%
Tranquilidad	38	13%
Entorno	31	10%
Emocional	15	5%
Total	300	100 %

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

De acuerdo al cuadro N 27, podemos observar que el 29% de los Adultos Mayores expresa que los elementos que influyen en su calidad de vida son los relacionados con la Salud; un 20% expresa que los elementos que influyen tienen relación con la Familia; un 14% que son elementos económicos; un 13% que son elementos que tienen que ver con la tranquilidad; un 10% que son elementos relacionados con la participación; otro 10% con elementos del entorno y finalmente un 5% expresa que los elementos tienen que ver con aspectos emocionales.

“La calidad de vida es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar

en un momento dado de la vida. Es un concepto subjetivo, propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno en el que vive como la sociedad, la cultura, las escalas de valores...”
(Reygadas D 2001:1)

B) MOTIVOS DE LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

Sin duda la calidad de vida en la vejez, como se observo en el cuadro anterior, tiene que ver con la seguridad económica; satisfactorias relaciones interpersonales, buen estado de salud física y psicológica; vivienda; etc., y ésta inclusión social se asegura por medio de infraestructuras de apoyo y redes sociales entregadas por el Estado y la Familia.

Así como los elementos son importantes a la hora de analizar la calidad de vida de los adultos mayores, también se hace necesario saber que motivos hay detrás de las percepciones que tienen los sujetos de su calidad de vida, por lo que les consultamos a los sujetos de estudio acerca de este aspecto en donde se obtuvieron los siguientes resultados:

CUADRO N 28
MOTIVOS DE LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ESPECIAL DE VIVIENDA
DE LA REGIÓN METROPOLITANA

MOTIVOS DE LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No se siente bien	79	26,2	26,2	26,2
	No es capaz de hacer cosas	45	15,0	15,0	41,2
	Se siente solo	8	2,7	2,7	43,9
	Problemas económicos	12	4,0	4,0	47,8
	Se da ánimo para hacer cosas	8	2,7	2,7	50,5
	Aprovecha las ventajas de esta etapa de la vida	15	5,0	5,0	55,5
	No responde	134	44,5	44,5	100,0
	Total	301	100,0	100,0	

FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

De acuerdo al cuadro N 28, un 26% de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda sostienen que como motivos de su percepción sobre la calidad de vida tienen que ver con no sentirse bien, seguido del 15% de adultos que manifiesta que su motivo es

no sentirse capaces de hacer cosas; un 5% expresa que aprovecha las ventajas de esta etapa; un 4% presenta el motivo problemas económicos; un 3% que se siente solo y finalmente un 3% de los adultos expreso que se da animo para hacer las cosas.

No se puede hablar de calidad de vida sin considerar las diferencias individuales, sin considerar la importancia de lo subjetivo que rodea a ésta y lo más importante sin olvidar que se está hablando de la felicidad de las personas. Todo esto dependerá de la propia concepción de su realidad, de su vida personal, de sus vivencias, etc.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES GENERALES

Este estudio Describe las percepciones de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda de la Región Metropolitana sobre las características que influyen negativamente en la calidad de vida , empleando las teorías relacionadas con la vejez como la generacional; del ciclo de vida; psicológica; de la adaptación; de la actividad; sociológica; de la subcultura; de la gerontología crítica; de la modernización; y las teorías biológicas, aspectos de la vejez; políticas sociales del adulto mayor; y calidad de vida y necesidades, como marco teórico que da cuenta del fenómeno en estudio

Ésta mirada multidimensional ha permitido un acercamiento diferente a la temática de la calidad de vida de los Adultos Mayores, logrando establecer categorías de análisis para comprender y establecer las características que influyen en ella preexistentes al envejecimiento.

Las preguntas de investigación que guiaron nuestro trabajo – como se señaló en el planteamiento- se orientaron a describir las percepciones de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda de la Región Metropolitana sobre las características que influyen negativamente en la calidad de vida, examinándolas desde cinco dimensiones: demográficas; patológicas; económicas; familiares y sociales.

Desde la dimensión Demográfica se pudo caracterizar el sexo; la edad; estado civil; estado educacional; estado laboral; sistema de atención de salud; y sistema previsional. Del mismo modo, desde la dimensión Patológica se pudo caracterizar la situación física (enfermedades; invalidez; controles, vacunaciones, y actividades recreativas) y la situación psicológica (estado de ánimo y discriminación).

Se logró además, desde la dimensión Económica caracterizar el subsidio; alimentación complementaria; ingreso; y financiamiento del hogar. Desde la dimensión Familiar, logramos señalar tipo de familia; existencia de pareja; relaciones familiares; y referente de emergencia.

Finalmente en la dimensión social logramos identificar participación en organizaciones sociales; programas estatales; proyectos del adulto mayor; y participación en curso de capacitación de monitor turístico.

En un primer momento, con los datos obtenidos a través de un cuestionario logramos alcanzar nuestro primer objetivo propuesto, el cual hace referencia a la descripción de las características de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda de la Región Metropolitana. En un segundo momento, con los datos obtenidos de los focus groups logramos alcanzar el segundo objetivo establecido, el cual hace referencia a descripción de las percepciones de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda de la Región Metropolitana sobre las características que influyen negativamente en la calidad de vida

De acuerdo a lo anterior es que en el Capítulo V, en la **DIMENSIÓN DEMOGRÁFICA** logramos señalar, respecto del *Sexo*, que la composición de la muestra esta conformada en un 75% de mujeres y un 24% de hombres. Sobre la *Edad* de los sujetos un 24% tienen entre 65 a 70 años, un 22% entre 71 a 75 años, un 32% entre 76 a 80 años y un 21% entre 80 y más años.

En relación al *Estado Civil* señalamos que un 56% son viudos/as, un 30% son solteros/as, 12% son casados/as y un 2% separados/as. En el *Estado Educativo* un 22% de los adultos mayores no ingresaron al sistema educacional, 50% tienen básica incompleta, 17% básica completa, 8% enseñanza media incompleta, 2% media completa, y 0,3% superior incompleta.

La *Situación Laboral* de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda de que fueron encuestados, nos arroja que un 2% se encuentra ocupado, trabajando. Un 15% desocupado, es decir buscando trabajo, 63% es dueña de casa, y finalmente un 20% de los encuestados es dueño de casa.

En el *Sistema de Salud* un 71%, de los adultos mayores esta en FONASA, 28% tarjeta de gratuidad y un 0,3% otro sistema de salud sin especificar. Finalmente en el *Sistema Previsional* el 88% de los sujetos de estudio pertenece al INP, 5% en Rentas Vitalicias, 1% AFP, y 5,3% “otro” sistema previsional sin especificar.

En la **DIMENSIÓN PATOLÓGICA**, que consta de dos ámbitos, uno físico y otro psicológico. Logramos establecer que en el **Ámbito Físico** un 51% de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda presenta una *Enfermedad* frente al 7% que no. Un 38% tiene hipertensión, 27% osteoporosis, 20% diabetes, 14 % reumatismo y un 1% sufre de Artritis. Un 37% no asiste a *Tratamiento* frente a un 60% que si se trata la enfermedad. En relación al *Tratamiento de la en Enfermedad*, un 39% de los sujetos de estudio no quiere tratar su enfermedad, un 38% no puede tratarse, y un 21% manifiesta que no se tratado su enfermedad porque no hay hora en el consultorio.

En relación a la existencia de *Invalidez*, logramos establecer que un 39% de los Adultos Mayores presenta un tipo de invalidez frente a un 61% que no. Del *Tipo de Invalidez* un 22% manifiesta tener postración o problemas de desplazamiento, 12% sordera, y un 3% ceguera. Un 28% recibe *Ayuda Técnica*, 24% no la ha recibido y un 48 % no responde la pregunta.

También en el ámbito de físico establecimos que un 89% de los Adultos Mayores se *Controla* en su consultorio frente al 9% que no. De los *Motivos de asistencia a Control*, un 52% se controla como medida preventiva, y un 25% para cuidarse. De los que no asisten a control un 35% es porque no esta enfermo, 23% no quiere controlarse, y 31% declara que no puede. Sobre la *Vacunación* un 97% de los sujetos se vacuna frente a un 2% que no lo hace.

Finalmente, dentro del ámbito físico, un 67% de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda realiza una *Actividad Recreativa* y un 33% no practica ninguna. Dentro de las *Razones* que dan los sujetos del por qué no realizan alguna actividad recreativa un 44 % no puede, 27% no le gusta, y un 20% no por tener dinero. Del *Tipo de Actividades* que realizan los Adultos Mayores un 88% camina y un 12% no. Un 13% lee y un 87% no. Un 6% hace gimnasia y un 94% no. Un 27% realiza manualidades y un 73% no. Un 11% práctica jardinería y un 89% no. Finalmente un 6% baila frente al 94% que no realiza tal actividad.

En el **Ámbito Sicológico**, como parte de la dimensión patológica, logramos establecer que un 52% de los Adultos Mayores dicen tener un buen *Estado de Ánimo*, 36% regular y un 6% reconoce tener un mal estado de ánimo. Respecto del tema de la *Discriminación* un 57% nunca ha sido discriminado, 39% a veces y un 4% siempre. El *Tipo de Discriminador* identificado por los sujetos de estudio corresponde en un 18% a jóvenes, 14% vecinos, 5% servicios públicos y un 3% la sociedad en general

“Debemos tener claro que las personas claves en el problema de envejecimiento son los grupos de edad más joven, por que son ellos los que determinan el status y la posición de tales personas en el orden social” (Papalia, 1990:503).

En la **DIMENSIÓN ECONÓMICA** logramos señalar que un 83% de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda reciben algún tipo de *Subsidio* frente al 16% que no recibe. Del *Tipo de Subsidios* un 14% corresponde a pensión y subsidio del agua, 11% subsidio de agua y luz, 9% subsidio de agua, 6% pensión, y 3% subsidio de luz. Sobre la *Alimentación Complementaria* un 75% de los sujetos de estudio la recibe frente al 21% que no.

En relación a *Ingreso* un 29% percibe dicha entrada económica mientras que un 71% no lo recibe. La *Procedencia del Ingreso* corresponde en un 18% a los hijos, 6% a

trabajos esporádicos, 4% a familiares, y un 1% a parejas. *El Financiamiento del Hogar* de los adultos mayores en un 72% es propio, 17% propio y con apoyo de hijos; 5% propio y con apoyo de parejas, y un 2% propio y con apoyo familiar.

