

**UNIVERSIDAD
ACADEMIA
DE HUMANISMO CRISTIANO**

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

***FACTORES PROTECTORES
QUE FACILITAN LA PARTICIPACIÓN SOCIAL Y MEJORAN LA CALIDAD
DE LA VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES
DE LA COMUNA DE RANCAGUA***

Alumna: Orieta Vasconcelo Silva

Profesora Guía: Jeanette Hernández Briceño

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO ACADEMICO DE LICENCIADA EN
TRABAJO SOCIAL
TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE ASISTENTE SOCIAL**

2010

INDICE

INTRODUCCION	4
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
2. PREGUNTAS DE LA INVESTIGACION	10
3. OBJETIVOS	11
4. HIPOTESIS	12
5. ESTRATEGIA METODOLOGICA	13
5.1 TIPO DE ESTUDIO	
5.2 UNIDAD DE ANÁLISIS	
5.3 UNIVERSO	
5.4 MUESTRA	
5.5 TÉCNICAS DE RECOLECCION DE DATOS	
5.6 TECNICAS DE ANALISIS DE LOS DATOS	
6. VARIABLES	17
I PARTE: MARCO TEORICO	18
CAPITULO I: CALIDAD DE VIDA Y ENVEJECIMIENTO	19
CAPITULO II: ADULTOS MAYORES Y PARTICIPACIÓN SOCIAL	40
CAPITULO III: ANALISIS DEMOGRAFICO Y ENFOQUES TEORICOS DE LA VEJEZ	50

II PARTE: MARCO REFERENCIAL	78
CAPITULO IV: SERVICIO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR - SENAMA. POLÍTICA NACIONAL PARA EL ADULTO MAYOR	79
CAPITULO V: ANTECEDENTES GENERALES DE LA SITUACION DE LOS ADULTOS MAYORES - COMUNA DE RANCAGUA	97
III. TERCERA PARTE: ANALISIS DE LOS RESULTADOS	104
CAPITULO VI: PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS: FACTORES PROTECTORES QUE FACILITAN LA PARTICIPACIÓN SOCIAL Y MEJORAN LA CALIDAD DE LA VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES, DE LA COMUNA DE RANCAGUA	105
CONCLUSIONES	153
HALLAZGOS DE LA INVESTIGACION	163
APORTES DEL TRABAJO SOCIAL	165
BIBLIOGRAFÍAS	171
FUENTES ELECTRONICAS	180
ANEXOS	183
ANEXO 1: OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	184
ANEXO 2: ENCUESTA ADULTO MAYOR	202

INTRODUCCION

La situación de los adultos mayores de un tiempo a esta parte ha adquirido gran trascendencia en el ámbito internacional como a nivel nacional. Esta trascendencia se debe al crecimiento que ha experimentado esta población durante las últimas décadas a nivel mundial, en especial en los países que se encuentran en vías de desarrollo como algunos de América Latina, Uruguay, Argentina, Cuba y Chile, se encuentran en etapa de transición demográfica avanzada, producto de los avances tecnológicos, avances de la medicina y a los cambios demográficos, epidemiológicos que han hecho aumentar las expectativas de vida de las personas.

El envejecimiento de los adultos mayores a nivel mundial, en cifras, se quintuplicó desde la década del 50, llegando a más de 40 millones en América Latina. Realizando una comparación a nivel de América Latina, los adultos mayores representan cerca de un 10% de la población regional, muy por debajo de los países más viejos como es "Uruguay" donde el 17% de las personas de ese país está por sobre los 60 años. (CELADE /INE y Comité Nacional de los Adultos Mayores, 1999)

Frente a esta situación, existe un creciente interés de parte del Gobierno chileno, Organismos No Gubernamentales (ONG's), Organismos Internacionales e Instituciones Privadas, por velar y legislar en favor de este

grupo, los cuales, además han desarrollado líneas de trabajo para sacar a los adultos mayores de la situación de vulnerabilidad en que se encuentran. Dicha vulnerabilidad se refleja fundamentalmente en pobreza, marginación social y en una mala calidad de vida. Así es como en todo el mundo, existen personas adultas mayores de zonas urbanas y rurales que sufren algún tipo de marginación y por esta situación ven dificultada su autonomía, participación e integración social.

En nuestro país la población mayor de 60 años es la que experimenta un mayor crecimiento. En el año 2002 el 11.4% del total de la población estaba compuesta por personas de 60 y más edad, lo que se traduce en 1 millón 500 personas aproximadamente y se estima que para el año 2025 esta población alcance un 16 % del total de la población chilena, llegando a los 3 millones de personas, lo que significa que uno de cada cinco chilenos será adulto mayor y estará en la etapa de la vejez (Censo 2002 citado en MIDEPLAN 2004).

Los problemas que enfrentan los adultos mayores en Chile se dan principalmente en el ámbito de la salud, vivienda, ingresos, lo cual podría resumirse en abandono, pobreza, exclusión social, entre otras. De este modo las políticas públicas tienden a encarar de manera reactiva y casi siempre sin la posibilidad de cubrir el conjunto de necesidades que este grupo requiere para mejorar su calidad de vida. Por tanto, se necesita una política nacional

clara y efectiva que asuma el problema del envejecimiento de la población como parte de un proyecto integral de país. Hay que tener en cuenta, que la calidad de vida de los adultos mayores del mañana estará ligada a la manera cómo el país enfrente el proceso actual de la vejez.

Para abordar este fenómeno y definir una política nacional para los adultos mayores hay que hacer primeramente una distinción entre el envejecimiento de la población de un país y de los individuos.

El envejecimiento de la población de un país se relaciona con los cambios demográficos que se ve reflejado en el aumento del contingente de personas mayores de 60 años. En esta perspectiva el envejecimiento, es preocupación central de la sociedad en términos de su importancia en las áreas por ejemplo de previsión social, la atención de salud y el mercado de trabajo.

El proceso que experimentan los individuos puede ser visto como un proceso biológico o como un proceso social, sin dejar de lado, que ponerse viejo es un proceso natural y continuo que nos ocurre a todos pero de manera distinta entre cada persona.

Cabe señalar, que una política nacional para los adultos mayores implica asumir las características de la sociedad, las que condicionan tanto el

promedio de edad que vivirán las personas, como la calidad de vida que tendrán durante los años de vejez.

La política nacional para el Adulto Mayor se asume para mejorar la calidad de vida de estas personas, generar oportunidades para que puedan encarar sus necesidades y elaborar con anticipación respuestas a sus problemas. Por lo tanto, el envejecimiento y la vejez debe ser preocupación de la política social para enfrentar los problemas y demandas de los Adultos Mayores de hoy y del futuro, cosa que en nuestro país ha ido avanzando.

Primero, esta tesis comienza con una presentación, justificación y planteamiento del problema a investigar, con los objetivos y respectiva hipótesis. Luego se presenta en un apartado como se llevó a cabo esta investigación a través del diseño metodológico, para seguir con la primera parte que tiene que ver con el Marco Teórico el que está compuesto y definido por tres capítulos:

- I. Calidad de Vida
- II. Participación y Vejez
- III. Enfoques Teóricos del Envejecimiento y Análisis Demográfico de la Vejez.

Segundo, continuar con el Marco Referencial el que está enfocado principalmente en la Política Nacional para el Adulto Mayor y en los antecedentes generales de la Situación de los Adultos Mayores de la Comuna de Rancagua.

La tercera parte corresponde al Análisis de la Información, a partir de los datos arrojados en la encuesta dirigida a los adultos organizados de Rancagua.

Finalmente, se exponen las conclusiones obtenidas a partir de esta investigación con los hallazgos, con énfasis en el aporte del trabajo social respecto al tema de la Vejez, Envejecimiento y Participación Social de los Adultos Mayores, finalizando con las referencias bibliográficas y anexos estimados para esta tesis.

1. Planteamiento del problema

A nivel mundial y en particular en Chile las personas viven en promedio más años que antes, lo que genera cambios en la manera de actuar de las personas (ritmos de vida) y en las estructuras de la sociedad.

En el censo del 2002 el número de personas sobre 60 años llega a 1.717.478, cifra que representa el 11.4% (ibid) del total de la población, aumentando el promedio de edad y las expectativas de vida. Debido a esta situación en los últimos años, en nuestro país se ha impulsado un trabajo social con la población adulta mayor, que se traduce en Prestación de Servicios Sociales, Autocuidado de la Salud, Asociatividad, cuyas iniciativas se enmarcan a nivel de impacto en contribuir a mejorar las condiciones y calidad de vida de los adultos mayores a través del desarrollo de la sociabilidad, el aprendizaje, del autocuidado, de la incorporación de información, que les permita un acceso más efectivo a los servicios sociales.

Por lo tanto, a partir de los cambios y avances generados para este grupo se contribuye a avanzar aún más en mejorar la calidad de vida, la participación social y autonomía de esta población lo que permite a su vez dar respuestas satisfactorias a las necesidades y demandas, en el ámbito económico, social, cultural, político y salud de este grupo etáreo, adultos mayores hombres y mujeres, de la Comuna de Rancagua, que participan

activamente en alguna organización social, identificando a su vez los elementos que faciliten desarrollar de manera efectiva las estrategias de intervención .

Por consiguiente y por lo anteriormente expuesto, es que esta investigación pretende describir e identificar cuáles son los factores protectores que facilitan la participación social de los adultos mayores de la Comuna de Rancagua, sin antes, describir también los factores de riesgos que obstaculizan el proceso de participación y que influyen en la calidad de vida de estos adultos mayores.

2. Preguntas de la investigación

- ¿Identificar cuáles son los factores que operan como protectores en relación a la calidad de vida de los adultos mayores que pertenecen a Organizaciones Sociales de la Comuna de Rancagua?
- ¿Señalar si los factores protectores contribuyen a mejorar su participación a nivel comunitario?

3. Objetivos

Objetivo General N° 1

- Describir los factores protectores de la calidad de vida de los adultos mayores en Rancagua.

Objetivos específicos

- Establecer la situación socioeconómica de los adultos mayores de Rancagua.
- Identificar los factores protectores ligados al grupo familiar y al grupo de pares de los adultos mayores de Rancagua.
- Identificar los factores protectores ligados a la autonomía y a la inclusión de los adultos mayores de Rancagua.

Objetivo General N°2

- Describir los factores protectores y obstaculizadores del proceso de la participación social de los adultos mayores en Rancagua.

Objetivos Específicos

- Establecer el grado de participación de los adultos mayores en Rancagua.
- Identificar los factores protectores de la participación de los adultos mayores de Rancagua.

- Identificar los factores obstaculizadores de la participación de los Adultos mayores de Rancagua.

4. Hipótesis

Hipótesis N° 1

La modificación de actitudes, creación de redes eficientes, servicios sociales adecuados y modelos de salud, seguridad y protección social, garantizan una mejor calidad de vida y una mayor inserción social.

Hipótesis N° 2

La autonomía física favorece la participación y mejora la calidad de vida de los adultos mayores.

Hipótesis N° 3

La integración de los adultos mayores en los clubes a fines mejora la calidad de vida y contribuye a satisfacer necesidades básicas.

Hipótesis N° 4

Los adultos mayores que participan en organizaciones sociales a fines, generan un proceso de mayor autonomía personal e integración social contribuyendo a mejorar su calidad de vida.

