



**AUTOPERCEPCION Y NIVEL DE SATISFACCIÓN  
NECESIDADES AFECTIVAS, ADULTOS MAYORES  
INSTITUCIONALIZADOS COMUNA DE SANTIAGO**

Alumna: Paula Muñoz Espinoza

Profesor Guía: Omar Ruz Aguilera

Tesis para optar al grado de Licenciado en Trabajo Social

Tesis para optar al Título de Trabajador Social

Santiago, octubre 2005.

## INDICE

INTRODUCCIÓN	6
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	13
3. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	14
4. VARIABLES	15
5. ESTRATEGIA METODOLÓGICA	16
5.1. TIPO DE ESTUDIO	16
5.2. UNIDADES DE ANÁLISIS	16
5.3. UNIVERSO	16
5.4. TIPO DE MUESTRA	17
5.5. TAMAÑO DE LA MUESTRA	17
5.6. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	18
5.7. PLAN DE ANÁLISIS	18

### PRIMERA PARTE

#### MARCO TEÓRICO

<b>CAPÍTULO I: TEORÍAS QUE EXPLICAN EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO</b>	<b>20</b>
1. GERONTOLOGÍA SOCIAL	23
2. TEORIAS PROCESO DE ENVEJECIMIENTO	26
2.1 Teorías Biológicas	27
2.2 Teorías Sociológicas	31
2.3 Teorías Psicológicas	36
2.4 Teorías Psicosociales	40
<b>CAPÍTULO II: REPRESENTACIONES Y REDES SOCIALES DE LOS ADULTOS MAYORES</b>	<b>58</b>
1. REPRESENTACIÓN SOCIAL Y VEJEZ	61
2. NECESIDADES HUMANAS FUNDAMENTALES	63

3. LAS NECESIDADES	64
4. PERSPECTIVA DE LAS REDES SOCIALES	70
5. FAMILIA	73

## **SEGUNDA PARTE**

### **MARCO REFERENCIAL**

<b>CAPÍTULO III: NORMAS Y ORIENTACIONES DE ESTABLECIMIENTOS DE LARGA ESTADÍA</b>	<b>82</b>
1. NORMATIVA LEGAL	83
1.1 INSTALACIONES	83
1.2 PERSONAL	83
1.3 APLICACIÓN REGLAMENTO	84
2 ORIENTACIONES Y LINEAMIENTOS MUNICIPALIDAD DE SANTIAGO	85
2.1 Lineamientos	86
2.2 Secretaria Adulto Mayor	87
2.2.1 Cobertura	88
2.2.2 Programas	88
2.2.3 Objetivos	90
2.2.4 Recursos	91
2.2.5 Programa Hogares	91

## **TERCERA PARTE**

### **ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

<b>CAPÍTULO IV: ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS</b>	<b>97</b>
1. ANTECEDENTES GENERALES	98
1.1 Situación Económica	101
2 CAMBIOS FISICOS	103
2.1 Enfermedades Óseas	106

2.2 Aceptación Cambios Corporales Derivados de la Vejez	109
3. AUTOCUIDADO	115
4. AUTONOMIA	117
<b>CAPÍTULO V: RELACIONES FAMILIARES Y SOCIALES</b>	<b>121</b>
1. GRUPO FAMILIAR	121
1.1 Cónyuge	123
1.2 Hijos	124
1.3 Nietos	126
1.4 Otros Familiares	127
1.5 Tipo de Relación Familiar	129
2. RELACIÓN CON EL GRUPO DE PARES	130
3. RELACIÓN CON EL PERSONAL DE ESTABLECIMIENTO	141
4. RELACIÓN CON LAS REDES SOCIALES	146
4.1 Consultorio	146
4.2 Municipio	148
4.3 Organizaciones Sociales	149
4.4 Establecimientos de Larga Estadía	149
<b>CONCLUSIONES</b>	
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>154</b>
1. HALLAZGOS	162
2. APORTES AL TRABAJO SOCIAL	163
2.1 Trabajo Social de Caso	163
2.2 Trabajo Social de Grupo	164
2.3 Trabajo Social de Comunidad	164
<b>REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA</b>	<b>166</b>

**ANEXOS**

1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES
2. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN
3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS
4. REGLAMENTO ESTABLECIMIENTOS DE LARGA ESTADÍA

## Introducción

La problemática que presentan los Adultos Mayores Institucionalizados ha sido el eje que motiva la realización de esta investigación, tanto por interés individual como institucional, ya que cuenta con el apoyo de la Secretaría del Adulto Mayor de la Ilustre Municipalidad de Santiago; instancia constituye en la Comuna de Santiago, una instancia institucional que se preocupa del bienestar de este grupo etéreo, creando programas y proyectos orientados por una visión valorativa de las personas que se encuentran en la última etapa de su vida.

La importancia de realizar esta investigación reside en el desconocimiento, por parte del municipio, de la situación actual y tipo de Adultos Mayores que residen en los Establecimientos de Larga Estadía de la comuna de Santiago y por ello; el propósito de este estudio radica en la entrega de información confiable que sirva para desarrollar un modelo de intervención las políticas del municipio sobre los Establecimientos de Larga Estadía; sin embargo, esto no quiere decir que estas instituciones no recreen, en su medio, la política comunal de bienestar para Adultos Mayores.

Esta visión del Adulto Mayor y la satisfacción de sus necesidades afectivas significará establecer un antecedente que permita planificar una intervención conjunta, entre estos establecimientos y el Municipio, con el fin de elevar la calidad de vida y bienestar de los Adultos Mayores Insituacionalizados.

El envejecimiento poblacional que experimenta nuestro país ha traído consigo alteraciones no sólo demográficas, sino también en ámbitos como el económico, social, cultural y político. Así mismo, se expresa en el aumento del ingreso y la población de Adultos Mayores que residen en los Establecimientos.

Considerando además que la esperanza de vida ha ido paulatinamente acrecentando y con esto necesariamente trae consigo el aumento de la dependencia de los Adultos Mayores en sus actividades cotidianas debido a las enfermedades propias del envejecimiento lo que se traduce en requerimiento de ayuda especializada.

Para dar cuenta de este propósito, en una primera instancia se entrega una visión actual, tanto del proceso de envejecimiento en Chile, como específicamente de la realidad de los Adultos Mayores Institucionalizados. Datos demográficos que se interrelacionan con ámbitos sociales, psicológicos y biológicos.

Para conocer la realidad de este grupo etareo se definieron objetivos generales, el primero “Describir la autopercepción de los Adultos Mayores Institucionalizados residentes en Establecimientos de Larga Estadía coordinados por la Secretaría del Adulto Mayor, de la I. Municipalidad de Santiago”, específicamente para conocer como se ven los Adultos Mayores así mismos; y el segundo “Describir el nivel de satisfacción de las necesidades afectivas de los Adultos Mayores Institucionalizados en Establecimientos de Larga Estadía”. A los cuales se le asignaron las variables correspondientes.

El Marco Metodológico que se utilizó para esta investigación, es descriptivo con un Universo de 648 Adultos Mayores Institucionalizados en 22 Establecimientos de Larga Estadía que se encuentran coordinados por la Secretaría Adulto Mayor de la Ilustre Municipalidad de Santiago – RM, a partir de este Universo se realizó una muestra probabilística estratificada; a la que se le aplicaron los instrumentos de recolección de datos.

En una segunda instancia, el Marco Teórico que se utilizará, entrega una visión de lo que es el envejecimiento, la familia y la gerontología social. Luego para adentrarse en el tema se muestra una recopilación de las diferentes teorías que explican este proceso (biológicas, psicológicas, de roles, sociológicas y

psicosociales) para entender desde las diferentes disciplinas el cómo y por qué se envejece. De igual forma, una visión sobre las Representaciones Sociales y la Percepción; las Necesidades Humanas y una perspectiva de las Redes Sociales.

Los Resultados obtenidos durante la investigación, se entregan sobre la base de una descripción estadística. Caracterizando a la población residente en los Establecimientos de Larga Estadía de la comuna de Santiago, su percepción sobre ellos mismos y el Nivel de satisfacción de las necesidades afectivas dentro del Establecimiento.

Por último, se dan a conocer las conclusiones y aportes obtenidos en la investigación.



## 1. Planteamiento del Problema

Debido a la transición demográfica, el cambio de estructura por edad de la población ha producido una rápida disminución del porcentaje de población joven, y se ha aumentado proporcionalmente la población en edad avanzada. Según datos del Censo 2002 hay 35 Adultos Mayores por cada 100 menores de 15 años; se estima que dentro de veinte años más, habrá 70 Adultos Mayores por cada 100 niños, lo cual genera nuevas demandas y necesidades en áreas como economía, salud, educación y seguridad social, constituyendo un gran desafío en el ámbito estatal.

La tendencia en los últimos años en Chile es la disminución de la fecundidad, concentrándose entre las mujeres de 20 – 29 años (cúspide dilatada). Así mismo, existe una disminución del número medio de hijos por mujer, que en 1990 era de 2.7 y en 2002 fue de 2.2; la tasa de mortalidad general disminuyó notablemente llegó a 5.6 por mil y una fecundidad equivalente a 2,2 hijos por mujer en promedio. La esperanza de vida en el quinquenio 1970-1975 era de 64 años para ambos sexos, actualmente es de 75 años para ambos sexos; mujeres 78 y hombres 72.(INE – , Chile 2004)

Conforme con estos antecedentes, el aparato del Estado ha debido reacomodarse ya que viene de otra realidad; actualmente el 10% de la población son Adultos Mayores, sin embargo, hace 30 años atrás era el 6 ó 7% y, por lo tanto, la sociedad estaba organizada de una manera absolutamente distinta de cómo lo está hoy.

Sólo en la última década se han generado mayores espacios y ámbitos de acción para este grupo etéreo en nuestro país, lo que involucra en una primera instancia la creación del Comité Nacional para el Adulto Mayor. Posteriormente al asumir el gobierno el envejecimiento en los diseños de políticas y programas de

acción ha debido estructurar estrategias que crucen todo el espectro, por lo cual se creó el Servicio Nacional para el Adulto Mayor en el año 2004, con plena autonomía para desarrollar y generar canales de participación. Al mismo tiempo en el ámbito municipal se han generado espacios orientados a recoger las necesidades e inquietudes de los Adultos Mayores generando nuevas políticas locales.

Por otro lado, en nuestra sociedad no se percibe a los Adultos Mayores como personas y actores sociales activos que se encuentran insertos en una comunidad familiar, social, local y nacional, su estatus y rol cambian, principalmente en sus sistemas familiares y sociales.

Del mismo modo, existe una gran cantidad de personas que llegan a la vejez en variadas condiciones sociales y de salud, lo que origina una población de Adultos Mayores que optan por institucionalizarse voluntariamente existiendo una alta demanda para ingresar a los Establecimientos de Larga Estadía. Del mismo modo como se trabaja con los Adultos Mayores no institucionalizados, se debe trabajar con este grupo etéreo, para no abandonar sus potencialidades intelectuales, físicas para permanecer autovalentes y activos por más tiempo.

Actualmente se desconocen las características sociales de los Adultos Mayores Institucionalizados que ingresan a los Establecimientos de Larga Estadía y la situación que los motiva a ingresar, lo que ha generado políticas y estrategias de acción que no están fundadas en un diagnóstico actualizado de la problemática y realidad de este grupo etéreo, derivando en desacertados proyectos y programas que a la hora de ser ejecutados no tienen la eficacia necesaria.

La norma vigente que rige los Establecimientos de Larga Estadía data del año 1974, y sólo contempla aspectos biomédicos y de infraestructura.

Recientemente el tema de los Establecimientos de Larga Estadía se ha puesto a la palestra de la opinión pública y de las autoridades; debido a reportajes periodísticos y situaciones ocurridas en esos establecimientos. El Estado y los Servicios afines se han visto obligados a una mayor fiscalización y, con ello, a tomar conocimiento de los requerimientos y necesidades de los Adultos Mayores que se encuentran institucionalizados; presionando para instalar el impacto del envejecimiento dentro de las prioridades sociales. Las Naciones Unidas (ONU) designó al período 1975 – 2025 como la “Era del Envejecimiento”.

Por otro lado, en los Establecimientos de Larga Estadía se puede evidenciar que los Adultos Mayores Institucionalizados deben enfrentar diferentes situaciones de estrés, ya que no se mantienen activos frente a la sociedad, se produce una pérdida progresiva de roles que poseían cuando estaban insertos laboralmente y, paulatinamente, van perdiendo las redes sociales y de apoyo, además de sus grupos de pares.

Otro factor que provoca estrés es el momento de ingreso al Hogar; es aquí precisamente donde se ve alejado de su familia, amigos y pertenencias personales, que muchas veces tienen un gran valor intrínseco en ellas. También las redes sociales que han logrado establecer a través de su vida en un territorio determinado, donde además han adquirido una identidad común con sus vecinos; deben enfrentar un nuevo estado con un grupo de pares ajeno, autoridades de la institución que requieren, a veces, un cambio de sus hábitos y costumbres. En definitiva es el alejamiento de su contexto y el enfrentamiento a una nueva etapa en sus vidas, que es además, desconocida.

Sin embargo, la relación de los Adultos Mayores con sus pares que desarrollan dentro del Establecimiento, ayuda a compartir sus experiencias de vida con personas que si los quieren escuchar, personas de similar edad interesados por los temas que les pertenecen, lo que atenúa en parte la separación de su familia.

La especialización que ha acompañado el proceso de industrialización ha penetrado incluso en el ámbito de las relaciones sociales. Cada generación tiende a relacionarse con otros de similar edad, y principalmente fuera del hogar, lo que se traduce en un sentimiento de independencia que lleva como contrapartida la ruptura de la solidaridad entre las generaciones. Sumando a esto que las viviendas son cada vez más pequeñas, lo que dificulta la incorporación de otros miembros ajenos a la familia nuclear.

La pérdida de los núcleos de satisfacción principalmente de necesidades afectivas, lleva a los Adultos Mayores, en ocasiones, a caer en depresiones y a aislarse de sus pares en el Establecimiento, provocando una disminución de las herramientas y habilidades acrecentando las enfermedades, lo que deriva en una disminución de las alternativas frente a la resolución de problemas cotidianos.

A medida que las personas envejecen es necesario que se mantengan satisfechas y animadas. El supuesto con que se trabaja en esta investigación, es que la etapa de envejecer es un proceso natural, que no está relacionado con volverse un sujeto de dependencia, en definitiva es lograr sobrepasar la desesperanza para encontrarse con la integridad y la autonomía necesaria, hecho que se logra a través de la relación con su grupo de pares y participación social para mantener un buen nivel de bienestar psicosocial, entendiendo que el Adulto Mayor Institucionalizado, no es un ente que debe mantenerse frente al televisor, silencioso, sino socializando con sus pares y con el entorno, así tendremos Adultos Mayores activos y sanos.

Sin embargo, actualmente existe en la Secretaría del Adulto Mayor de la Municipalidad de Santiago la preocupación por los Establecimientos de Larga Estadía, pues no existe una representación clara de los Adultos Mayores Institucionalizados, no se conoce cual es la percepción que tienen de sí mismos y tampoco el grado de autonomía con que cuentan, las redes sociales que podrían

habilitarse, así como tampoco se conoce la forma en que ellos satisfacen sus necesidades de tipo afectivas. En el ámbito municipal sólo se conocen sus necesidades por medio de los directivos o encargados de dichos Establecimientos.

Según estos antecedentes, esta investigación implicará conocer el significado que le atribuyen los Adultos Mayores sobre esta etapa de la vida, cual es su visión sobre tu autonomía, cambios en su cuerpo y el autocuidado necesario; además de identificar el grado de satisfacción de las necesidades afectivas de este grupo y con cuales mecanismos cuentan como satisfactores.

## **2. Preguntas de Investigación**

- 2.1 ¿Cómo se perciben los Adultos Mayores Institucionalizados residentes en Establecimientos de Larga Estadía coordinados por la Secretaría del Adulto Mayor, de la I. Municipalidad de Santiago?
- 2.2 ¿Están cubiertas las necesidades afectivas de los Adultos Mayores Institucionalizados en Establecimientos de Larga Estadía?

## **3. Objetivos de la Investigación**

### **3.1 Objetivo General N°1**

Describir la autopercepción de los Adultos Mayores Institucionalizados residentes en Establecimientos de Larga Estadía coordinados por la Secretaría del Adulto Mayor, de la Municipalidad de Santiago

### **Objetivos Específicos**

1. Identificar la percepción de los adultos mayores, respecto de sus cambios físicos propios del envejecimiento.

2. Identificar la percepción de los adultos mayores, respecto de su autonomía.
3. Identificar la percepción de los adultos mayores, respecto de la atención recibida en los hogares de larga estadía, respecto de fortalecimiento de su autonomía

### 3.2 Objetivo General N°2

Describir el nivel de satisfacción de las necesidades afectivas de los Adultos Mayores Institucionalizados en Establecimientos de Larga Estadía.

#### Objetivo Específicos

1. Identificar la percepción de los Adultos Mayores Institucionalizados, respecto de la relación con su familia
2. Identificar la percepción de los Adultos Mayores Institucionalizados, respecto de la relación con su grupo de pares
3. Identificar la percepción de los adultos mayores institucionalizados, respecto de su relación con el personal del establecimiento.
4. Identificar la percepción de los adultos mayores institucionalizados, respecto de su relación con las redes sociales de apoyo.

#### 4. Variables (Ver Anexo N°1 “Operacionalización de Variables”)

- Cambios físicos
- Autocuidado
- Autonomía

- Relación familiar
- Relación con grupo de pares
- Relación con el personal del establecimiento de larga estadía
- Relación con redes sociales de apoyo

## **5. Estrategia Metodológica**

### **5.1 Tipo Estudio**

El estudio será de tipo cuantitativo descriptivo transeccional no experimental, ya que se pretende indagar la incidencia y los valores en que se manifiestan las variables especificadas para el estudio para luego especificar y describir estadísticamente la autopercepción de los Adultos Mayores Institucionalizados. Así mismo, como a partir de una serie de variables, detallar el nivel de satisfacción de necesidades afectivas, es decir, el estado de bienestar de los Adultos Mayores que residen permanentemente en los Establecimientos respecto de sus cariños, afectos, amor, etc.

### **5.2 Unidades de Análisis**

La unidad de análisis de esta investigación son Adultos Mayores Institucionalizados - hombres y mujeres mayores de 60 años de edad -, autovalentes. Institucionalizados en Establecimientos de Larga Estadía coordinados por la Secretaría del Adulto Mayor de la Ilustre Municipalidad de Santiago.

### **5.3 Universo**

El Universo serán 648 Adultos Mayores Institucionalizados en 21 Establecimientos de Larga Estadía, coordinados por la Secretaría Adulto Mayor de la Ilustre Municipalidad de Santiago.

## 5.4 Tipo de Muestra

Probabilística estratificada, por que se dividió el universo en subuniversos, calculando el porcentaje que cada uno representa del total, lo que posteriormente se traspasa al cálculo de la muestra (realizado a través del Programa Computacional STATS), con un margen de error de un 3% y un 95% de confianza o desviación estándar.

## 5.5 Tamaño de la Muestra:

Muestra: 154 Adultos Mayores Institucionalizados en Establecimientos de Larga Estadía

Establecimiento	Total AMI	Porcentaje	Muestra	* N° encuestados
Santa Ana	31	4,78	7,37	7
Santa Marta	25	3,86	5,94	6
Apóstol Santiago	33	5,09	7,84	8
Santísima Trinidad	55	8,49	13,07	13
San Lázaro	71	10,96	16,87	17
San Rafael	36	5,56	8,56	9
Sagrado Corazón de Jesús	57	8,80	13,55	14
María Madre de la Iglesia	30	4,63	7,13	7
Corazón de María	68	10,49	16,16	16
San Juan Evangelista	20	3,09	4,75	5
Monseñor José María Caro	12	1,85	2,85	3
Nuestra Sra de las Mercedes	15	2,31	3,56	4
Juan Pablo II	21	3,24	4,99	5
Perpetuo Socorro	30	4,63	7,13	7
Nuestra Señora del Carmen	10	1,54	2,38	2
Jesús y María	22	3,40	5,23	5
Eben Ezer	23	3,55	5,47	5
San Rafael II	42	6,48	9,98	10
Karen	30	4,63	7,13	7
La paz del Atardecer	11	1,70	2,61	3
Mamina	6	0,93	1,43	1
TOTAL	648	100	---	154

\*Número aproximado por tratarse de personas



## 5.6 Recolección de la Información

El instrumento utilizado es un cuestionario. (Ver Anexo N° 2)

## 5.7 Plan de Análisis

Estadística descriptiva por variable, procesado con el programa computacional SPSS.

I PARTE  
MARCO TEORICO

## CAPITULO I

### TEORIAS QUE EXPLICAN EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

No existe una línea divisoria par determinar cuándo empieza la vejez, definiciones oficiales como la planteada por la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, realizada en Viena en 1982, considera como Adulto Mayor a todas las personas mayores de 60 años; en Chile se manejan los 60 años para las mujeres y 65 años los hombres. No obstante, la edad cronológica no dice mucho sobre la madurez de una persona; es la personalidad también de cada individuo la que desempeña un papel importante en su desarrollo como sujeto, lo que depende también de las características biológicas y del medio donde transcurrió su vida, diferencias que se agudizan durante la ancianidad.

Las personas son diferentes y han experimentado variadas historias de vida; lo que lleva a tener una visión muy diferente de lo que es la vejez y a constatar que existan personas de una misma edad que parecen, sienten y actúan en forma diferente; algunos vigorosos y activos, y otros, enfermos y dependientes. Esto ha llevado a hablar de los viejos – jóvenes y los viejos – viejos. (Craig, 1998)

Biológicamente el envejecimiento comienza tempranamente, pero las personas no toman conciencia del hecho hasta que esta declinación afecta notablemente sus actividades cotidianas. Esta autopercepción del individuo generalmente coincide con la imagen social de la vejez y con los acontecimientos claves que definen la ancianidad actual: jubilación, viudez, síndrome del nido vacío (abandono de los hijos del hogar familiar), algunos signos físicos (calvicie, arrugas, pérdida de destrezas, la manifestación de enfermedades, etc.)

Sin embargo, la vejez no es sinónimo de enfermedad e incapacidad, aunque son bastante comunes los problemas sensoriales, los Adultos Mayores

pueden realizar las mismas actividades que realizaban anteriormente sólo que más despacio.

El envejecimiento se considera como un proceso bio-psico-social inherente a todo ser humano, pues éste está presente desde el inicio hasta el término de la vida; comprendiendo aspectos biológicos, psicológicos y sociales, teniendo a su vez como escenario de este proceso el medio social en que se desarrolla cada persona.

El envejecimiento es por tanto, un proceso universal porque todos los seres humanos experimentarán este proceso, distinguiéndolo de enfermedades asociadas con la vejez; irreversible porque denota cambios que no desaparecen ni retroceden, dependiendo de las condiciones de vida que este se retarde o acelere; acumulativo porque sus consecuencias se van sumando unas a otras en el tiempo; y secuencial, porque lo que le está ocurriendo hoy al sujeto es consecuencia de lo que le pasó ayer y causa de lo que sucederá mañana; progresivo, ya que el proceso avanza en forma previsible y regular.

Las habilidades sensoriales en la vejez se van disminuyendo paulatinamente: la visión se va reduciendo; los problemas de audición son más agudos, provocando dificultades para seguir conversaciones y, conjuntamente relacionada con lo emocional se comienza a producir un sentimiento de aislamiento y soledad, pérdidas que son graduales y avanzan a diferentes velocidades según el individuo. De hecho, muchas personas no experimentan este tipo de pérdidas hasta muy avanzada edad (por encima de los 80 años) y la gran mayoría de las personas mayores aprenden a adaptarse a las limitaciones de sus problemas de salud.

Hay personas que si no reconocen sus limitaciones es perjudicial para su desarrollo psicológico.

*“Si no admiten problemas auditivos comienzan a desarrollar personalidades perturbadas y soportar mal estos problemas, llegan a imaginarse que los otros están hablando de ellos o excluyéndolos deliberadamente de las conversaciones” (Ibid, 39).*

Dentro de la disminución de las habilidades psicomotoras los Adultos Mayores se puede mencionar que hacen las cosas más lentas, se demoran en adaptarse al lugar y al tomar decisiones. En las personas que han tenido una vida sana y con ejercicio físico se observa una mayor duración de las habilidades psicomotoras como el caminar, fuerza, vitalidad y en varias funciones básicas como respiración y la circulación. (Bromley ,1974)

El segundo problema de las personas mayores es el nivel de ingresos y el bienestar económico. Dado que la mayoría de las personas mayores ya no trabajan, necesitan disponer de algún tipo de ayuda económica. Las sociedades industrializadas conceden, por lo general, sistemas de pensiones y servicios de seguros médicos. A pesar de ello, muchas personas mayores viven prácticamente en el nivel de pobreza.

En esos países se tiende hacia una jubilación voluntaria antes de los 65 años, cuando la persona todavía dispone de un capital suficiente y puede aprovecharlo.

Las personas mayores en su mayoría están casados y viven con su pareja en su propia casa. Sin embargo, dado que la tasa de mortalidad del hombre es más alta que la de la mujer, hay una mayoría de ancianas viudas, que, en Occidente, siguen viviendo en su propio hogar solas. Sólo el 20% de las personas mayores vive en el hogar de un hijo adulto (mayoritariamente personas muy mayores o que tienen graves problemas de salud) y un 5% en instituciones como hospitales o residencias. Tanto las personas mayores como sus hijos expresan

una fuerte preferencia por una forma de vida independiente, aunque la mayor parte de las primeras viven próximas a alguno de sus hijos. (Moraga, 1989)

## **1. Gerontología Social**

Tal como lo enunciara Jacques Laforest (1991), la gerontología es una disciplina que estudia el proceso de envejecimiento de las personas; surgido a partir del interés de algunas ciencias de estudiar el envejecimiento de las sociedades como consecuencia de las grandes transformaciones demográficas ocurridas en los últimos siglos. Etimológicamente el término Gerontología se compone de dos palabras: “geras”, que significa vejez y “logos”, que quiere decir “estudio de”. Se define, entonces, como el estudio sistemático del proceso de envejecer (Koller et al, 1968).

La Gerontología es una disciplina que persigue una doble finalidad; la prolongación de la existencia humana, por una parte, y el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas que envejecen. (Laforest, op. cit)

Según este autor, la Gerontología está compuesta por cuatro áreas independientes, pero que a su vez se interrelacionan y que son las siguientes:

1. Aspecto Biofisiológico: Se relaciona con los cambios en la apariencia física de la persona y la declinación gradual del vigor. Estas características constituyen un proceso individual, dado a que no ocurren al mismo tiempo en todos los individuos.
2. Aspecto Psicológico: Se relaciona con los procesos sensoriales, destrezas motoras, percepciones, inteligencia y habilidad para resolver problemas, entendimiento, procesos de aprendizaje, impulsos y emociones de las personas mayores.

3. Aspecto del Comportamiento: Entendido como el producto de la interrelación de los cambios biológicos y psicológicos conectados con el ambiente social del individuo (contexto social). Se relaciona con las actitudes, expectativas, motivación, autoimagen, roles sociales, personalidad y ajustes psicológicos a la vejez.
4. Aspecto Sociológico: Dice relación con la influencia que la sociedad, en la que ocurre el proceso del envejecimiento, tiene en los individuos que envejecen y la que estos tienen en la misma.

El rápido desarrollo de la Gerontología en el siglo XX es la consecuencia del acelerado proceso de envejecimiento de la población, especialmente gracias a los progresos de la ciencia y la tecnología.

Entonces, entenderemos la Gerontología Social como un enfoque científico, transdisciplinario, que se preocupa de conocer e investigar el impacto que este proceso ocasiona, tanto en el adulto mayor como en el entorno social. Pretendiendo ser un instrumento facilitador para enfrentar el proceso como tal, así como también de prevención de sus efectos negativos en los individuos y en la sociedad.

Los aportes teóricos que emanan de la Gerontología Social, adquieren importancia a partir de que se ha podido descubrir que las pérdidas que se producen en la vejez, no son sólo el resultado único de variables físicas y materiales, sino también de variables psicológicas y sociales, como por ejemplo, la personalidad y el status.

La Gerontología Social cuenta con un amplio y variado campo de acción, en el que se encuentran la demografía, la psicología, la economía, la política y la religión, todos acompañados por el calificativo de “envejecimiento”.

Los aspectos que preocupan a la Gerontología Social son:

Analizar cuales son las condiciones o circunstancias desfavorables habituales en la adultez mayor, y de que manera especial los factores que inciden e influyen en la situación social de la vejez.

El status y el rol de los adultos mayores en sus sistemas familiar y social, sus características culturales, la organización social y la conducta colectiva.

Los cambios en las características sociales, en las circunstancias propias de los individuos durante la segunda mitad de su vida y que están condicionando su modo de adaptación al medio ambiente.

Los procesos biológicos y psicológicos de los ancianos, en cuanto influyen en su capacidad social y en sus actuaciones al final de la vida.

Los modos de vida de los ancianos, sus conductas, su posición como miembros de grupos sociales, en la interacción del medio ambiente, la cultura y el proceso de cambio social. (Domínguez, 1982)

## **2. Teorías que explican el proceso de envejecimiento**

Existe un gran número de teorías para explicar el envejecimiento. Al analizarlas puede observarse una divergencia entre los postulados de los distintos autores.; entre ellas la posibilidad de que el envejecimiento esté programado de alguna forma en el organismo; o la que ve en ello el resultado de un continuo proceso de deterioro y reparación del cuerpo humano.

Si bien todavía no existe una teoría que defina científicamente y en cabalidad este deterioro, la vejez es definido como un proceso complejo influido por variables múltiples. A pesar de ello es cada día más evidente que el envejecimiento es un proceso multidimensional y puede ser considerado desde distintos puntos de vista:



- ✓ Cronológico: es quizás la forma más simple de considerar la vejez; contando el tiempo transcurrido desde el nacimiento. Pero lo realmente importante en este punto, es la relación que existe entre la cronología y los acontecimientos de la vida.

La edad cronológica sirve como marcador de una "edad objetiva". La edad cronológica y el proceso de envejecimiento son fenómenos paralelos, aunque no relacionados por casualidad, ya que no es la edad, sino el como se vive lo que contribuye a la causalidad del proceso. (Gutiérrez, 1994).

- ✓ Biológico: La edad biológica corresponde a etapas dentro del proceso de envejecimiento biológico. Este es diferencial, es decir, de órganos y de funciones; es también multiforme, pues se produce a varios niveles: molecular, celular, orgánico, y es a la vez estructural y funcional.
- ✓ Psíquico: Existe diferencia entre jóvenes y viejos, las que se manifiestan en dos esferas: la cognoscitiva, afectando la manera de pensar y las capacidades, y la psicoafectiva, incidiendo en la personalidad y el afecto.
- ✓ Social: Comprende los papeles que se supone han de desempeñarse en la sociedad, los que en la vejez disminuyen considerablemente en la sociedad actual.
- ✓ Fenomenológico: La percepción subjetiva de la propia edad, que el individuo manifiesta sentir, se refiere al sentimiento de haber cambiado con la edad a la vez que se permanece en lo esencial.
- ✓ Funcional: El estado funcional en las distintas edades es la resultante de la interacción de los elementos biológicos, psicológicos y sociales y constituye probablemente el reflejo más fiel de la integridad del individuo a lo largo del proceso de envejecimiento.

La base para el desarrollo de las principales teorías sociales es el descubrimiento de que las pérdidas que se producen en la vejez, no sólo son el resultado de variables físicas y materiales, sino que también lo son de variables psicológicas y sociales, tales como status, rol y personalidad. (Sánchez, 1990).