En la **DIMENSIÓN FAMILIAR** alcanzamos a identificar que los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda *Conviven* en un 85% solos, 8% con un familiar y un 6% con su pareja. La existencia de *Pareja* se encuentra en el 9%, mientras que un 90% no tiene. El *Tipo de Relaciones Familiares* de los sujetos son un de un 49% buenas, 40% regulares y 6% malas. Un 36% acude a un familiar fuera del hogar en como **Referente en Caso de Emergencia**, 34. % a un vecino, 9% a un familiar al interior del hogar, y un 16% no tiene a quien recurrir.

Finalmente en la **DIMENSIÓN SOCIAL** logramos mencionar que un 60% de los Adultos Mayores *Participa en una Organización Social* frente al 40% que no participa. De éstos últimos, los *Motivos* de no participación están en 38% no participa porque no le gusta, 34% no le interesa participar, 16% no puede, y un 5% no tiene acceso a una organización social. Dentro del tipo de organización de los sujetos de estudio que si participan un 63% lo hace en un centro de adultos mayores, 34% en junta de vecinos, 2% en club deportivo y un 1% no especifica.

En relación de *Participación de Curso de Alfabetización*, por parte de los Adultos Mayores, un 7% ha participado frente al 92% no ha participado. Dentro de los *Motivos* de no participación un 42 %no supo que había un curso, 40% no se interesó y un 10 % manifiesto que no lo necesitaba. Respecto de la *Participación en Cursos de Capacitación* un 73% no ha participado frente al 24% que si. De los *Tipos de Curso de Capacitación*, en los que han participado los adultos mayores, un 5% corresponde a confección, 18% manualidades, 16% cocina, 11% electricidad y 10% Gasfiteria. De los *Proyectos de Adultos Mayores*, un 38% ha participado y un 59% no. En el curso de *Capacitación de Monitor Turístico* un 96% ha participado y un 3% no.

Dando respuesta a nuestro segundo objetivo general, logramos establecer en la **DIMENSIÓN DEMOGRÁFICA** que la **Edad** para el 57% de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda, influye negativamente en la calidad de vida, cuyas percepciones radican en argumentos de tipo: laboral; acceso a la salud, independencia y estado de salud.

“Sólo porque cumplí los 65 años tuve que jubilar siendo que todavía soy joven y puedo trabajar.... mi edad me perjudico” (Entrevistado 1)

Del Valle (2002: 49) habla sobre este punto entre la edad que se tienen y el sentimiento de juventud que existe aun en mucho de los adultos mayores, tal como lo expreso el entrevistado 1. *“Se asume que frente a cada edad se da un determinado sentimiento. El punto de partida de esta edad sentida es la realidad subjetiva de cada hombre y cada mujer, la definición que la persona hace de sí misma”*

Chawla (1988) afirma que los ancianos no siempre son dependientes a causa de su decadencia física, sino que lo son frecuentemente debido a la forma como son tratados, categorizados socialmente y a las presiones que se ejercen sobre ellos.

“Mi familia cree que por que tengo 75 años estoy vieja para andar sola en la calle, hace dos años nadie me decía nada, ahora opinan por mi, por mi edad”. (Entrevistada 9)

Establecimos que el 73% de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda, siente que su **Género** influye negativamente en la calidad de vida, cuyas percepciones radican en argumentos de tipo: responsabilidades domesticas, roles de pareja, y rol de proveedor.

El genero como sistema de clasificación de las personas, va a determinar profundamente la manera en que hombres y mujeres experimentan su vida. En tal sentido,

el género se constituye en un importante componente a considerar en el envejecimiento y la vejez, dado que influye a lo largo de todo el ciclo vital de las personas.

Según Barros (1994), la falta de tareas específicas conlleva la dificultad para saber en qué concentrar los esfuerzos y en qué volcarse de modo de actualizar las propias potencialidades. Cada individuo que envejece debe crearse un personaje e improvisar su actuación.

“ Como yo y mi marido estamos jubilados, él pasa todo el día en la casa sin ayudarme hacer los quehaceres domésticos..... como soy mujer soy yo la que tiene que hacer todo sin ayuda y eso me da rabia”

(Entrevistada: 5).

En general los Adultos Mayores de sexo masculino una vez jubilados, no lograron renunciar a su posición de autoridad y jefatura, por aporte de ingreso al hogar, no logrando cerrar el ciclo de productividad, desarrollando con ello un sentimiento de frustración, constituyendo esta temática en un problema conyugal.

“A mi ser hombre y más encima ser adulto mayor me hace sentir mal porque se supone que porque soy el hombre de la casa tengo que mantenerla, pero como la jubilación no me alcanza para todos los gastos, siento que ya no soy el hombre de la casa, me siento mal por no mantener mi hogar yo como lo había hecho toda la vida, siento que me respetan menos.... Eso me molesta mucho” (Entrevistado 2)

Logramos establecer que el 75% de los Adultos Mayores sientes que su **Estado Civil** influye negativamente en su calidad de vida, cuyas percepciones radican en argumentos de tipo: soledad; ingreso; responsabilidades conyugales; molestias familiares; dolor por pérdida; y quehaceres domésticos.

“Yo soy soltera y lo malo de ser soltera y adulto mayor es que me siento muy sola, no tengo con quien compartir mis cosas y eso me pone triste”
(Entrevistada 2)

Las normas o reglas familiares deben quedar claras y con un contenido coherente, procurando favorecer de forma progresiva el incremento de su autonomía y su responsabilidad. Igual de nítidos han de ser los límites, como las consecuencias que trae consigo el hecho de saltarse éstas normas.

“A mi me afecta ser adulta mayor y estar casada porque mi marido esta todo el día en casa y no me ayuda hacer nada. Si yo cocino él podría regar el patio, pero nada, todo lo tengo que hacer yo. Yo preferiría estar sola a estar casada”
(Entrevistada: 1)

Establecimos que el 91% de los Adultos Mayores siente que su **Estado Educativo** influye negativamente en su calidad de vida, cuyas percepciones radican en argumentos de tipo: analfabetismo; ayuda escolar; falta de conocimientos; optar a mejor pensión; optar a mejor jubilación; y frustración

“A mi hasta el día de hoy me influye negativa en mi calidad de vida el no haber ido nunca al colegio porque no se leer y escribir, y eso siempre me ha perjudicado, ahora que soy viejo a veces me piden que lea sobre mis derechos, que participe de algún curso de capacitación o que hace bien leer, pero no sé ni leer ni escribir, eso lo voy a lamentar siempre” **(Entrevistado: 2)**

Barros (2004) plantea que la educación influye además en la percepción de auto-eficacia, es decir, en la capacidad de los adultos mayores de tener control sobre lo que les ocurre. Por tanto, la persona educada adopta un rol activo frente a su proceso de envejecimiento.

Esta variable también afecta la forma en que se percibe a la sociedad. A menor nivel educacional, los adultos mayores tienen una sensación de que el mundo es más hostil hacia ellos.

“Siempre me voy a arrepentir no haber terminado mi enseñanza media, porque hubiera optado a mejores trabajo y ahora tendría una mejor pensión, por eso siento que me perjudica negativamente mi calidad de vida” (Entrevistado: 9)

También establecimos que el 88% de los Adultos Mayores siente que su **Estado Laboral** influye negativamente en su calidad de vida, cuyas percepciones radican en argumentos de tipo: falta de ingreso; sentimiento de inutilidad; y desarrollo personal

“Actualmente soy dueño de casa, inactivo como dirían, porque me jubile de mi trabajo, pero quiero trabajar pero no me dan trabajo por mi edad. El no poder trabajar me hace sentir inútil, me siento mal es no trabajar y siento que es injusto porque todavía puedo trabajar, por eso creo que el ser dueño de casa me perjudica en mi calidad de vida” (Entrevistado: 10)

El director del Servicio Nacional del Adulto Mayor, plantea que necesitamos un cambio cultural, que todos, no sólo los empresarios, tomen conciencia de que el adulto mayor no es una persona llena de enfermedades, como era la imagen hace 10 o 20 años, sino un individuo activo y que puede aportar mucho a la sociedad, tanto en el mundo laboral como en el voluntariado, en las juntas de vecino, en la cultura, etcétera.

En este plano laboral, y respondiendo a las necesidades de los Adultos Mayores para mejorar su calidad de vida es importante plantearse una integración socioeconómica de estos y la mejor forma de realizarlo es a través de políticas públicas, que sean capaces de entender a los ancianos, como un potencial para el desarrollo del país. En otras palabras, solo si se parte de sus necesidades propias, básicas y existenciales se podrá pensar en elaborar modelos y estilos de desarrollo, que ayuden además a fortalecer los elementos culturales rescatando sus propias habilidades y capacidades.

Establecimos que el 6 % de los Adultos Mayores siente que su **Sistema Previsional** influye negativamente en su calidad de vida, cuyas percepciones radican en el argumento de tipo: inestabilidad económica futura

“ Yo pertenezco a una AFP y ya sé que mi pensión me va a durar solo 7 años más, y ¿después?, eso me preocupa todos los días, me estresa saber qué va pasar después” (Entrevistada: 3)

De acuerdo a los resultados de los siete componentes, elegidos para este estudio, de los **aspectos demográficos** que inciden en la calidad de vida de los sujetos en estudio (género, edad, estado civil, educacional, laboral, sistema de atención de salud, y sistema previsional), podemos concluir, de acuerdo a los porcentajes y comentarios de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda, que en general influyen negativamente en la calidad de vida de los sujetos de estudio, para lo cual se requieren intervenciones diferenciadas que permitan el pleno desarrollo sicosocial de los sujetos , y que éstas se adapten a tales cualidades y que no sean los adultos mayores quienes de adapten a programas y proyectos ya que éstos deben ser construidos en su diseño y aplicación con los propios adultos mayores.

De acuerdo a lo anterior, se necesitan intervenciones que sean acordes a las características demográficas de los adultos mayores, aspectos demográficos que no se pueden modificar en su estructura, pero si se puede trabajar a partir de ellos, y además se pueden redireccionar las percepciones negativas que tienen los adultos mayores respecto de tales características que permitan un mejoramiento de tipo Sicológico en los sujetos de intervención. Por ejemplo, si se va a impartir un taller de electricidad y se sabe que un determinado porcentaje de los adultos mayores no sabe leer, la solución va en adaptar el taller para analfabetos en vez de solo incluir a sujetos que sepan leer y escribir, ya que todo oficio puede ser aprendido en la práctica y no en lo teórico. Sólo mediante esta primicia es que los adultos mayores sentirán realmente que existe la inclusión social y podrán desarrollar su habilidades y capacidades, elementos que contribuyen a mejorar su calidad de vida.