5. Estrategia metodológica

5.1 Tipo de estudio

La investigación es de **carácter descriptivo**, significa analizar los factores protectores que operan en la calidad de vida de los adultos mayores, cómo se manifiestan en un determinado momento.

La perspectiva metodológica para abordar esta investigación es esencialmente **cuanti-cualitativa**, esto implica que se tomarán en consideración aspectos objetivos y subjetivos, con lo cual se intenta dar respuesta al problema a investigar.

Así mismo, esta investigación es de tipo descriptiva, no experimental puesto que se realiza sin manipular deliberadamente las variables. Aquí lo que se hace “es observar el fenómeno tal como y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos” (Hernández et al, 1994: 34). A este tipo de investigación se le denomina Expost-facto, quiere decir, que “resulta imposible manipular variables o asignar aleatoriamente a los sujetos o a las condiciones... Los sujetos son observados en un ambiente natural, en su realidad” (ibid: 34). No se quiere construir ninguna situación, sino más bien que se observan situaciones ya existentes.

Por lo tanto, esta investigación pretende describir las características propias de los adultos mayores organizados de la comuna de Rancagua, a partir de una metodología que desde ahí explicar y describir los elementos que se presentan como factores protectores que favorecen a una mejor calidad de vida y que hacen posible la participación e integración de los adultos mayores a las actividades definidas en proyectos y de otras iniciativas que se realizan dentro de su comuna. La intervención significa basarse desde la propia percepción de los adultos mayores para llegar a una aproximación más real de su realidad.

5.2 Unidad de análisis

Las características del universo poblacional y diseño de la muestra lo constituye la población de adultos mayores, hombres y mujeres, de la Comuna de Rancagua, que participan activamente en una organización social.

5.3 Universo

El universo de esta investigación corresponde a 600 adultos mayores aproximadamente, que están organizados y participan en alguna organización social de la comuna de Rancagua.

5.4 Muestra

Se trabajará con una muestra probabilística del 10% del universo. El tamaño de la muestra es de 60 personas (adultos mayores), siendo éstos elegidos al azar y serán seleccionados según las organizaciones de adultos mayores de la comuna de Rancagua.

5.5 Técnicas de recolección de datos

El *instrumento* para recoger la información requerida será la **entrevista semi-estructurada**, cuya finalidad es precisamente poder profundizar en la pregunta de investigación.

Se considerará la utilización de la siguiente técnica:

- **Entrevista semi-estructurada**, aplicando un cuestionario con variables relacionadas al tema a investigar.

5.6 Técnicas de análisis de los datos

La estrategia de análisis para esta investigación se efectuará a partir de una forma analítica de los factores protectores y la calidad de vida por medio de la representación de lo/as adultos mayores que participan de las

actividades que se efectúan en las organizaciones a fines, de la comuna de Rancagua.

Primero, es necesario ordenar y clasificar la información recopilada en las entrevistas semi estructuradas, darse cuenta de las conexiones existentes entre la calidad de vida y los factores protectores.

Para contrastar la información se utilizará el programa computacional SPSS, donde se tabulará y ordenará la información de acuerdo a las variables en estudio, posteriormente los datos serán analizados conceptualmente para poder evaluar y describir los resultados.

Segundo, la información obtenida a partir de las entrevistas y el trabajo con los adultos mayores se agruparan en dimensiones según las variables presentadas, es importante señalar que a partir de esta investigación, presentaré la realidad de los adultos mayores tal y cual como se presenta al igual como ellos mismos la representan.

6. Variables

Las variables de la investigación con las que se trabajaran son las que a continuación se señalan:

1. Factores Protectores de la calidad de vida del adulto mayor.
2. Factores Protectores de la participación social del adulto mayor.
3. Factores Obstaculizadores de la participación social del adulto mayor.

I PARTE

MARCO TEORICO

CAPITULO I

CALIDAD DE VIDA Y ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un proceso universal e irreversible, que ser “viejo o adulto mayor” implica ser reconocido por la sociedad e instituciones donde se vive.

“El aumento de la esperanza de vida en las sociedades avanzadas como consecuencia de la estabilidad y el bienestar alcanzado, ha ocasionado un cambio demográfico radical en las pirámides, produciéndose una transformación global” (Mora, et al; 1999: 2).

Hoy Chile es una sociedad en transición demográfica avanzada. Este proceso es el resultado de dos fenómenos: el aumento de las expectativas de vida y la baja en la tasa de fecundidad, lo que hace que los mayores de 60 años tengan cada vez más peso en el total de la población. Tal es así, que los índices demográficos de este sector para 2002 alcanzaron 11,4% del total poblacional. (Censo 2002; op cit)

Una vez logrado el proceso de alargar la vida, corresponde ahora pensar en la calidad de vida, cómo se vive y se vivirá la adultez mayor.

La vejez es una etapa de la vida que implica un encuentro entre el reconocimiento de sus necesidades tanto materiales como no materiales tales como la participación, la integración, la creación, afecto, las que constituyen un sistema de modo que la satisfacción de una y otras están mutuamente condicionadas.

Hoy en día el ser humano vive más, la forma como se vivirá la vejez dependerá de como nos hayamos cuidado en la niñez, juventud, adultez y como prevenimos enfermedades a través de hábitos saludables adquiridos, éstos serán los factores que influirán en la calidad de vida (positiva o negativa) en el adulto mayor, aumentando cada vez la expectativa de vida de un individuo alcance a casi los 80 años en relación a los 40, 45, 50 años que podía alcanzar a principios de siglo 21, aunque no hay que dejar de lado el aporte de la ciencia, medicina que ha permitido aumentar la esperanza de vida.

A nivel de salud y en el ámbito social se clasifica a los Adultos Mayores según la mantención de la funcionalidad, entendiéndose por ésta, la capacidad de una persona de llevar por sí misma la orientación de sus actos, hacer lo que ella o él desee de su entorno, realizando las actividades de la vida diaria desde el punto de vista psíquico, físico y social (SENAMA, Diccionario Gerontológico; s/a, 2007: 5) y según el grado de funcionalidad los adultos mayores se clasifican en:

- Adulto mayor autovalente sano: Aquella persona mayor de 60 años, cuyas características físicas, funcionales, mentales y sociales están de acuerdo con su edad cronológica, es capaz de realizar las actividades funcionales esenciales de autocuidado: comer, vestirse, desplazarse, bañarse y las actividades necesarias para adaptarse a su medio ambiente: leer, usar el teléfono, manejar su medicación, el dinero, viajar y hacer sus trámites.
- Adulto mayor frágil: Es aquella persona que ve afectada su autonomía por factores físicos, ambientales, psicológicos, sociales y/o económicos.
- Adulto mayor dependiente: Es aquella persona mayor de 60 años que se ve imposibilitado de efectuar las actividades de la vida diaria y requiere de apoyo constante para desarrollarlas (Ministerio de Salud citado por ibid).

Para la sociedad y para el propio individuo es de vital importancia valerse por sí mismo en materia de requerimientos personales y sociales dadas las características propias del envejecimiento, es importante que pueda realizar un conjunto de actividades que promueva al máximo su potencial de salud.

En las sociedades que envejecen a ritmo creciente promocionar la calidad de vida en la vejez autónoma y en la vejez dependiente es el reto más inmediato de políticas sociales de gobierno. El creciente aumento de la esperanza de vida, el descenso sin precedentes históricos de la tasa de natalidad, los cambios en la estructura, en el tamaño, en las formas en la familia, los cambios en el status de las mujeres, la reducción creciente de las tasas de actividad laboral entre las personas de cincuenta y cinco y más años, han convertido el envejecimiento de la sociedad en una cuestión de máximo interés.

Hay dos conceptos que permiten acercarnos a una mejor calidad de vida en la vejez: **independencia y autonomía**. Entendiéndose por estos conceptos la capacidad de desempeñar funciones de la vida diaria con poca o ninguna ayuda y la habilidad de controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir, respectivamente. Entonces cabe aquí la siguiente interrogante ¿Cómo logramos que esos años se desarrollen dentro de la mayor independencia y autonomía posible? Dar respuesta a esta interrogante y mejorar la calidad de la vida, debe provenir de la planificación de diferentes instancias: Estado, Salud, Cultura, organismos académicos, instituciones privadas, medios de comunicación, las personas y la sociedad en su conjunto.

Respecto al concepto de Calidad de Vida según Giust (1991) la define como “un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual,

intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas” (citado por Mora et al; op cit., 1999: 2).

Según lo anterior, las variables que se desprenden e involucran en la calidad de vida son:

- **Autonomía** esta definida como la capacidad funcional, si puede o no realizar actividades básicas e instrumentales el Adulto Mayor.
- **Soporte Social** referido a las estrategias (prestar ayuda, colaboración) que permiten relacionar a los Adultos Mayores con los demás.
- **Salud Mental** donde se involucra el grado de autonomía psico-emocional presente en el Adulto Mayor.
- **Actividad Física - Recreativa** definida como la satisfacción y la disponibilidad del Adulto Mayor para la realización de actividades.

Existen otras posturas donde las diferencias en el índice de la Calidad de Vida (apoyo social, autonomía salud mental, relaciones familiares) involucran la edad, género y el nivel de actividad física. Por ejemplo, cuando la persona está en edad avanzada las tensiones por parte de familiares

afectan la calidad de vida. Asimismo, se podría esperar diferencias en la calidad de vida de los adultos mayores ligadas a la edad y al nivel de actividad física. Por otra parte, está la situación donde los adultos mayores no cuentan con suficientes recursos económicos a través de pensiones insuficientes para cubrir o satisfacer en forma adecuada sus necesidades básicas.

Las definiciones en relación a la calidad de vida son muchas, por consiguiente ha sido estudiada desde diferentes disciplinas.

Socialmente "**calidad de vida**" tiene que ver con "una capacidad adquisitiva que permita vivir con las necesidades básicas cubiertas además de disfrutar de una buena salud física - psíquica y de una relación social satisfactoria" (Lamas, et al, s/f, s/p).

Por otra lado, no hay consenso en la definición de "**calidad de vida**" este concepto involucra muchas variables subjetivas satisfacción, felicidad, autoestima, siendo difícil de medir. Las variables objetivas son de medición más fácil, la economía, el nivel socio – cultural, los déficits funcionales, problemas de salud, entre otros. Lamas, et al (ibid.) señala que los investigadores con orientación clínica suelen definir calidad de vida en términos de salud y/o de discapacidad funcional. Destacando a Rivera, éste aporta que... "no hay duda que la variable salud es la de mayor peso en

la percepción de bienestar de los ancianos y que los déficits de salud constituyen el primer problema para ellos" (Rivera, citado por *ibid.*, s/p).

Sin embargo y en algo todos coinciden es que la calidad de vida en la vejez tiene que ver con la seguridad económica y con la inclusión social que se asegura por medio de infraestructuras de apoyo, instituciones y redes sociales. Todo ello promueve la participación de las personas de edad, como sujetos activos de la comunidad y de la sociedad en general, cuya principal función al participar e integrarse es transmitir sus experiencias a las generaciones más jóvenes, al tiempo comprenden su estilo de vida y los desafíos que les son propios, en una sociedad inmersa en procesos que la llevan también a aprender a envejecer.