## 2.1. Teorías Biológicas

Desde una perspectiva biológica el envejecimiento es un proceso continuo, universal e irreversible que determina una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación, según esto el envejecimiento biológico tiene las siguientes características:

- ✓ Universal: Es propio de todos los seres vivos.
- ✓ Irreversible: No puede detenerse ni revertirse.
- ✓ Heterogéneo e individual: Cada especie tiene una velocidad propia para envejecer, pero la velocidad de declinación varía de sujeto a sujeto y de órgano a órgano dentro de la misma persona.
- ✓ Deletéreo: Lleva a una pérdida progresiva de las funciones.
- ✓ Intrínscico: No se debe a factores ambientales modificables.

Está bastante claro que el envejecimiento, aún a nivel biológico, no tiene una causalidad única sino que está, sujeto a la influencia de numerosos factores, como la dieta, la temperatura del ambiente, el metabolismo, etc.

A medida que envejecemos ocurren dos fenómenos paralelos, una declinación fisiológica normal y un aumento en la prevalencia de ciertas enfermedades. Aunque estos procesos se influyen entre sí, existe una declinación fisiológica que es independiente del desarrollo de enfermedades. Dichos acontecimientos son posibles de observar por medio de las manifestaciones que se presentan en los siguientes dos sistemas que dirigen el funcionamiento del cuerpo humano:

- ✓ Sistema Nervioso Central: Las consecuencias de su declinación afectan las capacidades de las personas para relacionarse y a su inteligencia, produciéndose efectos a nivel sensorial, como por ejemplo, disminución de la audición, desorientación espacial, disminución de la memoria de fijación reciente y disminución de la concentración.
  
- ✓ Sistema Endocrino: Las consecuencias se relacionan con cambios en la apariencia y rasgos físicos, produciéndose efectos a nivel hormonal y cambios generales, como por ejemplo: Sequedad de la piel, menos tolerancia al frío, atrofia testicular, atrofia mamaria y trastornos metabólicos. (Villaseca, 1980).

Para explicar el proceso de envejecimiento desde la perspectiva biológica se han propuesto múltiples y variados enfoques:

1. Teorías Estocásticas: Que consideran el envejecimiento como el resultado de la suma de alteraciones que ocurren en forma aleatoria y se acumulan en el tiempo. Dentro de este grupo se encuentran:
  - a. Teoría del Error Catastrófico: Propone que con el correr del tiempo se produciría una acumulación de errores en la síntesis proteica, que finalmente determinarían daño en la función celular.
  - b. Teoría del Entrecruzamiento: Postula que ocurrirían enlaces o entrecruzamientos entre proteínas y macromoléculas celulares, lo que determinaría el envejecimiento y el desarrollo de enfermedades dependientes de la edad.
  - c. Teoría de la programación: plantea que las células normales se dividen un número determinado de veces, en el caso del ser humano son 50. Esto daría al hombre, en condiciones ideales, 110 años de vida, pero es el propio cuerpo el que genera eventos en los cuales, durante la vejez, provoca el ataque al mismo cuerpo. (Hayflick, 1974).

- d. Teoría del desgaste y la destrucción: plantea la muerte celular por el mal uso durante el transcurso de la vida, generando derivados químicos del metabolismo que producen procesos nocivos para el organismo, ya que las células al envejecer son menos capaces de regenerarse y, considerando que algunas simplemente se reemplazan y no regeneran; produciendo la muerte de las células, tejidos, órganos y finalmente del organismo. La capacidad de reparación del ADN se correlaciona positivamente con la longevidad de las diferentes especies. Pero para corroborar esta teoría se requieren de estudios que demuestren si realmente se acumula daño en el ADN con el envejecimiento.

*“De acuerdo con esta teoría las neuronas actúan como marcapasos que regulan el reloj biológico que gobierna el desarrollo y el envejecimiento.”*  
(Morales, 1994:48).

- e. Teoría de los Radicales Libres: (Harman,1956) Esta es una de las teorías más populares, postula que el envejecimiento sería el resultado de la mala protección contra el daño producido en los tejidos por los radicales libres que aparecen con el mal uso y manejo del oxígeno en la cadena respiratoria.

*“Además los experimentos realizados en ratas sometidas a restricción calórica han mostrado un aumento en su longevidad, lo que se cree es producido por una menor producción de radicales libres”. (Hoyl, 1999)*

Aún faltan estudios que expliquen el rol de los radicales libres en el proceso de envejecimiento; lo que si está claro es el importante papel que juega el daño

producido por la liberación de radicales libres en algunas de las patologías que se relacionan con el envejecimiento como cáncer, cataratas, enfermedad de Alzheimer, etc.

El segundo grupo de teorías, no estocásticas, suponen que el envejecimiento estaría predeterminado.

2. Teorías no Estocásticas: Suponen que el envejecimiento sería la continuación del proceso de desarrollo y diferenciación, y correspondería a la última etapa al interior de una secuencia de eventos codificados en el genoma.

Hasta ahora no hay evidencia de que en el hombre haya un gen único que determine el envejecimiento pero a partir de la progeria (síndrome de envejecimiento prematuro), se puede extrapolar la importancia de la herencia en el proceso de envejecimiento.

- a. Teoría del Marcapasos: Postula que los sistemas inmune y neuroendocrino serían marcadores intrínsecos del envejecimiento.
- b. Teoría Genética: Explica que está claro que el factor genético es un importante determinante en el proceso del envejecimiento, pero aun no se conocen con exactitud los mecanismos involucrados.

A pesar de todo lo expuesto no existe una teoría acerca del envejecimiento biológico que pueda explicarlo todo. Probablemente envejecer sea la consecuencia de una serie de factores, internos y externos, que interactúan sobre el organismo a lo largo del tiempo, y determinan finalmente un debilitamiento de la homeostasis que culmina con la muerte.

## 2.2. Teoría Sociológicas

El desarrollo de las teorías sociológicas pretende exponer las variables de índole social que intervienen en el proceso del envejecimiento.

- Teoría de Towsen: Plantea que la manera como se envejece y la calidad de la vida y de la vejez se relacionan directamente con los recursos sociales y materiales acumulados durante el desarrollo de la vida. El acceso a los recursos que las personas tienen, especialmente los adultos mayores se vincula directamente a la posición que el individuo ocupa en el proceso productivo, y por consiguiente, a las oportunidades que la sociedad les ofrece durante el transcurso de la vida.

El postulado central señala que la situación actual de dependencia de los adultos mayores ha sido creada por la política social, es decir, es producto de las acciones llevadas a cabo por la sociedad. (Forttes, 1992).

El efecto que las políticas sociales tienen en los adultos mayores constituye un desafío. La situación de dependencia de la población adulta mayor está basada en las limitaciones inherentes al modelo de desarrollo de una sociedad determinada. (Edward, 1989).

- Teoría de Thomae: Postula que la vejez es un destino social. Dada las características que presentan las sociedades, estas estarían condicionando la calidad de vida y el promedio de años que logran vivir sus habitantes. Así como también las condiciones en que sobreviven quienes sobrepasan los 60 años de edad. (Ibid).
- Teoría de Chawla: Establece que los ancianos no siempre son dependientes, a causa de su decadencia física, sino que son categorizados

de esta forma socialmente. Esta categorización, frecuentemente, es producto de las presiones ejercidas sobre este grupo de la población. (ibid)

Las teorías sociológicas, cuya unidad de análisis es la sociedad, han centrado su atención en el estudio de las características de ésta y la forma como éstas características configuran similares oportunidades y condiciones de vida para los adultos mayores.

- Teoría de Roles: Esta teoría plantea que los cambios asociados a la tecnología y a la modernización afectan la posición del adulto mayor en la sociedad y lo arriesgan a una pérdida de roles.

Considera que el proceso de socialización, mediante el cual la sociedad asigna posiciones a las personas, especifica los roles y status de estas posiciones. Su autor señala que la fuente principal del status es la ocupación y el trabajo de la persona.

Existen cambios que inciden en la transformación de los roles, en la adultez mayor estos son:

- Cambios en el centro de la propiedad.
- Cambios en la tecnología o conocimientos estratégicos.
- Cambios en la productividad como, por ejemplo, la implementación de la automatización.
- Cambios en los patrones de dependencia.
- Cambios en los lazos de parentesco, como por ejemplo, el paso de la familia extendida a la familia nuclear.

Estos cambios tendrían como consecuencia la disminución de la posición del adulto mayor en la sociedad.

- Roles en la Interacción Social: Las teorías que explican el envejecimiento y la adaptación a la vejez, necesariamente, se aplican en el contexto sociocultural en el que vive la persona.

El sistema social está conformado por la estructura social, entendiendo por ésta la red de relaciones sociales mutuamente independientes existentes en la sociedad. Las relaciones sociales, existentes en su interior, involucran comportamientos de un conjunto de individuos, donde el significado de su acción tiene significados propios y también para los demás.

Dentro de este contexto, surge la interacción social, que significa el encuentro y relación de las personas en una sociedad determinada. Constituye un proceso, mediante el cual, los individuos adquieren e intercambian conductas, comportamientos, significados, actitudes, normas, etc. para llegar a la conciencia de ser social (Secord et al, 1976).

Es en la interacción social en donde las personas se transforman en actores sociales, representando roles o papeles, ya sean adscritos o adquiridos. De manera aclaratoria, es pertinente mencionar que el rol adscrito está asignado social y culturalmente, sin tener en cuenta las características individuales; mientras que el rol adquirido es dinámico y se va desempeñando a medida que transcurre la vida.

El concepto de rol social alude a un conjunto de prescripciones y expectativas definido respecto de cómo debe comportarse la persona que ocupa una posición en el sistema social (ibid).

Los roles sociales integran las diversas acciones del individuo, muestran como éstas formar una unidad en las acciones grupales y vinculan al individuo con el grupo y la sociedad, integrándolo al sistema social, cultural y de la personalidad (ibid).



Existen tres supuestos para interpretar los roles sociales.

1. Las percepciones compartidas son consideradas según la posición que ocupa cada persona en la estructura del grupo social.
2. Los miembros del grupo concuerdan en tener ciertas expectativas sobre el comportamiento de las personas que ocupan ciertas posiciones en la estructura del grupo.
3. La norma social definida como una expectativa compartida por los miembros del grupo, que especifican los comportamientos apropiados para cada situación.

Una persona puede desempeñar simultáneamente una serie de posiciones.

Estos se asocian a la negociación social con el grupo, vinculada con las expectativas (las que suponen como debe actuarse), y los comportamientos (los que constituyen la ejecución particular de un rol). (ibid).

Es en el contexto sociocultural donde, también, se aplica el concepto de integración social, asociada a rol social, al status y participación social. Estas variables se vinculan con las modificaciones de roles y tareas, desculturización y desocialización (Femgler, 1981).

Las relaciones entre estas variables y la integración social no están definidas convencionalmente. Por ello están sometidas a supuestos tales como: las personas mayores se encuentran socialmente integradas, si poseen dentro de una cultura un status alto. Pero si tienen un bajo status estarían automáticamente menos integradas, por ejemplo, cuando el status bajo es compensado con un cierto cariño y afecto hacia ellos. Esto aclara, que la integración social es algo determinado por variables de diversa índole. (Schade et al, 1992).

La relación entre la participación y la integración social de los adultos mayores es más simple puesto que, se plantea que las personas que participan en las áreas políticas, económicas, sociales e intelectuales de una cultura se hayan socialmente integradas y viceversa. (ibid).

Algo similar ocurre con la relación entre los roles sociales y la integración social del adulto mayor. Puede suponerse que la pérdida de un rol en la edad adulta incidirá en una integración social reducida (ibid).

Desde la perspectiva de la Gerontología Social, la integración social debe considerar los supuestos del envejecimiento y las características de cada contexto sociocultural. Por consiguiente, la integración social varía según las características de la situación socioeconómica, el aporte que pueden realizar los adultos mayores a la cultura, la organización social, la familia, la religión, la imagen social, la autoestima, entre otras.

### **2.3. Teorías Psicológicas**

Estas explican el envejecimiento desde el punto de vista de la conducta del individuo, la que se hace presente en todo el transcurso de la vida de las personas.

- Teorías Madurativas: Plantean que la conducta humana es el punto en donde se despliegan las características previamente establecidas por medio de la herencia, por lo tanto envejecer es un proceso biológicamente programado. (Forttes, op cit)
- Teorías Adaptativas: Consideran la conducta humana desde una perspectiva evolutiva y subrayan la interacción existente entre el individuo y su ambiente. Por lo tanto la adaptación al envejecimiento sería el resultado de la interacción entre el anciano y su medio.

- Teorías del Aprendizaje: La conducta humana es principalmente resultado de la experiencia, es por ello que se pone énfasis en las condiciones de vida del adulto mayor. Planteándose que las conductas negativas encontrarían sus causas en experiencias negativas. Por lo tanto, se postula que una modificación en las condiciones ambientales, permitiría un envejecimiento más satisfactorio. (ibid).
- Teoría Cognitiva: Este planteamiento propone una teoría de envejecimiento psicológico, que se desprende de las teorías cognitivas y de la personalidad: donde lo cognitivo se entiende como la forma en que el individuo percibe e interioriza el mundo que lo rodea (Berwart et al, 1982).
- Esta teoría establece tres postulados básicos, cuya revisión permite considerar integralmente aspectos significativos, de la situación del individuo que envejece: (ibid)

La percepción de los cambios, más que los cambios objetivos está relacionada con los cambios de comportamiento. Este postulado introduce el concepto “cambio percibido” como una variable que interviene entre el cambio objetivo de una situación y cambios en el comportamiento explícito o encubierto.

Todo cambio en la situación del individuo es percibido y evaluado en términos de las preocupaciones y expectativas dominantes del individuo. Este postulado introduce aspectos motivacionales del comportamiento, con variables intervinientes entre el cambio de la situación (como un suceso objetivamente establecido) y la percepción de este cambio.

La adaptación al envejecimiento es un balance entre las estructuras cognitivas y motivacionales del individuo. Este planteamiento se refiere a la dinámica del proceso. La aceptación de la situación de retiro o de jubilación, por

ejemplo, está en relación directa con el grado de coincidencia entre las metas deseadas y metas logradas en la vida laboral.

Estos planteamientos psicológicos aportan el análisis desde los individuos que envejecen, y se centran básicamente en la forma como estos encarar su proceso de envejecimiento.

- Desarrollo social y de la personalidad: Las personas pasan por diferentes etapas, dentro de las cuales pueden experimentar tanto crecimiento como crisis, pero debido a la visión que experimenta la sociedad hacia el Adulto Mayor, sobre todo en el contexto latinoamericano en muchos sentidos las personas mayores se encuentran en desventaja tanto por el culto a la juventud existente en nuestro tiempo como por la tendencia de la sociedad occidental a rechazar la muerte. Aunque a las personas mayores se les suelen aplicar los estereotipos de débiles y dependientes de las generaciones más jóvenes para tomar sus decisiones, a menudo tienen un gran nivel de moralidad, satisfacción de la vida y autoestima. Sin embargo, en la mayoría de las sociedades modernas los jóvenes son independientes y sus actitudes ante la vida no dependen tanto de sus familiares o allegados más mayores.

Esta visión no facilita las cosas para los Adultos Mayores, se estereotipa de muchas maneras, dificultando la opción de satisfacer sus necesidades y sentirse íntegro con su yo personal: lo que desencadena muchas veces actitudes de negativas de rechazo y abandono.

El envejecimiento satisfactorio depende del camino o herramientas que posea cada Adulto Mayor para enfrentar esta etapa de la vida. Aunque no existen teorías que puedan explicar fehacientemente esta situación, se pueden mencionar dos de las más importantes:

- Teoría de la actividad: plantea al Adulto Mayor integrado a la sociedad y con una redefinición de roles. Integrado desde la perspectiva de que cuanto más activo permanezca, más realizado se verá en la vejez así se continuará comportando como una persona de mediana edad. La redefinición de roles plantea que al llegar a esta etapa se van perdiendo roles que antiguamente acompañaron a la persona durante su vida; sin embargo, al tiempo que en este estadio van apareciendo roles nuevos como los de abuelo, suegro, actividades sociales, voluntariados, etc.). No obstante, existen autores que señalan que el grado de actividad no está relacionado con satisfacción de vida y bienestar. (Lemon et al, 1972).
- Teoría de la desvinculación: mantiene que el envejecimiento con éxito se basa en que la persona se distancia con facilidad de la sociedad, reduciendo sus actividades refugiándose en ellos mismos debilitando los lazos emocionales con otras personas (Liberman et al, 1970)

Otras investigaciones demuestran que algunos Adultos Mayores son felices y realizados cuando su día se encuentra copado de actividades; pero otras personas disfrutan de la tranquilidad de su hogar.

#### **2.4. Teorías Psicosociales**

La tesis básica del enfoque psicosocial, afirma que en nuestra sociedad junto con el proceso del envejecimiento ocurren otros cambios sociales cuyas consecuencias inciden negativamente en las condiciones de vida de los que envejecen. Estos cambios configuran los rasgos del contexto social que enmarcan la vida del adulto mayor repercutiendo en su calidad de vida.

En este enfoque la atención está centrada en el cómo los individuos logran adaptarse a las condiciones que les ofrece la sociedad, como buscan respuesta a

los problemas que se les presentan y como aceptan y asumen sus pérdidas y sus frustraciones.

Tiene el mérito de mezclar, desde los individuos que envejecen, las características del entorno social, y la forma como los individuos encaran ambos tipos de circunstancias. Esto hace que los individuos tomen un papel protagónico en la construcción de su propio bienestar.

Los desarrollos psicológicos y psicoanalíticos han descrito y teorizado mucho sobre la primera etapa de la existencia humana, algo menos de la adolescencia y juventud y muy poco acerca de la adultez y vejez.

E. Erikson (1981) es el primero y uno de los pocos teóricos que habla del ciclo vital completo, en sus etapas del desarrollo psicosocial, cuyos últimos períodos corresponden a la adultez y a la vejez.

Describe siete etapas que se van sucediendo escalonadamente en la vida y en cada una de ellas se presentan situaciones antagónicas, "Crisis PsicoSociales", cuya evolución predispone las futuras etapas.

En cada periodo se puede transitar por el camino de la salud o de las patologías, y Erickson, que integra los aspectos socio-históricos con los biológicos, vincula el desarrollo al poder ético del proceso social, es decir que el ciclo vital debe ser entendido en el contexto y en las condiciones concretas de existencia de los sujetos.

- Teoría Psicosocial de E. Erickson: Esta teoría plantea una visión del desarrollo humano como producto de la interacción entre las necesidades y capacidades individuales (psico) y las expectativas y exigencias de la sociedad (social). (Forttes, op cit).

Dos conceptos importantes planteados por Erickson son el “principio epigenético” y “las crisis vitales normativas”. El primero de ellos se refiere a que cada etapa del desarrollo humano está guiada por un orden natural interno, el cual actúa como una preprogramación biológica que interactúa con el medio ambiente, tanto en lo físico como en lo ambiental. En cada cultura, por lo tanto, estas etapas biológicamente preprogramadas serán atravesadas en forma diferente, así como dentro de la misma cultura, en un momento histórico dado, cada individuo tendrá una biografía distinta.

En tanto las crisis vitales normativas están referidas a los desafíos o tareas propias de cada una de las etapas, cada crisis lleva a un desenlace exitoso, que posibilita nuevos desarrollos o, negativo, que conlleva al estancamiento y puede generar enfermedades físicas o psicológicas. La patología es entendida así, como un fracaso en esta escala en espiral del crecimiento o de desarrollo individual.

- La Teoría del Desarrollo Humano nos aporta la idea de conceptualizar el envejecimiento como un proceso que va desde el nacimiento hasta la muerte de los individuos, y en este sentido, que sus postulados se transforman en un nexo entre la temática abordada y nuestro problema de investigación, en tanto, consideramos que desde aquí parten los postulados desarrollados por Jaques Laforest que guiarán este estudio.

A continuación se enuncian brevemente las siete etapas del desarrollo individual diferenciadas (Erickson, op cit)

1. Lactancia (0 a 2 años): Este periodo se caracteriza por una conexión directa entre el niño y la madre. La crisis que se enfrenta es la confianza básica frente a la desconfianza, siendo el producto de esta etapa la esperanza y optimismo frente a la vida.

2. Etapa Muscular o Segunda Infancia (2 a 4 años): Corresponde a un periodo de maduración neurológica rápido en el niño. La adquisición de un sentido de autonomía es el logro central de esta etapa, la que se ve amenazada por sentimientos de duda, vergüenza e inseguridad. El producto de esta etapa estaría dado por la voluntad.
3. Etapa Escolar (5 a 10 años): Surge el sentido de ser competente, de rendir más y compararse con los demás, lo que origina la industriosisidad que se ve reflejada en la necesidad de lograr metas y de interactuar socialmente. Si esto no se logra, surge en el niño la inferioridad o incompetencia con relación a si mismo, originándose como producto lógico de esta etapa la competencia.
4. Etapa Adolescencia (10 a 19 años): Está definida por Erickson como el sentido de continuidad y estabilidad de la persona a lo largo del tiempo. Se consolida alrededor de la elección vocacional (laboral) y de la pareja. La crisis que se presenta es la identidad frente a la difusión, generándose como producto la fidelidad.
5. Etapa Adulto Joven (20 a 40 años): Corresponde a los años de mayor capacidad física, a la inserción activa en el mundo laboral y, generalmente, a la formación y consolidación de una pareja y de una familia. La crisis en esta etapa es la intimidad contra el aislamiento, perfilándose como su producto el amor.
6. Etapa Edad Madura o Adulthood Media (40 a 65 años): Se caracteriza fundamentalmente por el cuidado del desarrollo de los demás, ya sean los hijos o las generaciones más jóvenes, en general. La crisis que se presenta es la generatividad frente a la autoabsorción, y su positiva recuperación genera como producto la capacidad de cuidado de los otros.



7. Etapa Senescencia o Adulthood Tardía (más de 65 años): Para Erickson se llega aquí al tema final del ciclo vital, en la medida que el individuo ha vivido él y ha asegurado que viva la generación siguiente. La crisis que se presenta es la integridad contra la desesperanza y el producto es la sabiduría y la trascendencia.

En cada una de estas etapas Erickson desarrolla cinco conceptos organizadores que a continuación se explican: (Fortes, 1992).

1. Etapas del Desarrollo: La persona se pasa de una etapa a otra después que han ocurrido ciertos hechos psicológicos y no simplemente por la edad cronológica. (ibid)

En cada etapa la persona se enfrenta con un problema único que requiere la integración de las necesidades y capacidades personales con las exigencias sociales de la cultura.

2. Tareas del Desarrollo: Son el conjunto de destrezas y competencias que se adquieren cuando la persona gana mayor dominio sobre el ambiente. (ibid)

Se estima que para cada etapa la persona emprende distintas tareas, las que le permiten evaluar si dicha etapa está correspondiendo a lo esperado de acuerdo a la edad del individuo y a las respuestas que este asume frente a los desafíos que le impone el medio.

En la Adulthood Tardía se identifican las siguientes tareas (Newman, 1984)

- Enfrentar cambios físicos propios del envejecimiento. Entre estos se encuentran: Lentificación del metabolismo, menor resistencia ante el esfuerzo prolongado y lentificación en la respuesta motora, el tiempo de reacción, la resolución de problemas, la memoria y el procesamiento de información.

- Redirigir la energía hacia nuevos roles y actividades, como por ejemplo ser abuelos, la jubilación, la disposición al uso del tiempo libre, la viudez, la muerte, etc.

Este proceso de aceptar la propia vida, tal como ha sido, puede ser un desafío personal difícil de encarar, por lo tanto, es importante que en esta época se incorporen dentro de la autoimagen ciertas áreas de fracaso, de crisis o desilusión.

Todas estas tareas de desarrollo traen consigo lo que es entendido como Crisis PsicoSocial.

3. Crisis PsicoSocial: Se entiende como el esfuerzo psicológico de la persona para ajustarse a las exigencias del medio ambiente en cada etapa del desarrollo. (ibid).

Constituye un conjunto normal de tensiones y presiones que generalmente mueven al individuo entre dos fuerzas antagónicas, una de las cuales resulta positiva para su desarrollo y otra que dificulta dicho desarrollo, momento en el cual se considera que la crisis no está resuelta. En su efecto, ambas fuerzas pueden coexistir por un período de tiempo, permaneciendo en este caso el individuo en un período de moratoria en la resolución de dicha crisis.

En la Adulterz Tardía, la crisis psicosocial es la Integridad v/s Desesperación.

La Integridad es la capacidad para aceptar los hechos de la propia vida y enfrentar la muerte sin gran temor, raíces que se funden en el preconscious y en el inconsciente, que constituyen el depósito de lo que se derrama en todo el curso de la vida. (Erickson, op cit)

La desesperación, por su parte, significa que la persona no ha superado la nostalgia respecto del propio pasado, imposibilitando una actitud de aceptación tranquila del resto de su vida. La desesperación puede aparecer sólo como la expresión última del temor, la angustia y el miedo que impregnaron las etapas anteriores.

La tarea primordial aquí es lograr una integridad con un mínimo de desesperanza. Esta etapa parece ser la más difícil de todas, al menos desde un punto de vista juvenil. Primero ocurre un distanciamiento familiar y social, sentimientos de inutilidad; todo esto evidentemente en el marco de nuestra sociedad. Algunos se jubilan de trabajos que han tenido durante muchos años; otros perciben que su tarea como padres ya ha finalizado y la mayoría creen que sus aportes ya no son necesarios (Papalia et al, 2001)

Junto a las enfermedades, aparecen las preocupaciones relativas a la muerte. Los amigos mueren; los familiares también. La esposa muere. Es inevitable que también le toque su turno. Al enfrentarse a toda esta situación, se sienten desvinculados, comenzando lentamente a caer en un severo aislamiento, produciendo un sentimiento de desesperanza.

Como respuesta a esta desesperanza, algunos Adultos Mayores se empiezan a preocupar por el pasado. Después de todo, allí las cosas eran mejores. Algunos se preocupan por sus fallos; esas malas decisiones que se tomaron y se quejan de que no tienen ni el tiempo ni la energía para revertirlas. Vemos entonces que algunos ancianos se deprimen, se vuelven resentidos, paranoides, hipocondríacos o desarrollan patrones comportamentales de senilidad con o sin explicación biológica, como fallos en la atención y la memoria, pérdida de habilidades, irritabilidad, pérdida del sentido del humor y desorientación tanto temporal como espacial. (Erikson, op cit)

La integridad significa llegar a los términos de la vida, y por tanto, llegar a los términos del final de la vida. Si somos capaces de mirar atrás y aceptar el curso de los eventos pasados, las decisiones tomadas; la vida tal y como la vivió, como necesariamente así, entonces no necesitará temerle a la muerte.

La tendencia maladaptativa del estadio ocho es llamada presunción. Esto ocurre cuando la persona “presume” de una integridad sin afrontar de hecho las dificultades de la senectud, o bien caen en la negación y el aislamiento social para que no se noten las dificultades que se comienzan a hacer cada día más evidente.

La tendencia maligna es la llamada desdén. Erikson la define como un desacato a la vida, tanto propia como la de los demás.

La persona que afronta la muerte sin miedo, tiene la virtud que Erikson llama sabiduría. Considera que este es un regalo para los hijos, y esto se logra a través de la convivencia con su grupo de pares, sólo así se darán cuenta a través de la socialización de experiencias que es normal todo lo que ocurre.

Entender que existen Adultos Mayores que aceptan la vida pasada, sin arrepentimientos importantes sobre lo que pudo haber sido o lo que uno debería haber hecho de manera diferente. Implica aceptar la propia muerte como el fin inevitable de una vida llevada tal como la supo vivir. En suma, significa aceptar la imperfección en sí mismo, en el desempeño de sus roles sociales, especialmente el de padres. Esta definición de aceptación de la vida y la muerte inminente de sí mismo, es un recurso psicológico importante, que lleva a la integración.

Las personas que no logran esta aceptación se sienten sobre abrumadas por la desesperanza, se dan cuenta de que el tiempo es demasiado corto para

buscar otros caminos, para lograr la integridad. Aunque la integridad debe sobrepasar la desesperanza, si esta crisis va a resolverse exitosamente, Erikson plantea que alguna desesperanza es inevitable. Las personas necesitan apenarse, no sólo por su propio infortunio y las oportunidades perdidas, sino por la vulnerabilidad y transitoriedad la condición humana.

Etapa Senescencia o Aduldez Tardía es el tema final del ciclo vital, en la medida que el individuo ha vivido y ha asegurado que viva la generación siguiente. La crisis que se presenta es la integridad contra la desesperanza y el producto es la sabiduría y la trascendencia.

Proceso Central para Resolver la Crisis: Se refiere al contexto dominante en el cual se resuelve el conflicto.

Este proceso lleva a la adquisición de nuevas destrezas psicosociales a la resolución de la crisis psicosocial y al enfrentamiento con éxito de cada etapa de la vida. (Forttes, Op cit).

En la Aduldez Tardía el Proceso Central es el de Introspección, ésta involucra un proceso gradual para apreciar la significación de los hechos de la vida. Este proceso adopta como recurso al recuerdo o reminiscencia, que permite recapturar los hechos memorables de la historia de la vida. Este proceso de recuerdo nostálgico habitualmente aumenta los sentimientos de juventud, competencia, atractivo y cercanía a los otros adultos. (Newman et al, 1984).

Se debe considerar que el exceso de reminiscencia puede llegar a dominar la realidad y hacer que la aceptación realista de su propia vida no sea tal, llegando a que predomine el pasado sobre el presente.

Conductas de Enfrentamiento: Se refiere a los esfuerzos activos para resolver la tensión y crear nuevas soluciones a los desafíos de cada etapa del desarrollo.

Las conductas de enfrentamiento poseen tres componentes (ibid):

- Capacidad de ganar y procesar nueva información.
- Capacidad de mantener el control sobre el estado emocional de sí mismo.
- Capacidad de moverse libremente dentro del propio ambiente.

En la Adulterez Tardía, las conductas de enfrentamiento, permiten el desarrollo y crecimiento de la persona, además de la mantención del equilibrio frente a la amenaza ambiental.

En esta etapa la persona se enfrenta a funciones disminuidas del organismo, entre las que están la vista, el oído, la energía física y el mayor riesgo de enfrentar disminución en los ingresos económicos, la aceptación de la viudez, el establecimiento de nuevas relaciones con personas de la misma edad y con otras personas de otras edades, entre otros.

A esta adaptación influyen factores determinados tanto por las características individuales de la personalidad, así como también el apoyo que reciba de las personas con las que se relaciona y la ayuda que le proporcionan los servicios sociales existentes. (Newman et al, 1984)

Para comprender el ciclo vital en la Adulterez Tardía existen diversos supuestos: (Erickson, op cit)

- Para completar el ciclo individual son necesarias todas las fuerzas emergentes de la persona.

- Toda realización del ciclo individual de vida está relacionada con aquello que se determina en el orden de las cosas (realidad). Persistiendo en una actitud de responsabilidad y aportando continuas soluciones para el ciclo de las generaciones futuras.
- El ciclo generacional resulta indispensable para la conservación o mantenimiento de las estructuras sociales en evolución, las cuales deben facilitar el surgimiento de las etapas de la vida, o de lo contrario, tendrán que sufrir una patología social y política.

Gracias al análisis anterior y volviendo a nuestro eje central, podríamos resumir que, para Erickson la tarea que le toca enfrentar al ser humano en la última etapa de la vida es la adquisición de un sentido de la integridad y de evitación de la desesperación, mediante la realización de la sabiduría. Esta tarea tendría su base en la etapa de la Adulthood Tardía, en la cual el adulto procesa y asegura el desarrollo de una nueva generación, adquiriendo una perspectiva más amplia y completa de su propio ciclo de vida y desarrollando así un sentido de la integridad durante la senescencia.