En la **DIMENSIÓN PATOLÓGICA**, en su aspecto físico, señalamos que el 51% de los Adultos Mayores siente que la **Enfermedad** que padecen influye negativamente en su calidad de vida, cuyas percepciones radican en argumentos radican en las dolencias que sufren como efectos de las enfermedades

“Yo tengo Osteoporosis y me duelen los músculos y la columna, y se que eso influye en mi calidad de vida” (Entrevistada: 7)

“Tengo Reumatismo y también tengo problemas en las articulaciones y dolor de huesos y eso me provoca problemas cuando me sale algún trabajo por ahí”.
(Entrevisto: 7)

Es importante de mencionar en este punto, que además establecimos que el 37% de los enfermos no se controla la enfermedad, un 39% de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda presenta algún tipo de invalidez como: ceguera; problemas de desplazamiento y sordera, problemas que indudablemente influyen de manera negativa la calidad de vida de éstos sujetos de estudio. Finalmente es relevante agregar que un 9% de los Adultos Mayores no se controlan en sus respectivos consultorios.

Respecto del Estado Físico, señalamos que el 60% de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda, tienen un estado físico regular, 26% bueno y un 13% malo. Establecimos, además, que el 60% de los Adultos Mayores siente que su **Estado Físico** influye negativamente en su calidad de vida, cuyas percepciones radican en argumentos de tipo: acompañamiento; económico; desplazamiento; y asistencia a eventos.

“Por mi regular estado físico, a veces, tengo que pedir que me acompañen a la feria o al súper a algún familiar. Lo malo es que no siempre hay alguien que te acompañe, por eso pienso que mi estado de salud regular me influye en mi calidad de vida” (Entrevistada: 9)

“En mi caso como tengo problemas de desplazamiento, mi estado físico es malo, por lo que me impide muchas veces hacer tramites o realizar algún trabajo y eso me perjudica mucho en mi calidad de vida” (Encuestado: 1)

Señalamos que el 31% de los Adultos Mayores siente que su la **Realización de Actividades Recreativas** influyen negativamente en su calidad de vida, cuyas percepciones radican en argumentos de tipo: dolor de huesos; gasto económico y no tener amigos.

“Yo camino como actividad, el médico me lo recomendó, pero después de caminar como a la media hora me empiezan a doler los huesos y columna, supongo que es por mi enfermedad, pero me influye en mi vida porque después tengo problemas para hacer las cosas de la casa” (Entrevistada: 9)

“Para mi el no participar de ninguna actividad recreativa hace que tenga muy pocos amigos y me aburra más” (Entrevistado: 1)

De acuerdo a los resultados de los siete componentes que influyen negativamente en la calidad de vida de los sujetos en estudios, elegidos para este estudio, de los **aspectos patológicos físicos** (existencia de enfermedades - tipos, tratamientos-, invalidez – tipo, ayuda técnica- , asistencia a controles, vacunaciones y actividades recreativas, podemos concluir, de acuerdo a los porcentajes encontrados y comentarios recogidos de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda, que en general influyen negativamente en la calidad de vida de los sujetos de estudio, aspecto que es uno de los más importantes en la calidad de vida de una persona: la salud. Por lo tanto de requiere intervenir de manera inmediata en tales adultos desde la aplicación de las políticas sociales destinadas a este tipo de sujetos como son la asistencia a controles de las enfermedades, tratamientos, vacunaciones, ayuda técnica y evaluación medica de las actividades recreativas que desarrollan, lo que permitirá que mejoren físicamente con ello contribuir a mejorar la calidad de vida en esta dimensión.

Respecto a los aspectos psicológicos, podemos señalar que el 46% de los Adultos Mayores siente que su **Estado de Ánimo** influye negativamente en su calidad de vida, cuyas percepciones radican en argumentos de tipo: salud psicológica; inactividad social; malas relaciones; participación social; e inasistencia a compromisos.

“Como mi estado de ánimo es malo me siento depresiva, me afecta mi salud psicológica mi estado de ánimo, y eso sin duda me afecta negativamente mi calidad de vida”. (Entrevistada: 7)

“Mi estado de ánimo es regular, así que a veces todo me molesta, cualquier cosas y es ahí donde empiezo a tener problemas de relaciones con mi pareja o mi familia, porque todo me molesta, eso me afecta en mi calidad de vida” (Entrevistada: 7)

Señalamos que el 24% de los Adultos Mayores siente **Ser de la Tercera edad** influye negativamente en su calidad de vida, cuyas percepciones radican en argumentos de tipo: incapacidad; olvido; y depresivo.

“Del sólo hecho de saber o que me digan que soy de la tercera edad me hace sentirme incapaz, me siento incapacitado por el sólo hecho que me digan que soy de la tercera edad, siendo que soy muy capaz de hacer muchas cosas” (Entrevistado: 4)

De acuerdo a los resultados de los tres componentes, elegidos para este estudio, de los **aspectos patológicos psicológicos** (estado de ánimo - tipo y elementos que influyen- , Existencia de discriminación - tipo de discriminador, y sentimientos de ser de la tercera edad), podemos concluir, de acuerdo a los porcentajes encontrados y comentarios recogidos de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda, que éstos influyen negativamente en la calidad de vida de los sujetos de estudio de manera importante, por lo que se requiere intervenir de manera urgente en los sujetos de estudio ya que las consecuencias de tipo psicológica seguirán influyendo en aspectos físicos, como ausencia de actividades recreativas, aspectos familiares, como inadecuadas relaciones familiares,

aspectos sociales, como baja participación en organizaciones sociales , y en propio aspecto de salud sicológica al poder desarrollar algún tipo de depresiones, lo que en su conjunto deteriorará más la calidad de vida de los adultos mayores.

Sobre la **DIMENSIÓN ECONÓMICA**, podemos mencionar que el 70% de los Adultos Mayores siente que el **Subsidio** influye negativamente en su calidad de vida, cuyas percepciones radican en argumentos de tipo: la precariedad de las pensiones.

“Yo recibo una pensión Municipal y es muy precaria, no alcanza para nada, debería ser mayor” (Entrevistada: 9)

De acuerdo a los componentes te escogido para la **dimensión económica**: Subsidio, alimentación complementaria, ingreso familiar y procedencia del ingreso, podemos concluir que estos influyen negativamente en la calidad de vida de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda para lo cual se requiere materializar, con urgencia, uno de los objetivos instrumentales de la Política Nacional del Adulto Mayor (Op. Cit.) que el de “Mejorar los sistemas de atención a los pensionados”. Este objetivo plantea la necesidad de emprender un conjunto de acciones que simplifiquen los sistemas de atención a los pensionados, facilitando así su acceso a ellos, se hace fundamental para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. Sólo mediante el aumento en los ingresos de los sujetos de estudio, ya sea viña estatal o familiar, es que éstos podrán desarrollar en parte o en su plenitud otros aspectos de la vida en general con ello mejorar la calidad de vida.

En relación a la **DIMENSIÓN FAMILIAR** , identificamos que el 74% de los Adultos Mayores siente que su **Con quien Vive** influye negativamente en su calidad de vida, cuyas percepciones radican en argumentos de tipo: falta de ingreso; falta de apoyo emocional; falta de responsabilidades; y problemas de convivencia.

La familia normal, se basa en una agrupación de palabras que según Bourdier (1997) adquiere el carácter de preceptos:

“Un conjunto de individuos emparentados, vinculados entre sí ora por alianza, el matrimonio, ora por filiación, ora más excepcionalmente por adopción (parentesco), y que viven todos bajo el mismo techo (cohabitación)”. (Ibíd.:127).

“Al vivir solo uno siente la necesidad de compartir con otra personas las cosas que le van ocurriendo en el día, o al vivir solo uno tiene una falta de apoyo emocional y económico de otros” (Entrevistado: 4)

La familia como función principal es garantizar la permanencia de la especie humana, satisfaciendo las necesidades básicas, de afecto, de seguridad y protección mutua, de identidad de grupo (clase o sector de clase); por tanto es éste espacio social que garantiza el desarrollo del sí mismo y de la identidad social de los niños de ambos sexos, así lo plantea Pablo Miranda (2003)

“En mi caso yo vivo con familiares, mi hermana y una nieta de ella, y preferiría vivir sola a como estoy, porque tengo problemas de convivencia con mi hermana porque ella quiere venir a mandar en mi casa, a disponer de las cosas sin mi permiso y más encima la nieta desordena todo el día y yo tengo que ordenar porque mi hermana no lo hace y ahí si que tenemos más problemas”.
(Entrevistada: 3)

Por una parte la familia opera como soporte emocional , particularmente en aquellas circunstancias en las cuales los jóvenes buscan un repliegue ante condiciones diversas, mientras que por otro lado se transforma en un soporte para el cumplimiento de estrategias colectivas de subsistencia.

La familia es la única institución que permanece a lo largo de la historia de la humanidad. Dulanto (2000) define a la familia como “ un grupo humano unido por lazos de consanguinidad o sin ellos, y que reunido en lo que considera su hogar, se intercambia afecto, valores y se otorga mutua protección”. De ahí que reconozca a la familia como el centro primario de socialización infantil y juvenil.

Identificamos que el 25 % de los Adultos Mayores siente que su el indicador existencia de *Pareja* influye negativamente en su calidad de vida, cuyas percepciones radican en argumentos de tipo: falta de distribución de tareas y falta de ingreso

“A mi me afecta estar soltera, vieja y sin pareja en términos económicos, ya que no me entra a mi hogar otro sueldo, jubilación o pensión algo que me ayudaría muchos a los gastos de la casa” (Entrevistada 4)

*“ Como yo y mi marido estamos jubilados, él pasa todo el día en la casa sin ayudarme hacer los quehaceres domésticos..... como soy mujer soy yo la que tiene que hacer todo sin ayuda y eso me da rabia”
(Entrevistada 5).*

La sociedad forma y confirma cierto tipo de familias, a su vez , la familia con su modo de ser forma y sostiene un determinado tipo de sociedad. La familia tiende a obtener algunas formas de estabilización a través de continuos acuerdos relacionados que nacen del acuerdo y balance de las definiciones recíprocas de las relaciones.

Estos acuerdos relacionales , denominados reglas, prescriben y limitan las conductas individuales en una gran variedad de medios. Las reglas contribuyen a determinar los “Mitos Familiares” que son: ciertas opiniones muy sistematizadas, compartidas por los componentes de la familia y referentes a sus respectivos roles familiares y a la naturaleza de su relación.