Fernández-Ballesteros (citado por Lamas, et al; *op cit.*), ha formulado un modelo teórico de calidad de vida específico para el grupo de mayores, enmarcado en un paradigma sistémico, fruto de un análisis multidimensional tanto en sus aspectos objetivos como subjetivos que circunscriben la realidad diferencial de cada persona. Tales dimensiones están asociadas a un factor personal (salud, habilidades funcionales, satisfacción, relaciones sociales y actividades de ocio) o bien a un factor socio-ambiental (factores culturales, calidad del ambiente, servicios de salud y sociales, apoyo social, relaciones sociales, condiciones económicas).

Bajo estos condicionantes, el constructo "calidad de vida" se manifiesta como "un proceso activo, abierto y dinámico susceptible de transformar la realidad cotidiana de la persona a través de promover el aprendizaje y potenciar el conjunto de recursos y hábitos que satisfacen las necesidades humanas (salud, relaciones, autoestima, competencia y confianza en otros, creatividad, espacios de participación, oportunidades educativas, vivienda, situación económica) en concordancia con el funcionamiento de la sociedad con los valores, normas y avances sociales" (Velásquez y Fernández citado por Lamas et al; op cit: 6).

Por lo tanto Toda persona mayor ha de al menos mantenerse y procurar una estabilidad, en este grupo generacional cualquier cambio asociado a cierto riesgo implica un potencial de pérdida mayor que en otro grupo generacional.

Por lo tanto y dependiendo como se llegue a la vejez serán los factores que influirán (positiva o negativamente) en la calidad de vida de los adultos mayores, a continuación se expone lo siguiente:

1. Factores protectores que inciden positivamente en la calidad de vida en los adultos mayores.

Antes de indicar los factores protectores, mencionaré conceptualmente que se entenderá por **factores protectores**, los cuales son definidos por Eisenstein (1996) como “los recursos personales, sociales, económicos, culturales, psicológicos y espirituales, que atenúan o neutralizan el impacto de riesgo a través de mecanismos conscientes o inconscientes de adaptación” (citado por Barrantes, et al, 1998: 40). Por lo tanto los factores protectores son dependientes uno del otro, también están relacionados de tal manera que los recursos sociales pueden fortalecer a las personas; siendo algunos recursos más centralizados que otros.

Para efectos de los factores protectores se tomará en consideración los siguientes aspectos: Sociales, Económicos, Culturales, Psicológicos, Espirituales, Estilos de Vida, entre otros.

Entre los factores protectores que se destacan y que mejoran la calidad de vida están:

1. Buen desarrollo familiar.
2. Educación.
3. Atención, afecto, apoyo emocional.

4. Medio ambiente y calidad de vida
5. Buen estado de nutrición y adecuados hábitos alimentarios.
6. Trabajo apropiado o una buena jubilación en definitiva seguridad económica
7. Buena utilización del tiempo libre, práctica de deportes, actividades artísticas y culturales, disfrutar del ocio.
8. Acceso a servicios de salud de buena calidad.
9. Educación en salud., capacidad de autocuidado
10. Redes sociales de apoyo.
11. Respeto a los derechos fundamentales de cada individuo
12. Mantener el autoestima, sentido de pertenencia y de identidad
13. Comunicación y participación a nivel familiar y social. (Barrantes et al; op cit)

Max Neef (1986) argumentaba que la calidad de vida debe ser entendida como la posibilidad que puedan tener las personas para satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales, en este sentido propone una serie de necesidades básicas del hombre y los posibles satisfactores.

A continuación se expone la siguiente matriz con las necesidades y satisfactores según Max-Neef:

Cuadro N° 1

Matriz de necesidades y satisfactores				
NECESIDADES SEGÚN LAS CATEGORIAS AXIOLÓGICAS	NECESIDADES SEGÚN LAS CATEGORIAS EXISTENCIALES			
	SER	TENER	HACER	ESTAR
<u>Subsistencia</u>	1/ Salud física, salud mental, equilibrio, solidaridad, humor, adaptabilidad	2/ Alimentación, abrigo, trabajo	3/ Alimentar, procrear, descansar, trabajar	4/ Entorno vital, entorno social
<u>Protección</u>	5/ Cuidado, adaptabilidad, autonomía, equilibrio, solidaridad	1/ Salud física, salud mental, equilibrio, solidaridad, humor, adaptabilidad	7/ cooperar, prevenir, planificar, cuidar, curar, defender	8/ contorno vital, contorno social, morada (vivienda)
<u>Afecto</u>	9/ autoestima, solidaridad, respeto, tolerancia, generosidad, receptividad, pasión, voluntad, sensualidad, humor	10/ amistades, parejas, familia, animales domésticos, plantas, jardines	11/ Hacer el amor, Acariciar, expresar emociones, compartir, cuidar, cultivar, apreciar	12/ Privacidad, Intimidad, hogar, espacios de encuentro
<u>Entendimiento</u>	13/ Conciencia critica, Reciprocidad, curiosidad, asombro, disciplina, intuición, racionalidad	14/ Literatura, maestros, método, políticas, educacionales, Políticas comunicacionales	15/ Investigar, estudiar, experimentar, educar, analizar, meditar, interpretar	16/ Ámbitos de interacción formativa, escuelas, universidades, academias, agrupaciones, comunidades, familia
<u>Participación</u>	17/ Adaptabilidad, receptividad, solidaridad, disposición, convicción, entrega, respeto, pasión, humor	18/ Derechos, responsabilidades, obligaciones, atribuciones, trabajo	19/ Afiliarse, cooperar, proponer, compartir, discrepar, acatar, dialogar, acordar, opinar	20/ Ámbitos de interacción participativa, partidos, asociaciones, iglesias, comunidades, vecindarios, familiares
<u>Ocio</u>	21/ Curiosidad, receptividad, imaginación, despreocupación, humor, tranquilidad, sensualidad	22/ juegos, espectáculos, fiestas, calma	23/ Divagar, abstraerse, soñar, añorar, fantasear, evocar, relajarse, divertirse, jugar	24/ Privacidad, Intimidad, espacio de encuentro, tiempo libre, ambientes, paisajes
<u>Creación</u>	25/ Pasión, voluntad, intuición, imaginación, audacia, racionalidad, autonomía, inventiva, curiosidad	26/ Habilidades, destrezas, método, trabajo	27/ trabajar, inventar, construir, idear, componer, diseñar, interpretar	28/ Ámbitos de retroalimentación, talleres ateneos, agrupaciones, audiencias, espacios de expresión, libertad temporal
<u>Identidad</u>	29/ pertenencia, coherencia, diferenciación, autoestima, asertividad	30/ Símbolos, lenguajes, hábitos, costumbres, grupos de referencia, sexualidad, valores, normas, memoria histórica, trabajo	31/ Comprometerse, integrarse, confrontarse, definirse, conocerse, actualizarse, crecer	32/ Socio-ritmos, entornos de cotidianeidad, ámbitos de pertenencia, etapas madurativas
<u>Libertad</u>	33/ Autonomía, autoestima, voluntad, pasión, asertividad, apertura, determinación, audacia, rebeldía, tolerancia	34/ Igualdad de derechos	35/ Discrepar, optar, diferenciarse, arriesgar, conocerse, asumirse, desobedecer, meditar	36/ Plasticidad, especio temporal
Fuente: M. Max-Neef, A. Elizalde y M. Hopenhayn, 1989:33				

En síntesis, pensar en términos de desarrollo a escala humana, de acuerdo a los escritos de Max Neff (ibid), significa crear las condiciones para que los mayores sean los protagonistas principales en este desarrollo, esto implica respetar las diferencias y la autonomía de los espacios en que actúan, apoyar con soluciones creativas que vayan en aumento, con estrategias capaces de movilizar a las diferentes organizaciones de los mayores de modo que puedan transformar su lucha por sobrevivir en opciones y alternativas vitales basadas en la dignidad y creatividad y no en la pobreza y degradación humana.

Por consiguiente, avanzar en esta modalidad podría dar lugar al ejercicio activo de los principios propuestos por las Naciones Unidas a favor de los Adultos Mayores: independencia, participación, cuidado, realización personal y dignidad.

“La satisfacción de las necesidades debe considerarse no sólo como superación de carencias sino también como la capacitación de los mayores como participantes activos en el desarrollo de su sociedad y como protagonistas del crecimiento personal de cada cual como ser humano, pasar a ser personas sujeto y no objeto “(Lamas et al, op cit., s/p)

Este desarrollo supera la discordancia entre lo individual y lo social, fomenta la adopción de medidas que combinan el crecimiento individual y social como dos aspectos de una misma realidad.

2. Factores de riesgos que afectan la calidad de vida de los adultos mayores

Al igual que en los factores protectores Eisenstein (op cit) señala que los factores de riesgo son los elementos con gran posibilidad de provocar o asociarse al desencadenamiento de un determinado suceso indeseable, o mayor posibilidad de enfermar o morir.

Entre los factores de riesgo para la salud de los adultos mayores, están las condiciones del ambiente, la salud, el estilo de vida y sus actitudes, los factores económicos, la ayuda social y la predisposición de la sociedad hacia este grupo. Si se identifican o se intervienen estos factores se puede facilitar y mejorar el nivel de vida que los adultos mayores han llevado hasta hoy.

Por otro lado, definir políticas que promuevan el acceso de este grupo a un adecuado uso del tiempo libre y la recreación les ayudará a prevenir problemas de salud cognitivos como pérdida de memoria y posterior desarrollo de demencia.

Situaciones de riesgo frecuentes en los adultos mayores:

- Aislamiento y abandono (entendiéndose por el abandono total de los adultos mayores a actividades recreativas, culturales, sociales, etc. y como el abandono que se les propinan, dejándolos abandonados sin ningún contacto con su entorno).
- Desconexiones con redes sociales de apoyo: significa no contar con los recursos o contactos necesarios que participen en alguna organización social de base.
- Deterioro psicofísico más acelerado producto de la edad.
- Necesidades básicas insatisfechas, por no contar con los recursos necesarios para cubrirlas.
- Bajos niveles de ingresos por dejar de trabajar y por ende dejan de percibir remuneraciones.
- Pensiones insuficientes para suplir las necesidades básicas de los adultos mayores. (Barrantes; op cit: 39).

Los adultos mayores son un grupo vulnerable debido a que la calidad de las oportunidades y de las condiciones de vida empeora en la medida que envejecen. Por consiguiente es importante proveer a los adultos mayores oportunidades como:

1. Acceder a servicios de salud en concordancia a los requerimientos biológicos propios del envejecer.
2. A obtener un ingreso suficiente. En la medida que las personas envejecen, se retiran de la fuerza de trabajo, por que así esta establecido por ley, por presiones sociales, por discriminación en las contrataciones o simplemente porque necesitan hacer uso de un beneficio que se les ha otorgado en esta etapa.
3. No proveer al adulto mayor de oportunidades para realizar actividades significativas, y tener un rol específico en la sociedad, falta una definición sociocultural y generar reconocimiento social a los adultos mayores. Junto con envejecer, la sociedad le restringe oportunidades de mantenerse activo e integrado, no le designa ningún rol, no se les provee de oportunidades para adquirir ideas acerca de envejecer e interpretar su propia vejez, ya que se les induce a una imagen social del “viejo” como alguien deteriorado e incapaz. A partir de lo anterior, los Adultos Mayores acepten su deterioro como algo fatal y asuman

una actitud de resignación y apatía frente a lo que les acontece, restringiéndose así a cualquier iniciativa de superación. (Universidad Católica de Chile; 1999, s/p).