La reflexión hasta ahora realizada nos permite definir el envejecimiento como una situación de crecimiento y de declive. El declive se sitúa a nivel biológico-orgánico, el cual marca este proceso como un periodo de decadencia física y de deterioro en las habilidades y capacidades psicomotoras. Por otro lado, en cuanto al crecimiento en esta etapa, se mantiene una imagen ideal de sí mismo que impulsa al despliegue de las potencialidades personales. De acuerdo con esta perspectiva se define el envejecimiento como una situación existencial de crisis, resultado de un conflicto íntimo experimentado por el individuo entre su aspiración natural al crecimiento y la decadencia biológica y social consecutiva al avance en años, (Laforest, op cit).

Continúa el autor señalando que la crisis de la vejez definida como conflicto entre dos experiencias contradictorias, constituye el centro de la experiencia de la ancianidad. Esta se percibe a sí, desde un ángulo dinámico, no definida ni por el declive ni por el crecimiento, sino por la dialéctica que se establece entre esos dos polos vivenciales.

El citado Laforest establece que, el núcleo de la experiencia de la ancianidad estaría dado por la crisis de la vejez, la cual supone tres dimensiones interrelacionadas: es ante todo una crisis de identidad, una crisis de autonomía y una crisis de pertenencia. Para efectos de este estudio nos abocaremos al análisis de estas tres crisis, que nos permiten centrar el conocimiento sobre el nivel de resolución de ellas.

#### *Crisis de Identidad:*

La crisis de la vejez se da primeramente, como se ha señalado, en el campo de la identidad personal, considerando como etapa crítica aquella en que operan cambios importantes que suponen reorganizar los estilos de vida y las formas habituales de la relación con el mundo. Es así que, cuando las pérdidas del envejecimiento son vividas por un adulto mayor como un atentado a su identidad, tanto su autonomía como su participación social resultan afectadas. Si, al contrario, consigue asumir estas pérdidas e integrarlas en su identidad conservada intacta, cabe esperar la solución de la crisis en los aspectos de su autonomía y de la pertenencia social.

Considera que la identidad personal es la imagen que cada uno percibe de sí mismo, lo que implica también el valor que le da a su propia persona, la que se ve agredida durante el envejecimiento. La autoimagen tiene gran influencia sobre el funcionamiento de la personalidad porque en realidad es una evaluación. La estima de uno mismo se ejerce en dos planos: es el sentimiento que el individuo posee de su propia eficacia y de su propio valor. (Laforest, op cit)



La identidad personal se compone de dos elementos: la autoimagen y la autoestima.

*“La autoestima representa la dimensión afectiva de percepción que cada uno tiene de sí mismo, mientras que la autoimagen es más bien la dimensión propiamente cognoscitiva” (ibid: 247)*

Para Laforest, las pérdidas que se viven durante la tercera edad no son solo físicas, sino que también se desarrollan en cuanto a la autonomía, a la pérdida de la función social y a las defunciones cada vez más numerosas de sus pares. Todas estas pérdidas se convierten en una amenaza para la imagen y la estima propia.

La pérdida de la función social es muy traumatizante para el adulto mayor, debido a que los roles sociales son habitualmente fuentes de pertenencia, dinamismo y valoración. Las disminuciones o pérdidas que produce el envejecimiento modifican las imágenes que el individuo ofrece a los demás, pero en lo más íntimo de sí, experimenta que sigue siendo el mismo de siempre.

Todo esto hace que la primera tarea que tiene el individuo durante la ancianidad es mantener intacto el sentimiento de su propia continuidad a través de las pérdidas que se vinculan al proceso de envejecimiento.

Para poder resolver la crisis de identidad deben cumplirse algunas condiciones que pueden guiar al individuo que envejece, estas condiciones son: vivir experiencias válidas en un contexto relacional adecuado, redefinir el propio sistema de valores e integrar las riquezas de la reminiscencia, de los recuerdos.

Laforest explica, que se llega a la vejez con una imagen de si que se ha ido formando a través de las vivencias, las que determinarían no solo la identidad, sino también el propio sistema de valores que en consecuencia serán los que permitirán al adulto mayor vivir la vejez como una etapa de crecimiento.

*“Los ancianos que viven la vejez como una experiencia negativa ven en ella una enemiga que los despoja de sus valores personales, forzándolos a abandonarlos, una tras otra”*

*“Los ancianos que viven la vejez como experiencia positiva experimentan la transformación de su sistema de valores como un proceso, no de privación, sino de purificación e interiorización” (ibid:162 )*

En cuanto a la tercera condición que se describe para poder resolver esta crisis: la reminiscencia, que es la tendencia que tiene la gente mayor por recordar su vida pasada; es considerada útil y necesaria para poder alcanzar con éxito la integridad, ya que permite revisar el conjunto de su vida como un todo que se expresa en su culminación actual, además que permite percibir su unicidad e individualidad como algo que permanece idéntico a si mismo hasta la vejez, y lo posibilita a resolver los conflictos no solucionados en el pasado.

### Crisis de Autonomía

La autonomía está íntimamente ligada a la identidad de los adultos mayores, ya que tanto la disminución como la pérdida de ella afectan la personalidad.

La autonomía puede afectar dos dimensiones en la persona, una física, donde existe incapacidad total o parcial que satisface las propias necesidades

físicas básicas para realizar las tareas ordinarias de la vida cotidiana. Y una dimensión psicológica, donde la autonomía se convierte en un atributo de la personalidad, ya que le permite al individuo tomar las decisiones que le conciernen, asumiendo la responsabilidad que le cabe en ellas. Es la libertad para un gobierno de gobernarse por sus propias leyes para un individuo el disponer libremente de sí. (ibid)

Existe también la posibilidad de que un individuo sea dependiente físicamente pero no así en lo psicológico, esto permitiría que el adulto mayor aun siendo físicamente dependiente, pudiera conservar una autoimagen positiva de si mismo, manteniendo el control de los acontecimientos de su vida, ya sean éstos internos o externos.

Laforest indica que el control interno es aquel donde el anciano está consciente de que puede ejercer un control sobre los acontecimientos de su vida, y que puede obtener de su entorno distintas gratificaciones que surgen desde el comportamiento o de su propia personalidad.

El control externo, por su parte, es si ocurre lo contrario de lo antes señalado, esto significa que existe una pérdida en la autonomía personal, la que se manifiesta en una modificación del comportamiento, en una disminución de la iniciativa, en la aceptación de las decisiones tomadas por otros y en una actitud permanente de apatía.

El autor señalado menciona que los tres factores que más contribuyen a la disminución de la autonomía personal en los adultos mayores son: las enfermedades o fallas físicas, la insuficiencia de recursos y por último la presión que ejerce el entorno en que se desarrolla.

Para él, existen bienes que resultan ser imprescindibles para que los adultos mayores conserven su autonomía, estos son: la vivienda, los recursos

relativos a la salud y la posibilidad de percibir ingresos suficientes para cubrir las necesidades más fundamentales, ya que una vez que estas se encuentran satisfechas es posible que el individuo se incline a satisfacer otras necesidades que podrían corresponder aun nivel superior, como por ejemplo, la pertenencia, la autoestima y la realización personal, entre otras.

### *Crisis de Pertenencia*

Para poder explicar el mecanismo que permite al individuo la satisfacción de su necesidad de pertenencia social, muchos autores se basan en la teoría de los roles sociales; ésta, dice Laforest, permite captar de modo dinámico el lugar que cada uno ocupa en la sociedad a la que pertenece.

De acuerdo con esta teoría la pertenencia está definida en términos de comportamiento, es decir, es una fuente de valoración personal, ya que cada individuo se siente reconocido y apreciado por su grupo de pertenencia según el status que ocupa.

El autor plantea que en la sociedad actual priman aquellos valores que se relacionan con la rentabilidad, el dinero, el consumo y el poder, desde este punto de vista la jubilación es vista por el individuo que envejece como una crisis, ya que su sentimiento de pertenencia social se ve alterado, en tanto que no solo se está retirando del trabajo, sino también de la participación social y está privándose además de las diferentes formas de roles sociales.

La condición de jubilado contribuye tanto a la crisis de identidad como a la de autonomía, ya que el declive orgánico y funcional es también llevado al campo laboral, entendiéndose ésta como la incapacidad para cumplir adecuadamente las funciones sociales y profesionales.

La persona que envejece se siente empujado al retiro no solo por la crisis de identidad, sino también por las actitudes del grupo al que pertenece, por este motivo Laforest plantea la necesidad de encontrar un lugar para los adultos mayores en una sociedad que incluya no sólo la satisfacción de sus necesidades básicas, sino también de un estatus significativo que le permita satisfacer también la necesidad de pertenencia social. Se trata de que las personas mayores estén en esta sociedad y para la sociedad. (ibid)

La participación social de las personas jubiladas se inicia, en la mayoría de los casos, realizando actividades alternativas como el artesanado, el voluntariado y otras distracciones, llegando incluso a la continuación o el inicio de estudios superiores; lo que demuestra la necesidad del individuo por experimentar un sentido de pertenencia.

Explica también el autor que si la jubilación no es resuelta en forma positiva por el individuo puede desembocar en el tedio y la soledad. El tedio es el sentimiento que resulta de la alteración subjetiva con el tiempo, es causado por la carencia de estímulos adecuados, ya que el cerebro al no estimularse se atrofia, pudiendo llegar incluso a las alucinaciones uno de los peores castigos que se puede infligir a una persona es el confinamiento solitario por el tedio que ocasiona. (ibid)

Por este motivo el esparcimiento es tan necesario en la vejez ya que en esta etapa toma un valor de estímulo. La soledad, por su parte, es un empobrecimiento de la calidad en las relaciones sociales que es ocasionada por la reducción de experiencias vitales con los suyos.

Para poder escapar del tedio y de la soledad es necesario que los ancianos realicen actividades que para ellos tengan algún sentido.

*“El arte de ser viejo depende del modo como una persona se sitúa frente al devenir personal, el arte de establecer una relación de ayuda con los ancianos depende de las actitudes fundamentales del que interviene en relación con la dialéctica vejez-envejecimiento” (ibid:148 )*

## CAPÍTULO II

### REPRESENTACIONES Y REDES SOCIALES DE LOS ADULTOS MAYORES

La elaboración y funcionamiento de la representación social de la vejez en el adulto mayor, es una forma particular de aprehender la realidad y el entorno que lo rodea. La representación social es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos (Moscovici, 1979)

La teoría de las representaciones sociales, constituye una manera particular de enfocar la construcción social de la realidad. Este enfoque presenta la gran ventaja de situarse en un punto, que conjuga por igual la toma en consideración de las dimensiones cognitivas, y de las dimensiones sociales en la construcción de la realidad, haciendo patente de esta forma, su perfecta sintonía con la evolución histórica de la psicología social. Esto explica sin duda, que se corresponda tan felizmente con el estado de la problemática psicosocial que empezó a perfilarse en la década de los setenta (Ibáñez, 1994).

El estudio de las representaciones sociales, se focaliza en la manera como los seres humanos tratan de aprehender y entender las cosas que los rodean, y resolver los rompecabezas comunes sobre su nacimiento, cuerpo, humillaciones, relaciones, el poder al cual se someten. El ser humano que asume este modelo no es un reproductor de las informaciones que recibe y selecciona, sino un productor de informaciones y significados.

Toda representación social debe ser comprendida y explicada a partir de aquella o aquellas que le dieron origen, y no, directamente, partiendo de tal o cual comportamiento o aspecto de la estructura social, ya que las representaciones sociales estudian los seres humanos en la medida en que se plantean

interrogantes y buscan respuestas, en la medida en que piensan, y no en tanto que manejan información y se comportan (Moscovici, op cit)

Las representaciones sociales son una manera de interpretar y de pensar nuestra realidad cotidiana. Una forma de conocimiento práctico y además una actividad mental desplegada por individuos y grupos para fijar su posición en relación a situaciones, comunicaciones que le interesan. Lo social interviene de diversas maneras: en el contexto concreto en el cual están presentes personas y grupos, en la comunicación entre ellos, en los cuadros de aprehensión que les proporciona su bagaje cultural y en los códigos, valores e ideologías ligados a las posiciones sociales específicas. (Jodelet, 1984)

Se puede decir, que la representación social es un constructo eminentemente psicosociológico, por cuanto se ubica estratégicamente en la intersección de la sociología y la psicología; y ha sido trabajado por distintos autores a partir de ciertos elementos comunes.

Existen tres ejes en torno a los cuales se estructura los componentes de una representación social:

1. La actitud: disposición más o menos favorable que tiene una persona hacia el objeto de la representación y que expresa, por tanto, la orientación evaluativa en relación a ese objeto.
2. La información sobre los objetos representados, que varía notablemente tanto en calidad como en cantidad según los diversos objetos.
3. Por último, el campo de la representación, referido a la ordenación y jerarquización de los elementos que configuran el contenido de la misma; este campo se organiza en torno al esquema o núcleo figurativo, que es la parte más sólida estable de la representación. La construcción de una



representación se hace a través de dos procesos íntimamente relacionados: la objetivación y el anclaje.

La objetivación está referida a la conversión de un ente abstracto en un ente concreto, forma como se produce la transformación de nociones abstractas que sobre la vejez y su identificación tiene el viejo, en nociones concretas y en la constitución de un conocimiento personal. El anclaje se refiere a la atribución de significados, que se corresponden con las figuras del núcleo de la representación, y permite utilizar la representación como sistema interpretativo que guía la conducta del anciano.

Las representaciones sociales constituyen el concepto que operacionaliza y hace accesible el estudio concreto de las ideologías dominantes en una sociedad. Los estudios realizados sobre ellas, aportan un interesante material en el que confluyen tanto actitudes, creencias y valores, como ideologías de los diferentes grupos respecto a objetos sociales, enriqueciendo la posibilidad de análisis de los fenómenos psicosociales.

Por lo tanto, para determinar la representación social de la vejez, se debe tomar en cuenta el medio sociocultural y condiciones de vida de los ancianos, así como las variables exógenas y endógenas que pueden influir en la forma como ellos conciben su vejez.

## **1. Representación social y vejez**

Para abarcar en un único concepto buena parte de los elementos, tanto subjetivos como sociales y culturales, que forman parte de la idea de vejez, se utilizó la noción de representación social.

No se ha profundizado sobre lo que la gente opina de la vejez, qué significa envejecer para los ancianos o qué significa ser viejo, con qué imágenes la

asocian, qué sentimientos despierta en ellos y qué expectativas evoca. De allí que al conjunto de ideas, imágenes, sentimientos y expectativas vamos a llamarlo su representación social de la vejez (Rodríguez, 1979).

Aun sin disponer de datos empíricos sobre la noción de representación social de la vejez que tiene la sociedad, no sería equivocado decir que ésta no es muy halagadora, si partimos de la percepción negativa que sobre la vejez tenemos. Procuramos rehuir lo viejo o, si ya no es posible, al menos disimularlo. Otro componente, también muy importante:

*"Vamos a fijarnos en el componente introducido por otro de los interlocutores en la negociación: las ideas e imágenes de la vejez que la ciencia aporta, que en definitiva y después de todo, son a su vez producto de una negociación, pues también la ciencia puede en cierto modo interpretarse como una construcción social, en la que a su vez siempre están presentes elementos de la experiencia social e individual teñidos de ciertos matices precientíficos, espontáneos, de experiencia cotidiana" (ibid, 102).*

Ante esta influencia de los conocimientos y teorías científicas al alcance de los grupos y público en general, la representación social del viejo ya no sólo define lo que es la vejez, sino que también establece qué y cómo debe ser, qué es ser viejo y cómo se debe serlo. Pero más importante aún es que no sólo los otros grupos etáreos, los no viejos, comparten esa representación, sino que siendo el envejecimiento una condición universal, el propio sujeto que envejece la hace suya, la internaliza y por tanto, se convierte en el elemento por el cual se autodefine.

Una característica esencial de la representación social es que, al ser socialmente compartida, no sólo define al objeto y le da sentido, sino que en cierto modo lo crea, lo construye. La vejez es en definitiva una realidad socialmente construida; por tanto, podemos concluir que: las representaciones sociales son el consenso normativo que regula las expectativas, las actitudes y las conductas de los demás grupos hacia adultos mayores como categoría social, y de los adultos mayores hacia sí mismos como grupo y como individuos.

Podemos decir que las representaciones sociales constituyen el marco del cual se nutre el discurso de la vejez; por tanto, lo que está fuera de ese marco es erróneo, sin sentido, ya que las representaciones sociales constituyen el saber del sentido común sobre el que se apoya cualquier juicio al respecto.

Pero además de esto, la representación social de qué es y cómo debe ser la vejez, y de cómo deben comportarse el resto de los grupos sociales con respecto a la categoría viejos, es resultado de una negociación en la que también participa la ciencia, como un componente más del sistema de creencias que la sociedad tiene sobre esta etapa.

## **2. Necesidades Humanas Fundamentales**

El desarrollo humano y la calidad de vida están determinados por las posibilidades que las personas tengan de satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales.

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.

Las necesidades humanas fundamentales según Max Neef (1993), son finitas, pocas y clasificables, así como son las mismas en todas las culturas y

todos los periodos históricos, lo que cambia a través del tiempo y de las culturas es la manera de satisfacerlas.

Cabe resaltar que las necesidades pueden satisfacerse a niveles diferentes, con distintas intensidades y en tres contextos: en relación con uno mismo, con el grupo social, y con el medio ambiente, de acuerdo a las posibilidades de acceder a los satisfactores y bienes económicos requeridos.

Las necesidades humanas pueden desagregarse según categorías existenciales y categorías axiológicas.

A través de la teoría del desarrollo a escala humana, permiten comprender la vejez como una etapa en la que se puede lograr la satisfacción. Aportan elementos importantes para relacionar la vejez y la calidad de vida la cual dependerá de las posibilidades que tengan las personas de satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales. (ibid)

Señala que las necesidades humanas deben entenderse como un sistema en que las mismas se interrelacionan e interactúan y cuyo producto va a definir la calidad de vida de los individuos o grupos sociales, éstas se dividen en dos categorías: existenciales y axiológicas. Las primeras son las de ser, tener, hacer y estar y las últimas son subsistencia, protección, afecto, entendimiento, ocio, recreación, identidad y libertad (ibid).

Los satisfactores de esas necesidades adquieren una posición particular en cada una de las sociedades y se clasifican en:

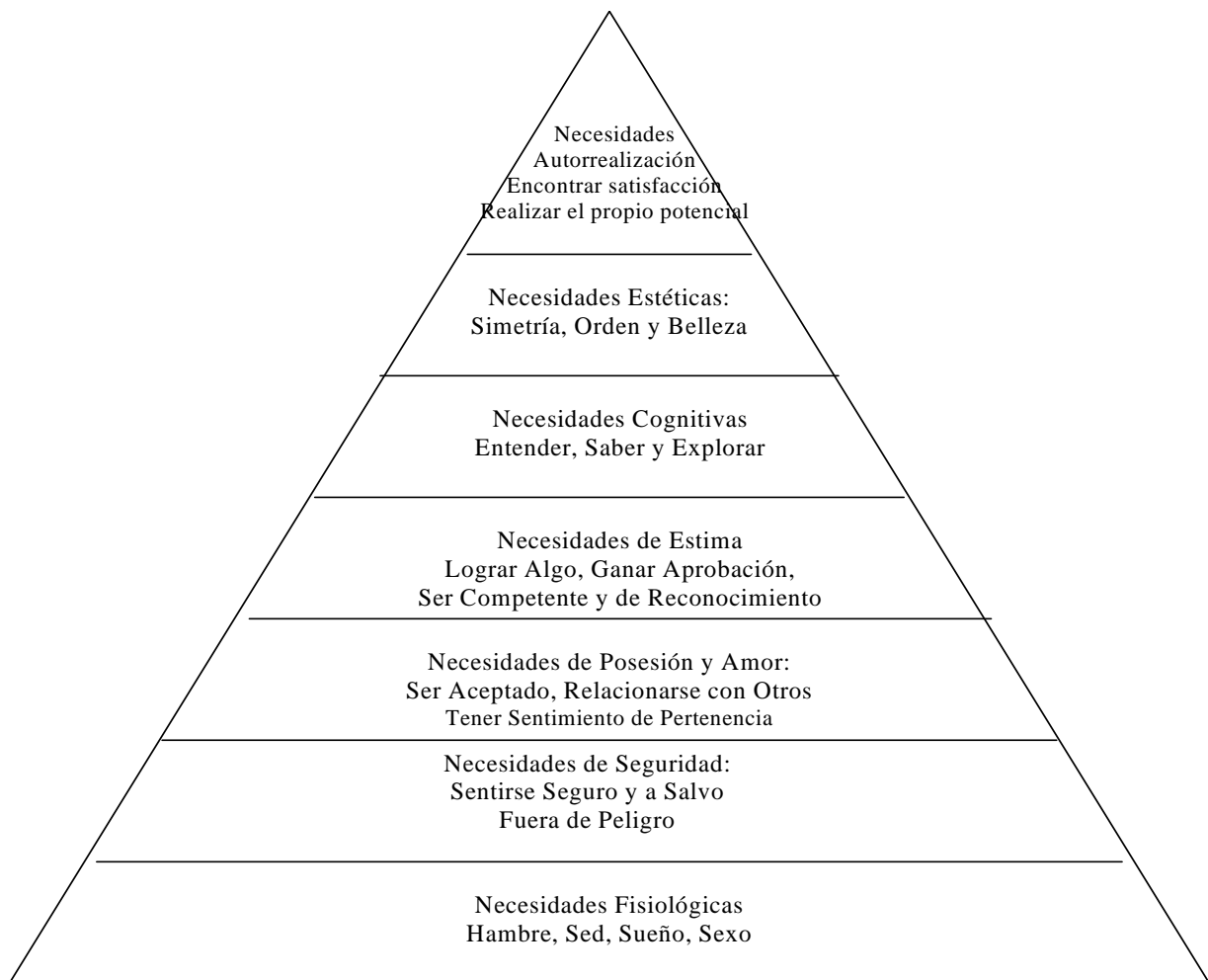
- Violadores o destructores: Su uso aniquila la posibilidad de satisfacer una necesidad e imposibilita la satisfacción de otras.
- Pseudo satisfactores: Estimulan una falsa sensación de satisfacción de una necesidad determinada.

- Inhibidores: Dificultan la posibilidad de satisfacer otras necesidades.
- Singulares: Satisfacen una sola necesidad.
- Sinérgicos: Estimulan y contribuyen a la satisfacción simultánea de otras necesidades.

La satisfacción de necesidades debe relacionarse con niveles crecientes de autodependencia partiendo de un protagonismo real de los individuos como tales. La presente investigación contempla la satisfacción de necesidades como punto clave para el logro de un envejecimiento satisfactorio.

### **3. Las Necesidades**

Maslow (1982) menciona con respecto a las necesidades que no son un evento aislado que pueda producir una respuesta perfectamente distinguible tal y como lo propone la psicología conductual, sino más bien son una serie de factores jerarquizados que actúan sobre el ser total, así mismo es importante recalcar que dentro de las necesidades abarca tanto las de origen fisiológico como las de origen psicológico. Para lo cual plantea una pirámide explicativa.



Fuente: (Maslow, op cit)

De acuerdo con esta tipología, los diferentes tipos de necesidades se orientan a dimensiones distintas, cuyo eje central es:

3.1 Básicas: Son las necesidades que debe de llenar el hombre primariamente en su búsqueda por la supervivencia, el no llenarlas le puede causar la enfermedad física e incluso la muerte, con el fin de poder hacer una distinción de las que pudieran ser consideradas básicas, hace una serie de consideraciones acerca de las necesidades:

a) su ausencia produce enfermedad

- b) su presencia previene la enfermedad
- c) su reimplantación cura la enfermedad
- d) en ciertas situaciones muy complejas (de libre elección), la persona privada de ella, la prefiere ante otros satisfactores
- e) resulta inactiva, de muy menguado efecto o nula funcionalmente en la persona saludable.

3.2 Necesidades fisiológicas: Se refieren a las necesidades fundamentales del organismo humano en tanto a su funcionamiento biológico y fisiológico, las cuales simplemente aseguran la supervivencia, tales como alimento, aire para respirar, refugio sexo y sueño, son las necesidades que primero deben de ser satisfechas para poder tener elementos con los cuales luchar en búsqueda de los otros satisfactores

3.3 Necesidad de seguridad: Las necesidades de seguridad son aquellas que, una vez satisfechas las necesidades fisiológicas, ocupan el lugar primordial en su consecución por parte del individuo, se trata de aquellos satisfactores que permiten a la persona saber que no está corriendo riesgos innecesarios que pongan en peligro su vida o integridad física, o bien factores que permitan asegurar que se puede vivir en un mundo estable y previsible, entre ellas podemos incluir la seguridad en la permanencia en el trabajo, la seguridad de ingresos, de la tenencia de un hogar, una familia, etc.

3.4 De crecimiento: Estas necesidades son consideradas secundarias para la supervivencia biológica de los miembros de la especie humana, sin embargo la falta de satisfacción de ellas impide que se de el desarrollo psicológico.

3.5 Necesidad de amor y pertenencia: Cuando las necesidades estrictamente necesarias para el mantenimiento y seguridad de la supervivencia son satisfechas la persona sana deseará tener ligas afectivas con otras personas, así como de

tener un lugar definido dentro de una estructura social el cual le permita tener una identificación de pertenencia al mismo.

3.6 Necesidad de aprecio: En este punto Maslow distingue dos variantes de la estima dado el origen de la misma, la estima por parte de los demás y la propia estima.

- a. La estima por parte de los demás: Esta incluye conceptos como prestigio, reconocimiento, aceptación, deferencia, estatus, reputación y aprecio, que son elementos que le permiten al individuo saberse digno de estar en compañía de los demás.
- b. La autoestima: Incluye aspectos como la autovaloración, el autorespeto, la confianza en sí mismo, capacidad de autonomía y libertad, los cuales conforman una autoimagen que al individuo le permite obtener armas para un completo desenvolvimiento de sus propias facultades.

3.7 Necesidad de actualización del yo: Significa que un hombre debe de llegar a ser tanto como pueda, esto significa que las personas, cuando han llenado sus necesidades básicas, así como las de amor, aprecio y pertenencia, tienen la inquietud constante de alcanzar cada vez metas más altas.

3.8 Necesidad de saber y comprender: Maslow piensa que la curiosidad es característica natural de las personas sanas tal como se lo puede observar naturalmente en los niños pequeños. Esta necesidad forma a su vez parte de un núcleo que auxilia a los seres humanos a lograr su autorrealización.

3.9 Necesidad de lo estético: Uno de los descubrimientos más sorprendentes de Maslow es el de que los individuos tienden de manera natural a desear la estética en su entorno, el ser humano es en esencia un buscador de lo bello, e incluso



averiguó que existen quienes enferman en un entorno que consideraran lleno de fealdad

3.10 Valores del ser: Mientras que en los individuos neurotizados es posible observar una serie de valores considerados como los “correctos” socialmente, tales como dinero, poder, moralismo, etc., en personas que están en camino de la autorrealización se pueden observar estos valores como término común:

1. Totalidad: tendencia a la integración.
2. Perfección: necesidad de hacer bien las cosas.
3. Completamiento: terminar lo que se hace.
4. Justicia: equidad y legalidad.
5. Vivacidad: muestras de la propia vida.
6. Riqueza: complejidad interior.
7. Simplicidad: honestidad.
8. Belleza: gusto por lo estético.
9. Bondad: tendencia a lo que es bueno.
10. Originalidad: creatividad.
11. Facilidad: soltura, lo natural.
12. Recreación: ocio, deleite, reconstrucción interior.
13. Verdad, honestidad, realidad: lo íntegro.
14. Autosuficiencia: autonomía y libertad

El Adulto Mayor posee múltiples necesidades, que se interrelacionan e interactúan. El nivel de satisfacción de cada necesidad va en directa relación con las posibilidades de este grupo de acceder a satisfactores.

Sólo en la medida que el Adulto Mayor encuentre satisfactores en su rutina diaria podrá acceder a una mejor calidad de vida. Estos satisfactores deben, además, ser los correctos, es decir, no deben conformarse con

pseudosatisfactores o inhibidores, ya que le provocarían una falsa sensación de bienestar, que en el fondo tarde o temprano va a producir un quiebre.

Las necesidades pasan de las más fundamentales, como las que permiten el funcionamiento del organismo para la subsistencia, y las necesidades secundarias por ejemplo de amor y pertenencia, sentirse querido y en un espacio donde se pueda sentir cómodo, para desarrollar pertenencia, lo que lleva directa relación con el nivel de autoestima que pueda lograr el Adulto Mayor, elemento indispensable para superar esta etapa de la vida. Desarrollando vínculos de afecto y respeto, ser considerado como una persona con la sabiduría que le proporcionan los años.

#### **4. Perspectiva de las Redes Sociales**

Esta perspectiva propone el análisis del proceso del envejecimiento dándole énfasis al significado de la comunicación e intercambio que se dan dentro de grupos, familias y comunidad con los que interaccionan las personas adultas mayores y por medio de los cuales se movilizan recursos (materiales y simbólicos) que determinan sus relaciones humanas.

Lo anterior lleva a reconocer que si bien existe el declive de ciertas actividades cognitivas, motoras o fisiológicas, al llegar a edades avanzadas del ciclo vital, existe igualmente la posibilidad de integración y transmisión de experiencias y conocimientos que dan como resultado una persona individual y socialmente competente.

En virtud de que el proceso de envejecimiento repercute en diversos ámbitos de la vida, es importante recurrir a las teorías del enfoque social, ya que brindan un panorama integral sobre las implicaciones personales de este proceso en el contexto en el que se desenvuelven las personas adultas mayores.

Pese a que todas y cada una de las teorías propone elementos muy valiosos, la teoría de la actividad, la teoría de la resiliencia y la perspectiva de las redes sociales, se consideran pertinentes para el desarrollo de la presente investigación, en la medida que consideran y explican la influencia de factores culturales y sociales en la calidad de vida de la población adulta mayor, destacando la participación como elemento fundamental.

La Teoría de la Actividad Social predomina en la planeación y ejecución de las políticas sociales en el ámbito nacional dirigidas a las personas adultas mayores, pues las mismas, pretenden fomentar la participación activa en espacios que propicien la reflexión, promoción, prevención, organización y recreación con miras a mejorar su calidad de vida.

La Teoría de la Resiliencia plantea que las personas mayores cuentan con factores protectores que les permiten mejorar su calidad de vida.

La Perspectiva de las Redes Sociales le da significado a la comunicación, intercambio e interacción entre los grupos, familias, comunidad y ambiente con los que interacciona la persona adulta mayor.

Esta tríada de enfoques proporciona elementos que permiten entender los cambios que conlleva el proceso de envejecimiento en su totalidad, en tanto se complementan, además pueden rescatarse líneas de acción que contribuyen al desarrollo integral de las personas adultas mayores.

Todos estos aportes conceptuales contribuyen a entender la vejez como un proceso en el que la persona es capaz de trazarse metas y se vale de sus destrezas para alcanzarlas, al tiempo que aumenta su autoestima; logrando así un empoderamiento de su propia vida.

Es aquí donde surge la participación como elemento y mecanismo indispensable para poder obtener la autoridad y responsabilidad de satisfacer las propias necesidades, para dejar de ser mero instrumento u objeto de otros y convertirse en un sujeto protagonista de sí mismo, capaz de configurar su propia existencia.