Las reglas familiares deben quedar claras, procurando favorecer de forma progresiva el incremento de su autonomía y su responsabilidad. Igual de nítidos han de ser los límites, como las consecuencias que trae consigo el hecho de saltarse estas normas.

La familia al estructurarse establece reglas generales que rigen la organización y funcionamiento global. Se forma la jerarquía con distintos niveles de autoridad , definiendo funciones y complementariedad . La Familia funciona en contextos sociales específicos ,

es parte de un barrio, comuna y país determinado. La familia no es ajena al contexto social de donde es parte.

“Los límites son las fronteras que protegen la diferenciación de los subsistemas. Están definidos por pautas que definen quienes participan y de que manera. Definidos con precisión permiten el desarrollo de las funciones específicas al interior de cada subsistema de parte de los individuos que lo integran” (Ibid:15)

Logramos identificar que el 37% de los Adultos Mayores siente que el **Tipo de Relaciones Familiares** influye negativamente en su calidad de vida. Cabe mencionar que el 87% de los adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda tiene regulares relaciones familiares. Las percepciones de los adultos, radican en argumentos de tipo: recarga de labores domésticas; falta de apoyo familiar; falta de demostración de afecto familiar; y ausencia de comunicación verbal

“Yo vivo con un hijo, él es soltero y no tiene hijos, pero a pesar que vivimos solos nunca tenemos momentos de familia, yo siempre le dije que lo quiero pero él nunca me demuestra afecto y eso si que duele mucho”

(Entrevistado: 10)

“Sólo por medio de establecimiento de relaciones cordiales con los hijos, los padres podrán esperar el tratamiento de algunos casos de perturbación emocional en sus orígenes y evitar que se desarrollen otros” (Montenegro, 1984 :669).

“Mi problema con mi familia es la falta de conversación, ósea no nos hablamos casi nada, nadie me pregunta nada, nadie dice nada, eso es muy desagradable que ya conversar es lo fundamental de la relación familiar” (Entrevistada: 3)

La Comunicación permite que se produzcan los procesos de transacción dentro de la familia.

“La comunicación se da naturalmente entre los miembros de la familia, la cual denominaremos conducta verbal, (que es a la vez la conducta digita) y la conducta no verbal (comunicación análoga o conducta no verbal)” . (Miranda , 2003:11)

Ambas conductas se dan en un contexto social determinado, que en una primera instancia de la al interior de la familia, luego en su contexto más amplio llámese barrio, población, comuna, ciudad etc., estos contextos son los que influyen en la conducta verbal y no verbal.

En este sentido, esta conducta verbal o no verbal puede significar transacciones , acuerdos que se establecen por el mecanismo de coacción lo que requiere constantemente de acuerdos que permitan decir cuándo, cómo, quiénes se relacionan los miembros de la familia.

“Estas transacciones e interacciones incluyen todos los símbolos y claves para dar o recibir información, vale decir, el lenguaje, lo corporal, todas aquellas conductas significan estar transmitiendo algún tipo de mensaje” (Ibid:13)

Identificamos que el 61% de los Adultos Mayores siente que su el ***Acompañamiento en Caso de Emergencia*** influye negativamente en su calidad de vida, cuyas percepciones radican en argumentos de tipo: problemas de desplazamiento; disponibilidad de tiempo familiar; gasto económico; e intromisión vecinal

“En mi caso cuando me siento mal y tengo que ir al médico por ejemplo, llamo a un familiar, llamo a mi hija por ejemplo, el problema es que a veces ella no tiene tiempo. Otras veces le aviso días antes pero depende de la disponibilidad de tiempo que ella tenga para realizar mis tramites” (Entrevistada: 7)

La socióloga Carmen Barros (op. cit.) Detectó que los adultos mayores comprenden la falta de tiempo de sus hijos, por lo que no hacen exigencias frente a ellos.

“El problema que yo tengo cuando tengo una emergencia es con mi vecina, ella siempre me acompaña a mis tramites, médico o cuando me tengo que pagar de la jubilación, pero lo malo que ella tiene es que es muy intrusa, me empieza hacer preguntas personales y eso me molesta de ella, a veces por ese motivo no la busco cuando tengo que hacer pero por otro lado es de gran ayuda para mí”
(Entrevistada: 5)

Cuando alguien precisa ayuda o suplencia para realizar alguna o algunas de esas tareas de la vida diaria, debido a una pérdida o disminución de su capacidad funcional nos encontramos ante un problema de dependencia.

De acuerdo a los resultados de los cuatro componentes (con quien vive , existencia de pareja, tipo de relaciones, y referente en caso de emergencia), elegidos para este estudio, de los **aspectos familiares** que influyen en la calidad de vida , podemos concluir, de acuerdo a los porcentajes y comentarios de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda, que en general influyen negativamente en la calidad de vida de los sujetos de estudio, para lo cual se requieren intervenciones que disminuyan los daños psicológicos que se pudieron observar en las opiniones de los sujetos de estudio como falta de apoyo emocional inadecuadas relaciones interpersonales y por sobre todo la construcción de roles de adultos mayores que respondan a las necesidades de éstos como es la redistribución de tareas en el hogar que permitan mejorar la calidad de vida de los adultos mayores en esta dimensión.

Para ello, la materialización del objetivo instrumental de la Política Nacional del Adulto Mayor la cual plantea que *“La familia es la instancia social en que el ser humano encuentra afecto, seguridad, reconocimiento y amor. En ella la persona satisface necesidades básicas esenciales para su adecuado desarrollo, lo cual cobra especial significación para el Adulto Mayor. Lo normal es que las personas de edad encuentren en*

sus hijos, hermanos y nietos, un sólido apoyo en lo material, en lo afectivo y en lo espiritual” (op. cit.).

Es fundamental intervenir en la familia en la dimensión relaciones y roles, variables que son el eje central de la dimensión familiar de los Adultos Mayores cuya dinámica disfuncional afecta psicológicamente a los sujetos , y cuyas consecuencias determinan en gran medida la calidad de vida de éstos.

En relación a la **DIMENSIÓN SOCIAL**, podemos mencionar que el 25% de los Adultos Mayores siente que su **Participación Organizacional** influye negativamente en su calidad de vida, cuyas percepciones radican en argumentos de tipo: malas relaciones con vecinos; factor económico; ausencia de amigos; y ausencia de apoyo.

“Yo participo en mi junta de vecinos, soy una vecina muy activa por lo mismo siempre hago preguntas, opino y muchas veces también reclamo, cosas que para algunos vecinos es molesto y me atacan. Así que con varios vecinos tengo malas relaciones, ese es mi problema de participar dentro de una organización, de que por ser como soy tengo problemas y lo peor es que a veces llego a mi casa enojada y de mal humor” (Entrevistada: 4)

En cuanto a las funciones de la red, segunda propiedad de las redes sociales según Sluzki (1996) , éstas se refieren al tipo de intercambio interpersonal que tiene lugar al interior de una red y se relacionan con aspectos tales como compañía social, apoyo emocional, guía cognitiva y consejos, regulación (o control) social, ayuda material y de servicios y acceso a nuevos contactos, entre otros. Desde ésta perspectiva, se observa la variedad de actitudes, agrupamientos, acciones, fines e intenciones que se que se agrupan bajo la noción de función de las redes, con un marcado sesgo funcionalista y utilitarista

“Yo tampoco participo en ninguna organización y siento la falta de apoyo en mi vida, porque se que si fuera a una organización conocería gente y me sentiría más apoyado como viejo” (Entrevistado: 2)

Uno de los objetivos específicos de la Política Nacional del Adulto Mayor (1995) que permite operacionalizar el objetivo general, “Fortalecer la responsabilidad intergeneracional en la familia y comunidad” plantea:

“La familia es la instancia social en que el ser humano encuentra afecto, seguridad, reconocimiento y amor. En ella la persona satisface necesidades básicas esenciales para su adecuado desarrollo, lo cual cobra especial significación para el Adulto Mayor. Lo normal es que las personas de edad encuentren en sus hijos, hermanos y nietos, un sólido **apoyo** en lo material, en lo **afectivo** y en lo espiritual. (Ibíd.: 7)

De acuerdo a los resultados de los tres componentes (participación social, gobierno y respuesta a necesidades, y percepción de ser un aporte a la sociedad), elegidos para este estudio, de los **aspectos sociales** que influyen en la calidad de vida , podemos concluir, de acuerdo a los porcentajes y comentarios de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda, que en general influyen negativamente en la calidad de vida de los sujetos de estudio, para lo cual se requieren intervenciones que fortalezcan la integración y permanencia organizacional, que permitan a los sujetos beneficiarse de sus cualidades con ello mejorar su calidad de vida.

Para ello, por un lado, se requiere realizar intervenciones con metodologías que permitan contribuir al logro de objetivo general de la política publica del Adulto Mayor no se esta concretando en su totalidad ya al constatar la mala valoración que tienen los propios adultos sobre ellos mismos.

“El objetivo de la política nacional para el Adulto Mayor es: Lograr un cambio cultural de toda la población sobre la valoración y trato hacia los Adultos Mayores, lo que implica una percepción distinta sobre el envejecimiento y, alcanzar niveles de

calidad de vida para los Adultos Mayores”.(Política Nacional del Adulto Mayor, 1995: 6)

Por otro lado, se necesita la coordinar y entregar las políticas sociales de los adultos mayores con las políticas sociales que se encuentran o benefician otra categoría social a las cuales pertenecen los adultos mayores como por ejemplo, el Programa: Mujer jefa de hogar. Dicho proceso permitirá a los Adultos Mayores satisfacer necesidades, mejorar su calidad de vida y revalorizar la acción del estado frente al envejecimiento.

Respecto de la **DIMENSIÓN AMBIENTAL**, podemos señalar que el 61% de los Adultos Mayores siente que el Gobierno no Responde a sus Necesidades, expresando dos categorías de motivos

- **MOTIVOS POSITIVOS:** un 29% de los Adultos Mayores presentan motivos positivos sobre el gobierno y su respuesta a sus necesidades, manifestado en el comentario: “Proporciona Ayuda”
- **MOTIVOS NEGATIVOS:** un 69% de los Adultos Mayores presenta motivos negativos sobre el gobierno y su respuesta a sus necesidades, manifestado en los siguientes comentarios: con un 27% “no cumple”; 18% “falta más apoyo”; con un 14% “no nos escucha”; con un 10% “mala calidad2.