En definitiva, ésto no significa que las personas que llegan a la vejez constituyan un grupo social homogéneo. No todos los adultos mayores pasan por esas situaciones, sólo se refiere únicamente a que en términos generales son afectados en forma similar por factores sociales, físicos, personales, los resultados variaran.

De esta forma podríamos estar elaborando un listado de factores protectores de la calidad de vida, lo importante es que en cada uno de ellos el adulto mayor los asuma responsablemente para prevenir desajustes tanto sociales, culturales, de salud, ambientales, entre otros y al estar presentes estos factores protectores, los adultos mayores pueden mantener su bienestar para satisfacer necesidades de subsistencia y axiológicas.

Por último, preparar al adulto mayor y darle oportunidades en la utilización del tiempo libre, participación en los diferentes organismos de la comunidad y disponer que todos los profesionales que se relacionan con este grupo, son alternativas que contribuirán a solucionar los actuales problemas en materia de calidad de vida, vejez, envejecimiento, autonomía, etc. Debemos aprender a mirar la vejez o la etapa del adulto mayor como una oportunidad para la sociedad y no como una carga, esta actitud y visión

integradora permitirá desarrollar vínculos sociales que permitirán un desarrollo integral de los adultos mayores.

3. Factores que implican el sentido de bienestar de los adultos mayores (proceso de envejecimiento).

El sentido de Bienestar depende de la combinación de tres factores (ibid), donde el enfoque del ciclo vital dice que la vejez corresponde a uno de sus ciclos y el énfasis lo pone en el análisis de la calidad del proceso de envejecimiento o en el sentido de bienestar. Por lo tanto, la vejez no es concebida como un simple deterioro sino como un proceso de adaptación de cambios cuya incidencia sobre el nivel de bienestar dependerá de la forma que sea enfrentado por quienes están viviendo esta etapa.

Existen tres factores que se combinan, los que a continuación se detallan y que le dan sentido de bienestar a la vejez:

1. El entorno y las oportunidades que se ofrecen para mejorar las condiciones de la vida, implica acceso a bienes y servicios, pertenencia a un lugar en la sociedad que permite obtener reconocimiento como integrante valioso e ideas sobre la vejez.
2. Eventos sociales y dificultades cotidianas que experimentan los individuos en sus condiciones orgánicas, ingreso económico,

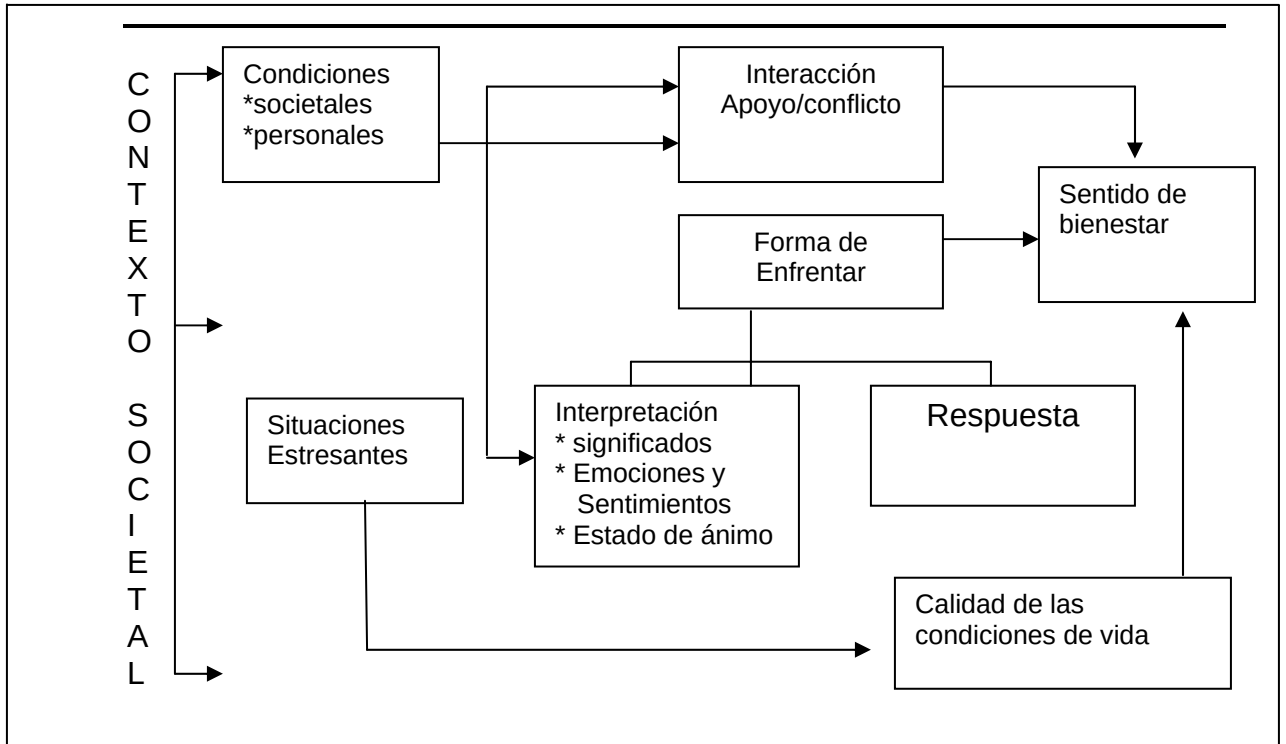
relaciones con otros, que se traducen en situaciones estresantes o que amenazan el nivel de bienestar de los individuos.

3. Las formas en que los individuos enfrentan lo que les ocurre. Hay quienes envejecen y les cabe un papel importante en la construcción de su forma de envejecer. Asumen este proceso con una actitud activa la cual responde a lo que ocurre en su contexto social y propia existencia, buscando las formas de enfrentarlas para responder en forma efectiva y de un nivel de bienestar donde se combinan condiciones biológicas, entorno social.

A continuación el gráfico N°1 señala la importancia de los factores protectores y explican el sentido de bienestar en los adultos mayores.

Gráfico N° 1

Factores que explican el sentido de bienestar de los adultos mayores



Fuente: Universidad Católica de Chile; op cit.

En las sociedades que envejecen a ritmo creciente promocionar la calidad de vida en la vejez es un reto más inmediato de las políticas sociales de nuestro país.

El creciente aumento de la esperanza de vida, el descenso de la tasa de natalidad, los cambios en la estructura, en las formas en la familia, los cambios en el estatus de las mujeres, la reducción de la actividad laboral al llegar a los 60 años han convertido al envejecimiento en un interés de sociedad. Las consecuencias de todos esos cambios, reducciones,

descensos y/o procesos tanto a nivel social (macro) como en las experiencias individuales. Como enfrentar situaciones o dar sentido a la vida en esta etapa. Cómo enfrentar la jubilación. Cómo hacer frente al mantenimiento de un hogar con hijo/as dependientes, con pensiones mínimas. Cómo enfrentarse a enfermedades crónicas que limitan su autonomía o que los lleva a estar en alerta por encontrarse en un estado de fragilidad, entre otras situaciones que afectan en el envejecimiento.

En conclusión se podría decir y señalar que la calidad de vida en la vejez se divide en dos:

1° “La calidad de vida en la vejez tiene que ver con la seguridad económica y con la inclusión social que se asegura por medio de infraestructuras de apoyo y redes sociales. Esto quiere decir, que se promoverá la participación de las personas de edad como miembros activos de la comunidad, una de cuyas funciones puede ser transmitir sus experiencias a las generaciones más jóvenes al tiempo que comprenden su estilo de vida y los desafíos que les son propios. Todo ello en una sociedad inmersa en procesos que la llevan a aprender a envejecer” (Bazo; 1998: 145).

2° “La calidad de vida en la vejez dependiente implica necesariamente el apoyo social y familiar a las personas que desean continuar viviendo en la comunidad, siendo cuidadas en familia, para que puedan seguir haciéndolo al tiempo que siguen desarrollándose todas sus potencialidades hasta el último momento de su vida, Implica apoyo material y afectivo a los familiares que con distintos grados de implicación, participación en la acción de cuidar” (ibid: 145).

Por lo anterior y teniendo claro como influyen los factores protectores y de riesgos en la calidad de vida de los adultos mayores en la actualidad, es trascendental mencionar cómo la participación social en los distintos niveles tanto comunidad y grupal ayuda a mejorar la calidad de vida y el bienestar de este grupo, tema que se tratará y desarrollará en el siguiente capítulo de esta investigación.

CAPITULO II

ADULTOS MAYORES Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

Antes de desarrollar el tema específico de la participación en los adultos mayores, es necesario hacer referencia al significado histórico de la Participación Social.

La participación siempre ha tenido una legitimidad moral y se ha planteado que es un derecho básico de todo ser humano. También ha tenido una legitimidad política por su apego constante al ideal democrático.

Stavenhagen (citado en www.crefal.edu.mx) entiende por participación social como "una actividad organizada por parte de un grupo, con el objeto de expresar necesidades o demandas, de defender intereses comunes, de alcanzar determinados objetivos económicos, sociales o políticos, o influir de manera directa en los poderes públicos".

Históricamente y a nivel de América Latina a fines de los años 60 la participación empieza a aparecer como estrategia en las Teorías de Desarrollo, se habla de niveles de participación, autores como Bosco Pinto y Díaz Bordenave indican los siguientes niveles de participación (ibid):

- a) Formar parte de: pertenecer a grupos, agrupaciones, organizaciones formales o informales
- b) Tener parte en: función pasiva o activa
- c) Tomar parte en: lo cual indica acciones concentradas, coherentes y directas

En el caso de los adultos mayores los niveles de participación varían en función de las acciones y las necesidades a satisfacer:

- Quién participa (representantes, organizadores, etc.).
- Acciones en las cuales se participa (diagnóstico, análisis, programación, ejecución, evaluación).
- Nivel de participación en la toma de decisiones (formulación de objetivos, identificación de instrumentos de acción, diseño del plan).

Sin embargo, las alternativas de participación dependen de situaciones políticas y sociales de orden general, su definición deberá hacerse a partir de cada situación específica, tomando en cuenta el significado y alcances explícitos en cada circunstancia.

La **participación política** es la acción de influir en el proceso de toma de decisiones (en defensa de) para promover los intereses particulares del grupo o clase a que se pertenece.

La **participación social** se define aquí como el proceso de tomar parte tanto en las organizaciones sociales como en la creación y recreación de la

cultura propia. Esta última es entendida como el sistema de objetivos, normas y valores comunales, regionales o nacionales.

La participación tiene relevancia tanto por su valor instrumental como por su capacidad de fomentar la cooperación y la solidaridad entre los distintos grupos sociales que comparten determinados intereses.

Por lo tanto, un modelo de participación no puede apoyarse en un conjunto de individuos dispersos. Se debe fundamentar en el reconocimiento y el reforzamiento de las condiciones e intereses de los grupos o asociaciones que existen en la comunidad.

Al respecto conviene tomar en cuenta que el buen funcionamiento de un grupo depende de determinadas condiciones tales como el tamaño y composición del mismo, los incentivos individuales derivados de la actividad común, los objetivos compartidos, la retroalimentación continuada de los objetivos del grupo, la estrategia empleada y la disponibilidad de información oportuna que tenga respecto a lo que significa para el grupo.