La práctica de la participación envuelve la satisfacción de necesidades como la interacción con otras personas, la auto-expresión, el desarrollo del pensamiento reflexivo, el placer de crear y recrear cosas y la valorización de sí mismo por los demás. (Díaz, 1985)

Afirma que la participación forma al sujeto permitiéndole mayor control sobre su vida y sobre los cambios que se producen en el entorno en que la misma se desenvuelve; permite además, un acceso más adecuado a bienes y servicios socialmente producidos y favorece la integración a procesos colectivos no excluyentes, reforzando la autoestima. (Hopenhayn, 1988)

La importancia que se le brinda a la participación viene de las contribuciones positivas que ésta ofrece a la población adulta mayor. Para efectos de la presente investigación se considera relevante la participación porque:

Contribuye al bienestar de los individuos en la medida en que satisfacen sus necesidades; impulsa las relaciones sociales que sirven de apoyo expresivo, emocional o instrumental; involucra asimismo la expresión de sentimientos e implica asunción de responsabilidades; ofrece espacios de compañía para compartir confidencias y proveer servicios; genera reciprocidad, interdependencia y autoestima; valida el papel de cada una de las personas haciéndolas sentir útiles e integrándolas a la sociedad; la participación conduce a establecer relaciones en las cuales se intercambian servicios con la finalidad de estar integrado; fortalecen los valores de solidaridad, respeto, libertad y equidad; favorece el intercambio, información y comunicación; facilita el desarrollo de habilidades y el alcance de la

autonomía personal; mantiene la salud y por último desciende el padecimiento de enfermedades y provee ayuda, bienestar y armonía con los demás.

En síntesis, la participación además de ser un mecanismo para satisfacer necesidades, es también una necesidad que satisfacer, esta doble funcionalidad es la que le da el carácter de sinérgica.

En relación con la población adulta mayor, la participación de la misma en el ámbito institucional, se considera en parte activa por la presencia de las personas adultas mayores en los programas y actividades; y en parte nominal porque las personas mayores son consultadas e incluidas en el proceso de información, pero excluidas en el proceso de toma de decisiones.

## **5. Familia**

Es un espacio primario de socialización, donde existe una relación con los contextos y la familia; a través de este grupo de socialización el individuo se integra a la sociedad, creando en su momento su propia familia. Cada unidad es independiente, creando su propia cultura e identidad, es decir, la dinámica familiar es única.

La función que debe mantener la familia es de protección de sus miembros y la trasmisión cultural. La función de protección se genera a través de la pertenencia y la individuación, debe haber un equilibrio entre ambos.

Existen tres formas de ver la familia:

1. Como grupo social que aporta a la sociedad y se nutre de ella
2. Como sistema social que está conformado por subsistemas y que forma parte de un sistema mayor

3. Como proceso, es el ciclo vital de la familia, la familia se constituye como un proceso.

### **5.1 Familia Como Grupo Social**

La familia forma parte de un sistema social, donde hay influencias sociales recíprocas, por el exosistema y el macrosistema.

El funcionamiento de la familia es adecuado si las fronteras son flexibles a la entrada y salida de energía.

Desde el punto de vista de la flexibilidad (permeabilidad) se pueden encontrar dos tipos de familia:

- Familia involucrada: dentro de la función de protección, se da con mayor énfasis la pertenencia, comunicación interna estrecha, las fronteras se empiezan a diluir, se empieza a perder la individualidad, los miembros no tienen límites entre unos y otros, hay una indiferenciación de roles.
- Familia no involucrada: los límites son tan rígidos que la comunicación empieza a distanciarse, esto afecta la cohesión grupal, la pertenencia, se exagera la diferenciación, la individualidad. Los individuos están más influenciados por el medio y éste es el que los forma.

### **5.2 La familia definida como un grupo**

En esta forma de definir la familia nos encontramos con los siguientes elementos:

- Control de sus miembros, además de formarlos, garantiza que los miembros se comporten de acuerdo a los marcos valóricos y sociales (si salen de la norma hay una sanción).
- Roles, es un sistema de roles distintos que hacen que ese sistema opere, hay roles específicos y otros compartidos.
- Conflicto, siempre que hay relaciones interpersonales esta presente el conflicto, es normal y luego éste hay una adecuación y reorganización, el conflicto es el eje de los cambios.
- Desarrollo personal, se refiere a la construcción grupal, que se hace a partir de un desarrollo personal armónico.

### **5.3 La Familia como Proceso (Desarrollo Evolutivo)**

- a. Constitución de la pareja
- b. Primeros hijos: cambian los roles, la esposa empieza a ser madre, en el hombre también hay cambios, hay un reajuste, un conflicto.
- c. Hijos adolescentes: el rol de la familia es favorecer procesos de construcción de identidad. Aparecen fuertes influencias externas.
- d. Los hijos constituyen su familia y los padres se quedan solos, esto implica volver a acomodarse.
- e. Los roles de padres cambian a rol de abuelos.
- f. Lo adecuado es que la familia sea flexible, que se acomoden a estos hitos del ciclo de la familia, que evolucionen.

### **Ciclo Vital de la Familia**

El hombre desde su nacimiento hasta su muerte debe pasar por variados estadios en continua relación con otros seres humanos, y es la familia la unidad social que está en más estrecha relación con el hombre. Es una continua sucesión de interrelaciones múltiples, de cambios permanentes y de influencias recíprocas

que hacen interesantes, fascinantes, pero también muy importantes las etapas del ciclo vital.

- a) Noviazgo y formación de pareja: se establecen reglas, se negocian marcos referenciales, se va construyendo algo común, que es diferente a la suma de individualidad. En esta etapa se suele ceder mucho, lo que afecta la dinámica posterior de la familia.
- b) Primeros hijos: las reglas se alteran, pues los roles van cambiando. La mujer cuida al hijo y el hombre trabaja. Esto cambia a la familia como grupo y también hay un cambio individual. Aquí viene el conflicto. Si los límites son permeables la familia se reorganiza, si no, el conflicto se soslaya y puede ocurrir que: el hijo se instrumentaliza, o que el hijo no sea aceptado por uno de los padres. Cuando esto sucede el terapeuta debe intervenir en los mitos, juegos y reglas.
- c) Hijos adolescentes: lo normal es que la familia tenga fronteras abiertas. El niño se relaciona con otros, aquí la familia puede: reconfirmar aquello que es externo, o sea, abrirse, o bien rechazarlo, no permitir que entre la influencia externa. No se puede rechazar a priori la influencia externa, se debe elaborar esa información nueva. Los hijos constituyen su individualidad relacionándose con otros, así construyen identidad. Aquí se forman los llamados grupos referenciales, que le permite al joven confrontar a la familia con los otros, con el exogrupo (proceso de diferenciación).
- d) Hijos fuera del hogar: Aquí los roles de los padres cambian, pasan a ser una familia aparte. Los hijos mayores comienzan a independizarse, estudiar lejos del hogar, formar sus propias familias, provocando situaciones de estrés en la familia, sobre todo si la partida es repentina. Esto requiere necesariamente de una reestructuración de los roles al



interior del sistema familiar y comienzan a aparecer otras preocupaciones, sobre todo al interior de la pareja. Pueden optar los padres por dificultar la separación manteniendo una vinculación de dependencia con sus hijos. Otros superan la crisis y facilitan la desvinculación porque confían en la capacidad de sus hijos y la de ellos mismos, para afrontar los cambios. Esta situación se vive de forma diferente dependiendo del estado de la pareja, es decir si aun son un matrimonio, si están separadas y de cómo es la comunicación entre ellos, entre otros factores.

- e) La Edad Mediana de los Padres: Nido Vacío, en esta etapa hacen abandono del hogar los hijos, lo que crea una situación de estrés muy crítica. Existe en la pareja un replanteamiento de los logros y una mirada diferente hacia el futuro. Aparecen nuevos roles, con la llegada de nuevos integrantes a la familia, debiendo desempeñar roles como abuelos o suegros. La pregunta que se debe realizar es ¿cómo aprende esta familia a relacionarse de nuevo como pareja sin otras personas en el hogar, a la vez que se enfrenta a los efectos del envejecimiento?
  
- f) La Tercera Edad: viene conjuntamente con la jubilación y la disminución de algunas de las habilidades propias de la juventud y la edad adulta, propiciando un aislamiento del medio social inmediato, como el trabajo, grupos deportivos, comités cívicos, etc.. También, se deben rediseñar roles generacionales, en la cual se debe mantener la integridad del “yo” ante el estrés del envejecimiento y de la creciente dependencia de sus hijos adultos. Para la mujer esta etapa se vuelve más viable ya que durante su vida ha debido desarrollar una multiplicidad de roles, además de ser más proclive a integrarse a diferentes actividades grupales. Para el hombre, si se ha basado principalmente en el área laboral, quedará con la sensación de vacío, de no tener nada que hacer, significando para él esta etapa una pérdida del rol que ha definido su vida (González, 2002)

- g) Etapa de la Viudez: cuando la pareja ya ha aprendido a vivir sola y se encuentra en un momento de serenidad, revisando juntos la historia vivida y acompañando a sus hijos y nietos en el inicio de los nuevos ciclos de vida familiar, la pérdida de uno de los esposos quiebra la vida matrimonial. Este hecho lleva a producir sentimientos de soledad, tristeza, pérdida; momento difícil de superar. Sobrellevar esta etapa conlleva un crecimiento personal.

## **5.5 El Adulto Mayor y la Relación Familiar**

El ciclo de vida familiar se inicia con la pareja y se concluye con ésta, recorriendo un camino juntos para llegar a formar una historia familiar.

El desafío para el Adulto Mayor es mirar al pasado y aceptar la propia historia como la única que pudo ser vivida por cada uno, estando en pareja. Al reencontrarse con su propio pasado se produce un sentido al presente y al futuro, facilita vivir el ahora y el futuro que queda por delante.

La pareja es muy importante en esta etapa de la vida, ya que es un apoyo brindándole confianza, optimismo, aceptación de las limitaciones, dándole al Adulto Mayor un sentido integrador. Así mismo, requiere una vitalidad intrínseca, apoyo y estímulo mutuo en la búsqueda de nuevas oportunidades, igualmente darle un significado al presente logrando un equilibrio.

Independientemente de las dificultades que se deben enfrentar (restricciones económicas, enfermedades, cambios de vivienda, etc) la calidad del matrimonio depende de su historia previa (ibid).

Con los hijos la relación se vuelve más igualitaria llegando a producirse una amistad. Sin embargo, tanto para los padres como los hijos es mejor, en la

mayoría de los casos, vivir separados, y que el Adulto Mayor viva en su propio hogar para experimentar menos conflictos entre las generaciones.

No obstante, muchas veces los hijos se apoyan o dependen de sus padres para formar su propio hogar con su familia, o simplemente vuelven a casa luego de un fracaso. O al contrario los padres pasan a depender de sus hijos, ya sea económicamente o bien por las dificultades propias de la tercera edad. Así ambas partes se benefician y pueden convivir en forma armónica (ibid).

Con los nietos la relación es diferente y se vuelve mucho más satisfactoria, ya que se transforma en una terapia, ya que mantienen una responsabilidad en las respectivas familias de sus hijos.

Los nietos comúnmente, suelen sentir un sentimiento de arraigo y de pertenencia, sintiendo hacia el abuelo un cariño solidario, ya que los perciben más cercanos y menos autosuficientes que sus padres, ya que sus padres mantienen la misma relación hijo – padre.

Para el abuelo el nieto es una excelente fuente de cariño, un espacio donde pueden formar historias, compartir tradiciones, relatos y las diferentes vicisitudes por las que pasó la familia. Además al tener más tiempo que los padres, comparten mucho más con sus nietos desarrollando un vínculo más cercano y personal (ibid).

PARTE II  
MARCO REFERENCIAL

### **CAPITULO III**

#### **Normas y Orientaciones de Establecimientos de Larga Estadía**

Como ya se mencionó en los capítulos anteriores, el crecimiento considerable de la población adulta mayor en nuestro país ha generado que en los diferentes ámbitos de la vida pública y privada se tomen especiales atenciones sobre esta temática en busca de soluciones a las necesidades y requerimientos para este grupo etéreo.

En la actualidad, en Chile, los Adultos Mayores representan aproximadamente el 12% de la población total, concentrándose el 75% entra la Región Metropolitana y la V Región. (INE, 2004)

Este grupo ha experimentado en los últimos años fuertes cambios, ya sea en su participación como en la autonomía.

En cuanto a la participación ciudadana promovida desde los organismos públicos y municipios, a alcanzado gran adhesión; siendo entidades como clubes, uniones comunales, asociaciones de pensionados, entre otras las más destacadas.

Con el incremento de la esperanza de vida de las personas ha traído consigo algunos cambios, como por ejemplo el mayor numero de atenciones de salud que se solicitan, un grado de autonomía menor, llegando a la dependencia en muchos casos, teniendo como consecuencia un aumento paulatino en los Establecimientos de Larga Estadía de residentes.

## 1. NORMATIVA LEGAL

La normativa legal vigente que rige a los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores, data del 09 de diciembre de 1994, fecha en que se publicó el Reglamento (Decreto – 2601) del Ministerio de Salud.

Este Reglamento considera un Establecimientos de Larga Estadía, como una instalación que recibe Adultos Mayores, ya sea por motivos biológicos, psicológicos o sociales. A su vez restringe el acceso a Adultos Mayores con patologías graves que requieran asistencia médica continua o permanente (Art 2 y3).

El Reglamento, aclara que todo Establecimientos de Larga Estadía debe estar autorizado por el Ministerio de Salud para su funcionamiento, indicando todos los detalles de infraestructura y personal que allí trabajará.

### 1.1 Instalaciones

Deben cumplir con los requisitos estipulados en el Decreto 194/1978 del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento de Hogares y Establecimientos Similares, en definitiva es una regla general para todos. (Art. 7)

### 1.2 Personal

Este Reglamento no hace mención al área social, sólo exige condiciones de infraestructura y personal médico o de la salud. Los siguientes cargos se mencionan en el Reglamento como obligatorios (Art. 8-12):

Dirección del Establecimiento Profesional de la Salud con conocimientos gerontológicos

- 1 Auxiliar de enfermería
- 1 Cuidador o Asistente Geriátrico
- 1 Manipular de Alimentos
- 1 Auxiliar de Servicios

Además recomienda en forma opcional contar con:

- 1 Kinesiólogo
- 1 Terapeuta Ocupacional o Profesor de Educación Física

Del mismo modo, solicita contar con un Servicio Médico para los residentes, para efectuar los controles que deben llevarse a cabo.

El Reglamento al no incorporar el Área Social, ni tampoco requerir la presencia de un profesional del área, no incluye en los Establecimientos de Larga Estadía una exigencia a la calidad de vida, bienestar social o emocional de sus residentes; excluyendo de responsabilidades al Establecimiento por estas variables. Deja con ello, sólo a la voluntad de cada uno de ellos, coordinarse con profesionales del Área Social.

## 1.2 Aplicación del Reglamento

Plantea que es el Ministerio de Salud a través de los diferentes Servicios de Salud, los responsables de fiscalizar el cumplimiento del Reglamento.

## **2. Orientaciones y Lineamientos Municipalidad de Santiago**

La Municipalidad de Santiago es una corporación de derecho público, dotada de autonomía con personalidad jurídica y patrimonio propios, encargada de la administración de la comuna, destinada a satisfacer las necesidades de la comunidad local y a asegurar su participación en el progreso económico, social y cultural. (PLADECO, 2002)

Las Políticas que las sustentan en forma general son:

- Aprovechar los métodos y herramientas de la planificación estratégica, comunitaria y ambiental.
- Tomar en cuenta las condiciones económicas, comunitarias y ambientales de manera equitativa en el diseño de proyectos de desarrollo y estrategias de servicios.
- Involucrar plenamente a los principales interesados, y en especial a los usuarios de servicios, en el desarrollo de estrategias de servicios que llenan sus necesidades, y
- Crear visiones de futuro y estrategias de acción que se pueden sostener en el tiempo, dado que se centran en los problemas sistémicos de fondo, en lugar de tratar los síntomas, y contingencias diarias.
- Tomar en consideración las tendencias y limitaciones a largo plazo.

## 2.1 Lineamientos

Los lineamientos son básicamente dar prioridad a la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales, de aquellos que no tienen la capacidad de satisfacerlas por sí mismos. (ibid)

A partir de su marginalidad social, incorporar a las personas dentro de las instancias de desarrollo para romper el círculo de la pobreza.

- Protección al Desarrollo de las Personas
- Desarrollo de una acción social innovadora y eficiente, orientada a las personas
- Desarrollo de una acción social orientada al mejoramiento de las opciones y oportunidades de acceso a la Salud y la Educación



- Desarrollo de programas de educación y formación para el trabajo
- Desarrollo de programas que favorezcan la seguridad de las personas
- Participación y Encuentro de la Identidad
- Construir e implementar una política social que defina áreas de intervención y participación de los actores sin discriminación de ningún tipo, concibiendo a los ciudadanos y ciudadanas como destinatarios y protagonistas.
- Consolidar los Barrios como centros de interacción social local y de modos de vida comunitaria “cara a cara”
- Favorecer la potenciación y el apoyo directo al sector asociativo existente (mujeres, adultos mayores, minorías étnicas, discapacitados, etc.), mediante mecanismos de apoyo informativo, formativo, infraestructural y económico.
- Acción Social que favorece la Recreación y el Uso del Tiempo Libre
- Modernizar la Gestión Social municipal a partir de los objetivos de las bases de la política social local

## 2.2 Secretaría Adulto Mayor

En la Ilustre Municipalidad de Santiago, dentro del Área Social se encuentra la Secretaría del Adulto Mayor (SAM), que al momento de realizar la investigación contaba con tres Centros de Encuentro de Desarrollo del Adulto Mayor, ubicados dentro de los diferentes barrios de la comuna de Santiago.

- Centro de Encuentro Almirante Barroso
- Centro de Encuentro Santa Rosa
- Centro de Encuentro Herrera

Para la mayor cobertura, aprovechar los recursos y dar una infraestructura acorde con la población beneficiaria, se presentó un proyecto a principio del año 2004, el

cual se llevo a cabo en octubre del mismo año, donde unía los Centro de Encuentro Herrera y Almirante Barroso, para crear un Centro, no sólo de Encuentro, sino que brindara una atención mas integral, entregando en una ubicación todos los subsidios y programas de la Secretaría del Adulto Mayor, “Centro Gerontológico Santiago Más Vida”, lo que significó para el Adulto Mayor tener todo en una sola parte, sin embargo las políticas y programas siguen siendo las mismas. (ibid)

### 2.2.1 Cobertura

La Secretaría del Adulto Mayor, está dirigida a toda la población Adulto Mayor que reside dentro los limites comunales, es decir, hombres y mujeres mayores de 60 años de edad que se encuentren o no organizados.

Dentro de los Adultos Mayores organizados podemos encontrar los Clubes con personalidad jurídica, Organizaciones comunales, Organizaciones de las diferentes Iglesias del Sector, Área Salud (Consultorios, Hospitales, etc) y del mismo modo los organizados a partir de cada Centro de Encuentro.

Dentro de los Adultos Mayores no organizados podemos encontrar a los participantes de los diferentes talleres y programas del Centro de Encuentro Herrera u otras organizaciones. (ibid)

### 2.2.2 Programas

Los programas que actualmente están en funcionamiento dentro de la Secretaría del Adulto Mayor, específicamente en el Centro de Encuentro Herrera, se dividen en tres grandes áreas:

Centro Gerontológico, Organizaciones e Instituciones de Adultos Mayores de la Comuna y el área de Servicios y Extensión.

## Área: Centro Gerontológico

Programa Talleres

Programa Bibliotecas

Voluntariado Social

Grupos Artísticos: Folclórico, Coral y Teatral

Programa de Integración Etárea

Programa Monitores Nutricionales

Programa de Actividades Recreativas y Culturales

Área Organizaciones e Instituciones de Adultos Mayores de la Comuna

Programa de Asesoría Técnica a la Formulación y Gestión de Proyectos al Fondo Concursable del Municipio

Programa Clubes de Adultos Mayores:

Programa de Hogares

Programa con Asociaciones Gremiales de Jubilados

## Área Servicios Y Extensión

Programa de Tarjeta del Adulto Mayor (T.A.M.)

Programa Bolsa de Trabajo

Programa de Coordinación con Otros Ámbitos Municipales:

Oficina de Turismo:

Dirección de Salud:

Secretaría de la Juventud y de la Mujer:

Departamento de Cultura:

Departamento de Gestión Comunitaria

Departamento de Desarrollo Social

Santiago Innova

Comité de la Infancia

Programa Coordinación con Instituciones Externas al Municipio

Área : Fortalecimiento Institucional

Programa de Difusión de la Secretaría del Adulto Mayor

Programa de Modernización de los Sistemas de Gestión de la Secretaría del A.M.

### 2.2.3 Objetivos

Los objetivos de estos programas son:

- Fortalecer y potenciar las habilidades de los Adultos Mayores, entregarles nuevas herramientas para enfrentar las diferentes situaciones que se presentan en el día a día.
- Entregar a los Adultos Mayores nuevas oportunidades y rebaja de aranceles para ciertos establecimientos de la comuna a través de la TAM. (Tarjeta Adulto Mayor)

### 2.2.4 Recursos

Los recursos financieros llegan desde el Área Social de la I. Municipalidad de Santiago, de acuerdo al cumplimiento del objetivo del año anterior y las nuevas propuestas que se presenten por cada Centro.(ibid)

Los recursos con que cuenta este programa son una subvención Municipal destinada a solventar los costos que involucre a los miembros del Voluntariado Social.

Algunos recursos también provienen del auspicio de empresas privadas.

Para algunas actividades también se debe contar con el aporte de los propios Adultos Mayores participantes de los diferentes programas, o de las organizaciones a las cuales pertenecen.

En una primera instancia de esta investigación, el Centro de Encuentro era el encargado de coordinar los ele, posteriormente y con el nacimiento del nuevo Centro Gerontológico Santiago Mas Vida, pasó a sus manos, sin embargo posee las mismas características y programas.

#### 2.2.5 Programa Hogares

Como se puede apreciar, no existen programas o lineamientos claros hacia los Adultos Mayores Institucionalizados. Los objetivos del programa son fortalecer los mecanismos de coordinación de los Establecimientos de Larga Estadía ubicados en la Comuna, a través de las líneas de acción generales que desarrolla la Secretaría del Adulto Mayor.

- Mantener el apoyo hacia los Establecimientos que realiza el Municipio, a través de los servicios de fumigación y desratización de sus instalaciones, además de subsidiar reparaciones en la infraestructura de cada Establecimiento.
- Entregar subsidios económicos, basados en una evaluación social la cual no distingue entre Adultos Mayores Institucionalizados y el resto del grupo etáreo, quedando a criterio de cada profesional. Subsidios como medicamentos, pañales, prótesis, exámenes de alto costo.
- Mantener la oferta turística hacia los hogares a través de los servicios de la Oficina de Turismo.
- Desarrollar 3 visitas de inspección a cada uno de los 21 hogares, una vez al año, para fiscalizar el correcto funcionamiento de los Establecimientos de Larga Estadía y de la forma en que viven los Adultos Mayores Institucionalizados. Además de contar con la presencia del programa de Voluntariado Social de la Municipalidad

(integrando exclusivamente por Adultos Mayores) el que desarrolla tardes de convivencia en cada Establecimiento por lo menos 2 veces al año.

De acuerdo a estos antecedentes se puede evidenciar que estos programas y políticas municipales están orientados fundamentalmente a Adultos Mayores que no se encuentran institucionalizados, porque está basado en un diagnóstico comunal actualizado el año 2003 que no incluyó a la población residente de los 21 Establecimientos de Larga Estadía.

Uno de los requisitos que se ha implementado durante el último tiempo, es que estos Establecimientos solicitan una evaluación social del profesional del municipio para realizar una postulación a los Establecimiento; favoreciendo de este modo el ingreso de personas carentes de redes sociales.

Cabe destacar que durante el verano del año 2005, ocurrió un accidente en el Establecimiento de Larga Estadía "Mamina", quedando actualmente 20 establecimientos, ya que no cuenta con la implementación para seguir funcionando.

Los Adultos Mayores Institucionalizados que residían en esa institución y que mantenía un vínculo con sus familiares, prefirieron dejar de lado el carácter de institucionalizado, por lo tanto fueron derivados a casa de sus familiares, el resto fue reubicado en otros Establecimientos en la comuna.

La coordinación en los Establecimientos se refiere principalmente a velar por la calidad de vida de los Adultos Mayores que allí residen, ya que el responsable de velar por el fiel cumplimiento del Reglamento para Establecimientos de Larga Estadía es el Ministerio de Salud, este Reglamento no considera en la actualidad aspectos sociales, psicológicos y de calidad de vida

para el Adultos Mayores Institucionalizados, sino que está referido a la infraestructura, atenciones médicas y personal.

Es la Secretaría del Adulto Mayor la encargada de velar por la calidad de vida de los Adultos Mayores, pero no basándose en un Reglamento sino a un acuerdo preexistente. Este acuerdo no se encuentra definido totalmente, ya que el Municipio no cuenta con un estudio de la población institucionalizada, sin embargo se han implementado programas desde la Secretaría del Adulto Mayor, los cuales no han dado los resultados esperados.

Por otro lado, los Establecimientos de Larga Estadía que se encuentran actualmente coordinados poseen diferentes orígenes en su formación, como son privados y de organizaciones tales como la Fundación las Rosas y la Fundación San Vicente de Paul.

<b>Origen</b>	<b>Establecimiento</b>
Las Rosas	Santa Ana
Las Rosas	Santa Marta
Las Rosas	Apóstol Santiago
Las Rosas	Santísima Trinidad
Las Rosas	San Lázaro
Las Rosas	San Rafael
Las Rosas	Sagrado Corazón de Jesús
Las Rosas	María Madre de la Iglesia
Las Rosas	Corazón de María
San Vicente de Paul	San Juan Evangelista
San Vicente de Paul	Monseñor José María Caro
San Vicente de Paul	Nuestra Sra de las Mercedes
San Vicente de Paul	Juan Pablo II
San Vicente de Paul	Perpetuo Socorro

San Vicente de Paul	Nuestra Señora del Carmen
San Vicente de Paul	Jesús y María
Independiente	Eben Ezer
Independiente	San Rafael II
Independiente	Karen
Independiente	La paz del Atardecer
Independiente	Mamina

Fuente: Investigación Directa

Sin embargo, para el municipio no hay mayor distinción entre uno y otro. Se puede mencionar, que los Establecimientos Privados no tienen gran poder económico, por lo tanto las condiciones financieras de cada uno de ellos es muy similar (Secretaría del Adulto Mayor, 2004), por lo tanto, no se discrimina entre uno y otro al momento de entregar subsidios económicos dirigidos directamente a los Adultos Mayores Institucionalizados y, de subsidios en reparaciones de la infraestructura.

De acuerdo a esta información, se puede evidenciar que, de acuerdo a la Reglamentación Vigente de los Establecimientos de Larga Estadía; sólo, legalmente, se puede exigir a éstos Establecimientos que cumplan con condiciones de infraestructura y personal del área de la salud, dejando a un lado el ámbito social y la calidad de vida de los Adultos Mayores Institucionalizados que allí residen.

Considerando estos antecedentes y por el aumento progresivo de demandas de subsidios económicos por parte de los Directivos de los Establecimientos, se logró llegar a un acuerdo verbal para que sea el propio municipio quien se encargue de fiscalizar esta área, velar por la calidad de vida, y evaluar a los Adultos Mayores que desean ingresar.



**III PARTE**  
**ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

## CAPÍTULO IV

### ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS

Conforme a lo señalado en este estudio, los Adultos Mayores Institucionalizados, se encuentran internos en Establecimientos de Larga Estadía, donde deben pasar y recrear un ambiente propicio para vivir con una calidad de vida apropiada.

Para efectos de este estudio y de acuerdo a los requerimientos de la I. Municipalidad de Santiago, sólo se incorporó Establecimientos autorizados por el Ministerio de Salud y coordinados por la Secretaría del Adulto Mayor de ese Municipio, los que conforman un total de 21 Centros con una capacidad global de 648 plazas.

La permanencia de cada Adulto Mayor que ingresa a los Establecimientos de Larga Estadía, es en definitiva independientemente del motivo por el cual se hayan internado; haciéndose cada vez mayor su permanencia, generando nuevas demandas biológicas, psicológicas y sociales.

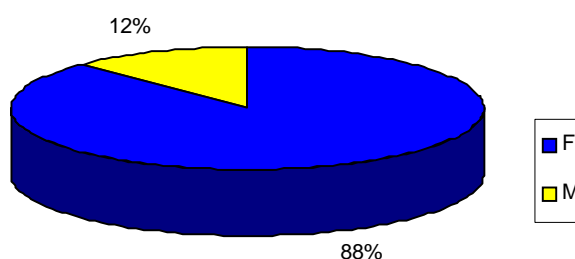
Por esto, en la realización de sus actividades cotidianas requieren satisfacer todas sus necesidades fisiológicas, seguridad, autorealización, afectivas, de amor, cariño, etc. para lo cual las fuentes de satisfacción se encuentran en las amistades, familia, redes sociales, etc.; lo que implica acariciar, expresar emociones, compartir, apreciar y cuidar; un espacio de intimidad o encuentro que es reducido, muchas veces sin contacto con el exterior. Y es aquí donde la brecha generacional, medios de comunicación, ruptura familiar y/o automatización se convierten en instituciones, normas o herramientas negativas para los satisfactores llevando al Adulto Mayor a un aislamiento entre la multitud, pérdida del sentimiento de pertenencia, evitando contacto con otros compañeros o un miedo a la intimidad. (Max-Neef, op. cit).

## 1. ANTECEDENTES GENERALES

Los Adultos Mayores Institucionalizados en su gran mayoría son mujeres, sólo un 12,34% corresponde a varones, como se puede apreciar en el siguiente gráfico:

**Gráfico N°1**

**Sexo Adultos Mayores Institucionalizados,  
comuna de Santiago – RM, 2004**



Fuente: Investigación Directa

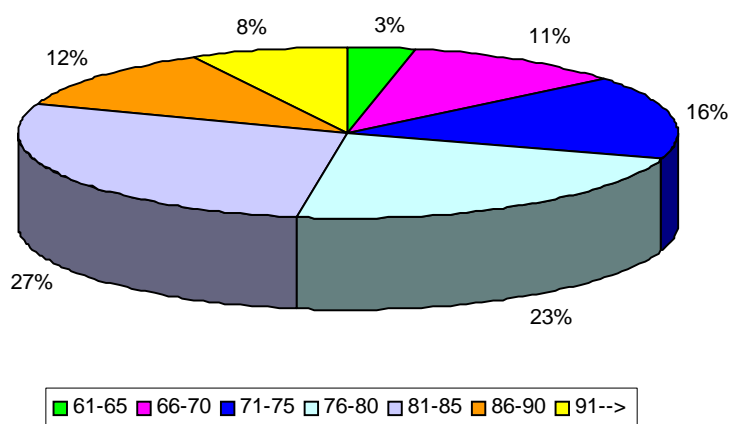
El significativo número de mujeres (88%) se puede explicar por la mayor esperanza de vida del sexo femenino; cifras que concuerdan con la tendencia mundial de la población que se encuentra constituida predominantemente por mujeres, debido al incremento de la mortalidad masculina, entre otros factores demográficos.

Estos antecedentes han repercutido directamente en el tiempo que permanecen los Adultos Mayores Institucionalizados dentro de los Establecimientos. En promedio para las mujeres es de 15 años y para los hombres

de 12 años; del mismo modo que aumenta la edad y el promedio de permanencia en cada Establecimiento. Algunos autores ya han comenzado realizar una separación de los Adultos Mayores que sobrepasan los 75 años, llamando a esta etapa “Cuarta Edad” como se puede observar en el siguiente gráfico N°2, lo cual sería aplicable a estos Centros ya que el promedio de edad que existe en los Establecimientos de Larga Estadía es de 79 años.