Cuando hablamos del logro de nuestra sociedad en materia de aumento de la esperanza de vida, surge la necesidad de otorgarle a esos años mayor calidad de vida. Las políticas públicas están y estarán sistemáticamente tensionadas por más y mejores servicios para la población envejecida.

Logramos señalar que el 17% de los Adultos Mayores siente No *Ser Un Aporte a la Sociedad*, donde el 37% de los motivos de tal sentimiento tiene relación con “estamos viejos”, un 33% “somos olvidados” y un 30% “debemos descansar”.

En relación a la **DIMENSIÓN CALIDAD DE VIDA**, logramos identificar que un 47% de los Adultos Mayores sienten que tienen una mala calidad de vida, 46% regular y 6%

buena. Dentro de los elementos, que los sujetos visualizan, que influyen en la calidad tenemos un 29% salud, 19% familia, 14% económico, 13% tranquilidad, 10% participación, 10% entorno y un 5% emocional. Finalmente identificamos que un 48% de los motivos negativos de la percepción de la calidad de vida se encuentran con un 26% el no sentir bien, 15% no ser capaces de hacer cosas, 4% problemas económicos.

Solo mediante la intervención de las dimensiones del Adulto Mayor es que mejorara la calidad de vida de los adultos mayores partiendo de las percepciones que los sujetos tengan de sus características las que influyen en su calidad de vida, ya que ésta está compuesta de componentes subjetivos que sólo pueden ser rescatados a partir de los discursos de los Adultos Mayores.

APORTES DEL TRABAJO SOCIAL

En Chile el aumento de los Adultos Mayores los últimos años provocó que los gobiernos democrático, determinarán la necesidad urgente de diseñar políticas focalizadas a éste grupo etéreo cuya finalidad, en un primer momento era la de satisfacer las necesidades básicas, sobre todo aquellas vinculadas a la Salud, de éste grupo vulnerable, tarea que fue encomendada al Ministerio de Planificación. En un segundo, la acción gubernamental se profundiza y se determina diseñar políticas sociales para el Adulto Mayor que contribuyeran a mejorar su Calidad de Vida, abarcando todas las dimensiones del individuo, para so se crea la Política Nacional para los Adultos Mayores.

La Calidad de Vida de los Adultos Mayores entonces, paso a ser una preocupación relevante para el Estado y sus instituciones. En este marco político es que el Trabajo Social como disciplina se inserta y pasa a ser una de las profesiones ejes de intervención, puesto que sólo es ésta disciplina quien diagnóstica e intervienen en todas las dimensiones del ser humano y la cual puede vincular tanto las disciplinas restantes así como la convocatoria de otros profesionales a la acción, lo que en su conjunto permiten una intervención multidisciplinaria.

Intervenir como profesionales en la temática del envejecimiento o categoría social: Adultos Mayores se sustenta, por un lado, por el propio ámbito de intervención de la disciplina. El Trabajo Social como disciplina actúa en todas aquellas áreas de las relaciones humanas donde está presente el conflicto. En este sentido podemos decir que el Trabajo Social actúa en la temática del Envejecimiento en donde ésta presente el conflicto: Calidad de Vida.

Fernández García (2005), Citado por Caro Osvaldo (2006:1), plantea que la acción social, del trabajo social, ha sido entendida como las diversas formas de intervención de las problemáticas que afectan a los más desfavorecidos de la sociedad. En esta línea no cabe duda que los adultos mayores, como fenómeno social, forman parte de éstos grupos más desfavorecidos de nuestra sociedad chilena.

Por otro lado, como profesionales de área social trabajar con Adultos Mayores y Calidad de Vida se sustenta de la propia definición de la disciplina. La Federación Internacional de Trabajadores Sociales y la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social, definen Trabajo Social como:

*"La profesión que promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación del pueblo para **incrementar el bienestar**. Mediante la utilización de teorías sobre comportamiento humano y los sistemas sociales, el trabajo social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de los Derechos Humanos y la Justicia Social son fundamentales para el Trabajo Social". (Wikipedia, 2009:1)*

Como podemos constatar, coloca el tema de la Calidad de Vida (bienestar) como su fin último. Agregan, además, que hay una gran diversidad de ámbitos de desempeño, en el cual el Trabajo Social, realiza su intervención social, en donde están todos aquellos sectores que precisan de una atención especial, *Tercera Edad*, personas con discapacidad, personas maltratadas (en especial, mujeres, menores y ancianos), reclusos, víctimas del terrorismo, inmigrantes, menores exclusión social, minorías étnicas, drogodependencias y adicciones, emergencia social, prostitución, entre otros ámbitos.

La Psicología de la Intervención Social, plantea que la que la Intervención Social, es una actividad profesional que en su evolución histórica surge como respuesta a la necesidad de analizar y actuar sobre los problemas de las interacciones personales en sus diversos contextos sociales. Su continua acción, reflexión e investigación tiene como principal marco de referencia la Psicología Social, la Antropología, la sociología, Trabajo Social y otras disciplinas afines.

En esta misma línea la Gerontología Social, corrientemente que se conoce como Gerontología., señala la existencia multidisciplinaria en este temática. En ella intervienen los trabajadores sociales, economistas, abogados, arquitectos y políticos. Como ciencias auxiliares cuenta con la demografía y la epidemiología.

Esta corriente estudia el lugar y la participación del adulto mayor en sociedad y cómo esta afecta el proceso de envejecimiento. Al respecto, el profesional de la gerontología social debe tener en su haber académico materias como sociología del envejecimiento, trabajo social, estadística, musicoterapia, psicogerontología. Se encarga del desarrollo de la investigación sobre las diversas problemáticas sociales relacionadas con la vejez, así como del diseño y aplicación de acciones tendentes a lograr el bienestar del anciano en el contexto social incidiendo sobre aspectos económicos, protección social, vivienda, educación para la vejez, interacción anciano familiar-comunidad e institucionalización, entre otros.

Frente a los planteamientos políticos, teóricos, estratégicos, disciplinarios -mencionados-, y a las propias conclusiones de la investigación realizada, es que se hace imperante abordar, en términos de intervención, los factores que se encuentran presentes en los Adultos Mayores, que permitan mediante su investigación y acción un mejoramiento en la calidad de vida de ésta categoría social, como objetivo fundamental de la profesión.

De acuerdo a la revisión literaria sobre los Adultos Mayores y Calidad de vida, en términos investigativos y teóricos, podemos sostener que el Aporte que puede realizar el Trabajo Social en esta materia es de carácter relevante, sólo “si”, se modifican dos principios lógicos de acción: cambiar las lógicas de intervención, desde la disciplina y cambiar las lógicas de acción desde el profesional:

El primer cambio en las lógicas de intervención es el de entender el fenómeno social desde su complejidad e inserto dentro de un determinado entorno. Entonces un renovado Trabajo Social pensado no en la intervención del sujeto “adulto mayor-cliente-” como un todo, sino entendiéndolo desde la concepción de adulto mayor como sujeto-histórico-categorico, inserto en un contexto, es decir “adulto mayor”:

- **Sujeto:** Objeto y sujeto de su propio cambio, por lo tanto protagonista de la intervención
- **Histórico:** Valores, costumbres, normas, etc., y experiencia histórica, de la dinámica y consecuencias directas del fenómeno social

- **Categorico:** sujeto de intervención multi-categorico, es decir como adulto mayor (1era categoría social) pertenece , además, otras categorías sociales como por ejemplo: adulto mayor, femenino, viuda, jefa de hogar, analfabeta, etc. Cada una de sus características nos permiten conforman una unidad categorica, social, de análisis e intervención y permiten, además, con ello la orientación social que se le debe dar al sujeto , respecto a las respuesta institucionales de acuerdo a su categoría, por ejemplo la categoría : mujer jefa de hogar tiene la política social “Mujeres jefas de hogar”

Es relevante señalar en este punto, que cuando hablamos de sujeto histórico lo hacemos desde la perspectiva que éste, como objeto y sujeto de su propio cambio, tiene algo que decir respecto del fenómeno social, a partir de su vivencia, y sólo a partir del rescate del discurso del sujeto (opiniones y percepciones) es que se puede pensar en un dónde hacer, qué hacer, cómo hacer, cuándo hacer, etc., pues es en el discurso del sujeto donde estar los problemas sentidos y sus respuestas. Así lo observamos en los comentarios y argumentos que realizaron los sujetos de estudios, en las percepciones negativas de un aspecto de sus características generales, las que eran: problema y solución a intervenir, al mismo tiempo , por ejemplo:

A) PERCEPCIONES NEGATIVAS DEL GÉNERO FEMENINO QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE VIDA

A.1)- ARGUMENTO: RESPONSABILIDADES DOMÉSTICAS

“ Como yo y mi marido estamos jubilados, él pasa todo el día en la casa sin ayudarme hacer los quehaceres domésticos..... como soy mujer, soy yo la que tiene que hacer todo sin ayuda y eso me da rabia” (Entrevistada 5).

Este argumento, expresado por el sujeto, tiene intrínsecamente en el, el problema y la solución a tratar. Como podemos observar el Problema: falta de responsabilidades conyugales domesticas, y la Solución: redistribución de responsabilidades y/o creación del Rol generacional, en donde el rol de proveedor masculino termina para dar inicio al rol

conyugal el que trata de la distribución de tareas y funciones familiares del hombre dentro de un hogar jubilado.

. “El lenguaje es la morada del ser y la casa donde habita el hombre, el gran intérprete que responde a esa llamada y que en ella y desde ella desvela la inconclusión de su propio decir”. (Heidegger, 1996: 102)

En este sentido es relevante destacar, que la hermenéutica, como propuesta contemporánea de intervención social, evidencia la importancia de la interpretación y comprensión de los fenómenos sociales. Este enfoque, propone que el tipo de intervención a realizar, es la comprensión e intervención con los sujetos, como idea central de la propuesta.