La sociedad chilena históricamente se ha caracterizado por ser una sociedad participativa, activa y movilizadora en torno a intereses propios de la comunidad. Existe un número importante de organizaciones sociales que dan cuenta de distintas necesidades de las personas que la integran. La participación de la población adulta mayor se ha caracterizado históricamente por ser más bien pasiva, marcada por la recepción de acciones más que por

la gestión de sus propias tareas, la que la sitúa más cerca de la marginación social que de la participación. Sin embargo en la actualidad y si lo vemos desde el punto de vista de la participación y si a la vez se le caracteriza por recepción de acciones participativas inclusivas, se entenderá por tal que los adultos mayores son capaces de satisfacer necesidades desde la definición de sus propios problemas y también como la capacidad para tomar decisiones en pos de la solución de los mismos, situación relevante ya que de ser considerados un grupo pasivo con escasa representación social, hoy son los mas organizados y con un alto grado de participación en organizaciones que están relacionadas a la salud física, recreación, cultura entre otras actividades significativas.

Hoy en nuestro país existe un número significativo de adultos mayores que se encuentran organizados, esto es un 20% lo que se traduce en un número de alrededor de 300 mil personas (Comité Nacional para el Adulto Mayor; 1999). Estas cifras dan cuenta que los adultos mayores se han convertido en actores sociales legitimados ante las autoridades y son reconocidos como tales, se dialoga con ellos y exigen soluciones a sus problemas. Esta situación permite que se constituyan como un movimiento social, que involucra equilibrios sociales, políticos diferentes. El constituirse como un movimiento social, implica dejar de ser personas marginadas de la sociedad, no tomadas en cuenta y no consideradas, pasando a convertirse a partir de esa situación en protagonistas sociales con significativa influencia.

Según el Comité Nacional para el Adulto Mayor (ibid), conceptualiza la **participación social** como la posibilidad que tiene la persona (mujer y hombre), para informarse, intervenir, ser tomados en cuenta, participar, tomar decisiones, integrarse en la vida de su comunidad o en su entorno más cercano.

La participación debe ser entendida entonces como un medio para lograr el desarrollo social, autonomía e inclusión social, siendo a la vez un puente para mejorar la calidad de vida. En el caso de los adultos mayores y de sus pares a través de la participación activa y efectiva se da un mayor empoderamiento, término que en inglés es "empowerment" que indica reconocer el poder que tiene la gente, y por ende, no quitárselo. En el ámbito organizacional, implica dar autonomía con responsabilidad a los equipos de trabajo, a objeto de que desarrollen su capacidad y utilicen su inteligencia (Camy, 1995, s/p)

Respecto al concepto de participación propiamente tal, una primera impresión es que este concepto señala el hecho de ser partícipe o parte de algo, en este caso ser parte de la sociedad. En este sentido los adultos mayores reclaman y exigen espacios sociales en donde poder interactuar con el resto de la sociedad. Surgen así los movimientos asociativos de adultos mayores conformando Uniones, Clubes, Centros, creando organizaciones sociales.

Como se señaló en párrafos anteriores, los adultos mayores han conquistado otros campos de participación relacionados a obtener espacios en el área de la cultura (manifestación artística y comunicacional) gran parte de los adultos mayores se “inician” o forman por primera vez en la narrativa, en la poesía, en actividades manuales (pintura, escultura, artesanía), recreación, entre otras actividades. Estas actividades permiten que los adultos mayores puedan ir reconquistando espacios dentro de la sociedad, los mismos que quizás ocuparon anteriormente., actividades que les facilitan mejorar su calidad de vida. Otra forma de participación social puede verse como la acción solidaria y cívica de los adultos mayores (voluntariado). En nuestro país existen muchas Instituciones y Organizaciones de carácter filantrópico o religioso que tienen por objetivo ayudar o prestar servicios a otras personas por ejemplo a enfermos, a discapacitados, a personas que viven en situación de vulnerabilidad. Es un tipo de participación que hace que el adulto mayor pueda ocupar ese tiempo del cual disponen y aplicando una sensibilidad social más aguda.

También existen organizaciones comunitarias que permiten al Adulto Mayor canalizar adecuadamente su tiempo libre y al mismo tiempo contribuir a mejorar su calidad de vida. “La actividad comunitaria es una opción válida para aportar soluciones de adultos mayores para los adultos mayores” (Indo; 2000:3). Esta opción es una manera de integración que permite al adulto

mayor contactarse con su grupo de pares y compartir más allá de la carencia, desarrollando potencialidades a partir de este vínculo.

Un primer nivel de participación que se da en este terreno (redes sociales) a través del acceso a la red social y organizaciones comunitarias donde se logra la participación, aunque no son la única instancia. El informe de desarrollo Humano elaborado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD señala que Chile tiene el más alto índice de desarrollo en América Latina y esto es necesario que se vea reflejado para el caso del adulto mayor (Aldoney: 2000).

A nivel de gobierno y a través del Servicio Nacional para el Adulto Mayor se ha colocado en la Agenda Pública el concepto de Integración del Adulto Mayor a la Sociedad. Es así que A partir de los gobiernos de la concertación el tema del Adulto Mayor ha adquirido relevancia para muchos profesionales de distintas áreas de la ciencia, ya que antes no era un tema de análisis, ni de preocupación de la sociedad. (ibid).

Según lo que se ha puesto en Agenda Gubernamental la Integración del Adulto Mayor en la sociedad debiera tener 3 bases esenciales:

Primero: El que la sociedad reconozca la experiencia y el aporte de los adultos mayores a su desarrollo y a su historia.

Segundo: Que haya un reconocimiento de su entorno, lo que implica modificar las conductas de la sociedad, respecto a un concepto tan simple como el del respeto al adulto mayor.

Tercero: Reconocer que el adulto mayor todavía es una persona que puede seguir haciendo aportes a la sociedad. Significa, “abrir espacios de trabajo, que por la vía de tener que abandonar el trabajo por las razones que se da por la discriminación por edad para jubilar, es la oportunidad de trabajar en el mundo social, ejemplo de ésto son las Juntas de Vecinos, Organizaciones Sociales, Uniones Comunales, Redes, entre otras” (ibid:7).

La participación del adulto mayor es muy distinta a la de un adolescente o un niño, ya que las motivaciones son distintas o las necesidades a satisfacer son otras.

Las motivaciones de participación en el adulto mayor se manifiesta por la jubilación, el retiro de la vida laboral, la soledad, la viudez, disponer de tiempo libre y de ocio, etc. Es por lo anterior, que el adulto mayor se motiva para sentirse útil, independiente a su edad, conocer y buscar compañía de sus pares para interactuar con ellos, establecer lazos afectivos y recuperar el protagonismo en la sociedad.

Como conclusión puedo señalar que a mayor participación social, mayores serán las oportunidades de tener una mejor calidad de vida, por ende, se tendrá acceso a bienes materiales, accesos a oportunidades de desarrollo personal y social, a decidir, a expresarse, a integrarse como personas en distintos ámbitos, entre otras cosas. La participación disminuye la inseguridad frente a distintas situaciones y propicia mayor confianza en torno a control y desarrollo de la propia vida de las personas y comunidad.

Los beneficios de la participación social:

- Genera sentimientos de autoestima.
- Estimula la iniciativa.
- Posibilidad de participar en actividades nuevas.
- Permite compartir vivencias con gente de su misma edad.
- Pone en contacto con individuos del sexo opuesto no familiares.
- Participación en múltiples actividades de recreación.
- Fortalece la adopción de medidas preventivas de salud.

Si se entiende así los beneficios de esta etapa es posible que surjan instituciones capaces de poner énfasis en el potencial de las personas mayores para su propio desarrollo, transformándose ésta en una fuerza que genera asociaciones de adultos mayores con capacidad para interlocutor ante

las autoridades por sus propios derechos, esta situación se da en varias comunas de nuestro país, debido a la alto número de organizaciones sociales de y para adultos mayores y por el Gobierno - SENAMA que vela por los derechos de los adultos mayores.

CAPITULO III

ANALISIS DEMOGRAFICO Y ENFOQUES TEORICOS DE LA VEJEZ

Como consecuencia de la transición demográfica la población mundial ha observado un proceso de envejecimiento. En 1990 la población de adultos mayores experimentó 486.9 millones, diez años más tarde - 2000 - se llegó a 613.6 millones y se espera que para el año 2025 hayan 1.207,6 millones de adultos mayores (CELADE/INE y Comité Nacional para los Adultos Mayores, op. cit, s/p).

La transición demográfica o los cambios demográficos de la población mundial o de la población de un país no sólo da cuenta que muchas personas se hacen cada vez más ancianas, sino que cada vez más son los adultos mayores que están viviendo más tiempo, aumentando sus necesidades lo que influye directamente en la estructura de la sociedad, de los sistemas de salud, sistemas de educación, previsionales y afecta a su vez la estructura de la familia. Por lo tanto, implica en pesar como la sociedad aborda el tema con estrategias de intervención

Existen diversos problemas que enfrentan los adultos mayores en nuestro país y en otros lugares del mundo, problemas asociados a la salud, vivienda, ingresos (jubilaciones precarias), violencia, pobreza, exclusión social, índices bajos de participación por nombrar algunas y que están muy

ligadas a la forma cómo se enfrenta la vejez en la sociedad contemporánea. Es importante señalar “algunos aspectos bien conocidos de la sociedad actual que nos permitirán a su vez situar el escenario en el que se mueven los protagonistas de la acción” (Ysern, s/f, s/p). Este autor dice escenario por no decir la palabra “drama”, porque para algunos adultos mayores envejecer ya es un drama en este contexto de sociedad en la cual son desvalorizados socialmente.

Según Ysern (ibid) los escenarios de la sociedad actual son los que se exponen a continuación:

Primero, hay que señalar que existe una sociedad altamente competitiva donde predomina la producción, la oferta y la demanda, quedando fuera de ésta, toda aquella persona que a causa de su edad u otra condición ya no figure en la lista de productores, por lo cual son considerados a su vez como entes poco productivos, pasivos y no eficientes dentro de esta sociedad contemporánea.

Segundo, a la par de lo anterior, la sociedad actual necesita personas eficientes que sean consideradas útiles, con resultados buenos e inmediatos, por consiguiente, si una persona no cumple con estos requisitos, no se considera importante, lo que lleva a que muchas personas se sientan frustradas y marginadas.

Tercero, es la masificación de ésta sociedad, las ciudades crecen, el ritmo de vida se hace cada vez más agitado, en resumen la vida se hace menos vivible. Los espacios libres escasean y lo urbano adquiere mayor importancia. Las zonas rurales van perdiendo cada día más espacios. Ante este escenario habría que preguntarse qué pasa con una persona que es mayor de edad, que ha dejado de trabajar y dispone de tiempo, pero que no cuenta con los espacios adecuados para distraerse y practicar lo que realmente le interesa y no lo que le imponga el medio (ibid).