**Gráfico N°2**

**Edad Adultos Mayores Institucionalizados.  
Comuna de Santiago – RM, 2004**



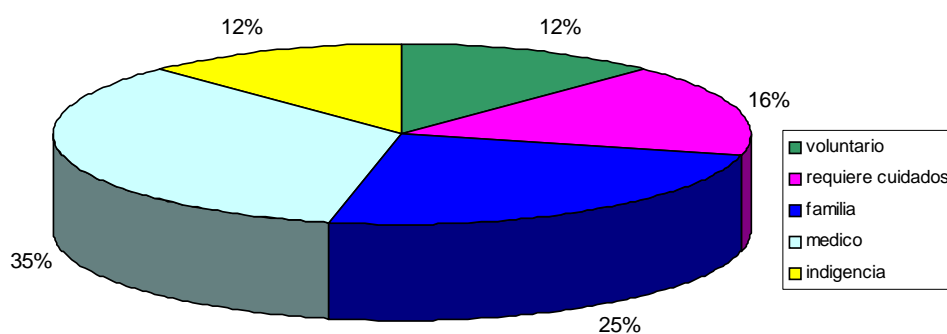
Fuente: Investigación Directa

La opción de institucionalizarse por parte de los Adultos Mayores corresponde con el envejecimiento progresivo de la población dado por las mejores expectativas de vida, sobre todo por los avances científicos de la medicina y, la mayor cobertura a este grupo de edad, el aumento de la gravedad de algunas patologías médicas en las personas, por una parte también está con concordancia con los cambios en la familia moderna que han entregado el cuidado y a tensiones de los Adultos Mayores a establecimientos especializados.

Esos cambios generan una nueva práctica familiar en muchas personas que optan por institucionalizar a sus padres o abuelos, siendo este antecedente uno de los más frecuentes a la hora de producirse la internación en los Centros analizados en el presente estudio, como se aprecia en el gráfico N°3

**Gráfico N° 3**

**Tipo de ingreso al Establecimiento**  
**Adulto Mayor Institucionalizado. Comuna de Santiago – RM, 2004**



Fuente: Investigación Directa

Paulatinamente, con el aumento en la longevidad se han debido incrementar las condiciones de vida dentro de este tipo de Establecimientos con ello, además, fue necesario aumentar su cobertura, abordaje y fiscalización por parte de las autoridades.

El abandono de los Adultos Mayores por parte de sus familias nucleares, las bajas pensiones o montepíos recibidos por parte de su sistema de pensiones, además de la ausencia de una vivienda permanente hacen que no puedan solventar los gastos económicos que ello genera, debiendo en muchas ocasiones

abandonar sus hogares para reemplazarlos por la calle o un Establecimiento de Larga Estadía.

El 12,34% de los Adultos Mayores Institucionalizados fueron ingresados al Establecimiento por encontrarse en situación de indigencia, a los cuales se les tramita en forma inmediata la Pensión Asistencial, ya que deben costear de alguna manera su estadía en el Establecimiento.

Por otro lado, el aumento en la esperanza de vida, los adelantos científicos, las condiciones económicas, la desvinculación familiar y soledad son factores que aumentan el promedio de ingreso a los Establecimientos. Sólo el 12,34% de los Adultos Mayores optaron voluntariamente por institucionalizarse en un Establecimiento de Larga Estadía.

Estos factores influyen en forma negativa a la hora de relacionarse con sus familias, ya que guardan resentimientos, concluyendo en una fuentes de estrés extra al momento de institucionalizarse.

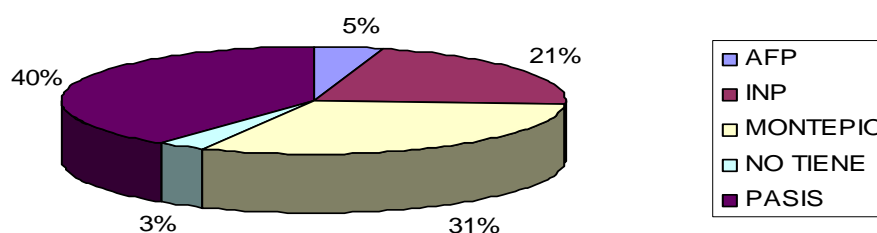
### **Situación Económica**

Cada Adulto Mayor Institucionalizado debe cancelar su estadía en los Establecimientos, por ello las pensiones son fundamentales a la hora de incorporarse a éstos. Se puede observar que la gran mayoría de Adultos Mayores posee algún tipo de ingreso económico. Para el financiar el arancel por su estadía, el Establecimiento se hace cargo de las pensiones, cobrándolas en forma automática por un poder entregado por el propio Adulto Mayor, lo que constituye una exigencia previa antes de internarse. Cuando no posee los recursos suficientes y de acuerdo a una evaluación social, se subsidia sino debe hacerse cargo el apoderado de su permanencia.

Si en el momento de ingreso al hogar, la persona no posee ningún ingreso y considerando la situación económica dada a través de una evaluación social realizada en el municipio, se comienza en forma conjunta, el Establecimiento con el Municipio, a realizar los tramites para optar a la Pensión Asistencial que entrega el Gobierno a los Adultos Mayores que lo necesiten y que cumplan los parámetros establecidos.

#### Gráfico N° 4

#### Tipo de ingreso económico, Adulto Mayor Institucionalizado. Comuna de Santiago – RM, 2004



Fuente: Investigación Directa

Debido al alto número de mujeres presentes en los Establecimientos y al estado civil que presentan, se puede determinar que el 31,17% de la población de Adultos Mayores Institucionalizados sólo posee como único ingreso económico el montepío de sus respectivos cónyuges. Así mismo, teniendo en cuenta el tipo de ingreso al Establecimiento se puede establecer que el 39,61% de los Adultos Mayores Institucionalizados posee sólo pensión asistencial.

Cabe destacar que la totalidad de la población institucionalizada abordada no posee ingreso para gastos extraordinarios, salvo que sus familiares entreguen al Adulto Mayor dinero en sus visitas, ya que como se mencionó anteriormente, las pensiones son entregadas y cobradas por el propio Establecimiento. Sólo reciben ayuda de los programas municipales a través del Plan Pololo (visitas de Adultos Mayores autovalentes a Hogares u otras instituciones relacionadas con la Tercera Edad) y de programas municipales a través de la Secretaría del Adulto Mayor.

## **2. CAMBIOS FÍSICOS**

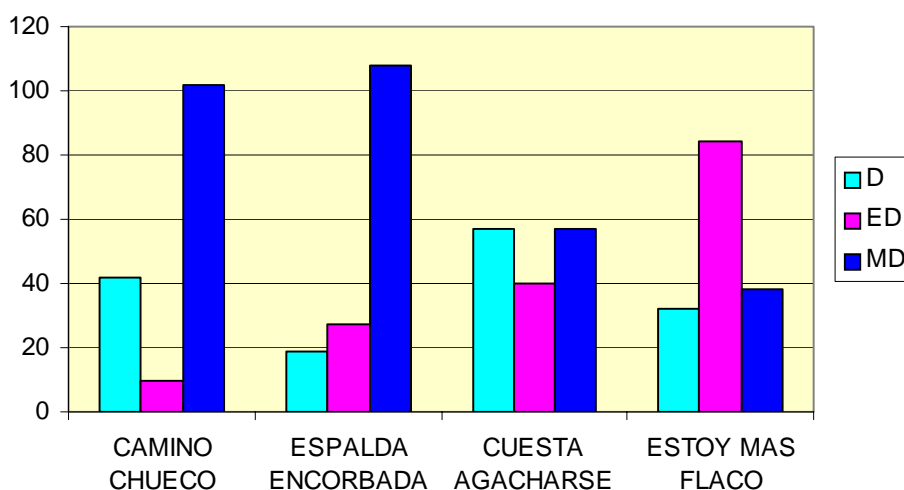
Los cambios físicos son las transformaciones producidas en el cuerpo de un individuo una vez que entra a la etapa de la Aduldez Mayor; asociados a la disminución de la altura, cambios posturales, pérdida de masa muscular y ósea; piel más delgada, seca, transparente, arrugada y de tinte amarillento.

Estos cambios producidos en las personas mayores afectan directamente, ya que una vez que se producen son estigmatizados por la sociedad y alejados de alguna manera de su medio habitual, como laboral, social, etc. También son producto, dependiendo de su aceptación, de depresiones y aislamiento social, para ocultar estos cambios.



Gráfico N° 5

**Percepción de cambios físicos,  
Adulto Mayor Institucionalizado. Comuna de Santiago – RM, 2004**



Fuente: Investigación Directa

A la hora de preguntar por la percepción de los cambios físicos o transformaciones producidas en su cuerpo, durante esta etapa de su vida el 93,51% de ellos reconoció que no caminaba erguido como antes, sino que un poco mas chueco; porcentaje que se divide entre un 66,23% que se encuentra “muy de acuerdo” con la afirmación, y un 27.27% “de acuerdo”.

La espalda chueca, lo que afecta en su autoimagen y refuerza la idea de vejez fue percibida por el 82,47% de los Adultos Mayores Institucionalizados, y sólo el 17,53% no percibía su espalda más encorbada de lo que la tenían antes. Esta afirmación conjuntamente con no caminar erguido son las que más frecuentemente reconocidas por los Adultos Mayores como cambios propios de la vejez; no así el 74,03% percibía que le cuesta agacharse porque le duelen las rodillas, el que se divide en un 37,01% que están “muy de acuerdo” con que les cuesta agacharse mas que antes, el 37,01% estuvo muy de acuerdo y el 25,97% no percibe este cambios en su cuerpo.

Al contrario de lo que afirman autores como Erickson, el 54,55% de los Adultos Mayores Institucionalizados no se percibe más flaco de lo que antes era. Esta información permite concluir que el 62,99% de los Adultos Mayores ingresó a los Establecimientos en malas condiciones tanto de salud, como sociales, el 48,05% carece de familia, y por ende no recibían los cuidados y alimentación necesaria para esta etapa. Muchos de ellos desnutridos y en estado de indigencia. Entonces dentro del Establecimiento se recuperan, ya que reciben en forma permanente las cuatro comidas diarias recomendadas.

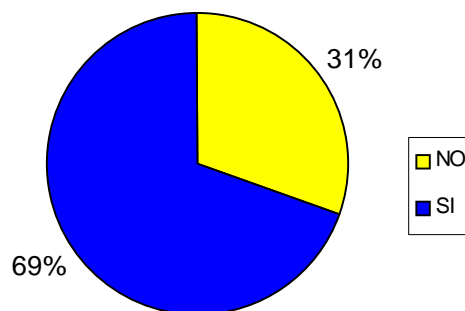
Aunque estos cambios físicos son percibidos por los Adultos Mayores Institucionalizados, en la mayoría de los casos no son un obstáculo para realizar sus actividades cotidianas.

Al relacionarse continuamente con sus pares, que comienzan a sufrir los mismos cambios propios de esta etapa de la vida, se transforman en situaciones más llevaderas, ya que no se producen sentimientos negativos ni aislamiento por vergüenza, sino, se dan cuenta que son situaciones normales del proceso de envejecimiento.

Así mismo al tomar actitudes positivas y compartir con sus pares produce un efecto concreto sobre la salud; bajando considerablemente el grado y cantidad de enfermedades, por lo tanto también la concurrencia a Centros de Salud de la comuna.

## **2.1 Enfermedades Óseas**

Otro de los cambios biológicos más frecuentes entre los Adultos Mayores, son las enfermedades a los huesos, como se puede observar en el gráfico N°6.

**Gráfico N° 6****Presencia de enfermedades Óseas,  
Adulto Mayor Institucionalizado. Comuna de Santiago – RM, 2004**

Fuente: Investigación Directa

Estos cambios afectan principalmente a mujeres, debido fundamentalmente a la pérdida de calcio y, como la población residente en Establecimientos de Larga Estadía es preferentemente femenina, aumenta la incidencia de enfermedades a la masa ósea que se encuentran asociadas a cambios en el cuerpo de los Adultos Mayores, entre éstas se pueden mencionar:

- Osteoporosis, enfermedad que afecta al hueso, una disminución de la masa ósea; los huesos afectados son más porosos y se fracturan con más facilidad que el hueso normal. Muy frecuente entre los Adultos Mayores son las fracturas de muñeca (radio), vértebras y cadera, aunque puede aparecer en cualquier hueso. Son las mujeres las más propensas a contraer estas enfermedades, principalmente por la disminución de calcio de sus huesos y la entrada al período de menopausia, otro factor que contribuye a la aparición de esta enfermedad es la actividad física insuficiente.

- La Artritis, es la inflamación de una o más articulaciones. Cuando se prolonga durante mucho tiempo, acaba produciendo destrucción articular con la consiguiente incapacidad funcional.
- Artritis reumatoide: es la artritis más frecuente, grave, dolorosa y potencialmente incapacitante. La enfermedad se controla mediante fármacos antiinflamatorios y antirreumatoides, rehabilitación y dispositivos ortopédicos para mantener la movilidad y función articular. Los casos avanzados llegan a presentar deformidades y rigideces articulares graves que precisan de técnicas correctoras de cirugía ortopédica.

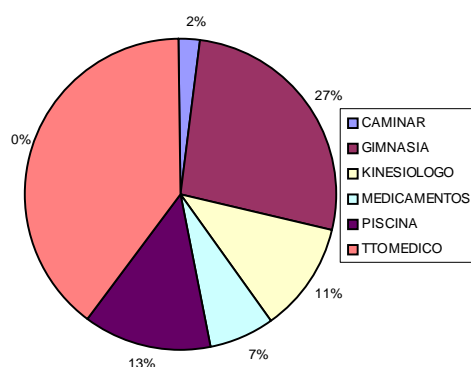
Dentro de los Adultos Mayores que residen en el Establecimientos de Larga Estadía de la comuna de Santiago – RM, el 69% de ellos plantea padecer algún tipo de enfermedad a los huesos; tales como Osteoporosis, Artrosis o Artritis, que de acuerdo al manual de geriatría de la PUC son las más frecuentes entre los Adultos Mayores; sobre todo en mujeres; ya que, como se mencionó anteriormente, se descalsifican más rápidamente al tener hijos.

Este tipo de dolencia es tratado en forma gradual, realizando ejercicios físicos y tratamientos terapéuticos. Los cuales no pueden ser financiados durante todo el año por el Establecimiento o bien por los familiares; por lo tanto el tratamiento no puede ser continuo y pierde la eficacia extendiéndose en el tiempo. Al contrario, solo un 31% de los Adultos Mayores platea no tener enfermedades óseas, algún tipo de dolencia o alguna situación que lo invalide para realizar sus actividades diarias con normalidad.

Los tratamientos más frecuentes para estas dolencias son fármacos y actividad física localizada, como casi la totalidad de la población es femenina existe un alto índice de diagnósticos médicos, lo que deriva en periódicas visitas y revisiones por parte de profesionales de la salud, específicamente enfermeras y

ocasionalmente médicos, a los que están sometidos los Adultos Mayores, situación que se puede observar en el siguiente gráfico:

**Gráfico N° 7**  
**Tratamiento Médico a Enfermedades Oseas,**  
**Adulto Mayor Institucionalizado. Comuna de Santiago – RM, 2004.**



Fuente: Investigación Directa

También se puede constatar que los Establecimientos no cuentan con instalaciones adecuadas para realizar actividades en cuanto a infraestructura y/o implementación se refiere; tampoco se realizan tratamientos físicos con la intensidad y periodicidad adecuadas ya que no cuentan con monitores permanentes por falta de recursos económicos.

Existen programas municipales con monitores dedicados a realizar actividades físicas, pero estos Establecimientos muchas veces no coordinan sus actividades con el municipio y por ende no son aprovechadas estas instancias, ya que prefieren recurrir al municipio sólo para beneficios asistenciales, como la compra de medicamentos o pañales y no en programas de autogestión.

## 2.2. Aceptación de los Cambios corporales derivados de la vejez

Este tipo de enfermedades a los huesos, junto a los cambios propios de esta etapa hacen que el cuerpo y la imagen cambie considerablemente, con lo cual llega la vejez social irremediablemente, sobre todo por el hecho de ser estigmatizados por los prejuicios existentes en la sociedad hacia los ancianos.

En el Manual de Geriatría de la PUC (2004) se plantean ciertas características las cuales se consultó a los Adultos Mayores si eran percibidas como tales, siendo la primera de ellas, la percepción del cambio en su estatura.

**Tabla N°1**

**Percepción de estatura, Adultos Mayores Institucionalizados  
Comuna de Santiago – RM, 2004**

	SEXO		Total	Porcentaje
	F	M		
ME ENCUENTRO MAS BAJO DE LO QUE ERA ANTES				
NO		3	3	1,95%
SI	135	16	151	98,05%
Total	135	19	154	100%

Fuente: Investigación Directa

La estatura o disminución de ésta, si bien es cierto es percibida por un 98,05% de los Adultos Mayores Institucionalizados no es motivo invalidante a la hora de realizar actividades, tampoco influye negativamente en su autopercepción, ya que es tomada como un cambio propio del envejecimiento.

Por otra parte, la representación de su rostro y cuerpo biológico, representa un factor invalidante y muchas veces obstaculizador, dado principalmente por los estigmas negativos asociados a este período, por parte de nuestra sociedad; por ejemplo el retiro del trabajo, los cambios biológicos, decadencia del aspecto físico e intelectual, asumiendo características de incapacidad e inutilidad social. Si la persona se percibe más joven de lo que realmente es mantiene una postura diferente frente a su entorno, lo que ayuda a mantener una autoestima más alta.

**Tabla N°2**

**Percepción de edad, Adultos Mayores Institucionalizados  
Comuna de Santiago – RM, 2004**

REPRESENTO MENOS AÑOS DE LOS QUE TENGO	SEXO		Total	Porcentaje
	F	M		
NO	68	19	87	56,49
SI	67		67	43,51
Total	135	19	154	100,00

Fuente: Investigación Directa

De las dos características anotadas se desprenden el temor a asumir una actitud más activa cayendo en la resignación y apatía, restringiendo cualquier iniciativa de superación, lo que se complementa y, en algunos casos, se refuerza con la percepción negativa de su imagen actual.

**Tabla N°3**

**Percepción de su imagen, Adultos Mayores Institucionalizados  
Comuna de Santiago – RM, 2004**

ME GUSTA MIRARME AL ESPEJO	SEXO		Total	Porcentaje
	F	M		
NO	51	19	70	45,45
SI	84		84	54,55
Total	135	19	154	100,00

Fuente: Investigación Directa

La imagen del Adulto Mayor Institucionalizado en general no es negativa, el 54,55% planteo sentir gusto al mirarse al espejo. Actitud que le facilita sentirse parte integrante del grupo de pares y funcionarios del Establecimiento, por lazos de solidaridad y afecto. Excluyendo efectos disturbadores de las condiciones estresantes al aumentar la capacidad de respuesta a situaciones cotidianas.

De acuerdo a la autoestima que poseen los Adultos Mayores, si ésta es positiva los ayuda a cimentar su confianza en sí mismos, gustarse y sentirse bien; confianza en talentos y capacidades que poseen o podrían desarrollar. (Brandon, 1991)

De acuerdo a las prácticas esenciales para cimentar la autoestima el Adulto Mayor es capaz de reconocer quien es, los hechos que lo llevaron a ser quienes son actualmente; la aceptación de los aspectos positivos y negativos de su personalidad; responsabilidad de las elecciones tomadas a lo largo de la vida y respeto hacia los demás y hacia él mismo.



**Tabla N°4**

**Aceptación de los cambios corporales propios de la vejez,  
Adultos Mayores Institucionalizados. Comuna de Santiago – RM, 2004**

ACEPTO LOS CAMBIOS	SEXO		Total	Porcentaje
	F	M		
NO	45	16	61	39,61
SI	90	3	93	60,39
<b>Total</b>	<b>135</b>	<b>19</b>	<b>154</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Investigación Directa

Del mismo modo que la percepción sobre ellos mismos aumenta su pertenencia e individualización con el grupo de pares y la sociedad. La aceptación de los cambios propios de la vejez en su cuerpo, es importante para la convivencia, la que es un punto determinante a la hora de aceptar estos cambios como normales. Así como también, para su bienestar psicológico y social.

El hecho de sentirse integrado en un grupo de pares con sus mismas características posibilita una mejora en la autoestima, la integración evitando con esto la desesperanza.

Al realizar un cruce entre la aceptación a los cambios en sus cuerpos y el hecho si les gusta mirarse al espejo, se obtuvo una alta consistencia entre ambos factores, lo que indica que efectivamente quienes no aceptan los cambios no quieren ver su imagen reflejada en el espejo y, por el contrario, quienes si los aceptan les gusta mirarse al espejo, como se puede apreciar en la siguiente tabla:

Tabla N° 5

**Aceptación de cambios corporales,  
de acuerdo a si le gusta mirarse al espejo o no,  
Adulto Mayor Institucionalizado, Comuna de Santiago – RM, 2004.**

ACEPTO LOS CAMBIOS	ME GUSTA MIRARME AL ESPEJO			
	NO	SI	Total	porcentaje
NO	48	13	61	39.61 %
SI	22	71	93	60.39 %
Total	70	84	154	100.00 %
Porcentaje	45.45%	54.55%	100%	

Fuente: Investigación Directa

En general, la imagen de vejez que poseen los Adultos Mayores sobre ellos mismos es positiva el 47,40% planteó que aceptaba los cambios en su cuerpo y le gusta como se encuentra hoy en día, además de representar menos años de los que tiene.

Tabla N° 6

**Percepción de cambios en la estatura,  
Adultos Mayores Institucionalizados. Comuna de Santiago – RM, 2004**

MAS BAJO	COMO SE SIENTE				porcentaje
	Bien	Deprimido	No me gusta	Total	
NO	3	0	0	3	1.95%
SI	122	22	7	151	98.05%
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>22</b>	<b>7</b>	<b>154</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Investigación Directa

A pesar de los cambios y deterioros físicos propios de la edad que pueden sufrir las personas mayores, el 83% de los Adultos Mayores Institucionalizados consulados enfrentan esta etapa con una actitud positiva, manteniendo una vida activa aceptando de una buena manera los cambios producidos, subsistiendo en buenas condiciones hasta muy avanzada edad.

Se puede evidenciar que el envejecimiento biológico es fomentado por la estructura social, sobreprotegiendo a los Adultos Mayores y con esto limitando su libertad y de paso al desarrollo de una vida normal y productiva, reproduciendo una vejez pasiva y dependiente.

### 3. AUTOCUIDADO

El autocuidado hace referencia a un individuo con conocimientos sobre el modo de atender la salud, fomento de comportamientos saludables y capaz de

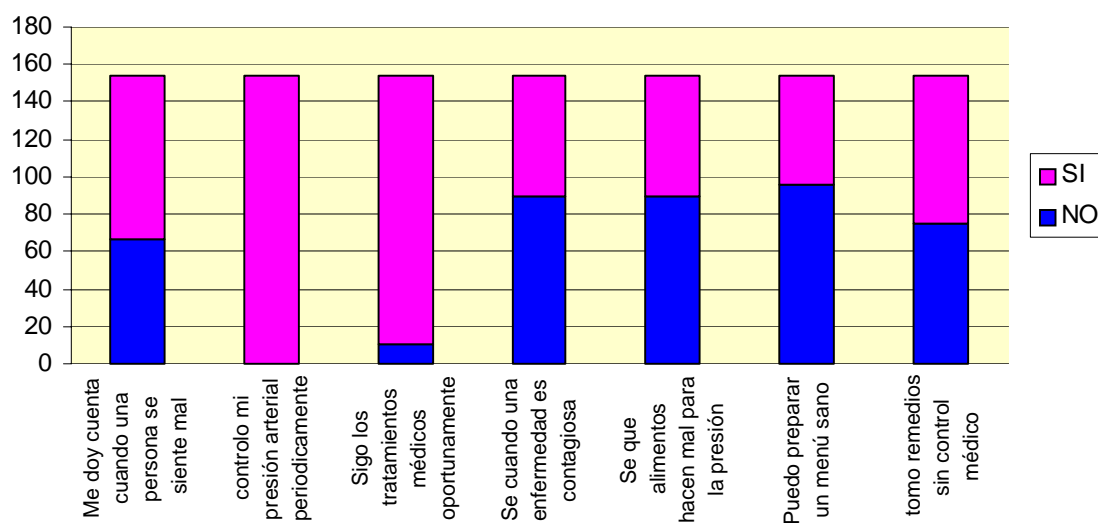
modificar conductas individuales perjudiciales para la salud. Es un conocimiento de la persona para cuidar la salud, propia y la de los demás.

Para el Adulto Mayor Institucionalizado es muy importante tener conocimientos sobre esta variable, ya que a la hora de ser requeridos en alguna situación determinada o emergencia. Los primeros auxilios son fundamentales. Así como también, conocer conductas dañinas cuando una persona padece de diabetes, hipertensión arterial, etc.

### 3.1 Cuidados Personales

**Gráfico N° 8**

**Percepción antecedentes autocuidado,  
Adulto Mayor Institucionalizado. Comuna de Santiago – RM, 2004**



Fuente: Investigación Directa

En los Establecimientos de Larga Estadía, el 100% de los Adultos Mayores Institucionalizados controla su presión periódicamente y sigue los tratamientos indicados por sus médicos. Esto se debe a que en los Establecimientos, de acuerdo al Reglamento vigente, debe poseer profesionales de la salud habitualmente para realizar chequeos. Por otra parte, también hay que considerar que los Adultos Mayores no manejan medicamentos indicados por el médico en su poder, sino que todos son suministrados por el personal del Establecimiento a las horas indicadas.

El 56,49% de los Adultos Mayores plantea que puede reconocer cuando otro compañero se siente mal. De los cuales el 100% son mujeres, lo que puede deberse a un mayor contacto con sistemas de salud de su familia, principalmente los hijos, y al aprendizaje necesario para ello.

En cuanto a los alimentos, el 58,44% dijo no saber que alimentos hacen mal para la Hipertensión Arterial, y por ende sólo el 37,66% planteó saber elaborar un menú sano. Diferenciados por sexo, del total anterior el 100% de las mujeres reconoce los alimentos dañinos y puede preparar una dieta equilibrada para una persona que se encuentra con enfermedades como Diabetes, HTA, entre otras.

El conocer alimentos que son perjudiciales ya sea para la diabetes, hipertensión arterial, entre otros es esencial, ya que la visita de familiares generalmente representa el ingreso de alimentos que posteriormente son compartidos a sus compañeros, y sino se reconocen como dañinos pueden convertirse en factores ocasionales de crisis, empeoramiento de enfermedades o algún otro inconveniente.

Se pudo evidenciar que existe algún tipo de automedicación sin control médico de los Adultos Mayores que se encuentran más valentes, ya que pueden salir a realizar compras fuera del Establecimiento individualmente y/o manejan dinero entregado por sus familiares en las visitas. El 51,30% de ellos plantea

tomar algún tipo de medicamento sin control médico, fármacos que por lo general son analgésicos o bien alguna receta que fue entregada con anterioridad en el tiempo.

De acuerdo a los datos entregados para el autocuidado, se hace necesario entregar nuevas herramientas a los Adultos Mayores sobre el modo de atender la salud, fomento de comportamientos saludables y, modificar conductas individuales perjudiciales para la salud. Estas herramientas pueden ser entregadas a través de talleres o jornadas especialmente elaboradas para los Adultos Mayores Institucionalizados.

#### **4. AUTONOMIA**

Estado o situación donde los Adultos Mayores Institucionalizados no necesitan de la ayuda de terceros para realizar sus actividades diarias, para desplazarse de un sitio a otro, es decir, que goza de autosuficiencia en el gobierno de su cuerpo.

Los Adultos Mayores sufren limitaciones en su autonomía por consecuencia derivadas del proceso natural de envejecimiento biológico, por las células del organismo que se van desgastando y provocando transformaciones en el sistema corporal y sus respectivos órganos; disminuye la masa ósea y la capacidad de órganos sensoriales afectando la visión, audición y el funcionamiento del olfato y el gusto. También, desde el punto de vista neurológico se producen cambios que afectan la plena autonomía, cómo la pérdida de memoria o las operaciones mentales se hacen más complejas, disminuyendo la capacidad de atención, cálculo y razonamiento lógico.

Del mismo modo se vuelven más vulnerables a enfermedades con la posibilidad de perder parcial o totalmente sus facultades físicas, de esta manera

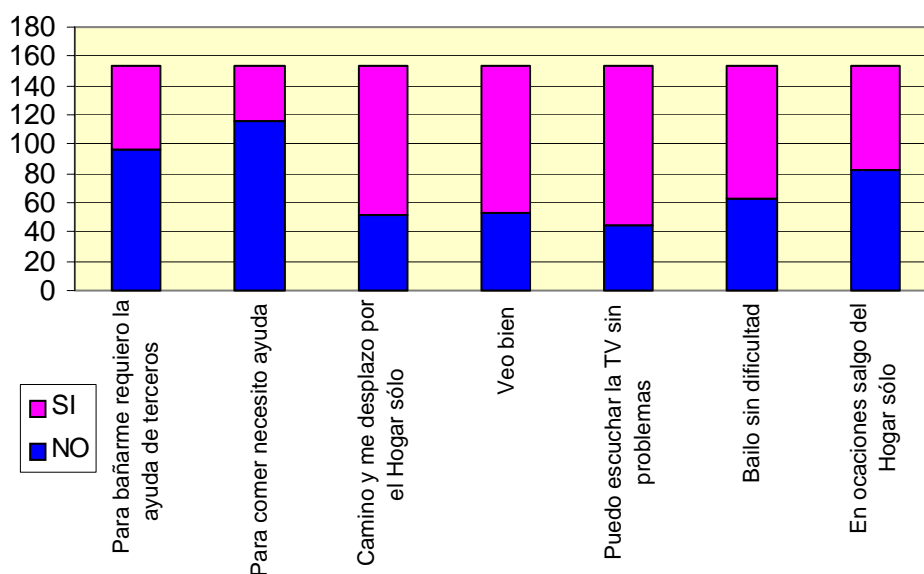
los Adultos Mayores pasan a depender de terceros en algunos aspectos de sus vidas.

Por otro lado, a pesar que el ingreso al Establecimiento constituye, de ante mano, una pérdida de la autonomía para el Adultos Mayor, ya que dentro de esas instituciones es muy restringido el margen de opciones, además de no fortalecerse su independencia, ya que siempre hay personal que debe realizar las tareas por ellos. Sin embargo, es importante mencionar que existen Adultos Mayores que siguen ejerciendo plenamente sus derechos.

Los resultados que arroja el gráfico N°9, es esencial a la hora de elaborar las estrategias y modelos de intervención con los Adultos Mayores Institucionalizados, ya que pone en evidencia las limitaciones o dificultades que poseen, hecho que debe ser tomado en cuenta para elaborar actividades o talleres que en una encuesta anterior solicitaron. (SAM, 2004)

Gráfico N° 9

**Nivel de autonomía,  
Adultos Mayores Institucionalizados. Comuna de Santiago – RM, 2004**



Fuente: Investigación Directa

El 41,56% de los Adultos Mayores planteó que no requiere la ayuda de terceros ya sea para bañarse o comer; al contrario para bañarse requieren ayuda el 53,25% y el 58,44% requiere ayuda para comer.

El 66,88% de la muestra puede caminar y desplazarse por el Establecimiento sin dificultad o ayuda de terceros o aparatos ortopédicos, de los cuales el 46,75% sale sólo a realizar sus tramites o visitar sus familiares cercanos. El 22,08% de los Adultos Mayores Institucionalizados percibe su visión o audición en malas condiciones, lo que dificulta su grado de autonomía a la hora de realizar sus actividades cotidianas individualmente.



Esta dependencia para realizar sus actividades cotidianas, produce una progresiva relación de dependencia a medida que pasa el tiempo. Son tomadas sus decisiones por otros, cuidando de su seguridad y calidad de vida dentro del Establecimiento, sin tener algún grado de decisión en torno a estas situaciones.