Además es relevante recordar que la calidad de vida es compuesta por elementos subjetivos del sujeto , por lo tanto es sólo él quien puede hablar de ella. En esta misma línea, podemos afirmar que sino se reconoce la importancia de la participación del sujeto-histórico-categorico en la identificación de los factores que inciden de una u otra manera en su calidad de vida, no tendremos de ninguna otra fuente directa la información necesaria para intervenir de manera eficiente. Por otro lado la información que contiene el discurso del sujeto, permite detectar el tipo y cualidad de categorías sociales a las cuales pertenece el sujeto social, con ello la orientación social que se debe realizar, en este caso: categoría: “adulto mayor” (existencia de políticas sociales), categoría: “Mujer” (existencia de políticas sociales), categoría: mujer jefa de hogar (existencia de políticas sociales), y categoría: mujer y violencia psicológica (existencia de políticas sociales),

“Una posibilidad practica en la intervención profesional esta en el reconocer a la o las personas, con sus respectivas clausuras operacionales, por lo cual estarían cerradas y la entrada de información si bien es posible no necesariamente es incorporada por estos sistemas psíquicos” (Caro Osvaldo, 2006:1)

Cabe mencionar, que como Trabajadores Sociales somos los profesiones idóneos y privilegiados para trabajar en este tipo temáticas, ya que a diferencia del resto de profesiones del área social, nosotros constituimos el Rol de Mediador Social, es decir, actuamos como punto de enlace entre los recursos existentes (políticas sociales) y la

situación problema o fenómeno social a tratar, y estamos, además, formados con un gran bagaje teórico como la antropología, sociología, economía, psicología, etc. Y contenidos vinculantes como familia, grupo, feminismo, roles, etc., conocimientos que en su conjunto nos permiten tener una visión y campo de acción más acabados del fenómeno social.

Como Mediador Social, insertos en ésta temática del envejecimiento y contacto profesional con Adultos Mayores, requerimos para intervenir, de un proceso de preparación, de conocimientos, habilidades y estrategias, que nos permitan identificar claramente todo tipo de recursos a considerar y movilizar, estableciendo programas de intervención., de acorde a éste grupo etáreo.

Respecto de lo anterior es que se hace necesario que sea en el trabajador social donde se produzca el **segundo cambio lógico de acción**, que tiene relación con su funcionalidad profesional. No basta con que el profesional, que trabaja con adultos mayores, tenga conocimiento teórico, práctico y metodológico sobre envejecimiento, teorías, investigación, etc., si no se instruye, además, en términos teóricos de todas las teorías y enfoques que responden a las distintas categorías sociales que forman parte inherente del adulto mayor.

Un conocimiento que proponga un principio de acción que no ordene sino que organice, que no manipule sino que comunique, que no dirija sino que anime. (Edgar Morin, 1989:33)

Es decir un Trabajador Social de Adultos Mayores, con conocimientos, continuos, de genero, roles, dinámicas, etc., lo que permitirá que éste diseñe planes de intervención con los sujetos, de acorde a la diferenciación que existe entre cada uno los adultos mayores. Además se recomienda que éste actúe bajo dos premisas: a) entender que las acciones que realizan son alternativas seleccionadas dentro de otras alternativas (probabilidades), y b) que estas alternativas con las cuales se trabaja son de carácter” provisorio” (en un momento determinado), es decir hoy tal acción escogida (plan de intervención) puede servir y mañana pueden no responder a la necesidad, porque el sujeto, el fenómeno y el propio problema es dinámico, no es estático. Entonces cuando una alternativa de selección tomada, como plan de intervención deja de responder, se debe seleccionar otra alternativa de acción,

dentro de la gama posibilidades de acción de las cuales se dispone, y no dejar la intervención inconclusa o finalizada.

En este mismo punto, se hace necesario que éste, profesional, se vincule de manera directa con el resto de profesionales del área social, medida que contribuirá a la descripción, comprensión e interpretación del fenómeno, visualización de alternativas de acción y por sobre todo, comprensión e interpretación del sujeto y su entorno como parte y totalidad de un solo sistema.

Para Nicklas Luhmann (1997) la comprensión es una forma de observación y eventualmente una forma de descripción., el autor plantea que el punto de partida de toda teoría de la comprensión es una situación circular: situaciones que en sí mismas remiten a sí mismas, que van de la parte al todo y del todo a la parte.

“La comprensión no se alcanza en la sola observación, o en una descripción precisa, o en la relación de lo observado con otra situación, o en la pregunta por qué, la comprensión se produce cuando se proyecta lo anterior: observación, descripción, relación y razones, en la auto-referencia de lo comprendido, de tal manera que comprender es comprender el manejo de la auto-referencia”(Ibíd. 1997.:67)

Entonces, Sólo si se cambian los dos preceptos mencionados, y se actúa mediante los principios lógicos de: 1)- “comprender al adulto mayor como sujeto-histórico-categorico-, que es parte y todo como sistema y entorno dentro de un contexto determinado. Y 2) un actuar profesional multi-teórico-disciplinario-” con actuación en términos de probabilidad y provisionalidad”, es que la intervención social del Trabajo Social, tendrá un “otro sentido”, el que permitirá efectivamente materializar la finalidad de la profesión: promover y contribuir a una mejor calidad de vida de los sujetos, como parte de un verdadera trabajo social contemporáneo.

Paulo Freire (1970), nos enseña que no existe mucha distancia entre el pensar y el actuar. Cuando el pensar se desarrolla con la mezcla de conciencia, emoción y compromiso,

el pensar es actuar, cuestión que resulta relevante frente a los problemas que hoy afectan a los Adultos Mayores y su Calidad de Vida

En el Trabajo Social Contemporáneo existe una tendencia que favorece en la formación profesional la incorporación de pensamiento complejo y esta es la corriente que favorece los paradigmas de la Comprensión e Interacción, Fenomenológica, Interaccionismo Simbólico, Cibernética de Segundo Orden y el Constructivismo.

De acuerdo a lo anterior los trabajadores sociales del siglo XXI, requieren de la reflexión, análisis de los elementos culturales y de la cotidianeidad de los usuarios de los diferentes programas y estos elementos en una interacción compleja dada en una realidad dinámica y claramente diversa.

Trabajar entonces con Adultos Mayores, desde es el Trabajo Social, permite por un lado, intervenir en las áreas de promoción, prevención, tratamiento e inserción. Como profesión desde la promoción, se puede estimular a la práctica de hábitos saludables por parte de los adultos. Por otra área, contribuimos a prevenir situaciones de riesgo como: inasistencia a controles médicos, vacunaciones etc. Desde el área de la intervención o tratamiento, podemos tratar los daños identificados como área de tratamiento. Por ejemplo en aquellos casos donde se observe ausencia de demostraciones afectivas por parte de los hijos hacia el adulto mayor, es un indicador que desde la profesión se puede trabajar y si en imposibilidad del profesional se puede derivar a otros como psicólogos y/u orientadores familiares y finalmente desde el área de inserción social, podemos estimular a los adultos mayores a la incorporación de éstos a las redes sociales de tipo organizacional existentes en su contexto inmediato.

Como Trabajadores Sociales, además, podemos trabajar en las cinco dimensiones del sujeto: la individual (aspectos demográficos); patológicos; familiares; sociales; y ambiental, focalizando los esfuerzos sobre los efectos (daños) y causa al mismo tiempo, es decir, - siguiendo con el caso de ausencia e demostración emocional- se puede trabajar sobre el daño propiamente tal, la emoción, y sobre su causa, en este caso la familia. El

problema y solución son parte de un todo al igual que la causa y el efecto, por lo tanto intervención en ambas direcciones.

“La función del conocimiento del Trabajo Social es aumentar la habilidad de los sujetos en el manejo consciente y deliberado de su entorno” (Payne, 1991:15)

Finalmente cabe señalar que nuestro estudio giro en relación a las percepciones Negativas de las características que influyen en la calidad de vida de los adultos mayores, cuya intencionalidad era la de evidenciar en la Negatividad se podía encontrar el daño, donde el daño, como profesionales se nos presenta como posibilidad de intervención.

BIBLIOGRAFÍA

- Ander-Egg (1995) **Diccionario de trabajo social.** Alicante (España): Caja de Ahorros de Alicante y Murcia, 1981.
- Araneda, Daniela. (1995) **Nunca es tarde para aprender".** Revista Tiempo Seguro N° 42, Asociación Chilena de Seguridad, Santiago de Chile.
- Álvarez Perelló (1986) **La amistad en la edad avanzada** Revista Iberoamericana de Geriatria y Gerontología Vol. 12, No. 06, Jun. 1991., (Madrid)
- Allport, Floyd H. 1974 **El problema de la percepción,** Nueva Visión, Buenos Aires.
- Beauvoir, Simone (1970) **La Vejez.** Editorial Sudamericana. Buenos Aires S. A.
- Blanco, A. (1988). **La psicología comunitaria, ¿una nueva utopía para el final del siglo XX** *Psicología Comunitaria* Madrid, España
- Barros Lanzaeta Carmen (1991) **Factores que intervienen en el bienestar de los adultos mayores.** Estudios Sociales N° 77, Chile.
- Barros Lanzaeta Carmen (1994) **Criterios psicosociales para una política de envejecimiento adecuada** Proyecto Fondecyt Universidad Católica de Chile.
- Barros Lanzaeta Carmen (2004) **Componentes de la Calidad de vida del Adulto Mayor y Factores Asociados** Proyecto Fondecyt Universidad Católica de Chile.

BID-CEPAL-
PNUD (1995)

Informe sobre la situación en América Latina”
Birdasall N, y Londoño J. Asset inequaty matters: an
assessment of the world banks approachh to poverry
reducction. American Economic Review, May, .

Bourdieu P.(1997).

Razones Prácticas sobre la Teoría de la Acción.
, Ed. Anagrama, Barcelona España.

Cano M. y Tabilo C.(2003)

Familia y Violencia. Tesis para optar al grado de
Licenciado en Trabajo Social. Tesis para
optar al Titulo de Asistente Social. Universidad
Academia de Humanismo Cristiano, Chile

Caro Osvaldo (2006)

La idea de un Trabajo Social Complejo.
Documento elaborado para ser presentado en la
Cátedra de Fundamentos del Desarrollo del
Magíster en Intervención Social de la Escuela de
Trabajo Social. Universidad Autónoma de Chile.
Temuco, Chile.
<http://asistentesocialcaro.blogspot.com/>

Cowen, E (1994)

**“The enhacement of psychological wellness
challenges and opportunities”** , Journal of
personality and social psychology-

Cumming, E. y Henry,
W.E. (1961).

Growing Old: The Process of Disengagement.
Basic Books, Nueva Cork.

Chile Mideplan (2000).