Cuarto, nuestra sociedad atribuye a la labor ocupacional, la producción y el consumo un valor predominante y a ello se vincula el tejido de relaciones interpersonales y la valoración personal que lo acompaña. El desempeño ocupacional constituye el tiempo sujeto y regulado por una serie de acciones que dan sentido a gran parte de la vida cotidiana; organizándola en función de una rutina, demandando una importante cantidad de tiempo y dedicación. Sin embargo uno de los hechos que caracterizan a la tercera edad lo constituye el evento de la Jubilación, el cual libera una importante dosis de tiempo. Si bien es cierto, la sociedad ha generado sistemas para asegurar el ingreso de las personas mayores, no ha propuesto alternativas que permitan ocupar ese tiempo liberado.

Quinto, otro aspecto y que no se aleja de los anteriores, es que hoy vivimos una acelerada escalada de transformaciones sociales, tecnológicas,

políticas, económicas y culturales sin precedentes, lo que significa para algunas personas quedarse atrasadas, no vivir a la par de estas transformaciones, de no encajar en esta realidad, de vivir alejadas del futuro, lo que provoca una cierta desadaptación. Más aún hay que pensar que la etapa de la adultez mayor tiende actualmente a ser más larga que la misma adolescencia producto de la prolongación de la vida cronológica, entonces cabe preguntarse cómo se siente una persona en este contexto y por otra parte, cómo vive esos años de prolongación.

Sexto, también es necesario mencionar que de un tiempo a esta parte, en la mayoría de los lugares se ha perdido el vigor de la familia extensa en la que compartían abuelos, padres, hijos (nietos), tíos y primos, compartiendo techo, recreación, alimentación y conversación, donde se transmitían de unos a otros tradiciones, costumbres, creencias, problemas e inquietudes y la figura importante de esa cultura era el abuelo, existía un sitio para él, además era considerado un sabio por su capacidad de transmitir a las generaciones más jóvenes experiencias vividas por él y sus antepasados. Hoy en la sociedad contemporánea muy poco queda de aquello, la familia se ha reducido al núcleo mínimo de padres e hijos, el adulto mayor queda excluido de este círculo a medida que pasan los años y va perdiendo paulatinamente su rol (ibid).

A partir de todos los aspectos anteriormente señalados se puede decir que a la larga los adultos mayores van perdiendo su dignidad, pierden protagonismo y ejercen un rol en la sociedad más pasivo del que estaban acostumbrados. Por lo tanto, se hace necesario que la sociedad se preocupe de que ellos puedan recuperar su rol activo y recuperen ese protagonismo al interior de su familia y fuera de ésta.

1. Situación demográfica del país.

En el último censo realizado en 2002 en nuestro país, los adultos mayores presentaba en número de 1.717.478 personas, lo que corresponde al 11, 4 por ciento del total de la población. Según otros estudios, se espera que en el año 2024 este grupo alcance al 12.4 por ciento 2,4 millones de personas (CELADE/INE y Comité Nacional para el Adulto Mayor; op.cit)

Es así que en nuestro país se observa un aumento sostenido en términos relativos y absolutos de la población mayor de 65 años. En relación comparativa a otros países, nuestro país muestra uno de los mayores incrementos porcentuales en este estrato de edad.

Se dice que una sociedad envejece cuando se incrementa proporcionalmente el número de ancianos en relación con los otros grupos de

edad, esto como consecuencia de diversos factores, tales como la evolución de la esperanza de vida, la jubilación obligatoria, el predominio de la familia nuclear, el impacto de los procesos de industrialización y urbanización, la creciente movilidad social y geográfica.

“El envejecimiento individual no es un fenómeno exclusivo de las sociedades modernas, ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad y en diferentes culturas y sociedades. Sin embargo durante los últimos años hemos sido testigos de un hecho singular, puesto que cada vez más personas sobrepasan la barrera cronológica que se distinguen como una etapa de la vejez” (Valdés, 2000: 13)

El proceso de transformación demográfica reviste un significativo contenido que replantea a cada individuo acerca del sentido y trascendencia de la vida cotidiana, incorporando en forma cada vez más consciente una etapa de la vida que por mucho tiempo fue ignorada (ibid). Es importante destacar que el envejecimiento es un proceso del cual todos y cada uno de nosotros forma parte, por lo cual vivir bien en esta etapa de la vida, es el resultado de una permanente revisión de los valores y las prioridades tanto en lo individual como en lo social.

La experiencia que se vive en los países desarrollados, en cuanto a sus políticas sobre el adulto mayor han sido diseñadas hace 10 ó 15 años,

con objetivos muy claros y definidos de cómo incorporarlo a la sociedad. Zaldivar señala que “las políticas sociales en esos países consisten en no transformarlos sólo en un receptor de determinados beneficios, sino fundamentalmente desde la facilitación de su vida, como también de los beneficios a los que tiene acceso el mundo común (abaratar los costos de transporte, facilitar sus formas de vida, acceso al turismo o tener períodos de recreación en mejores condiciones que el resto de los sectores o grupos etéreos)” (Zaldívar, 2000:1). Por lo tanto, debemos preguntarnos, que pasa en nuestro país, respecto al diseño una política social destinada a este grupo y si existe, como se ha avanzado y como esta ha ayudado a mejorar la calidad de vida.

La población adulta mayor es heterogénea ya que se incluye a este grupo, personas que aún son independientes, activas y en buenas condiciones de salud, como a otros, los más ancianos, con grados altos de dependencia. Por consiguiente esta etapa de la vejez presenta a la sociedad una doble dimensión: una individual - privada y otra social.

Dimensión Individual – privada de la Vejez

- “La Vejez puede implicar cambios importantes en la situación **socioeconómica** de los individuos, pérdida de poder adquisitivo como consecuencia de la jubilación, etc. “ (Indo; op cit:4)

- “La vejez supone la interacción entre el individuo y sus **pautas o estilos de vida previos**, de manera que lo que ocurre es que surge una serie de restricciones que dificultan a los individuos seguir manteniendo esas pautas a medida que envejecen”. (ibid)

Dimensión Social de la Vejez

Las curvas de Supervivencia de la Población Chilena indican que las expectativas de vida promedio se ha desplazado desde los 45 años en 1930 a los 72 años en 1995. Sin embargo, si bien la prolongación de las expectativas de vida es un logro, ello no siempre va acompañado de una consistente mejoría en las condiciones y calidad de vida de los adultos mayores. (ibid).

- Existe un incremento (aumento) de la población mayor de 65 años.
- Existe un círculo de exclusión que afecta a este grupo etéreo significa una mayor demanda sobre bienes y especialmente algunos servicios tanto provenientes del sector público como privado, constituido en parte por la valoración negativa de la vejez y por la inexistencia de un rol social, que incide en disminución de su calidad de vida, de tal forma que este déficit y el deterioro no solamente de tipo biológico sino que

además responde a una serie de pautas socioculturales limitantes y obstaculizadoras de su desarrollo.

La manera cómo envejecemos y la calidad de vida de la vejez se relaciona con los recursos intelectuales, sociales, biológicos y materiales acumulados durante toda la vida. Parte importante de las características asociadas a la vejez parecen responder en gran medida a un proceso de construcción social y por lo tanto los mitos creados en torno a ésta, son los que han contribuido sustancialmente a separar a los viejos del resto de la sociedad, responsabilidad especialmente del mito de la pasividad asociado a esta edad. “Actualmente una persona adulta mayor de 60 años tiene aún todo un horizonte por delante y la sociedad no se ha preparado para brindar el espacio acogedor que legítimamente les pertenece” (ibid: 5).

Es así como existen una serie de condicionantes de carácter más bien cultural y también económico que tienden a acentuar más que a facilitar el proceso natural del envejecimiento.

El mejoramiento en la calidad de vida de un país determina el aumento en la edad promedio de su población. Chile no ha sido una excepción a este fenómeno del envejecimiento. “Durante las últimas décadas, el porcentajes de adultos mayores de 60 años ha crecido significativamente en nuestro país, reflejándose principalmente por una disminución de las tasas

de natalidad y mortalidad infantil, junto a un descenso en la mortalidad de causa prevenible. A la evolución positiva de esos indicadores refleja la confluencia de una serie de factores de tipo económico, social y cultural, entre los que se destacan un mayor poder adquisitivo, mayor movilidad social y geográfica y una mejoría de los índices educacionales de la población” (Barros, 1993 (a): 22).

El gran desafío para las próximas décadas será cómo vivir más y mejor. En primer lugar, es claro que resulta necesario generar conciencia en torno a que envejecer es un proceso normal, natural, que comienza desde que somos engendrados, desde la vida intrauterina y se vive de forma distinta entre una persona y otra, variando dentro de un grupo de sujetos.

Por lo tanto y como señala Barros “hay diversos modos de abordar el fenómeno del envejecimiento. Una primera distinción es aquella entre el envejecimiento de la población en un país y el envejecimiento de los individuos” (ibid: 22).

El envejecimiento concebido como un proceso que experimentan los individuos puede ser visto como un proceso biológico o como un proceso social, sin negar que ponerse viejo es un proceso natural, consubstancial a la finitud biológica del organismo humano, cabe enfatizar que son las características de la sociedad las que condicionan tanto el promedio de

años que vivirán sus habitantes, como la calidad de vida durante los años de vejez.

Por otro lado, el fenómeno del envejecimiento poblacional plantea la necesidad de adaptarse a una realidad que es nueva, tanto para los individuos, como para la sociedad. Desde la perspectiva individual, la tarea que enfrenta una persona mayor es aprender a ser viejo. Muy pocas personas que viven este proceso están preparados para ello y se enfrentan de manera ineficaz a los aspectos ya sean positivos o negativos asociados a su nuevo estado de la vida. Desde la perspectiva de la sociedad y sobre todo en sociedades como la nuestra, requieren de una toma de conciencia y de la implementación de acciones consecuentes, con el fin de fortalecer y expandir la red de apoyo social que necesitan los adultos mayores. Se requiere de un sistema de seguridad social equitativo, servicios institucionales y también de servicios comunitarios que incluyan la existencia de programas de salud accesibles.

Desde un punto de vista social la prolongación de la vida ha sido una de las metas de la humanidad desde tiempos remotos. Es así como hoy día, en casi todos los países del mundo incluido África, la esperanza de vida al nacer ha aumentado considerablemente, produciéndose un incremento de la proporción de adultos mayores en la comunidad. Esta situación ha provocado un importante cambio social.

Existen formas que miran el envejecimiento como un proceso social del cual se distinguen diversos enfoques. De entre ellos se destaca:

- Enfoque sociológico: centrado en el estudio de las características de la sociedad y en la forma cómo ellas configuran similares oportunidades y condiciones de vida para las personas mayores.
- Enfoque psicológico: cuya unidad de análisis son los individuos que envejecen y enfatizan en su estudio los modos cómo ellos encaran su proceso de envejecimiento.
- Enfoque psicosocial: es una combinación de los dos enfoques mencionados anteriormente. Aquí interesa la forma como los que envejecen entendidos como miembros de una categoría social encaran su proceso de envejecimiento dentro de un contexto social que los condiciona.

Por otra parte han surgido diversas teorías que intentan explicar el por qué y cómo ocurre el proceso de envejecimiento, vistas desde la medicina, sociología, psicología, etc. las cuales se abordaran a continuación.