## **CAPITULO V**

### **RELACIONES FAMILIARES Y SOCIALES**

La vinculación del Adulto Mayor Institucionalizado con el grupo familiar es muy importante, ya que este es el nexo entre su vida institucionalizada y el resto de la sociedad. Es una fuente de cariño, ejecución de roles, protección realización y socialización.

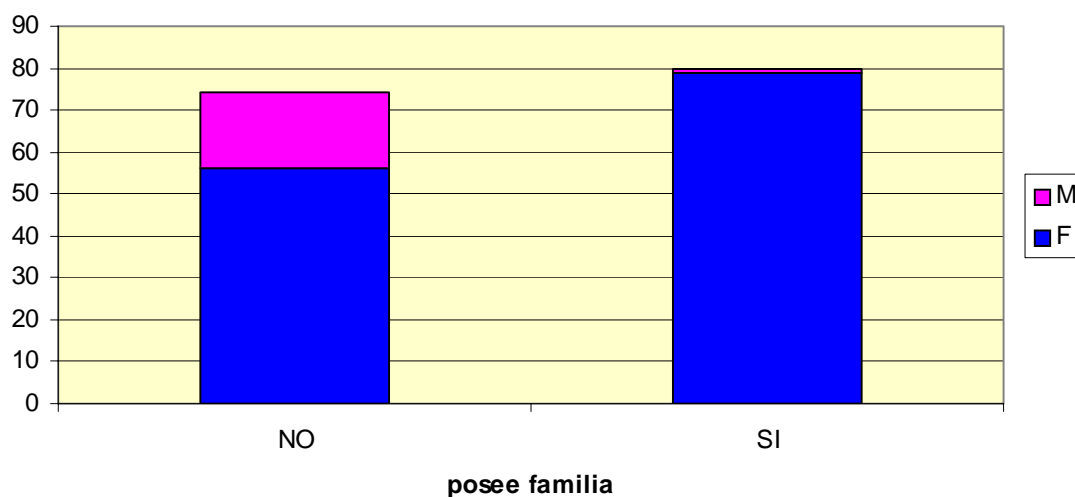
En los Establecimientos la familia no puede estar presente en forma continua, sólo en las ocasiones previstas para ello, si la familia se aleja del Adulto Mayor este deja de cumplir roles y no satisface sus necesidades de afecto, viéndose obligado a reemplazar sus lazos afectivos con otras personas presentes en el Establecimiento.

#### **1. Grupo Familiar**

El tipo de vínculos que existe con las personas que componen la familia nuclear, tendientes a la satisfacción de necesidades básicas de los miembros, es importante ya que constituye un espacio donde las normas de conductas y valores son comunes, constituyendo un marco de referencia para su actuación.

Gráfico N° 10

**Tenencia de familia**  
**Adultos Mayores Institucionalizados. Comuna de Santiago – RM, 2004**



Fuente: Investigación Directa

Del total de la muestra, el 48,05% dijo no poseer familia directa y/o indirecta. No son visitados por nadie, por lo tanto, las necesidades de tipo afectivas no son satisfechas por personas ajenas al Establecimiento. Este porcentaje es bastante alto, casi la mitad de los Adultos Mayores Institucionalizados consultados, tornándose un punto fundamental para la realización de programas, ya que esta situación baja considerablemente la calidad de vida y el estado de bienestar que puede llegar a poseer la población consultada.

La tenencia de grupo familiar es clave a la hora de restaurar redes para satisfacer necesidades de tipo afectiva para los Adultos Mayores Institucionalizados, además de ser un motor de aliento para mejorar su calidad de vida.

También se interrelaciona directamente con los motivos de ingreso al Establecimiento, ya que del total de Adultos Mayores consultados el 24,68% manifestaron que fue la propia familia quien tomó la decisión de institucionalizarlos.

### 1.1 Cónyuge

En cuanto a los cónyuges, no representa una fuente directa de satisfacción de necesidades afectivas, ya que el 73,69% planteó no recibir visitas, o bien son solteros o viudos.

**Tabla N° 7**

**Visitas de los cónyuges al Establecimiento y tipo de relación,  
Adultos Mayores Institucionalizados. Comuna de Santiago – RM, 2004**

su cónyuge lo visita	la relación son su cónyuge es			Total	Porcentaje
	buena	mala	regular		
1 vez a la semana	2			2	10.53%
1 vez al año	2			2	10.53%
3 veces al año	1			1	5.26%
no recibe visitas	3	7	2	12	63.16%
no tiene	2			2	10.53%
<b>Total general</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>
porcentaje	<b>52.63%</b>	<b>36.84%</b>	<b>10.53%</b>	<b>100%</b>	

Fuente: Investigación Directa

Sin embargo, del total de Adultos Mayores Institucionalizados el 52,63% planteó mantener una buena relación con sus cónyuges, aunque no reciba visitas periódicas (por lo menos una vez al año), lo que puede deberse a una necesidad de contar con alguien que sea apoyo para satisfacer sus necesidades de roles y

afectivas. Es esta imagen precisamente la que no encuentran en el Establecimiento, ya que el personal es preferentemente femenino y de no más de 60 años. Considerando además el tipo de relación que existe entre los pares y que generalmente los Establecimientos no son mixtos.

## **1.2 Hijos**

De acuerdo a lo informado por los Adultos Mayores, son los hijos una de las mayores fuentes de satisfacción de sus necesidades afectivas, al mismo tiempo que sienten que fueron sus propios hijos determinantes a la hora de institucionalizarse.

Son los hijos quienes toman el rol de apoderados en el Establecimiento, y con quienes hay que trabajar para fortalecer los lazos afectivos con sus padres para que el porcentaje de visitas aumente, y que la calidad de vida, efectivamente, sea más buena, logrando con esto disminuir las situaciones de estrés que provoca una relación confusa y el alejamiento paulatino.

La necesidad de la reestructuración en los roles aparecen nuevas preocupaciones para mantener la integridad del “yo” de cada Adulto Mayor.

Tabla N° 8

**Visitas de hijos al Establecimiento y tipo de relación,  
Adultos Mayores Institucionalizados. Comuna de Santiago – RM, 2004**

sus hijos lo visitan	la relación son sus hijos es			Total	Porcentaje
	buena	mala	regular		
1 vez a la semana	16		1	17	21.25%
1 vez al año	21	2	10	33	41.25%
1 vez al mes	6			6	7.50%
2 veces al año	5			5	6.25%
3 veces al año	4			4	5.00%
no recibe visitas	3		12	15	18.75%
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>2</b>	<b>23</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>
<b>Porcentaje</b>	<b>68.75%</b>	<b>2.50%</b>	<b>28.75%</b>	<b>100%</b>	

Fuente: Investigación Directa

La relación que establecen los Adultos Mayores Institucionalizados con sus hijos es bastante buena, aunque en ocasiones las visitas sean esporádicas; lo que puede deberse a la necesidad de satisfacer sus necesidades de roles como padres, además de las afectivas.

Se pudo constatar que aunque no hayan sido visitados por sus hijos ni tenido contacto durante más de un año, igualmente tienen una visión positiva de éstos, y son para los Adultos Mayores una fuente de satisfacción importante e imprescindible de cariño y rol.

El 18,75% de los Adultos Mayores Institucionalizados, plantea no haber recibido visitas de sus hijos hace más de 2 años; de los cuales el 75% planteo no ver a sus hijos después del primer año de ingreso al Establecimiento.

### 1.3 Nietos

Del mismo modo que los Adultos Mayores Institucionalizados califican la relación con sus hijos, lo hacen con los nietos, considerando además que las visitas son mas frecuentes, la relación que establecen es más directa e intensa.

Plantean que esta es la mayor fuente de satisfacción de sus necesidades afectivas que poseen ya que los nietos es el contacto y vínculo más directo con el resto de la familia y la sociedad.

De acuerdo a lo planteado en cada Establecimiento, es generalmente el nieto quien se hace cargo del Adulto Mayor, apoderándose para estos efectos del rol de apoderado, planteado en un primer momento en el Establecimiento por los hijos.

**Tabla N° 9**

**Visitas de nietos al Establecimiento y tipo de relación,  
Adultos Mayores Institucionalizados. Comuna de Santiago – RM, 2004**

sus nietos lo visitan	la relación son sus nietos es			Total	Porcentaje
	Buena	Mala	regular		
1 vez a la semana	20			20	25.00%
1 vez al año	35	3	6	44	55.00%
1 vez al mes	6			6	7.50%
2 veces al año	1			1	1.25%
no recibe visitas	5	1	3	9	11.25%
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>
porcentaje	83.75%	5.00%	11.25%	100%	

Fuente: Investigación Directa

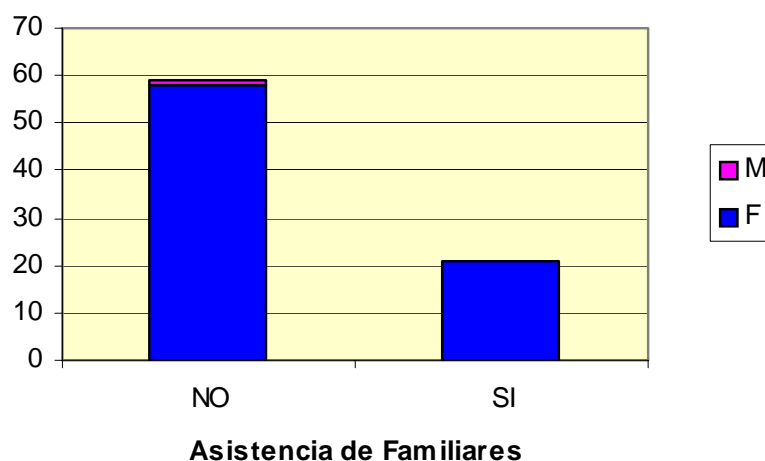
Dentro de cada Establecimiento, se han dado cuenta que el nieto es el punto de encuentro entre la familia y el Adulto Mayor, ya que es más receptivo y preocupado por su abuelo. Los nietos son los familiares que más visitan al Adulto Mayor en el Establecimiento, acá pueden ejecutar sus roles y dar cariño sin sentir la dependencia de hijos adultos, evitando con ello el estrés y mejorando su calidad de vida.

#### 1.4 Otros Familiares

La frecuencia con que asisten otros familiares a visitar a los Adultos Mayores Institucionalizados es por lo menos una vez al año. Siendo el cumpleaños la fecha más recurrente.

**Gráfico N° 11**

**Visita de otro familiar al Establecimiento,  
Adultos Mayores Institucionalizados. Comuna de Santiago – RM, 2004**



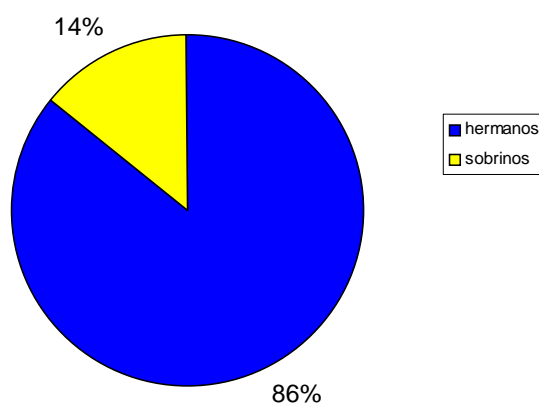
Fuente: Investigación Directa



Las visitas de otros familiares a los Establecimientos tienen menor frecuencia, y son principalmente hermanos y sobrinos, 85.71% y 14.29%, respectivamente. Tal como se puede apreciar en el siguiente gráfico:

**Gráfico N° 12**

**Visitas de otros familiares según tipo de familiar,  
Adulto Mayor Institucionalizado. Comuna de Santiago – RM, 2004**



Fuente: Investigación Directa

Esto puede deberse a la avanzada edad de los Adultos Mayores y sus hermanos, por ejemplo. Además de la distancia geográfica que puede existir entre los familiares, así como también el tipo de vínculo afectivo que, generalmente, es más distante que con su familia nuclear.

De acuerdo a esta información se puede constatar que las relaciones afectivas con la familia más fuerte son los nietos, ya que ellos son las personas con las cuales tienen mejores relaciones y las que más acuden a visitarlos al Establecimiento. Cumpliendo el rol de abuelos en mejores condiciones que el de padre y cónyuge.

## 1.5 Tipo de relación familiar

Los Adultos Mayores Institucionalizados plantean mantener una buena relación con sus familiares, aunque no reciban visitas continuas de ellos, tan sólo el 36,84% dice que la relación con su cónyuge es buena y el 52,63% que es mala. Con los nietos la relación es mucho mas estrecha, hecho revelado principalmente por la cantidad de visitas que reciben y la importancia que se les da a cada una de ellas, ya que siente que cumplen el rol de abuelos en forma plena.

La relación con los hijos se puede apreciar mas intensa, ya que el 68,75% dice poseer una buena relación con los hijos, sin embargo, en la Tabla N°8 se puede apreciar que las visitas no son muy frecuentes, sólo el 28,75% recibe visitas por lo menos una vez al mes.

Este hecho podría deberse a la necesidad de pertenencia a una familia, a sentirse parte de y sentir que son importantes para sus respectivas familias. Esto llevaría a pensar que están satisfaciendo necesidades afectivas en sus familias pero en la práctica no es así. Las personas más cercanas de los Adultos Mayores institucionalizados, en general es el personal del hogar, con el cual crean una estrecha relación.

Cabe destacar que las visitas de los familiares que sólo se realizaron para cancelar mensualidades, tratamientos médicos o tratar alguna situación con la Directiva del Establecimiento; y en ningún caso hubo contacto con el Adulto Mayor no fue considerado en los totales, ya que se busca conocer la satisfacción de necesidades afectivas.

La relación familiar de algunos Adultos Mayores Institucionalizados es muy intensa lo que lleva a contar con el apoyo efectivo y necesario para el desarrollo de su vida dentro del Establecimiento; pero hay un 48,05% que o bien no posee familia o bien la relación con ella es inexistente, entonces deben buscar otros

mecanismos para satisfacer las necesidades de tipo afectivas que continuamente están demandando los Adultos Mayores, convirtiéndose el personal del Establecimiento en la principal fuente, sobre todo los auxiliares o monitores que a diario, se interrelacionan directamente con cada Adulto Mayor.

Las relaciones familiares de los Adultos Mayores Institucionalizados en general se encuentran distanciadas con su familia nuclear, los que poseen cónyuges mantienen relaciones muy distantes o bien cortaron todo tipo de relación al ingresar al Establecimiento.

Con respecto a los hijos, la relación es más frecuente, cumpliendo un rol de padres a distancia, ya que se encuentran informados de las actividades o situaciones más trascendentes de sus hijos. Este tipo de relación es muy importante.

## **2. RELACION CON EL GRUPO DE PARES**

El grupo de pares es el conjunto de dos o más Adultos Mayores Institucionalizados que se encuentran en el mismo Establecimiento, con los cuales comparten los mismos valores, objetivos o actividades comunes, llegando a transformarse en un espacio grato, donde pueden compartir experiencias, vivencias y establecer relaciones más o menos intensas.

Cabe destacar que en el caso de los Adultos Mayores es muy importante el grupo de pares, ya que es una instancia muy propicia para compartir vivencias o experiencias de la vida. Además de convertirse en una referente para ir internalizando de una mejor manera los cambios propios de esta etapa.

Tabla N° 10

**Presencia grupos de comparación,  
Adulto Mayor Institucionalizado. Comuna de Santiago – RM, 2004**

	SEXO			Porcentaje
	F	M	Total	
Tengo 1 o más compañeros que me gustaría ser como ellos				
Muy de Acuerdo	10		10	6.49%
De Acuerdo	27		27	17.53%
En Desacuerdo	98	19	117	75.97%
<b>Total</b>	<b>135</b>	<b>19</b>	<b>154</b>	<b>100%</b>

Fuente: Investigación Directa

De acuerdo a los datos proporcionados por los Adultos Mayores Institucionalizados, dentro del Establecimiento no poseen un modelo, ya sea de conducta o vivencial, con el cual se sientan identificados para posteriormente adoptarlo o apropiarlo como suyo; ya que el 75.97% manifestó no tener intenciones de ser como otro Adulto Mayor que resida en el Establecimiento.

Tabla N° 11

**Participación en actividades con compañeros,  
Adultos Mayores Institucionalizados. Comuna de Santiago – RM, 2004**

	SEXO			Porcentaje
	F	M	Total	
Tengo 1 o más compañeros con los cuales comparto solo actividades				
Muy de Acuerdo	98	6	104	67.53%
De Acuerdo	29	11	40	25.97%
En desacuerdo	8	2	10	6.49%
Total	135	19	154	100%

Fuente: Investigación Directa

De acuerdo a los datos proporcionados, los Adultos Mayores Institucionalizados se muestran orientados a sólo compartir actividades con sus pares, sin establecer mayores vínculos afectivos. Utilizan estas actividades para crear cierta conciencia de identidad, actuando de acuerdo con lo que tienen en común entre ellos.

Sólo un 6.49% de los Adultos Mayores Institucionalizados manifestó sentirse en desacuerdo con la afirmación “Tengo 1 o más compañeros con los cuales comparto solo actividades” lo que indica que dentro de los Establecimientos de Larga Estadía se crean grupo de interés pero sin producirse relaciones afectivas entre ellos.

Tabla N° 12

**Participación con pares por una creencia en común,  
Adultos Mayores Institucionalizados. Comuna de Santiago – RM, 2004**

	SEXO			Porcentaje
	F	M	Total	
Tengo 1 o más compañeros con los cuales comparto porque tenemos una creencia en común				
Muy de Acuerdo	117	9	126	81.82%
De Acuerdo	11	1	12	7.79%
En Desacuerdo	7	9	16	10.39%
Total	135	19	154	100%

Fuente: Investigación Directa

Aunque en última instancia todo grupo es de interés, es importante destacar el gran número de adultos mayores que sólo comparte actividades o creencias con sus pares. Pasando el resto del día en sus respectivos dormitorios o bien frente a la TV.

Actualmente no se están privilegiando los lazos afectivos entre ellos, sino más bien relaciones circunstanciales dependiendo de la actividad que se requiera realizar.

Al no fomentar estos vínculos, ni intensificarlos se esta desaprovechando una fuente de satisfacción de sus necesidades, donde podrían compartir experiencias sobre la vida y su vejez, para sobrepasar con un grado de integridad mayor esta etapa de la vida.

Tabla N° 13

**Adultos Mayores Institucionalizados que tienen cosas  
en común con sus compañeros,  
Comuna de Santiago – RM, 2004**

Tengo compañeros que tienen cosas en común conmigo	SEXO			Porcentaje
	F	M	Total	
Muy de Acuerdo	6		6	3.90%
De Acuerdo	51		51	33.12%
En Desacuerdo	78	19	97	62.99%
<b>Total</b>	<b>135</b>	<b>19</b>	<b>154</b>	<b>100%</b>

Fuente: Investigación Directa

De la misma manera que las dos preguntas anteriores, se puede apreciar la falta de vínculos o relaciones afectivas entre ellos, ya que sólo un 3.90% manifestó estar de acuerdo con tener similitudes con sus compañeros. Si bien es cierto que la individualización es importante, también se puede decir que al crear lazos más fuertes con sus pares se selecciona a personas que tengan semejanzas y afinidad para compartir experiencias, en fin la vida cotidiana dentro del Establecimiento.

Tabla N° 14

**Presencia de un amigo en el Establecimiento,  
Adultos Mayores Institucionalizados. Comuna de Santiago – RM, 2004**

Tengo por lo menos un amigo en el Establecimiento	SEXO			Porcentaje
	F	M	Total	
De Acuerdo	35	1	36	23.38%
En Desacuerdo	91	18	109	70.78%
Muy de Acuerdo	9		9	5.84%
<b>Total</b>	<b>135</b>	<b>19</b>	<b>154</b>	<b>100%</b>

Fuente: Investigación Directa

Las relaciones individuales se dan con cierta frecuencia, tampoco es un hecho característico que ya sólo el 29.22% manifestó estar muy de acuerdo o de acuerdo con la pregunta: “Tengo por lo menos un amigo en el Establecimiento”. Este hecho tampoco favorece las relaciones afectivas entre los Adultos Mayores Institucionalizados, privilegiando la individualización y con ello la no solidaridad entre los pares.



Tabla N° 15

**Tipo de relación con pares,  
Adultos Mayores Institucionalizados. Comuna de Santiago – RM, 2004**

Tengo buenas relaciones con mis compañeros del Establecimiento	SEXO			Porcentaje
	F	M	Total	
De Acuerdo	10	9	19	12.34%
En Desacuerdo	9	5	14	9.09%
Muy de Acuerdo	116	5	121	78.57%
<b>Total</b>	<b>135</b>	<b>19</b>	<b>154</b>	<b>100%</b>

Fuente: Investigación Directa

Paralelamente a los datos anteriores se puede constatar como resultado o consecuencia que las actitudes con el grupo de pares, los Adultos Mayores Institucionalizados poseen buenas relaciones entre ellos, aunque no con un lazo importante para satisfacer sus necesidades afectivas. Por lo tanto, si bien es cierto no existen mayores dificultades de convivencia, no se cuenta con un grupo de pares establecido como tal, desaprovechando la oportunidad que poseen de convertirse en grupo, ya que se encuentran físicamente en la misma área y comparten muchas similitudes.

Tabla N° 16

**Presencia de un amigo con el que es les gusta compartir el tiempo,  
Adultos Mayores Institucionalizados. Comuna de Santiago – RM, 2004**

	SEXO			Porcentaje
	F	M	Total	
Tengo un amigo con el cual me gusta compartir el máximo tiempo				
De Acuerdo	14	8	22	14.29%
En Desacuerdo	80	9	89	57.79%
Muy de Acuerdo	41	2	43	27.92%
<b>Total</b>	<b>135</b>	<b>19</b>	<b>154</b>	<b>100%</b>

Fuente: Investigación Directa

Del total de Adultos Mayores Institucionalizados consultados, el 85.71% posee un amigo con el cual le gustaría compartir el máximo de tiempo, este amigo aludido no es por general un par, sino que un funcionario del Establecimiento de Larga Estadía. Es por esto la diferencia que se produce con la tabla N°14, donde sólo el 29.42% manifestó tener un amigo en el Establecimiento.

Aunque los Adultos Mayores Institucionalizados vivan permanentemente en el Establecimiento, existen algunos que por motivos, ya sea de dependencia o personales no comparten sus actividades diarias con el resto de sus pares, quedándose en sus habitaciones durante todo el día. Estas características se dan principalmente en Establecimientos donde existen solo un Adulto Mayor por dormitorio.

Tabla N° 17

**Adultos Mayores Institucionalizados que conocen a todos  
sus compañeros del Establecimiento,  
comuna Santiago – RM, 2004**

Conozco a todos los AM que residen en el Hogar	SEXO			Porcentaje
	F	M	Total	
De Acuerdo	9	3	12	7.79%
En Desacuerdo	26	4	30	19.48%
Muy de Acuerdo	100	12	112	72.73%
<b>Total</b>	<b>135</b>	<b>19</b>	<b>154</b>	<b>100%</b>

Fuente: Investigación Directa

Para lograr un nivel de bienestar y confianza en sí mismos, los Adultos Mayores Institucionalizados deben sentirse aceptados por sus pares, con esto gradualmente aumenta la autoestima, logrando en el grupo lograr un nivel de individualización y un sentimiento de pertenencia más fuerte.

Tabla N° 18

**Percepción de aceptación,  
Adultos Mayores Institucionalizados. Comuna de Santiago – RM, 2004**

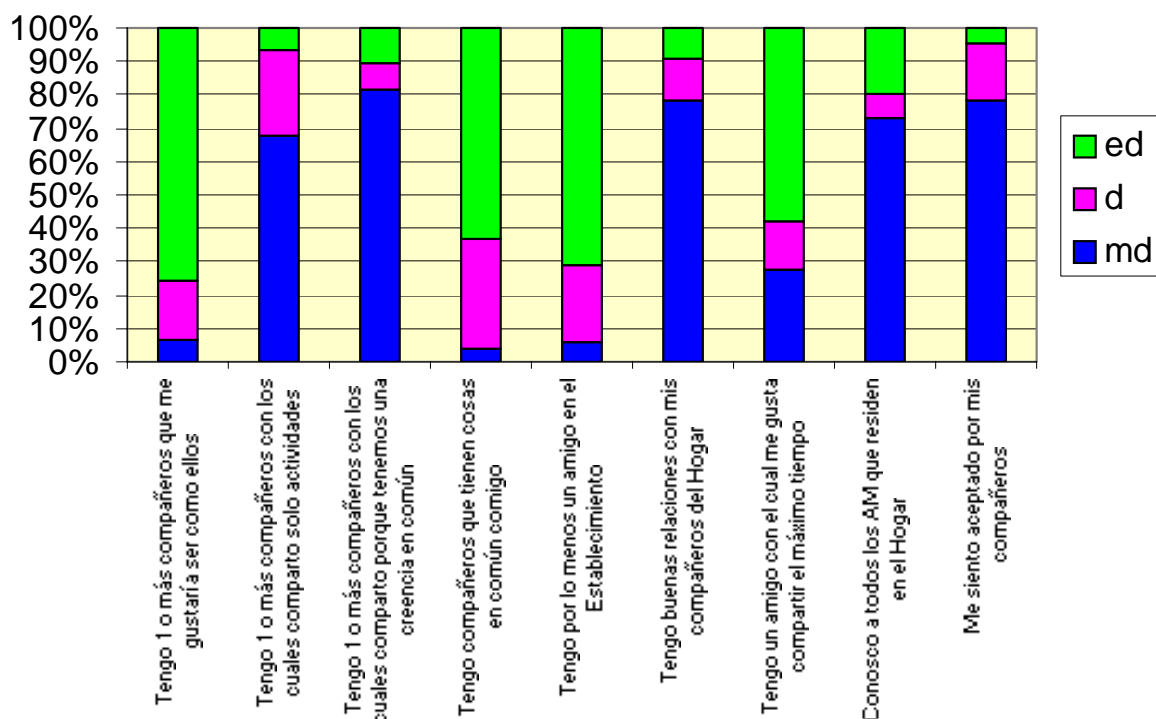
	SEXO			Porcentaje
	F	M	Total	
Me siento aceptado por mis compañeros				
De Acuerdo	16	10	26	16.88%
En Desacuerdo	6	1	7	4.55%
Muy de Acuerdo	113	8	121	78.57%
Total	135	19	154	100%

Fuente: Investigación Directa

De acuerdo a los datos entregados el 80.52% de los Adultos Mayores Institucionalizados consultados conoce a todos sus compañeros del Establecimiento, lo que va directamente ligado al grado de aceptación de cada uno de ellos, ya que el 95.45% se siente acogido y aceptado en el Establecimiento y, por lo tanto el grado de bienestar en las relaciones y calidad de vida es óptimo, en cuanto a sus pares. Sin embargo es necesario fortalecer los lazos afectivos para cubrir sus necesidades, de lo contrario se ven aumentadas las depresiones y la búsqueda de sentido a la vida, lo que lleva directamente a una desesperanza y con ello disminuyen las herramientas frente a los problemas cotidianos, así mismo las enfermedades aumentan su intensidad y frecuencia.

Gráfico N° 13

**Relación con el grupo de pares del Establecimiento,  
Adultos Mayores Institucionalizados. Comuna de Santiago – RM, 2004**



Fuente: Investigación Directa

A grandes rasgos, es importante señalar que un 75,97% de los Adultos Mayores Institucionalizados encuestados estuvo en desacuerdo con la afirmación: “Tengo 1 o más compañeros que me gustaría ser como ellos”, sólo el 24,02% se manifestó de acuerdo o muy de acuerdo con la aseveración. De esta información se puede mencionar que en los Establecimientos de Larga Estadía más de la mitad de los Adultos Mayores no tiene grupos de comparación

Para las afirmaciones: “Tengo 1 o más compañeros con los cuales comparto sólo actividades” y “Tengo 1 o más compañeros con los que comparto

porque tenemos creencias en común”, se observa que, sumando las opciones “muy de Acuerdo” y “de Acuerdo” más del 85% de los encuestados afirman estar a favor, divididos en un 93,5% y un 89,61%, para cada pregunta respectivamente.

Para el Adulto Mayor tener un amigo en el Establecimiento, de acuerdo a los que ellos mismos plantean, significa un gran apoyo emocional y una disminución del sentimiento de soledad; alguien con el cual compartir sus cosas y experiencias de vida. Dado que no poseen una historia común fuera del recinto, se debe reforzar con las características comunes y la elaboración de una historia conjunta dentro de una realidad nueva, que van gradualmente conformando junto con su llegada al Establecimiento.

Estos vínculos que se van formando a través del tiempo con un amigo, se tornan indispensables, puesto que ven en el amigo un espejo de lo que ellos son; sentimiento que se acentúa cuando llega a fallecer un amigo dentro del Establecimiento. Independientemente, de no poseer una historia común antes de su ingreso, los lazos que se dan dentro son fuertes, ya que un amigo es la única persona cercana con la cual pueden recrear una convivencia como las que tenían antes.

En la afirmación: “Tengo por lo menos un amigo en el Establecimiento”, se observa que, un 70,78% de la muestra manifestó estar en desacuerdo; no consideran amigos a los integrantes del grupo de pares que se encuentra en las mismas condiciones de institucionalidad que ellos mismos.

Tabla N° 19

**Percepción de aceptación de sus pares,  
Adultos Mayores Institucionalizados. Comuna de Santiago – RM, 2004.**

	Me siento aceptado por mis compañeros			Total	Porcentaje
	Muy de Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo		
Tengo un amigo con el cual me gusta compartir el máximo tiempo					
Muy De Acuerdo	41	2		43	27,92%
De Acuerdo	17	5		22	14,29%
En Desacuerdo	63	19	7	89	57,79%
Total	121	26	7	154	100%
Porcentaje aceptación	78,57%	16,88%	4,55%	100%	

Fuente: Investigación Directa

El 57,79% del total de la muestra se considera “En Desacuerdo” con la afirmación “Tengo un amigo con el cual me gusta compartir el máximo de tiempo”; de los cuales el 40,90% declara sentirse aceptado por el grupo de pares. Al contrario el 27,92% manifiesta tener un amigo; de los cuales el 26,62% plantea sentirse aceptado. Esto indica que el nivel de aceptación no va directamente relacionado con tener relaciones intensas o amigos dentro del Establecimiento.

### 3. RELACION CON EL PERSONAL DEL ESTABLECIMIENTO

Personas, hombres o mujeres, que trabajan en los Establecimientos de Larga Estadía y que se vinculan permanente u ocasionalmente con los Adultos Mayores; con los cuales mantienen una relación o lazo afectivo, permanente en el tiempo. Por lo tanto, es un grupo importante para el Adulto Mayor Institucionalizado, ya que se convierte en un nexo, además del familiar, con el resto de la sociedad. Sobre todo para adultos que no pueden salir del Establecimiento.

Los Directivos o Profesionales que se desempeñan en los Establecimientos no mantienen un contacto directo con los Adultos Mayores en la mayoría de los casos, ya que la ubicación de sus oficinas no siempre se encuentra físicamente en el mismo lugar, y por lo tanto, la relación se remite sólo a oportunidades en que visitan el Establecimiento.

Sin embargo, son un factor fundamental a la hora de solicitar algún beneficio, económico o social, por parte de alguna Institución, ya que son ellos quienes tramitan y evalúan la necesidad real de la solicitud en cada Centro.

**Tabla N° 20**

**Relación con los profesionales del Establecimiento por sexo,  
Adultos Mayores Institucionalizados. Comuna de Santiago – RM, 2004**

	SEXO			Porcentaje
	F	M	Total	
Converso con los profesionales				
1 vez a la semana	3		3	1.95%
1 vez al mes	8	11	19	12.34%
no converso	124	8	132	85.71%
<b>Total</b>	<b>135</b>	<b>19</b>	<b>154</b>	<b>100%</b>

Fuente: Investigación Directa



Para el Adulto Mayor, los Profesionales o Directivos son personas lejanas, con las cuales no cuentan a la hora de satisfacer sus necesidades afectivas o de roles, al consultarse por la cantidad de veces que conversan con este grupo, el 85,71% planteo que nunca había conversado con ellos.