**Pobreza en Chile en los Noventa: Evolución,
Caracterización y Desafíos.** Resultados Encuesta
Casen 1998. Santiago, Chile

- Collins R(1986). **Las Teorías Técnico-funcionalista y Credencialista de la Estratificación Educativa**". Revista Educación y Sociedad, N°5, Editorial akal universitaria, Madrid-España.
- Cummings y Henry **"El proceso de desapego"** PUB, 1961, N. York,
- Cuevas Mónica (2004) **Tercera Edad: Los Factores que dan Calidad de Vida** El Mercurio, Chile
- Diener, E. (1984). **Subjective well-being.** *Psychological Bulletin*,
- Dulanto E. (2000). **Sugerencias para lograr una buena formación en valores familiares desde la adolescencia**". Familia y Adolescencia. s.l., s/ed.
- Domínguez O (1982) **La vejez nueva edad social** Ed. Andrés Bello Santiago, Chile
- Erikson, Erik (2000). **El ciclo vital completado.**: Ediciones Paidós Ibérica, Barcelona España.
- Fernández-Ballesteros, R **Vivir con Vitalidad.** Tomo III. Cuide su mente. Pirámide, Madrid España.
- Fernández-Ballesteros, R (1992): **Mitos y realidades en torno a la vejez y la salud.** SG Ed, Barcelona, España.
- Fernández-Ballesteros, R . (1996) **Psicología del envejecimiento:** Lección Inaugural del Curso Académico 1996-1997, Universidad Autónoma de Madrid, España.
- Fernández Ballestero , R., **Psicología de la vejez.** Biblioteca Nueva, Madrid,

- Moya, R., Iñiguez, J.
Y Zamarrón, M.D. (1999)
Fernández-Ballesteros, R
España.
Vivir con Vitalidad. 5 Tomos. Ed. Pirámide,
Madrid, España.
- Fernández-Ballesteros, R. (1996).
Calidad de vida en la vejez en los distintos contextos. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- Fernández López J,
Hernández-Mejía R (1993)
Calidad de vida, algo más que una etiqueta de moda. Med Clin.
- Fernández García (2005)
Trabajo social de caso. Introducción al trabajo social con casos. Citado por Caro Osvaldo, 2006,
- Freire, P. (1970).
Pedagogía del oprimido, Ed. Tierra Nueva (versión española en Madrid: Siglo XXI, 1975). España.
- Freixas Farre Anna (1997)
Envejecimiento y genero otras perspectivas necesarias, Revista anuario de psicología, Facultad de psicología, Universidad de Barcelona, España.
- Gallopín, G (1980):
El medio ambiente humano. En Estilos de desarrollo y medio ambiente en la América Latina. Fondo de Cultura Económica, México
- Goleman, R. 1996.
Inteligencia Emocional, Ed Caídos, Barcelona, España

- Lemon, Bengton y Peterson (1996) An exploration of the activity theory of aging: activity types and life satisfaction among in movers to a retirement community. *Journal of Gerontology*, 27, 511-523.
- Luhmann, Niklas R. (1997). Organización y decisión, autopoiesis y entendimiento comunicativo, Anthropos, Madrid, España.
- Hoffman, L; Paris, S; Hall, E. (1996). **Psicología del desarrollo hoy**. Mc. Graw- Hill., Madrid, España.
- Maslow, A. H.: 1954,). **Motivation and personality** Harper y Row, Nueva York.
- Mac Donald M. (1983) **25 Años de Vivienda Social. La Perspectiva del Habitante. En su: Vivienda Social. Reflexiones y experiencias.** Corporación de Promoción Universitaria. Santiago, Chile.
- Mallman C. (1977) **Calidad de vida y desarrollo**, Instituto chileno de estudios humanísticos, Santiago Chile.
- Marín, Pedro Pablo (1999) **Tiempo nuevo para el adulto Mayor.** Enfoque interdisciplinario Vicerrectoría Académica Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Marroquin M y Villa A (1995) **La comunicación interpersonal medición y estrategia para su desarrollo**, Mensajero 1995 Bilbao, España
- Max-Neff, M. (1986). **Desarrollo a Escala Humana.** Una opción para el futuro. Cepaur. Fundación Dag Hammarskjöld.

- Miranda Pablo (2003).
Santiago de Chile.
La familia una Construcción Histórico Social. Apuntes de Caso I. Universidad academia Humanismo Cristiano.
- Mirowsky y Ross (1992)
Monjas M (1999)
Age and depresión , Jornal of health and social
Programa de habilidades de intervención social para niñas y niños en edad escolar, Cepe, Madrid España.
- Montaño, Carlos. (1998).
La Naturaleza del Servicio Social: Un ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción. Editorial Cortez, São Paulo, Brasil.
- Montenegro Hernán (1984).
Psiquiatría del Niño y del Adolescente. .
Editorial-Salvador, **Santiago de Chile.**
- Moragas, R. (1991).
Gerontología social. Envejecimiento y calidad de vida. Herder, Barcelona, España
- Moragas M. Ricardo (1999)
El reto de la dependencia al envejecer. Editorial Herder S. A. Barcelona, España.
- Morin Edgar (1989)
Autonomie et autotransformation de la société. La philosophie militante de Comelius Castoriadis (francés, Fr. 1989)
- Organización Mundial de la Salud 1983
Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad. Madrid: Instituto Nacional de

Servicios Sociales.

Organización Mundial de
la Salud 1984

Papalia D. (1990)

La salud de las personas de edad Ginebra: OMS
Serie de Informes Técnicos.

Desarrollo Humano, McGraw-Hill, México:

Payne, M. 1991.

“Teorías contemporáneas del Trabajo Social”
Paidós. Barcelona, España.

Parada Germán (2004)

**Tercera Edad: Los Factores que dan Calidad de
Vida.** El Mercurio, Mónica Cuervas Urizar Chile
Octubre 4, 2004

Parra Gustavo 2002

**"Los proyectos socio-profesionales en el Trabajo
Social Argentino. Un recorrido histórico".**
Nuevos escenarios y práctica profesional, Editorial
Espacio, Buenos Aires, Argentina

Pelaez M (2000)

Programa de salud familiar Organización
panamericana de la salud, Washington D.C.

Política Nacional del
Adulto Mayor 1995

Comité Nacional para el Adulto Mayor. Ministerio
de Planificación, Santiago, Chile.

Pyszczynski, T.,
Breenberg, J. &
La Prelle, J. (1985).

Social comparison after succes and failure: Baised
search for informate consistent with a self-serving
condurien. *Journal of experimental social
psychology,*

- Quintero Angela M.(1997) **Trabajo social y Procesos Familiares.** Editorial Lumen/humanitas. Buenos Aires, Argentina.
- Ravinet, Jaime (2004.) **La Política Habitacional Chilena: Alternativas de acceso a la vivienda para las familias más pobres.** Boletín del Instituto de la Vivienda INVI, Santiago, Chile.
- Ramírez Expósito (2001) Alteraciones neuronales individuales por procesos. Envejecimiento y Vejez.
- Reydagas Daniela (2001) **Calidad de Vida: Una Perspectiva Individual,** Monografías, Santiago, Chile
- San Martín, H. y Pastor, U. (1990). **Epidemiología de la Vejez.** Ed., Interamericana. México.
- Solano, B. T. 1997 ¿Cuál calidad de Vida? En el mejor de los casos esta superdeteriorada. Documento periodístico. Medellín. Colombia.
- Schock H(1993). **Redes sociales en la Población de la Tercera edad en la Zona Negra.** Rev. Monografías de grado Citado por Lobos Narváez Barranquilla s.l.s. Ed .
- Shutz T. YBecker (1962). **La Inversión en Capital Humano.** En revista Educación sociedad, N° ° 1, Editorial Akal, Madrid, España.
- Sluzki C. (1996). **Fronteras de la Práctica Sistémica”.** La red

Social Ed Gedisa España

INE

Comité Nacional para el adulto mayor. 1999.
Chile y los adultos mayores: impacto en la
sociedad del 2000

Yanguas, J. Javier, Leturia, F. Javier
Leturia, Miguel , Uriarte, Alberto (1998)

Intervención psicosocial en gerontología. Cáritas
Española. 1ª edición.

Wikipedia, 2009

Enciclopedia Trabajo social. Funciones de los
Profesionales de Trabajo Social.

ANEXOS

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN REFERENCIAL	DIMENSIONES	SUB DIMENSIONES	INDICADORES	SUB INDICADORES
Características de los Adultos Mayores	Aquella cualidad que determina los rasgos de una persona o cosa y que muy claramente la distingue del resto.	Aspectos de tipo demográficos, económicos, familiares y sociales que presentan los Adultos Mayores del Programa Especial de la región metropolitana.	<p>Aspectos Demográficos</p> <p>Aspectos Patológicos</p>	<p>Edad</p> <p>Genero</p> <p>Estado Civil</p> <p>Estado Educativo</p> <p>Estado Laboral</p> <p>Sistema de Atención de Salud</p> <p>Sistema Provisional</p> <p>Situación Física</p>	<p>Mujer Hombre</p> <p>Soltero/a Casado/a Viudo/a</p> <p>Sin estudio Básica incompleta Etc.</p> <p>Activo Pasivo</p> <p>Fonasa Isapre Tarjeta gratuidad Otro</p> <p>AFP INP Otro</p> <p>Existencia de enfermedades</p>	<p>Si No</p> <p>Tipos de enfermedad</p> <p>Existencia de tratamiento</p> <p>Motivos.</p>

					Existencia de invalidez	Si No Tipo de invalidez Existencia de ayuda técnica
--	--	--	--	--	-------------------------	--

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN REFERENCIAL	DIMENSIONES	SUB DIMENSIONES	INDICADORES	SUB INDICADORES
Características de los Adultos Mayores		Aspectos de tipo demográficos, patológicos, económicos, familiares y sociales que presentan los Adultos Mayores del Programa Especial de la región metropolitana	Aspectos patológicos	Situación Física	Asistencia a controles Asistencia a vacunaciones Existencia de actividades recreativas	Si No Motivos Si No Motivos Si No Tipos de actividades
				Situación Sicológica	Estado de animo	Tipo Elementos

					Existencia de discriminación	que influyen Nunca A veces siempre Tipo de discriminador
--	--	--	--	--	------------------------------	--

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN REFERENCIAL	DIMENSIONES	SUB DIMENSIONES	INDICADORES	SUB INDICADORES
Características de los Adultos Mayores		Aspectos de tipo demográficos, patológicos, económicos, familiares y sociales que presentan los Adultos Mayores del Programa Especial de la región metropolitana	Aspectos Socioeconómicos Aspectos	Existencia de Subsidio Financiamiento del Hogar	Si No Propio Pareja Hijos Familiar Otro Monoparent	Tipo de subsidio De quién recibe

		a	Familiares	Tipo de Familia	al Familia nuclear Familia extensa Otro	
				Existencia de Pareja	Si No	
				Relaciones Familiares	Bien Mal Regular	
				Referente de Emergencia	Nadie Familiar externo Familiar interno Vecino Otro	

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN REFERENCIAL	DIMENSIONES	SUB DIMENSIONES	INDICADORES	SUB INDICADORES
		Aspectos de tipo demográficos,	Aspectos Sociales	Participación en Organizaciones sociales	Si No Tipo de organización	Motivos de no participación
				Participación en programas	Curso de Alfabetización	Si No.