2. Enfoques teóricos de la vejez

No existe una sola teoría que explique las causas del envejecimiento. Desde los años cincuenta y sesenta del siglo 20, investigadores sociales se han planteado enfoques teóricos relacionados a los cambios derivados del envejecimiento (biología, psicología, roles sociales, entre otros). El significado de la vejez o tercera edad como se le llama a esta etapa, ha provocado una cantidad de teorías que han evolucionado y se han adaptado a los cambios sociales. Para efectos de esta tesis explicaré detalladamente la Teoría de la Resiliencia, que es la que mejor define el proceso de envejecimiento, sin antes indicar resumidamente las otras teorías de la vejez:

2.1. Teoría de la desvinculación

Esta teoría fue propuesta por Cumming y Henry (1961) que intentó estructurar de una manera comprensiva la posición de los mayores en la sociedad, estos autores señalan que “el envejecimiento normal se acompaña de un distanciamiento o “desvinculación” recíproco entre las personas que envejecen los miembros del sistema social al que pertenecen – desvinculación provocada ya sea por el mismo interesado o por otros miembros de este sistema” (citado por Muñoz et al, 2007: 11). Por lo tanto, su núcleo considera que durante el proceso de envejecimiento las personas experimentan una separación gradual de la sociedad, un decrecimiento de la

interacción entre las personas y su medio, que decrece aún más con la modernización de la sociedad. Esta situación se manifiesta especialmente en el caso de la jubilación como un referente fundamental en el alejamiento de la vida productiva. Por otra parte, considera la muerte como la desvinculación total, de esta manera, se considera esta etapa como el momento en que la persona reorganiza sus proyectos en función del sentido y el tiempo que le queda por vivir.

Esta teoría asegura el tiempo de funcionamiento óptimo de la sociedad, permite a las personas adaptarse más adecuadamente a sus pérdidas y los protege de situaciones estresantes.

2.2 Teoría de la modernización

La teoría de la modernización, destaca la situación actual del Adulto mayor caracterizada por ser relegado socialmente de manera considerable, siendo que en las sociedades tradicionales éste gozaba de un estatus elevado y era reconocido por su experiencia y sabiduría (ibid). Las innovaciones tecnológicas, el desarrollo industrial y los nuevos valores educativos y sociales han ido paulatinamente despojando al viejo de su estatus anterior. Los progresos en el campo de la prevención y la salud han aumentado la esperanza de vida de la población lo que ha repercutido en el mayor incremento de adultos mayores y por consecuencia, de sus

necesidades sociales y de salud. Lo anterior se traduce en una mayor carga social y un deterioro en sus condiciones de vida. Significa también ver los cambios en el estatus de las personas mayores a partir de las modificaciones de los sistemas sociales en función del grado de industrialización que alcanzan las distintas sociedades.

La crítica que se le hace a esta teoría es que no incide en las diferencias sociales, religiosas, etc.

2.3 Teoría de la Actividad

Esta teoría está en el polo opuesto al de la teoría de la desvinculación. Argumenta que cuantas más actividades se realizan, más posibilidades se tiene de estar satisfechos con la vida. Las bases fundamentales son que todos los seres humanos desarrollan sus valores, significados y modos de actuar a partir de un proceso de comunicación social.

Lemon (1972) (citado por Muñoz et al; op cit.) propone que para el sujeto lo más importante son las actividades sociales que tiene sentido para él y no la actividad por sí misma, no es importante la cantidad de interacciones que mantenga el individuo sino que tenerla pero de manera significativa. No es la actividad por sí misma lo que es provechoso, sino lo que para el individuo tiene sentido.

La teoría de la actividad propone que entre más activos socialmente los “viejos”, mayor su grado de satisfacción con la vida. Proporciona un sentido de bienestar y sentirse útil.

2.4 Teoría de la continuidad

Esta teoría señala que no existe ruptura radical entre la edad adulta y la tercera edad, solo se trata de cambios menores que surgen con la dificultad a la adaptación de la vejez (ibid).

La teoría de la continuidad se basa en:

- El paso de la vejez es una prolongación de experiencias, proyectos y hábitos de la vida, la personalidad y sistema de valores se mantienen prácticamente intactos.
- Al envejecer los individuos aprenden a utilizar estrategias de adaptación que les ayudan a reaccionar favorablemente ante las dificultades de la vida.

Por lo tanto se puede desprender lo siguiente: Los individuos desarrollan actitudes, metas, valores, hábitos y comportamientos en etapas que se tienen en la vejez. La edad avanzada ni implica cambios drásticos en

la vida de las personas. Según se entra en años, existe una tendencia hacia la continuidad. Se mantienen gustos, estilos de vida y hábitos en edad avanzada. El mejor índice de predicción y comportamiento de una persona es su conducta anterior. La pérdida de roles se maneja mediante la consolidación. La experiencia de vida van a crear ciertas predisposiciones que el individuo mantiene si le es posible.

2.5 Teoría de la Aceptación

Esta teoría está conformada por una primera teoría que fue planteada por Erikson (citado por Barrantes, op cit.). Integridad del Yo, en oposición a desesperación, la cual se constituye en la culminación de la resolución triunfante de siete crisis previas en el desarrollo de la vida que se ha vivido, sin pesares por lo que pudo haber sido o por lo que debería haber hecho en forma distinta, quien no puede resolver esta crisis tiende desesperadamente a la muerte.

La segunda teoría acerca del desarrollo psicológico en la edad adulta tardía, propuesta por Peck (1955), profundiza en el análisis de Erikson dividiendo la última crisis en tres crisis básicas que los ancianos deben resolver para funcionar saludablemente (Papalia y Wendkos, citado por Barrantes, op cit.).

Estas 3 crisis básicas son:

1. Una es la diferenciación del yo, en oposición a la preocupación por el papel laboral. Sostiene que las personas mayores necesitan definir su valía como seres humanos, especialmente después del retiro, más allá de su papel laboral, cuanto mayor éxito tengan en hallar atributos acerca de sí mismos, mayor éxito tendrán en mantener su vitalidad y sentido de autonomía.
2. La segunda es la trascendencia del cuerpo en oposición a la preocupación por el cuerpo. Sostiene que quienes han hecho hincapié en el bienestar físico como eje de la felicidad en la vida, pueden sumirse en la desesperación por cualquier disminución en sus capacidades. Quienes se centran en la satisfacción de la realización con otros y se dedican a actividades que los lleven a no depender en extremo de la salud, son capaces de superar las incapacidades físicas.
3. La tercera plantea que es la trascendencia del yo, en oposición a la preocupación por el yo, sostiene que las personas mayores necesitan asimilar la realidad de que van a morir. La forma como las personas pueden trascender el yo del aquí y el ahora, para lograr una visión positiva de la certeza de la llegada de la muerte, se basa en un enterarse de la forma de como han llevado la vida de sus logros, de las

contribuciones de las realizaciones personales, lo cual les permite comprender que han contribuido con la felicidad y el bienestar de otros.

2.6 La Teoría de la Adaptación

Esta teoría plantea que las personas están continuamente adaptándose a las condiciones de vida. La adaptación es un proceso activo, envejecer significa adaptación a:

- Cambios en la estructura y funcionamiento del cuerpo humano.
- Cambios en el ambiente social

El proceso de adaptación está dirigido principalmente por la personalidad o el ego. La adaptación pone énfasis en ciertos roles y actividades llevados a cabo en determinadas etapas del ciclo de vida. Por ejemplo, para el momento en el que la persona se acerca a los 60 o 70 años, tiene generalmente que adaptarse a cambios marcados en el vigor físico y en su ambiente social.

Otros autores como Papalia y Wendkos señalan que hay distintos estilos de adaptación a la vejez. La acción de adaptarse parece perder su grado de actividad y participación en la vida, de que los rasgos de la

personalidad y hábitos de respuesta que le han caracterizado a lo largo de ésta (citado por Barrantes; op. cit).

Liuso y Peterson (ibid) definieron dos tipos de pautas con respecto al proceso de adaptación: las satisfactorias y las de insatisfacción:

Las satisfactorias se desarrollan en tres tipos de personalidad:

- Los maduros: considerados como los mejores ajustados y que disfrutan más de la vida. Aceptan la vida en una forma más realista, son más autosuficientes y consideran a la vejez como algo de lo cual pueden sacar provecho sin remordimientos.
- Los merecedores, por lo general, están satisfechos y descansan en manera más pasiva. Están satisfechos de confiar que otros se preocupan por su bienestar.
- Los acorazados: quienes se conservan felices manteniéndose ocupados, ansiosos y temerosos de envejecer y enfermar.

Las insatisfactorias se caracterizan por mostrar un alto grado de agresividad, en ellas se definen dos tipos de personalidad:

- Los enojados: quienes culpan a otros por impedirles lograr sus metas de la vida, tiene miedo a la muerte y resentimiento a la juventud.
- Los autopunitivos: tornan su hostilidad hacia si mismos, se sienten deprimidos, pesimistas y pesarosos de su vida pasada e interpretan la muerte como un alivio de su infelicidad presente.

2.7 Teoría de la Subcultura

Esta teoría de entrada resulta interesante porque explica la causa del aislamiento desde otra perspectiva en la población de ancianos. Buendía señala que " esta teoría sostiene que las personas de edad avanzada tienen tendencia a interactuar más entre sí que con grupos de edad diferente... desde que necesitamos tener una autoestima positiva, una comparación con personas muy superiores nos daría una imagen negativa de nosotros mismos. Esa es la razón por la que buscamos establecer comparación con personas de nuestro entorno similares a nosotros mismos" (www.galeon.com).

La teoría de la subcultura dice que los mayores formarían una subcultura aparte, una minoría social, lo que les ayuda a mantener su identidad y una autoestima positiva, pues ello les permite establecer comparaciones de sí mismos con otras personas que están en situación

similar a la suya, como por ejemplo una subcultura propia que se plasma en la organización de importantes grupos de presión como la Asociación Americana de personas jubiladas, Unión Comunal de Adultos Mayores, etc.

2.8 Perspectiva del ciclo de vida.

Consiste más en un marco conceptual que en una teoría. Se ha utilizado para realizar investigaciones sobre normas según edad, percepción de la edad y momentos de transición. Incorpora asunciones funcionalistas sobre el rol de las normas sociales en la conducta, y parte de que el envejecimiento es un proceso de evolución que se inicia desde el propio nacimiento y cuya experiencia varía en función de factores históricos (www.comunidadmayor.com).

2.9 Teoría de la estratificación por edades.

Esta teoría examina los cambios de sucesivas cohortes a través del tiempo. Asume que la sociedad se compone de generaciones sucesivas de individuos que van envejeciendo de manera distinta y que, continuamente, fuerzan a sus predecesores a desempeñar por abandonar roles. Por consiguiente, la gente experimenta el envejecimiento, según el momento socio-histórico que vive.

De acuerdo a esta teoría, "... para el análisis de la población anciana se ha de utilizar un marco conceptual similar al que la sociología usa para analizar a la sociedad en general y para ello debe tomarse como criterio de estratificación el de los roles que van asociados a las categorías de edad jóvenes, adultos, maduros y viejos, en efecto dice la teoría, los roles sociales se asignan a los individuos en función del grupo de edad al que pertenecen" (www.galeon.com; op cit.).

Esta teoría es muy similar a la teoría de los roles, aunque abarca menos conceptos, sólo se limita a la explicación de función que ejerce el rol sobre una población, e indiscutiblemente para explicar el fenómeno de la vejez se requiere de entender el rol que ocupa el anciano en una sociedad, debido a que se puede ver con mayor claridad cómo la sociedad influye en el anciano y viceversa, por lo tanto las teorías pueden ir planteando a través de esto las problemáticas y las posibles soluciones que de esta relación surjan.