A diferencia de estos funcionarios, el grupo compuesto por los técnicos o monitores que se desempeñan laboralmente en el Establecimiento, incluidos los monitores de otras instituciones que realizan talleres o visitas médicas, mantienen una relación mucho más directa, y por un período de tiempo extenso. Entonces se producen vínculos afectivos intensos por parte de la gran mayoría de Adultos Mayores Institucionalizados consultados, sólo un 0,65% plantea no tener contacto.

**Tabla N° 21**

**Relación con los monitores o técnicos del Establecimiento por sexo, Adultos Mayores Institucionalizados. Comuna de Santiago – RM, 2004**

	SEXO			Porcentaje
	F	M	Total	
converso con los técnicos				
1 vez a la semana	101	10	111	72.08%
1 vez al mes	33	9	42	27.27%
no converso	1		1	0.65%
<b>Total</b>	<b>135</b>	<b>19</b>	<b>154</b>	<b>100%</b>

Fuente: Investigación Directa

Del mismo modo, al establecer una relación más directa y con compromiso afectivo, van ejecutando ciertos roles con estos funcionarios, que incluso llegan a presentarles a sus propias familias en los días de visita, satisfaciendo muchas de

sus necesidades, sobre todo a los Adultos Mayores que no son visitados por nadie.

Los auxiliares también componen un grupo fundamental para la resolución de necesidades, ya que permanecen durante todo el día en el Establecimiento, acentuando una relación cotidiana, relajada y permanente.

**Tabla N° 22**

**Relación con los auxiliares del Establecimiento por sexo,  
Adultos Mayores Institucionalizados. Comuna de Santiago – RM, 2004**

	SEXO			Porcentaje
	F	M	Total	
converso con los auxiliares				
1 vez a la semana	134	19	153	99.35%
no converso	1		1	0.65%
<b>Total</b>	<b>135</b>	<b>19</b>	<b>154</b>	<b>100%</b>

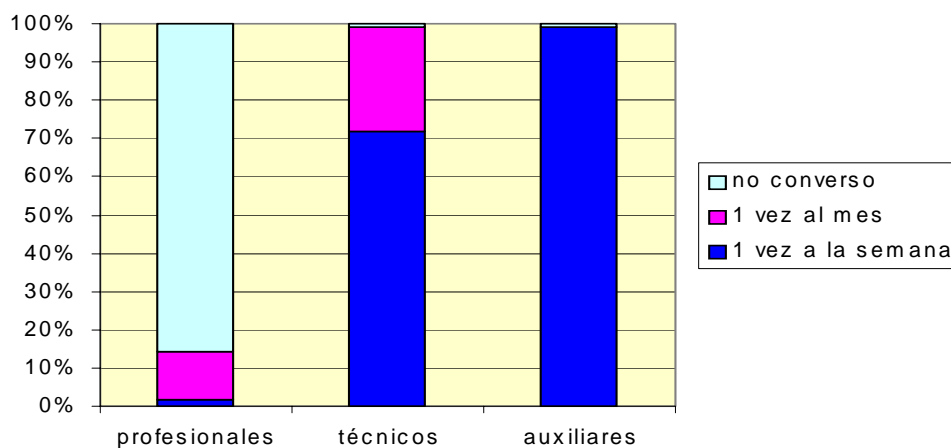
Fuente: Investigación Directa

Cabe destacar que el 99,35% de la población consultada manifestó mantener conversaciones con los auxiliares por lo menos una vez por semana.

Hay que señalar que el personal del Establecimiento normalmente no cambia, este hecho aumenta el sentimiento del Adulto Mayor hacia este grupo, pasando, además, a ser más importante que su propio grupo de pares.

Gráfico N° 14

**Relación con el personal del Establecimiento,  
Adultos Mayores Institucionalizados. Comuna de Santiago – RM, 2004.**



Fuente: Investigación Directa

En términos generales, el 85,71% de la muestra plantea que no tiene contacto con los directivos de los Establecimientos de Larga Estadía, sólo un 13,29% plantea conversar por lo menos una vez al mes con ellos.

La relación con los monitores y auxiliares de los Establecimientos es diferente y, directamente proporcional con el hecho de tener o no familia de cada Adulto Mayor.

Del 72,92% de los Adultos Mayores que manifestaron que el personal del hogar le cae bien, un 58,33% no posee familia, al contrario del 22,08% de los que dijeron no tenerle cariño al personal, sólo un 11,76% no tienen familia.

Del 79,82% de los Adultos Mayores que manifestaron agrado por la forma en que son tratados dentro del Hogar, un 58,53% no posee familia, al contrario del

20,13% de los que dijeron no tenerle cariño al personal sólo un 6,45% no tienen familia.

El 100% de los Adultos Mayores Institucionalizados consultados y que no tienen familia, dijo tener cariño a las personas que trabajan en los Establecimientos de Larga Estadía, sobre todo con la relación existente entre ellos y los monitores o técnicos y auxiliares.

#### **4. RELACION CON LAS REDES SOCIALES**

Las redes sociales son un espacio de vinculación con entes dinámicos o colectividades donde exista participación de Adultos Mayores, con el fin de satisfacer necesidades de tipo afectivo, informativo y material. Esencialmente, constituyen una instancia donde el Adulto Mayor puede desarrollar una multiplicidad de relaciones tendientes a satisfacer sus necesidades.

Estas redes son importantes en el sentido que la vinculación con otras Organizaciones de Adultos Mayores permite tener contacto con otras realidades, además de ser un nexo entre el Establecimiento y la sociedad. Por lo demás, permite convertirse en una ocasión de esparcimiento y entretención para el Adulto Mayor Institucionalizado. También se convierten en un medio para satisfacer varias de sus necesidades.

##### **4.1 Consultorio**

En torno a esto, el consultorio es un nexo entre el Establecimiento y la sociedad, ya que es aquí donde se organiza y funcionan una significativa cantidad de grupos sociales, a los cuales si sus capacidades físicas lo permiten pueden participar.

Sin embargo, por el hecho de encontrarse institucionalizado no tienen acceso a este Sistema de Salud, por Reglamento cada Establecimiento debe contar con Servicio Médico externo o interno. No obstante, existe un pequeño porcentaje de Adultos Mayores que asisten y de vinculan permanentemente con el Consultorio, de los cuales el 100% son mujeres.

**Tabla N° 23**

**Asistencia al consultorio por sexo,  
Adultos Mayores Institucionalizados. Comuna de Santiago – RM, 2004**

Al menos una vez al año asisto al consultorio	SEXO			Porcentaje
	F	M	Total	
NO	131	19	150	97.40%
SI	4		4	2.60%
<b>Total</b>	<b>135</b>	<b>19</b>	<b>154</b>	<b>100%</b>

Fuente: Investigación Directa

De acuerdo a los datos recogidos, se puede establecer que el 97.40% de los Adultos Mayores Institucionalizados, no asiste a los consultorios de la comuna, sólo el 2,60% mantiene algún tipo de contacto con estos Establecimientos de Salud, y del total de éstos el 100% son mujeres. Esto se puede deber a las políticas internas de los Establecimientos de Larga Estadía, ya que deben contar con un médico que realice controles periódicos a los Adultos Mayores y, también a que las mujeres están durante toda su vida en contacto con estas redes, no así los hombres. (Secretaría Adulto Mayor, 2004)

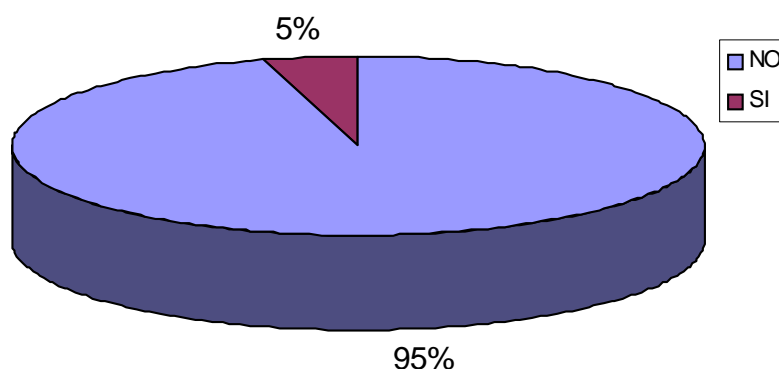
## 4.2 Municipio

El municipio, por su parte, forma una instancia importante a la hora de crear programas o proyectos dirigidos a los Adultos Mayores, a través de la Secretaría Adulto Mayor y todos sus Centros de Desarrollo orientados hacia la población Adulta Mayor pretende dar cabida a sus requerimientos, además de formular lineamientos orientados a dar solución a sus necesidades básicas.

Son los Directivos de cada Establecimiento quienes se encargan de ser el nexo entre el Establecimiento y la municipalidad; por lo tanto no se conoce en forma directa los requerimientos y necesidades de la población institucionalizada en la comuna. Este hecho dificulta orientar políticas y programas acorde a su realidad y necesidades específicas reales.

**Gráfico N° 15**

**Conocimiento de los programas municipales,  
Adultos Mayores Institucionalizados. Comuna de Santiago – RM, 2004.**



Fuente: Investigación Directa

Consultados por la asistencia a los Consultorios y conocimiento de los Programas Municipales, más del 90% de los Adulto Mayor se manifestó negativamente, diferenciados en un 97,40% que no conocen los Consultorios y un 95,45% los programas municipales.

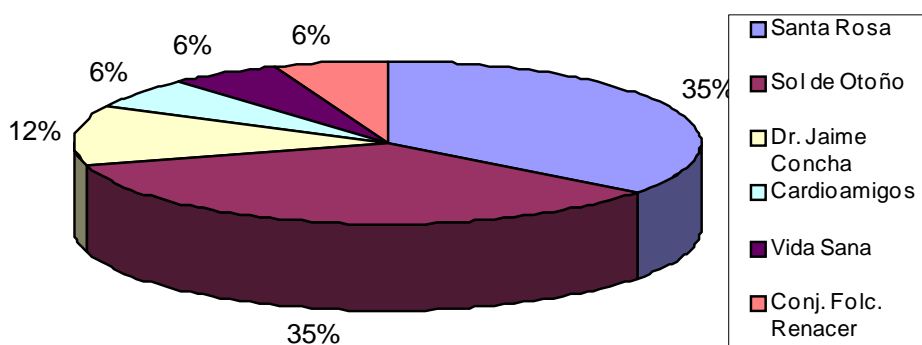
Se puede determinar que el 95,45% de los Adultos Mayores Institucionalizados, no cuentan con información sobre los programas municipales dirigidos al Adulto Mayor; dado que el municipio sólo obtiene información sobre los Adultos Mayores Institucionalizados por parte de los Directivos de dichos Establecimientos; se han creado programas y líneas de acción no acordes con la realidad y necesidades específicas de este grupo, ya que tampoco se conoce en forma fidedigna la población de Adultos Mayores Institucionalizados existente.

#### **4.3 Organizaciones Sociales**

Otro nudo en las redes sociales, se encuentran las Organizaciones Sociales Dirigidas exclusivamente a los Adultos Mayores de la comuna, Clubes Adultos Mayor, donde se forma un espacio de socialización con un grupo de pares, en el que mantienen un espacio propio destinado a cubrir sus necesidades y compartir con otros Adultos Mayores, que en este caso no se encuentran institucionalizados; por lo tanto se convierte en un medio ideal para socializar con un grupo de pares insertos dentro de la sociedad.

Gráfico N° 16

**Asistencia a Organizaciones de Adulto Mayor,  
Adultos Mayores Institucionalizados. Comuna de Santiago – RM, 2004.**



Fuente: Investigación Directa

Un 88,96% de los Adultos Mayores Institucionalizados, planteó no asistir a ninguna Organización de Adultos Mayores en la comuna. Sólo un 11,04% plantea asistir a Clubes de Adulto Mayor. Esto va directamente relacionado con el nivel o grado de autonomía de los Adultos Mayores Institucionalizados.

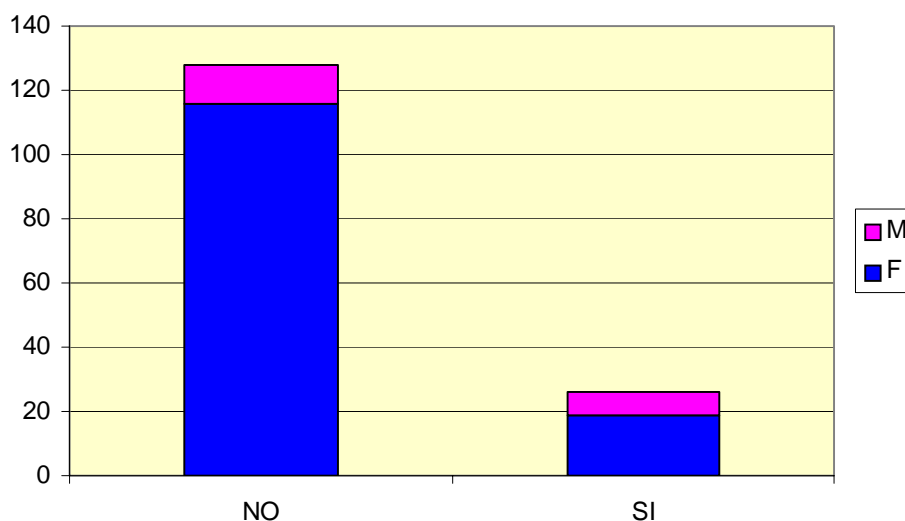
#### 4.4 Establecimientos de Larga Estadía

Al momento de ser consultados por la asistencia a encuentro recreativos formales e informales con otros Adultos Mayores Institucionalizados, en actividades desarrolladas especialmente para la convivencia y sociabilización entre los diferentes Establecimientos de la comuna y en otras ocasiones con todas las Organizaciones de Adultos Mayores que existen inscritas en el municipio, más del 80% de los consultados manifestó no asistir, tal como se muestra en el siguiente gráfico:



Gráfico N° 17

**Asistencia a actividades con grupos de pares de otros Establecimientos, Adultos Mayores Institucionalizados. Comuna de Santiago – RM, 2004.**



Fuente: Investigación Directa

El 83,12% de la muestra manifiesta que no asiste a ninguna actividad o encuentro con otros Adultos Mayores Institucionalizados, el 16,88% dice asistir por lo menos una vez al año a actividades realizadas por la municipalidad donde se reúnen con otros Adultos Mayores de Establecimientos de Larga Estadía, en actividades diseñadas para todos los Adultos Mayores de la comuna de Santiago.

Esta instancia no es muy acogida por los Directivos de los Establecimientos, ya que significa una gran dificultad para trasladar a los Adultos Mayores Institucionalizados o simplemente para motivarlos a asistir, puesto que existe entre la población beneficiaria de estos Establecimientos, sobre todo por el alto número de integrantes, un aislamiento social y por ende una apatía para

relacionarse con otros Adultos Mayores, o simplemente con otras personas ajenas a su círculo 'social'.

## Conclusiones

Este estudio configura un aporte al tema de los Adultos Mayores Institucionalizados, y en general dentro del campo de la Tercera Edad, pues este grupo institucionalizado que eventualmente podría encontrarse en riesgo o vulnerabilidad social, es uno de los menos estudiados, no existiendo estudios anteriores que aborden específicamente los Establecimientos de Larga Estadía de la comuna de Santiago.

Cabe considerar que nuestra sociedad, como se demuestra en el estudio, ha ido gradual y lentamente perfilando características internistas para las personas de la tercera edad. En primer lugar, dado el importante aumento de las personas longevas, el número de los Establecimientos se ha ido incrementando y, progresivamente, es adoptado como recurso socialmente aceptado.

En segundo lugar, las características de las configuraciones familiares actuales dificultan el hacerse cargo de la dependencia de los Adultos Mayores; además de ello las características socioeconómicas imperantes no facilitan el apoyo hacia el anciano.

Y en tercer lugar, porque la vejez es una etapa desvalorizada, lo que repercute directamente en mecanismos de exclusión / segregación de este grupo etáreo.

El Establecimiento de Larga Estadía configura, para el común de las familias, la última morada y es en general vivida por los que ingresan a ella como la antesala a su muerte y a su vez, en algunas ocasiones, como un merecido o inmerecido castigo.

Para las personas que carecen de familia cercana o involucrada continuamente con el Adulto Mayor, dadas las características médicas y de

habitabilidad de las viviendas, se vuelve una alternativa altamente rentable tanto para sus actuales requerimientos económicos como de salud; dando una solución radical al “problema” que representa al Adulto Mayor que se encuentra sólo, deteriorado, desmentizado o quizás tan sólo avejentado.

Por otro lado, como cuestión de orden general, podemos establecer que la investigación de carácter descriptivo tiene como propósito observar, describir y documentar diversos aspectos de una situación que ocurre de modo natural y, algunas veces, provee un punto de partida para la generación de programas o políticas dirigidas hacia este grupo etéreo que se encuentra institucionalizado.

Esta categoría de estudios permite delinear la ocurrencia de fenómenos en términos de frecuencia de eventos (o la comparación entre presencia o ausencia de los mismos).

Los resultados obtenidos entregan una visión de cómo perciben la realidad particular los Adultos Mayores Institucionalizados respecto a su cuerpo, el nivel de autonomía y el autocuidado.

En relación con la autopercepción de los Adultos Mayores Institucionalizados se pudo demostrar que para ellos los cambios físicos no son precisamente invalidantes a la hora de realizar sus actividades diarias, y no tienen mayores problemas para enfrentarlos.

Los cambios principales que plantea Erickson (1981) para esta etapa, como por ejemplo la disminución de estatura, encorvamiento de la espalda, signos en la piel, entre otros; se ven en cada uno de los Adultos Mayores, pero el hecho de aceptarlos en forma positiva por la mayoría de ellos no les provoca síntomas como depresión o aislamiento, ya que se dan cuenta que no es algo que les ocurra sólo a ellos, sino que a todos. Esto se debe fundamentalmente a que están compartiendo continuamente con su grupo de pares y se va dando entre ellos

mismos una dinámica de aceptación y normalidad. A pesar de estos deterioros físicos que pueden sufrir los Adultos Mayores, muchos los enfrentan con una actitud positiva, no se sienten como senescentes, pues su envejecimiento biológico es compensado con un estilo de vida que los hace mantenerse en buenas condiciones hasta muy avanzada edad.

La aprobación de estas transformaciones y enfermedades propias del envejecimiento, además del compartir con sus pares, lleva a una autoimagen y autoestima elevada, adquiriendo un sentido de integridad y evitación de la desesperación durante la senescencia.

Si el Adulto Mayor considera que se encuentra bien influye sobre sus estados anímicos y con esto disminuyen las enfermedades sicosomáticas, el estado de bienestar en la salud aumenta, con lo cual se conserva la autovalencia y autonomía, generando una autoestima elevada; es un círculo en que si la imagen del cuerpo se encuentra positiva también eleva la percepción bienestar mental, y viceversa, generando Adultos Mayores activos y con una visión positiva de su autopercepción.

Estos cambios, si bien es cierto, que producen en algunas ocasiones dependencia, por ejemplo para desplazarse o bien para sus actividades diarias se encontró que sólo un 22% de los Adultos Mayores Institucionalizados son valentes, de acuerdo a la definición planteada en el Manual de Geriátrica de la PUC; es decir, la mayoría de los residentes en estos Establecimientos pueden realizar actividades normalmente si se les estimula.

En cuanto al autocuidado, se puede establecer que dado los continuos controles por parte de profesionales de la salud, son realizados en forma periódica entonces diagnostican en forma oportuna alguna enfermedad.

Sin embargo, existen Establecimientos que no poseen un médico para estos controles, sino que enfermeras u otro profesional de la salud y, esto implica que cuando sienten síntomas o malestares que incidan la presencia de alguna enfermedad, deben ser llevados a un Centro Médico, donde generalmente tienen convenio, pero el costo debe ser asumido por la familia o en el caso de ausencia de ésta, por el propio Establecimiento o bien la Municipalidad. Esto dificulta y retrasa la oportuna atención de un médico. Sin embargo y, pese a las dificultades, la atención ha sido oportuna en todos los Establecimiento.

Se deben desarrollar acciones de la vida cotidiana, como la higiene corporal y bucal, la alimentación, el descanso, la recreación, la actividad física y el cuidado de las relaciones sociales, herramientas que pueden ser entregadas a través de talleres o jornadas especialmente elaboradas para los Adultos Mayores Institucionalizados, ya que este grupo no posee conocimiento sobre primeros auxilios, que en un caso urgente sería de vital importancia.

La salud es uno de los mayores bienes que posee el hombre, le permite crecer y desarrollarse, cumplir el rol que le corresponde en la familia y en la sociedad.

En cuanto a la relación con el grupo familiar, de los resultados obtenidos se manifiesta que existe un alto porcentaje de Adultos Mayores que no reciben visitas de sus familiares y que su grupo familiar se despreocupa o bien se hace cargo de lo mínimamente necesario para su estadía, como son pañales, medicamentación, ropa, entre otros.

En cuanto al Establecimiento, al personal y la propia dinámica institucional, se puede pensar en la naturalización de algunas situaciones, debido a la permanencia constante y cotidiana, las problemáticas que se viven a diario; llevan a no registrar situaciones por ejemplo visitas de los familiares de los ancianos, y a la desvinculación paulatina de su grupo familiar, llegando en ocasiones al

desprendimiento total. La costumbre naturaliza estos hechos, ya que para el Establecimiento el Adulto Mayor es una persona que debe ser cuidada y protegido, observándose muchas prácticas asistencialistas, entonces las realidades externas pueden resultar molestas y amenazantes en algún sentido. En caso de que un Adulto Mayor no lo visiten tanto como antes, o bien la familia deja de venir y no se produce ningún contacto, no es visto como contraproducente, sino que más bien comienza a formar parte de la historia habitual de cada uno de ellos, y la que en cierto modo se espera que ocurra con la mayoría.

El establecimiento se convierte en el encargado de procurar resolver los problemas que se presentan, sustituyendo a la familia incluso en la parte afectiva. En otras ocasiones si la visita de los familiares perturba en demasía al Adulto Mayor se intenta distanciar el periodo de visitas. Existe una objetivación del sujeto, provocando un aislamiento emocional y afectivo del sujeto.

Considerando estos antecedentes, se puede entender que las conductas actuales son consecuencia de una historia de vida, donde las vinculaciones y asignaciones familiares que llevan un desenlace al término de la vida, considerando que la institucionalización del Adulto Mayor provoca una delegación en el Establecimiento de las responsabilidades, se produce paulatinamente un posterior espaciamiento de las visitas y del contacto familiar.

Por otra parte, el desconocimiento de la realidad de este grupo etareo y la falta de una legislación actualizada de la práctica de los Establecimientos, tanto para el tema de la infraestructura como para procurar una calidad de vida aceptable, repercute directamente en cada Adulto Mayor y su estado de bienestar.

Con relación al grupo de pares, se puede confirmar que los grupos de comparación son mínimos, es decir, los Adultos Mayores no poseen modelos de conducta entre sus pares dentro del Establecimientos de Larga Estadía. No así los grupos de interés, ya que muchos Adultos Mayores (82%) comparten con sus

pares sólo por tener características o intereses comunes, por ejemplo creencias, hobbies, objetivos en común, entre otros; y del mismo modo crear lazos o vínculos para una posterior relación afectiva y estrecha entre ellos, lo que sería otra fuente significativa de satisfacción de sus necesidades afectivas y socialización. Estos grupos formarían una identidad o espíritu entre sus miembros y un mayor conocimiento entre ellos. De la misma manera influiría en la personalización e identidad propia al interior del Establecimientos de Larga Estadía.

Los grupos de pertenencia se observan pocos, ya que los Adultos Mayores dijeron no poseen un par o amigo con el cual compartir sus experiencias y vivencias personales entre los Adultos Mayores Institucionalizados, no obstante, existe entre el personal del Establecimiento y el Adulto Mayor, donde se logra una vinculación afectiva importante.

Sin embargo, se constató que los Adultos Mayores Institucionalizados se conocen entre ellos, pero como no se realizan actividades y tampoco se estimula la participación recreativa no se logran crear vínculos entre ellos, salvo algunas excepciones.

La relación con los funcionarios de cada Establecimientos de Larga Estadía, se ve que es estrecha con los Adultos Mayores que no poseen familia, y en menor medida los que si poseen, consideran que esta instancia es una fuente de satisfacción de sus necesidades afectivas y de roles, ya que pasan a formar parte de su nueva 'familia' con todo lo que esto implica, una nueva forma con valores y reglamentos del Establecimiento, además de un sentido de protección generado a través de la pertenencia e individualización; además de ser el nexo entre su vida en el Establecimiento y la sociedad. Asumiendo, principalmente con los auxiliares y monitores, roles de padres o abuelos, ya que en muchas ocasiones es la propia familia del personal quien visita a los Adultos Mayores.



La relación con los directivos o profesionales es escasa y siempre motivada por otros funcionarios. Mantienen contacto por situaciones principalmente económicas como compra de pañales, medicamentos, etc.

Sin embargo, y dada la estrecha relación con el personal del Establecimiento que está permanentemente en contacto con ellos puede llevar a naturalizar, minimizar u ocultar ciertas conductas de violencia tanto física como psicológica que se pueden llegar a producir en el interior del Establecimiento, los Adultos Mayores Institucionalizados prefieren solucionar ellos mismos estas situaciones o bien dejar pasar hechos, por el miedo a perder la relación y el hecho de encontrarse sólo en el Establecimiento de Larga Estadía; sin una persona que comparta con ellos su vida, roles, necesidades, etc., situación que podría ser objeto de otro estudio.

En cuanto a la relación con las redes sociales de apoyo se verificó que son muy débiles ya que prácticamente no existe contacto con el Consultorio y del Municipio no conocen los programas orientados al Adulto Mayor.

En tanto, la relación con otras Organizaciones Sociales del Adulto Mayor de la comuna es más fluida, existe mayor contacto y participación, sobre todo con Organizaciones que tienen como objetivos y líneas de acción la recreación y convivencia con otros Adultos Mayores que no se encuentran institucionalizados.

La motivación a compartir con otros Establecimientos de Larga Estadía es prácticamente nula, ya que no existe interés de los Directivos por promover canales y espacios para ello.

De esta manera el envejecimiento biológico es fomentado por la estructura social, existen Establecimientos de Larga Estadía que son exageradamente sobreprotectores con sus Adultos Mayores, limitando su libertad y de paso el desarrollo de una vida normal y productiva, predisponiendo al Adulto Mayor a ser

pasivo y dependiente de los funcionarios del Establecimiento. El problema central radica en la falta de políticas oficiales que integren a los Adultos Mayores Institucionalizados entre ellos y que les permita desarrollar todas sus capacidades generativas.

Finalmente, y a modo de reflexión, se puede afirmar que el grupo de Adultos Mayores Institucionalizados, constituye un campo de acción profesional para el trabajo social muy amplio, ya que con él se pueden trabajar las distintas metodologías; caso, grupo y comunidad, dando con ello un sentido más integral a la práctica profesional que se realiza en esta área

## 1. HALLAZGOS

Tal como se mencionara en las conclusiones, algunos de los hallazgos encontrados en este estudio corresponden a:

La autopercepción de los Adultos Mayores Institucionalizados sobre sí mismos es positiva; aunque, si bien es cierto, se presentan en sus cuerpos los cambios físicos y biológicos propios del envejecimiento, en general no son un obstáculo para realizar actividades grupales o recreativas.

Las prácticas asistencialistas por parte del personal del Establecimiento, y junto a ello, la naturalización de situaciones y el ejercicio de roles familiares para el anciano, llevan a una objetivación del sujeto.

Por un lado, se pudo encontrar en algunos Establecimientos algunas situaciones que podrían calificarse como maltrato físico o psicológico por parte del personal, hecho que no es denunciado por el Adulto Mayor Institucionalizado, no se permite calificarlas como tal, ya que naturaliza estos hechos, por el miedo a perder la figura familiar que representa el funcionario para ellos dentro del Establecimiento, es decir, es natural que un familiar o una persona que cumpla ese rol se enoje.

Por otro lado, estos escenarios que se presentan en algunos Establecimientos son sabidos y comentados por el mismo personal. Sin embargo, por tratarse de funcionarios muy antiguos, además de encontrarlas hechos menores, no son declaradas.

## **2. APORTES DE LA INVESTIGACIÓN AL TRABAJO SOCIAL**

El presente estudio, procuró realizar aportes en el conocimiento, de la percepción que tienen los Adultos Mayores Institucionalizados sobre ellos mismos. Además de identificar las necesidades efectivas y su modo de satisfacerlas. Así como también, aporta a la sensibilización de este grupo etareo que se encuentra institucionalizado.

El aporte al Trabajo Social de este estudio, radica fundamentalmente en el conocimiento de la realidad de los Adultos Mayores que se encuentran institucionalizados en los Establecimientos de Larga Estadía, coordinados por la Secretaría del Adulto Mayor, con el fin de delinear políticas y programas de intervención acordes a la realidad y necesidades de los residentes, que pueden ser abordadas desde el municipio con el fin de favorecer la calidad de vida dentro del Establecimiento.

De acuerdo a esto, y considerando las diferentes áreas de intervención del quehacer profesional del Trabajo Social se pueden mencionar:

### Trabajo Social de Caso

Para ésta área, el Trabajo Social debe dar origen a acciones sociales que vayan a favor del bienestar de este grupo. Además de potenciar a cada sujeto para que sea un ente activo con ingerencia en la evaluación de sus necesidades y en la toma de decisiones; con el fin de no crear relaciones de dependencia con el Adulto Mayor Institucionalizado y con ello evitar prácticas asistencialistas. En el fondo, tratar de abordarlo en la práctica, como un sujeto activo al igual que un Adulto Mayor que no se encuentra institucionalizado.

### Trabajo Social de Grupo

La intervención en ésta área apunta a desarrollar y potenciar los grupos existentes de Adultos Mayores dentro de cada establecimiento, con el fin de mejorar el tipo de vínculos que se estila allí dentro, optimizándolos entre los Adultos Mayores.

Esta intervención facilita el posicionamiento, individualización y sentido de pertenencia. Al ser un grupo, pueden priorizar necesidades colectivas y con esto llegar a demandar a las instancias que corresponde.

Otro aspecto que se tener en cuenta al momento de intervenir, especialmente en el grupo interdisciplinario, es transformar la visión negativa o mitos que se tienen sobre la vejez, para promover una visión diferente y positiva de esta etapa, sobre todo de las personas que se encuentran institucionalizadas en un grupo interdisciplinario.

Por último, el trabajo con las familias de los Adultos Mayores Institucionalizados en los Establecimientos de Larga Estadía coordinados por la Secretaría del Adulto Mayor, es poco abordada por el Establecimiento y, el municipio en definitiva no la aborda. El Trabajo Social es de gran importancia en este ámbito, pues puede ser un punto de enlace y posterior vinculación con el Adulto Mayor.

### Trabajo Social de Comunidad

En ésta área de intervención, es necesario, básicamente realizar una activación de las redes sociales de apoyo existentes para lograr una construcción social por parte del Adultos Mayores Institucionalizados.

La vinculación con las redes sociales es primordial para satisfacer sus necesidades, en específico el municipio que hasta ahora, no tenía información acerca de los Adultos Mayores Institucionalizados, sólo de los Establecimientos por medio de los Directivos, este estudio se torna fundamental para poder desarrollar futuras políticas con los Adultos Mayores Institucionalizados, para lograr un estado de bienestar aceptable dentro del Establecimiento.