Características de los Adultos Mayores		patológicos, económicos, familiares y sociales que presentan los Adultos Mayores del Programa Especial de la región metropolitana		estatales	Curso de Capacitación	Motivos de no participación Si No. Tipo de curso
				Participación en Proyectos del Adulto Mayor	Si No	
				Capacitación Monitor Turístico	Si No	

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN REFERENCIAL	DIMENSIONES	SUB DIMENSIONES	INDICADORES	SUB INDICADORES
			Valoraciones Negativas	Aspectos Demográficos	Edad Genero - Femen	Argumentos Laboral Atención medica Independencia Salud Argumentos

<p>Percepciones Negativas de las características de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda sobre la Calidad de Vida</p>	<p>Percepción: Función que permite al organismo recibir, elaborar e interpretar la información que llega desde el entorno respecto de la calidad de vida</p> <p>La calidad de vida como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas. Para efectos de este estudio este es el concepto operacional</p>	<p>Valoraciones Negativas que tiene los Adultos Mayores del Programa Especial de la Región Metropolitana de los aspectos Demográficos, Patológicos, Económicos, Familiares, Sociales y Ambientales que presentan respecto de la Calidad de Vida</p>			<p>ino</p> <p>- Masculino</p> <p>Estado Civil</p> <p>Estado Educativo</p> <p>Estado Laboral</p> <p>Sistema previsional</p>	<p>Responsabilidades domésticas Roles de pareja</p> <p>Rol de proveedor</p> <p>Argumentos Soledad Falta de ingreso Responsabilidades conyugales Molestias familiares Dolor por pérdida Quehaceres domésticos</p> <p>Argumentos Analfabetismo Apoyo escolar Falta de conocimientos Optar a mejor pensión Optar a mejor jubilación Frustración</p> <p>Argumentos Falta de ingreso Sentimiento de inutilidad Desarrollo personal</p> <p>Argumento Inestabilidad económica futura</p>
--	---	---	--	--	--	---

					Sentimientos de ser de la tercera edad	compromisos
					Ser de la tercera edad	Mal Regular Bien
						Argumento Incapacidad Olvido Depresivo

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN REFERENCIAL	DIMENSIONES	SUB DIMENSIONES	INDICADORES	SUB INDICADORES
Percepciones Negativas de las características de los Adultos Mayores del Programa Especial de Vivienda sobre la Calidad de Vida		Valoraciones Negativas que tiene los Adultos Mayores del Programa Especial de la Región Metropolitana de los aspectos Demográficos, Patológicos, Económicos, Familiares, Sociales y Ambientales que presentan respecto de	Valoraciones Negativas	Aspectos Económicos	Subsidio	Argumento Precariedad de las pensiones
				Aspectos Familiares	Con quien vive	Argumentos Falta de ingreso Falta de apoyo emocional Falta de responsabilidades Problemas de convivencia
					Pareja	Argumentos Falta de distribución de tareas Falta de ingreso
					Tipo de relaciones	Argumento

		la Calidad de Vida			Acompañamiento en caso de emergencia	<p>Recarga de labores domesticas Falta de apoyo familiar Falta de demostración de afecto Ausencia de comunicación verbal</p> <p>Argumento Problemas de desplazamiento Disponibilidad de tiempo familiar Gasto económico Intromisión vecinal</p>
--	--	--------------------	--	--	--------------------------------------	---

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN REFERENCIAL	DIMENSIONES	SUB DIMENSIONES	INDICADORES	SUB INDICADORES
			Valoraciones Negativas	Aspectos Sociales	Participación Social	<p>Argumento Malas relaciones con vecinos Factor económico Ausencia de amigos Ausencia de apoyo</p>

ENCUESTA CALIDAD DE VIDA ADULTO MAYOR

ANTECEDENTES PERSONALES

1. ¿Cuál es su edad?		2. Sexo		3. Estado civil	
0	Entre 55 y 70	0	Femenino	0	Soltero
1	Entre 71 y 74	1	Masculino	1	Casado
2	Entre 75 y 80			2	Viado
3	Entre 81 y más				
4. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?		5. ¿Cuál es su nivel de estudios?		6. ¿Cuál es su situación laboral?	
1	Sin educación	3	Media Incompleta	0	Activo (con trabajo)
0	Básica Incompleta	4	Media Completa	1	Pasivo (sin trabajo)
2	Básica Completa	5	Superior Incompleta	2	Dueña de casa (o)
		6	Superior Completa		

SITUACIÓN PREVISIONAL

8. ¿Cuál es su forma de jubilación?		9. ¿Cuál es su sistema previsional?	
0	Fonasa	0	INP
1	Isapre	1	Renta Vitalicia
2	Tarjetas de indemnidad o gratuidad	2	AFP
3	Otro	3	Otro

ANTECEDENTES DE SALUD

10. ¿Cómo considera su estado de salud?		11. ¿Ha sido considerada una persona discapacitada?		12. ¿Por qué?	
0	Mala	0	Sí, por qué? 9a	0	
1	Regular	1	No, ¿Por qué? 9b	1	
2	Buena			2	
13. ¿Por qué?		14. ¿Se controla su salud?		15. ¿Por qué?	
0		0	Sí, ¿por qué? 10a	0	
1		1	No, ¿Por qué? 10b	1	
2				2	
16. ¿Sufre de hipertensión?		17. ¿Sufre de diabetes mellitus o insuficiencia cardíaca?		18. ¿Previene el golpe de calor?	
0	Sí	0	Sí	0	Sí
1	No	1	No	1	No
2					
19. ¿Sufre de...?		20. ¿Se controla su tratamiento?		21. ¿Por qué no se lo controla?	
0	Reumatismo	0	Sí (pasa a la 17)	0	
1	Osteoporosis	1	No (pasa a la 14a)	1	
2	Otro			2	
3	Ninguno				
22. ¿Previene alguna enfermedad?		23. ¿De qué tipo?		24. ¿El Estado actual de su salud le permite realizar alguna actividad al aire libre, como caminar, salir de paseo, salir a comprar, practicar deportes?	
0	Sí (pasa a la 17)	0	Ceguera	0	Sí
1	No (pasa a la 18)	1	Postura o problema de desplazamiento	1	No
		2	Sordina		

ANTECEDENTES RECREATIVOS

25. ¿Realiza alguna actividad recreativa?		26. ¿Cuál?				
0	Sí	0	Caminata	3	Manualidades	
1	No (pasa a la pregunta 21)	1	Lee	4	Jardinería	
		2	Gimnasia	5	Otro (Especifique):	

ANTECEDENTES AFECTIVOS

47. ¿Con quién vive?	0 Solo
1 Pareja	
2 Familiar	
3 Otro (pasa a 42)	

48. ¿Con quién?	0
1	

49. ¿Le gusta vivir aquí?	0 Sí (pasa a pregunta 47 a)
1 No (pasa a)	

48a. ¿Se siente cómodo en relación de tiempo con su actividad o actividad regular?	0 Nada
1 Un poco	
2 Mucho	

49. ¿Cómo es su estado de ánimo actualmente?	0 Malo (pasa a 44 a)
1 Regular (pasa a)	
2 Bueno (pasa a)	

49a. ¿Por qué? (describa)	0
1	
2	

OPINIÓN SOBRE VEJEZ Y CALIDAD DE VIDA

50. ¿Cómo se trata la vejez en Chile?	0 Que se trata de buena manera
1 De manera regular	
2 De mala manera	

50. ¿Cómo se siente Ud. en su vejez (de la tercera edad)?	0 Mal
1 Regular	
2 Bien	

50a. ¿Por qué?	0
1	
2	

50. ¿Cómo se siente Ud. en su vejez (de la tercera edad)?	0 Nunca
1 A veces (pasa a)	
2 Siempre (pasa a)	

51. ¿Por qué?	0 Por un miembro de la familia
1 Por los vecinos	
2 Por las personas de los servicios públicos (Consulorio, Municipalidad, Otro)	
3 Por los jóvenes	
4 Otro (especificar)	

51. ¿Qué institución respalda a las actividades de los adultos mayores?	0 Sí ¿Por qué?
1 No ¿Por qué?	

51. ¿Pueden los jóvenes entender mejor a los adultos mayores que ellos?	0 Sí (por qué)
1 No (por qué)	

52. ¿Cómo se ve la vejez de vivir?	0 Mala
1 Regular	
2 Buena	

52. ¿Qué cosas le gustan en su vida de adulto?	0
1	
2	

53. ¿Siente que su calidad de vida ha mejorado con la vejez?	0 Sí
1 No	

53. ¿Cómo se siente Ud.?	0
1	

0	No me gusta
1	No me gusta
2	No tengo idea

0	Si
1	No

ANTECEDENTES DE CONVIVENCIA

0	Solo
1	Nuclear
2	Extensa
3	Otro

0	Mal
1	Regular
2	Bien

0	Con nadie
1	Con familiar dentro del hogar
2	Con familiar fuera del hogar
3	Con un vecino
4	Otro

ANTECEDENTES DE PARTICIPACIÓN

0	Si (Pasa a 26)
1	No (por qué pasa a 25 b)

0	
1	
2	

0	Junta de vecinos
1	Adultos Mayores
2	Deportivo
3	Otro

0	Directivo
1	Integrante
2	Otro

0	Si
1	No (pasar a la pregunta 29)

0	No nos interesa
1	No sabe que habitan cursos
2	Otro: mencionar.....

0	Si (Pasa a 31)
1	No (Pasa a 32)

0	Confeción
1	Cocina o amasadería
2	Cafetería
3	Electricidad
4	Otro: cuál..... (mencionar)

0	Si
1	No

0	Si
1	No

ANTECEDENTES DE INGRESOS

0	Si (Pasa a pregunta 37)
1	No (Pasa a pregunta 38)

0	
1	
2	

0	Si (Pasa a pregunta 37)
1	No (Pasa a pregunta 38)

0	
1	
2	

0	Si
1	No

0	
1	
2	

0	Si
1	No