Dentro del equipo interdisciplinario, el lugar del Trabajo Social es un espacio a ser abordado, ya que en esta problemática no ha sido efectiva su incorporación, siendo el campo de la psicología y salud los encargados de abordarla. Hasta ahora, el Trabajo Social sólo realiza prácticas asistencialistas, remitiendo la intervención a la entrega de subsidios económicos.

Al valorar al Adulto Mayor Institucionalizado como un sujeto activo es posible proporcionarle herramientas y potenciar habilidades con el fin de convertirlos en actores sociales activos y participativos en la toma de decisiones en el Establecimiento.

Considerando estos antecedentes, se puede afirmar que para delinear futuras políticas y programas de intervención desde el municipio, se hace necesario abordar la problemática con todas las instancias que intervienen en el proceso (Establecimientos de Larga Estadía, Municipalidad y Adultos Mayores Institucionalizados) y en futuro próximo, con el trabajo a realizar, incorporar a las familias en la toma de decisiones.

### Referencia Bibliográfica

- Almudena, Patricia (2000): El Adulto Mayor y la Comunidad, **Revista Adulto Mayor**, Secretaría Adulto Mayor, Ilustre Municipalidad de Santiago.
- Ander Egg, Ezequiel (1987): **Diccionario del Trabajo Social**, B. Aires – Argentina, Editorial Lumen.
- Berwart, H. y Zegers B. (1982): **El Modelo del Desarrollo en la Edad Adulta y la Vejez**, cuadernos Psicología – Universidad Católica.
- Brandon, Nathaniel (1991): **Como Manejar su Autoestima**", Barcelona, Editorial Paidós.
- Bromley, DB (1974): **La Psicología Humana**, Baltimore USA, Pekguin
- Craig, Grece (1998): **Psicología del Ciclo Vital**, México, Mc Graw – Hill
- Díaz, Oscar (1985): **El Hombre Llega a la Ancianidad**, Cuba, Científico Técnico
- Domínguez, Oscar (1982): **La Vejez, Nueva Edad Social**, Santiago, Editorial Andrés Bello.

- Edward, Joey (1989): **La Vejez en América Latina Necesidad de un Programa Social**, Santiago, CEPAL
- Erickson, Eric (1981): **La Aduldez**, México, Fondo de Cultura Económica.
- Femgler, Thomae (1981): **Roles en la Interacción Social**, USA
- Fernández Ballesteros, R (1996): **Psicología del envejecimiento: Crecimiento y Declive**, Madrid, Mc Graw Hill
- Forttes, Alicia (1992): **Teorías que Explican el Proceso de Envejecimiento**, Santiago, Pontificia Universidad Católica.
- Gonzalez, JC (2002): **Orientación y Terapia Familiar**, Madrid, Instituto Ciencias del Hombre.
- Gutiérrez, Luis Miguel (1994): **Teorías que explican el proceso de envejecimiento**, Bogotá - Colombia.
- Harman, Denis (1956): **Free-Radical Theory of Aging. Increasing The Functional. USA.** Life Span
- Hernández, Roberto; Fernández , Carlos y Baptista, Pilar (1998): **Metodología de la Investigación**, México, Editorial McGRaw Hill.



- Hernández, Roberto; Fernández, Carlos y Baptista, Pilar: **Metodología de la Investigación**, Segunda Edición, Editorial Mac Graw Hill
- Hoffman L., Paris, S., Holl E (1996): **Psicología del Desarrollo Hoy**, Madrid, Mac Graw Hill.
- Hopenhayn, Martín (1988): **La Participación y sus Motivos**, Santiago, CEPAL.
- Hoyl, Trinidad (1999): **Envejecimiento Biológico**, Gerontología Básica, Universidad Católica de Chile.
- Ibáñez, Tomás (1994): **Representaciones Sociales, teoría y Método en Psicología Social Construccionalista**, Guadalajara – México, Editorial Universidad Guadalajara
- INE (2004): **Proyecciones y Estimaciones de Población**, [www.ine.cl](http://www.ine.cl)
- Jodelet, Denisse (1984): **La Representación Social: fenómenos, conceptos y teoría**, Paris, PUF.
- Koller, Marvin (1986): **Gerontología Social**, Nueva York, Rondon House.
- Laforest, Jaques (1991): **Introducción a la Gerontología. El arte de envejecer**, Barcelona. España, Editorial Herder S.A.

- Leer, Ursula (1980): **Sicología de la Senectud**, Barcelona, Herder.
- Lemon, B, Bengston, V, Peterson, J (1972): An exploration of the activity theory of aging: activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community. USA. *Journal of Gerontology*.
- Liberman, David (1970): **Aplicaciones de la Teoría de la Comunicación al Proceso Transferencial**, B. Aires, Eudeba.
- Maslow, Abraham (1982): **La Amplitud Potencial de la Naturaleza Humana**, México, Editorial Trillas.
- Max-Neff, Manfred (1993): **Desarrollo a Escala Humana: Conceptos, Aplicaciones y algunas Referencias**, Santiago – Chile, Editorial Nordan Comunidad.
- Moscovici, Serge (1979): **Psicoanálisis su imagen y su Público**, B. Aires – Argentina, Editorial Huemul S.A.
- Moraga, R. (1989): **La Jubilación un enfoque positivo**, Barcelona – España, Editorial Grijalbo.
- Moraga, R. (1989): **Gerontología Social: Envejecimiento y Calidad de Vida**, Barcelona, Editorial Herder.

- Morales, (1994): **Aspectos Biológicos del Envejecimiento en la Atención de los Ancianos: un Desafío Para los Años Noventa**, Washington, D.C., OPS/OMS.
- Ministerio de Planificación y Cooperación, Chile (1999): **Proyectos Sociales**, [www.mideplan.cl](http://www.mideplan.cl)
- Municipalidad de Santiago (2002) **Plan de Desarrollo Comunal de Santiago 2010**, Santiago, Chile.
- Newman y Newman (1984): **La Adultez Tardía**, USA, The Dorsey Press.
- Papalia, Diane y Wendkos Olds, Sally (1997): **Desarrollo Humano**, Bogotá, Mac Graw Hill
- Papalia, Diane y Wendkos Olds, Sally (2001): **Psicología del Desarrollo**, México, Mac Graw Hill
- Portal Adulto Mayor (2004): **Temas y Reportajes, “Chile está envejeciendo”**  
[www.portaladultomayor.com](http://www.portaladultomayor.com)
- Portal Municipalidad de Santiago (2004): Secretaría Adulto Mayor  
[www.santiagociudad.cl](http://www.santiagociudad.cl)
- Rice, Philip (1997): **Desarrollo Humano: Estudio del Ciclo Vital**, México, Prentice Hall Hispanoamericana.

- Rodríguez, José (1979): **Perspectiva Sociológica de la Vejez**, Revista Española de Sociología.
- Sánchez, Carmen (1990): **Trabajo Social y Vejez, Teoría e Intervención**, Buenos Aires, Editorial Humanitas.
- Schade y Burkhard (1992): **Integración Social en una Comparación Cultural**, Santiago, Universidad Santo Tomás, Curso Post Titulo: Introducción a la Gerontología Social”.
- Secord, Paul y Backman, Carl (1976): **Psicología Social**, México, Mc Graw Bertwart y Hill
- Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (1995): **Residencias para Personas Mayores. Manual de Orientación**. Barcelona España.
- Valles, Miguel (1997): **Técnicas Cualitativas de Investigación Social**, España
- Villaseca, Patricia (1980): **El Senescente y su Familia**. Depto. de Salud Pública, Universidad de Chile.



## CUESTIONARIO ESTABLECIMIENTO DE LARGA ESTADÍA COMUNA DE SANTIAGO

MUNICIPALIDAD DE SANTIAGO  
SECRETARIA DEL ADULTO MAYOR  
Centro de Encuentro Herrera

HOGAR: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES GENERALES

Sexo  F  M Edad \_\_\_\_\_

Cuantos años lleva en el Hogar \_\_\_\_\_

Ingreso \_\_\_\_\_ Pensión  INP  AFP  Montepio  PASIS  No Tiene

### CAMBIOS FÍSICOS

1. En cuanto a mi cuerpo puedo decir que:

A veces camino chueco, mirando hacia abajo			
Mi espalda ya no está derecha como antes			
Me cuesta agacharme porque me duelen las rodillas			
Estoy más flaco de lo que normalmente era			

*Muy de Acuerdo  
De Acuerdo  
En Desacuerdo*

2. Tengo osteoporosis, artritis o artrosis

SI  NC

3. ¿qué ha hecho al respecto?

4. Cada vez me encuentro más bajo.

SI  NC

Si contesto NO pase a la pregunta 6

5. ¿cómo se siente al respecto?

6. Represento menos años de los que tengo

SI  NC

7. Me gusta mirarme al espejo

SI  NC

8. Me gusta como me veo ahora

SI  NC

9. Acepto los cambios en mi cuerpo

SI  NC

### AUTOCUIDADO

10. Me doy cuenta cuando una persona se siente mal

SI  NO

11. Controlo mi presión arterial periódicamente

SI  NO

12. Sigo los tratamientos médicos oportunamente

SI  NO

13. Sé cuando una enfermedad es contagiosa

SI  NO

14. Sé que alimentos hacen mal para la presión

SI  NO

15. Puedo preparar un menú sano

SI  NO

16. No tomo remedios sin control médico

SI  NO

### AUTONOMÍA

17. Para bañarme no requiero la ayuda de terceros  
 18. Para comer no necesito ayuda  
 19. Camino y me desplazo por el Hogar sólo  
 20. Veo bien  
 21. Puedo escuchar la TV sin problemas  
 22. Bailo sin dificultad  
 23. En ocasiones salgo del Hogar sólo

SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO

### RELACIONES FAMILIARES

24. ¿tiene usted familia? 

SI	NO
----	----

  
 Si contesto NO pase la pregunta N°34

25. Su cónyuge lo visita  
 1 vez por semana  
 1 vez al 74mes  
 3 veces al año  
 2 veces al año  
 1 vez al año

26. Sus hijos lo visitan  
 1 vez por semana  
 1 vez al mes  
 3 veces al año  
 2 veces al año  
 1 vez al año

27. Sus nietos lo visitan  
 1 vez por semana  
 1 vez al mes  
 3 veces al año  
 2 veces al año  
 1 vez al año

28. recibe visitas de otro familiar? 

SI	NO
----	----

Si contesto NO pase a la pregunta

29. ¿quién y cuantas veces? \_\_\_\_\_

30. Me siento importante para mi familia 

SI	NO
----	----

31. ¿cómo es la relación con su cónyuge? 

Buena	Mala	Regular
-------	------	---------

32. ¿cómo es la relación con sus hijos? 

Buena	Mala	Regular
-------	------	---------

33. ¿cómo es la relación con sus nietos? 

Buena	Mala	Regular
-------	------	---------

### RELACIÓN CON EL GRUPO DE PARES

34. Tengo 1 o más compañeros que me gustaría ser como ellos			
35. Tengo 1 o más compañeros con los cuales comparto sólo actividades			
36. Tengo 1 o más compañeros con los que comparto porque tenemos creencias en común			
37. Tengo compañeros que tienen cosas en común conmigo			
38. Tengo por lo menos un amigo en el Establecimiento			
39. Tengo buenas relaciones con mis compañeros del Hogar			
40. Tengo un amigo con el cual me gusta compartir el máximo tiempo			
41. Conozco a todos los AM que residen en el Hogar			
42. Me siento aceptado por mis compañeros			

*Muy de Acuerdo  
 De Acuerdo  
 En Desacuerdo*

### RELACIÓN CON EL PERSONAL DEL ESTABLECIMIENTO

43. Converso con el personal del Hogar (diferenciado por estamento)

- | Profesionales                             | Técnicos                                  | Auxiliares                                |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> No converso      | <input type="checkbox"/> No converso      | <input type="checkbox"/> No converso      |
| <input type="checkbox"/> 1 vez por semana | <input type="checkbox"/> 1 vez por semana | <input type="checkbox"/> 1 vez por semana |
| <input type="checkbox"/> 1 vez al mes     | <input type="checkbox"/> 1 vez al mes     | <input type="checkbox"/> 1 vez al mes     |

44. Me caen bien las personas que trabajan en el hogar

SI	NO
SI	NO
SI	NO

45. Me gusta como me tratan en el Hogar

46. Le tengo cariño a las personas que trabajan en el hogar

### RELACIÓN CON LAS REDES SOCIALES DE APOYO

47. Al menos una vez al año asisto al consultorio

SI	NO
SI	NO
SI	NO

48. Conozco los beneficios del Municipio para el Adulto Mayor

49. Participo en un Club de Adultos Mayores fuera del Hogar

Si contesto NO pase a la pregunta 51

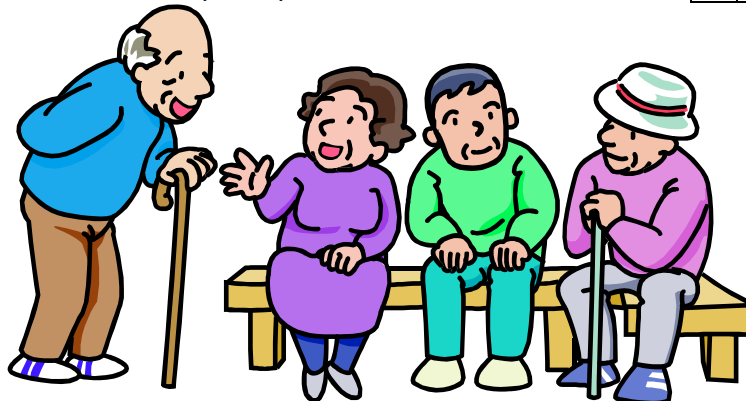
50. Cuál

51. Participo en la iglesia por lo menos una vez al mes

SI	NO
SI	NO
SI	NO

52. Participo en la junta de vecinos de esta comuna

53. Por lo menos, una vez al año participo en actividades con otros AM



## **Normativa Legal**

### **Normativa Legal para Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores**

Considerando la necesidad de contar con normativa actualizada que regulará adecuadamente los establecimientos de larga estadía para adultos mayores, en 1994 el Ministerio de Salud dictó un nuevo Reglamento para el sector.

La nueva normativa legal regula todos los aspectos relacionados con casas de reposo, hogares de ancianos, asilos, hospicios y otros similares, tomando en consideración las necesidades específicas del adulto mayor y los nuevos conocimientos que se poseen en el campo de la geriatría.

**Identificación Norma: DECRETO-2601**

**Fecha Publicación: 09.12.1994**

**Fecha Promulgación: 05.10.1994**

**Organismo: MINISTERIO DE SALUD**

### **APRUEBA REGLAMENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE LARGA ESTADIA PARA ADULTOS MAYORES**

Santiago, 5 de Octubre de 1994.- Hoy se decretó lo que sigue: Núm. 2.601.-Visto: lo dispuesto en los artículos 2º, 9º letra C) y 129 del Código Sanitario, aprobado por decreto con fuerza de ley N° 725 de 1967, del Ministerio de Salud; en el artículo 2º del decreto N° 161 de 1982 del Ministerio de Salud y en el decreto N° 194 de 1978, de esta misma Secretaría de Estado; en el decreto ley N° 2763 de 1979 y teniendo presente las facultades que me confieren los artículos 24 y 32 N° 8 de la Constitución Política del Estado, y

Considerando: La necesidad de contar con normativa actualizada que regule adecuadamente los establecimientos de larga estadía de adultos mayores, considerando las necesidades específicas de estas personas y los nuevos conocimientos que se poseen en el campo de la geriatría.

#### **Decreto:**

**Apruébase el siguiente Reglamento de Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores:**

#### **TITULO I {ARTS. 1-6}**

#### **Disposiciones Generales**

**Artículo 1º:** El presente reglamento se aplicará a los establecimientos de larga estadía para los adultos mayores tales como, casas de reposo, hogares de ancianos, asilos,



hospicios y otros similares. Para los efectos de este reglamento, se considerará adultos mayores a las personas de 60 años o más.

**Artículo 2°:** Se considera establecimiento de larga estadía para adultos mayores, aquel autorizado por el Servicio de Salud correspondiente para recibir adultos mayores que por motivos biológicos, psicológicos o sociales, requieran de un medio ambiente protegido y cuidados diferenciados para la mantención de su salud y funcionalidad.

**Artículo 3°:** No podrán ingresar a estos establecimientos personas que presenten alteraciones agudas de gravedad u otras patologías que requieran asistencia médica continua o permanente.

Si durante su permanencia un residente presenta una enfermedad aguda o reagudización de una condición crónica, podrá por indicación médica permanecer en el establecimiento siempre y cuando este disponga de los recursos humanos, equipamiento de apoyo clínico y terapéutico adecuado y que su condición no represente riesgo para su persona ni para los demás.

equipamiento de apoyo clínico y terapéutico adecuado y que su condición no represente riesgo para su persona ni para los demás.

**Artículo 4°:** La instalación y funcionamiento de los establecimientos sometidos al presente reglamento, requiere autorización del Servicio de Salud en cuyo territorio se encuentran ubicados, al que le corresponderá, asimismo, el control y supervisión de estos.

También requerirá de esta autorización la modificación de la planta física, el aumento del número de camas y el traslado del establecimiento a otra ubicación.

Deberá comunicarse al Servicio de Salud que otorga la autorización, en forma previa a su ocurrencia, el cambio de propietario o director técnico y el cierre transitorio o definitivo del establecimiento.

**Artículo 5°:** Para la obtención de la autorización de instalación y funcionamiento del local, el propietario o representante legal en su caso, deberá elevar al Servicio de Salud respectivo una solicitud en la cual especifique las acciones que desea desarrollar, adjuntando los siguientes antecedentes:

- a) Nombre, dirección y teléfono del establecimiento.
- b) Individualización, RUT y domicilio del propietario y representante legal en su caso.
- c) Documentos que acrediten el dominio del inmueble o los derechos a utilizarlo por el peticionario.
- d) Plano del local, indicando distribución de las camas en los dormitorios.
- e) La calidad del inmueble donde esté ubicado el establecimiento, así como todas sus instalaciones deberán cumplir con la ordenanza general de construcciones y urbanización.
- f) Acreditar que cumple con los requisitos de prevención y protección contra incendios que establece el Reglamento Sobre Condiciones Sanitarias y Ambientales Básicas en los Lugares de Trabajo. 616

- g) Identificación del director técnico responsable con copia de su certificado de título, carta de aceptación del cargo y horario en que se encontrará en el establecimiento.
- h) Planta del personal con que funcionará el establecimiento con su horario contratado y sistema de turnos. Una vez que entre en funciones, deberá enviar al Servicio de Salud la nómina del personal que labora ahí.
- i) Reglamento interno del establecimiento, que deberá incluir un formulario de contrato a celebrarse entre el establecimiento y el residente o su representante, en el que se estipule los derechos y deberes de ambas partes y las causales de exclusión del residente.
- j) Plan de evacuación ante emergencias.
- k) Libro foliado de uso de los residentes o sus familiares, para sugerencias o reclamos que será timbrado por el Servicio de Salud.

**Artículo 6°:** Verificado el cumplimiento de los requisitos exigidos por el presente reglamento, el Servicio de Salud respectivo dictara la resolución de autorización de instalación y funcionamiento del mismo.

El Rechazo de la solicitud deberá emitirse mediante una resolución fundada.

## **TITULO II (ART. 7)**

### **Del Local e Instalaciones**

**Artículo 7°:** Los establecimientos deberán disponer de una planta física que cumplirá a lo menos con los requisitos establecidos en los artículos 5° al 11°, 18°, 21° al 27°, todos inclusive, del decreto 194 de 1978, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento de Hoteles y Establecimientos Similares. 617

Deberán poseer, además, las siguientes dependencias bien diferenciadas e iluminadas y que no tengan barreras arquitectónicas:

- a) Al menos una oficina/sala de recepción, que permita mantener entrevistas en privacidad con los residentes y sus familiares.
- b) Los establecimientos de más de un piso deberán contar con un ascensor que permita la cabida de una camilla.
- c) Zonas de circulación, con pasillos de una amplitud mínima de 94 centímetros, bien iluminados, sin desniveles o con rampas, si los hay. Si tiene escaleras, éstas deben tener un ancho mínimo de 94 centímetros, con pasamanos en ambos lados y peldaños evidenciados, no pudiendo ser de tipo caracol.
- d) Sala de estar o de usos múltiples con capacidad para el 100% de los residentes en forma simultánea, con iluminación natural, televisión y elementos de recreación para los residentes, tales como juegos, revistas, libros, etc.
- e) Zonas exteriores para recreación, con 1 metro cuadrado mínimo por residente, de patio, terraza o jardín.

- f) Comedor suficiente para el 50% de los residentes simultáneamente.
- g) Dormitorios con un máximo de cuatro camas, guardarropa individual y un velador por cama, considerando espacio para un adecuado desplazamiento de las personas según su autonomía. Contará con un timbre de tipo continuo por cama. Al menos el 10% de las camas deberán corresponder a catres clínicos, los que se incrementarán de acuerdo al grado de dependencia institucional.
- h) Los servicios higiénicos deben estar cercanos a los dormitorios y ser de fácil acceso. Deberá haber a lo menos un baño con ducha por cada seis residentes y un baño por piso que permita la entrada de silla de ruedas. Los pisos de éstos serán antideslizantes, contarán con agua caliente y fría, agarraderas de apoyo, duchas que permitan el baño auxiliado y entrada de elementos de apoyo y timbre de tipo continuo.
- i) La cocina deberá cumplir con las condiciones higiénicas y sanitarias que aseguren una adecuada recepción, almacenamiento, preparación y manipulación de los alimentos, su equipamiento, incluida la vajilla estará de acuerdo al número de raciones a preparar.

El piso y las paredes serán lavables; estará bien ventilada, ya sea directamente al exterior o a través de campana o extractor.

j) Lugar cerrado para mantener equipamiento e insumos médicos y de enfermería mínimos tales como esfigmomanómetro, estetoscopio, termómetros, botiquín de primeros auxilios y archivo de historias clínicas.

k) Lugar cerrado destinado a guardar los útiles de aseo.

l) Lavadero con pileta, con un lugar de recepción y almacenamiento para la ropa sucia, lavadora adecuada al número de residentes e implementación para el secado y planchado de la ropa, además de un lugar para clasificar y guardar la ropa limpia.

Si existe servicio externo de lavado, se asignarán espacios para clasificar y guardar ropa sucia y limpia.

ll) En relación al personal, el establecimiento deberá cumplir con las disposiciones del Reglamento sobre Condiciones Sanitarias y Ambientales Básicas en los Lugares de Trabajo. 618

### **TITULO III (ARTS. 8-12)**

#### **De la Dirección Técnica y del Personal**

**Artículo 8°:** La dirección técnica de estos establecimientos estará a cargo de una persona con título de una carrera del área de la salud, de duración no inferior a 8 semestres y de preferencia con capacidad gerontológica. Será responsable ante la autoridad sanitaria del buen funcionamiento del establecimiento y del cumplimiento de la normativa sanitaria vigente.

La dirección técnica deberá coordinar su acción con el resto de los profesionales que concurren al establecimiento, y con la administración, con el objeto de velar por el cumplimiento del reglamento interno.

Además, al director técnico le corresponderá:

- a) Asegurar las condiciones necesarias para el buen funcionamiento del establecimiento y el cuidado de los residentes.
- b) Establecer una coordinación con otros servicios para satisfacer necesidades de los residentes: atenciones de urgencia, traslados, exámenes de laboratorio, interconsultas, etc.
- c) Velar porque el personal reúna los requisitos pertinentes de formación y capacitación necesarios para su desempeño.
- d) Mantener una historia clínica por residente, actualizada por su médico tratante por lo menos 2 veces al año, que incluya el diagnóstico de la funcionalidad y dependencia del residente y esté al alcance de todos los profesionales.
- e) Elaborar y mantener actualizadas normas de procedimientos para el personal en relación a situaciones de emergencia médica, aseo e higiene de las dependencias, entretenimiento y recreación de los residentes, visitas y demás que sean necesarios.

**Artículo 9°:** El establecimiento deberá contar con personal idóneo, en cantidad suficiente para satisfacer en forma permanente y adecuada la atención integral de los residentes, de acuerdo a su número condiciones físicas y psíquicas.

**Artículo 10°:** Las residencias, de hasta veinte camas, con una proporción de 80 o más de residentes autovalentes, deberá contar con:

- a) Auxiliar de enfermería: un auxiliar de enfermería cada 20 residentes o fracción inferior a ello, las 24 horas.
- b) Personal capacitado en el cuidado de ancianos o discapacitados (cuidador o asistente geriátrico) cuya función es principalmente de higiene, confort y entretenimiento de los residentes:
  - Residencias con 80% de residentes autovalentes, tendrán:
    - 1 Persona por cada 10 residentes horario diurno.
    - 1 Persona por cada 20 residentes horario nocturno.
  - Residencias con 50% de residentes dependientes, tendrán:
    - 1 Persona por cada 5 residentes horario diurno.
    - 1 Persona por cada 10 residentes horario nocturno.
- c) Manipulador de alimentos con carné sanitario al día: 1 persona por cada 20 residentes o fracción inferior a ello.
- d) Auxiliar de servicio: 1 persona por cada 20 residentes, horario diurno. Este personal deberá ser incrementado proporcionalmente en base al número de camas y el grado de dependencia de los residentes.

**Artículo 11°:** Podrá contar además con un kinesiólogo, terapeuta ocupacional o profesor de educación física con formación gerontológica, para la rehabilitación y mantenimiento de las funciones biopsicosociales de los residentes y con la asesoría de una nutricionista para la confección de minutas y dietas.

**Artículo 12°:** El establecimiento podrá contar con los servicios de un médico para el control de salud de los residentes, sin perjuicio del derecho de estos a tener su médico tratante. En el caso que se requiera de atención médica y no se cuente con el

profesional, se recurrirá al servicio de salud público o privado al que tenga derecho el residente.

Adicionalmente, el establecimiento podrá contar con los servicios de una enfermera.

## **TITULO IV**

### **De la Aplicación del Reglamento**

**Artículo 13°:** Corresponderá a los Servicios de Salud fiscalizar el cumplimiento del presente reglamento y supervisar el funcionamiento de los establecimientos ubicados en su territorio.

La contravención de sus disposiciones será sancionada por la misma autoridad, de acuerdo a lo dispuesto en el Libro Décimo del Código Sanitario.

**Artículo 14°:** Derógase el decreto 334 de 1983, del Ministerio de Salud en lo que se refiere a los establecimientos de larga estadía para adultos mayores. 620

**Artículo Transitorio.** Aquellos establecimientos que se encuentren en funcionamiento a la vigencia del presente reglamento, deberán ajustarse a las disposiciones del mismo en el plazo de 6 meses a contar de su vigencia.

Sin perjuicio de ello, el Servicio de Salud, en casos especiales, podrá otorgar plazos adicionales para esta regularización los que no podrán exceder de 2 años.

Anótese, tómese razón, publíquese e insértese en la Recopilación oficial de la Contraloría General de la República. -EDUARDO FREI RUIZ TAGLE- Carlos Massad A., Ministro de Salud.

**616** El decreto 745, de 23 de julio de 1992, de Salud, aprobó Reglamento sobre Condiciones Sanitarias y Ambientales Básicas en los Lugares de trabajo, en conformidad con las disposiciones del decreto con fuerza de ley 725, de 1967 de Salud Pública, que fija el texto del Código Sanitario; derogó el decreto 78, de 9 de febrero de 1983, también de salud, anterior reglamento sobre la materia (Diario Oficial N. 34.585 de 8 de junio de 1993, recopilación de Leyes y Reglamentos, Tomo 103, pag. 453)

**617** El decreto 194, de 10 de agosto de 1978, de Salud Pública, aprobó el reglamento de hoteles y establecimientos similares, de acuerdo con las disposiciones del decreto con fuerza de ley 725, de 1967, de Salud Pública, que fija el texto del Código Sanitario (Diario Oficial, N. 30.197, de 24 de octubre de 1978, Recopilación de Reglamentos, Tomo 35, pag.507)

**618** Véase la nota 616

**620** El decreto 334, de 6 de septiembre de 1983, de Salud, aprobó, a contar de la fecha que señala, el reglamento sobre hogares de ancianos, casas de reposo, hospitales y otros establecimientos similares, en conformidad con las disposiciones del decreto con

fuerza de ley 725 de 1967, de Salud Publica, que fijo el texto del Código Sanitario: derogo el decreto 638, de 25 de abril de 19445, de Salubridad, Previsión y Asistencia Social, así como cualquier otra norma, instrucción o disposición contraria o incompatible con las contenidas en el presente reglamento, que sean de igual o inferior jerarquía. (Diario Oficial N. 31.705, de 27 de Octubre de 1983; Recopilación de Reglamentos. Tomo 44, pag. 625)-DEROGACION: decreto 2.601, de 5 de octubre de 1994, Lo deroga en la materia que indica. (Incluido en este Tomo)

**VARIABLE: CAMBIOS FISICOS**

Definición operativa	Definición Nominal	Dimensión	Indicador	Item
Transformaciones producidas en el cuerpo de un individuo una vez que entra a la etapa de la Adultez Mayor; asociados a la disminución de la altura, cambios posturales, pérdida de masa muscular y osea; piel más delgada, seca, transparente, arrugada y de tinte amarillento	Transformaciones producidas en los Adultos Mayores, como menor altura, cambio postural, pérdida de la masa osea y muscular; piel mas arrugada y delgada	Posturales	Frecuencia	A veces camino chueco, mirando hacia abajo
			Frecuencia	Mi espalda ya no está derecha como antes
			Frecuencia	Me cuesta agacharme porque me duelen las rodillas
		Pérdida de Peso	Frecuencia	Estoy más flaco de lo que normalmente era
			Si / No	Tengo osteoporosis, artritis o artrosis si: ¿qué ha hecho al respecto?
		Disminución de altura	Si / No	Cada vez me encuentro más bajo si: ¿cómo se siente al respecto?
			Si / No	Represento menos años de los que tengo
		Piel	No me gustan, pero los acepto	¿cómo se siente con estos cambios?
			No me gustan, no los acepto	
			Me gusta como me veo ahora	

**VARIABLE: AUTOCUIDADO**

Definición operativa	Definición Nominal	Dimensión	Subdimensión	Indicador	Item	
Individuo con conocimientos sobre el modo de atender la salud, fomento de comportamientos saludables y capaz de modificar conductas individuales perjudiciales para la salud. Es	Conocimiento adquirido por los Adultos Mayores Institucionalizados para atender la salud, fomentando el comportamiento saludable y modificar conductas perjudiciales para la salud	Información	Primeros Auxilios	Si / No	Me doy cuenta cuando una persona se siente mal	
			Auxilios	Si / No	Controlo mi presión arterial periódicamente	
			Enfermedades	Si / No	Sigo los tratamientos médicos oportunamente	
					Puedo identificar cuando una enfermedad es contagiosa	
		Comportamientos Saludables	Alimentación			Se que alimentos hacen mal para la presión
						Puedo preparar un menú sano
				Medicamentació	Si / No	Tomo remedios sin control médico

**VARIABLE: AUTONOMIA**

Definición operativa	Definición Nominal	Dimensión	Subdimensión	Indicador	Item
Estado o situación en la cual un individuo no depende de nadie para realizar sus actividades cotidianas	Estado o situación donde los Adultos Mayores Institucionalizados no necesitan de la ayuda de terceros para relizar sus actividades diarias, para desplazarse de un sitio a otro	Actividades diarias	Desplazamiento	Si / No	Para bañarme no requiero la ayuda de terceros
				Si / No	Para comer no necesito ayuda
				Si / No	Camino y me desplazo por el Establecimiento sólo
				Si / No	Veo bien
				Si / No	Puedo escuchar la TV sin problemas
				Si / No	Bailo sin dificultad
				Si / No	En ocasiones salgo del Establecimiento sólo