2.10 Teoría de la Resiliencia

El enfoque que más se acerca a esta investigación es el que aborda la Teoría de la Resiliencia, debido que presenta características y factores que se observan comúnmente en los niños y que también están presentes en otras personas como es el caso de los adultos mayores que ante la adversidad se comportan en forma resiliente.

La palabra Resiliencia se ha tomado de la metalurgia y se entiende por tal, la capacidad de los metales de resistir a los golpes y recuperar su estructura interna. En el campo del desarrollo del ser humano tiene exactamente ese sentido. Es la capacidad del ser humano para recuperarse de la adversidad.

Suárez señala que en la teoría resiliencia “se habla de la combinación de factores que permiten a un ser humano afrontar los problemas y adversidades de la vida” (citado en www.comunidadmayor.com, op.cit).

Desde una perspectiva biosicosocial se refiere a la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y salir adelante positivamente o incluso transformándolas luego de ser sometido a factores de alto riesgo que han vulnerabilizado su integridad o le han causado daños graves en su vida psíquica, moral, espiritual o social.

La Resiliencia se caracteriza porque:

- Se sitúa entre la acción y la investigación
- Reconoce la existencia de problemas pero presenta un optimismo realista.
- Constituye un esfuerzo sistemático para aprender mas vulnerables

- Corresponde a una aproximación holística y considera a la persona completa, que tiene un rol a desempeñar entre el individuo y su entorno.
- La Resiliencia se construye en un contexto cultural oral.
- La Resiliencia de unos puede sofocar la de otros.

La resiliencia implica aspectos internos de la persona como también influye el ambiente social en que se desenvuelva, Es así como este enfoque teórico da mayor énfasis a factores positivos que contribuyen a que las condiciones de vida de una persona mejoren. A estos se les llama “factores protectores” en contraposición a los “factores de riesgo”, los que usualmente en la práctica intervienen para predecir quién sufrirá un daño o está en mayor riesgo.

El desarrollo de la resiliencia no es otro que el proceso de desarrollo saludable y dinámico de los seres humanos en el cual la personalidad y la influencia del ambiente interactúan recíprocamente. (Lamas, et al; op cit)

Lamas señala que si bien algunos autores hablan de factores protectores o de riesgo otro autor Rutter, plantea el uso del término proceso protector, el cual comprende la naturaleza dinámica de la resiliencia en lugar de los elementos protectores más comunes: No se refiere a elementos en un sentido amplio, sino simplemente a mecanismos para desarrollar el proceso de protección (citado por Lamas et al; ibid)

Se puede decir, que existen factores internos como la autoestima, el optimismo, la fe, la confianza en sí mismo, la responsabilidad, la capacidad de elegir o de cambio de las competencias cognoscitivas.

Lamas, et al (ibid), detalla diez puntos que fortalecen internamente el poder personal y fortalecen los factores de protección que promueve la resiliencia:

1. Trato estable con al menos uno de los padres u otra persona de referencia.
2. Apoyo social desde dentro y fuera de la familia.
3. Clima educativo emocionalmente positivo, abierto, orientador y regido por normas.
4. Modelos sociales que estimulen un conductismo constructivo.
5. Balance de responsabilidades sociales y exigencia de resultados.
6. Competencias cognoscitivas.
7. Rasgos conductistas que favorecen a una actitud eficaz.
8. Experiencia de autoeficacia, confianza en uno mismo y concepto positivo de uno mismo.
9. Actuación positiva frente a los inductores del stress.
10. Ejercicio de sentido, estructura y significado en el propio crecimiento.

Por otra parte, se puede considerar que las principales actitudes que fortalecen en los factores protectores o resilientes en los humanos son:

- Demostraciones físicas y verbales de afecto y cariño en los primeros cuatro años de vida.
- Reconocimiento y atención a sus éxitos y habilidades.
- Oportunidades de desarrollo de destrezas.
- Actitud de cultivo, cuidado y amor por parte de todos sus semejantes y especialmente de los encargados de su cuidado y protección.
- Apoyo de un marco de referencia ético y moral.

Las diversas investigaciones sobre el enfoque teórico de la Resiliencia son un llamado para que se dé un cambio a nivel social. Significa cambiar paradigmas, tanto a nivel personal como profesional, cambiar los riesgos por la resiliencia, el control por la participación, la resolución de problemas por el desarrollo positivo, entre otras situaciones.

Por lo tanto, la teoría de la resiliencia apunta a mejorar la calidad de vida de las personas a partir de sus propios significados, del modo como ellos perciben y enfrentan el mundo, ante la adversidad las personas son capaces de reinventarse y salir adelante. La materia prima para la Resiliencia son los recursos que desarrolla un individuo y los apoyos que encuentre en su entorno para poder manifestarlos.

Igualmente como se detallaron y analizaron los distintos enfoques teóricos del envejecimiento y para esta investigación el que más se acerca es el Enfoque de la Resiliencia, es de importancia seguir profundizando en esta investigación de tesis y señalar que en una segunda parte se incluyen dos capítulos que hacen referencia a la Política Nacional para el Adulto Mayor a través del SENAMA y otro relacionado a antecedentes generales de la situación de los Adultos Mayores - Comuna de Rancagua.

II PARTE

MARCO REFERENCIAL

CAPITULO IV
SERVICIO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR - SENAMA
POLÍTICA NACIONAL PARA EL ADULTO MAYOR

Para abordar en las funciones del Servicio Nacional del Adulto Mayor – SENAMA, quisiera partir por todo el proceso anterior que se registro antes de la Promulgación de la Ley que crea este Servicio Público, a través del diagnóstico de las políticas orientadas al adulto mayor. (Comité Nacional para el Adulto Mayor, 1999).

Grandes hitos del Diagnóstico:

1. Incorporación del Adulto Mayor en la agenda de la política social

El tema del envejecimiento poblacional, sus causas y consecuencia, no estaba dentro de los fenómenos considerados importantes en el desarrollo del país, los adultos mayores no constituían un grupo de interés en materia social. Desde los comienzos del primer gobierno de la Concertación, el desafío es modificar positivamente la situación del Adulto Mayor y colocar en la agenda de la política social en tema del envejecimiento y la vejez.

En el año 1995, el Presidente de la República de ese entonces, Don Eduardo Frei Ruiz Tagle, nombró una Comisión con 38 Integrantes con el objetivo de que un plazo de 7 meses presentara un Proyecto de Política Social en beneficio del Adulto Mayor.

Al diseñar cualquier aspecto de la política era necesario conocer la situación de los Adultos Mayores del País, por lo tanto, efectuar un diagnóstico, el que arroja que este grupo etáreo en el año 1995 pertenecía al 40% de población de menores ingresos del país, situación de pobreza que afectaba a 400.000 adultos mayores, sumándose además otros tipos de situaciones y realidades como:

- Pobreza.
- Bajos niveles de ingresos.
- Insuficiente integración.
- Percepción de poder “nula”.
- Incapacidad de influir en las decisiones que los afectan.
- Representación social de la vejez inadecuada a la realidad y culturalmente inadaptada para el tratamiento del envejecimiento.

Una vez realizado el diagnóstico se comenzaría a trabajar en:

- El estudio de las experiencias y tendencias con que es trabajado el tema en países que se encuentran en etapas avanzadas de envejecimiento de su población.
- La concertación de los técnicos nacionales con el objetivo de socializar los diagnósticos parciales sobre la situación de las personas mayores.
- La identificación de áreas prioritarias de intervención.

- La búsqueda de consenso respecto del enfoque con que es posible abordar el proceso de envejecimiento que experimenta la población del país.
- El reconocimiento de los actores sociales vinculados al tema: municipios, organismos públicos, universidades, organizaciones no gubernamentales y especialmente, organizaciones de adultos mayores.
- La sensibilización de los municipios para iniciar programas pilotos de integración de las personas mayores.

En definitiva se necesitaba contar con una visión más precisa de la situación de adulto mayor para empezar con los lineamientos que dan paso a la Política Social para el Adulto Mayor.

2. Características de las políticas sectoriales vinculadas al Adulto Mayor.

Dentro de las características históricas y relevantes que se destacan:

- 2.1. Falta de Coordinación para emprender acciones de manera coherente a las demandas planteadas por los adultos mayores.

Falta de articulación entre programas e iniciativas de nivel ministerial y grado de integralidad en la operación a nivel de atención de los adultos mayores.

- 2.2. Política exclusivamente sectorial. Desconocimiento de un sector por el otro y duplicidad de esfuerzos. Instituciones han realizado acciones paralelas en una misma localidad o sector sin unir esfuerzos para conseguir logros en conjunto en el tema del envejecimiento y trabajo con adultos mayores. Los adultos mayores muchas veces no visualiza una imagen objetiva de los esfuerzos que el Estado asume para atender sus necesidades.
- 2.3. Inflexibilidad de los programas vigentes, lo que dificulta la implementación de innovaciones acorde con la diversidad de requerimientos específicos de las personas mayores.
- 2.4. Carencia y desconocimientos de evaluaciones de los programas o servicio que en la actualidad operan.
- 2.5. El sello asistencialista que ha tenido la oferta pública hacia los adultos mayores, que no reconoce la condición de valiente de la mayoría de este grupo y que inhibe, la posibilidad de desarrollar actividades autogestionadas.

- 2.6. La imagen pública o social negativa acerca de los adultos mayores lo que frena una visión integradora de las políticas sociales.
- 2.7. La participación social de los mismos beneficiarios a nivel local donde el municipio juega un rol importante instancia de ejecución de programas y programas que deben hacerse realidad y donde la participación de las personas mayores es más efectiva
- 2.8. Inexistencia de un ente institucional, donde radique el estudio, la planificación y la ejecución de programas en el campo del envejecimiento.
- 2.9. Falta de información disponible respecto al desarrollo de políticas en el área del envejecimiento y la vejez.
- 2.10. El Efecto de las políticas sectoriales ha tenido como consecuencia que el Adulto mayor y la población en general no visualice una oferta estatal coordinada, eficiente y eficaz en la atención de sus necesidades

No se definan estrategias de acción consistentes con un diagnóstico sobre la realidad del adulto mayor y el proceso de envejecimiento de la población.

Promulgación de la Ley que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor

El 17 de Septiembre de 2002 el Presidente de la República, don Ricardo Lagos Escobar, promulga la ley 19.828 que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA, que inicia sus funciones en enero de 2003.

El SENAMA se crea como un servicio público, funcionalmente descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, que se encuentra sometido a la supervigilancia del Presidente de la República a través del Ministerio Secretaría General de la Presidencia.

Los principales objetivos del SENAMA son:

1. Velar por la plena integración del Adulto Mayor a la sociedad.
2. Proteger al Adulto Mayor ante el abandono e indigencia.
3. Hacer valer los derechos que la Constitución y las leyes le reconocen a los Adultos Mayores.
4. Velar por la no discriminación y marginación de los Adultos Mayores.

Sus principales funciones son:

- Proponer políticas y coordinar acciones, especialmente del sector público, que faciliten la integración del Adulto Mayor en todos los ámbitos sociales, ya sea en la familia, en la educación, en el trabajo y en la recreación, entre otros.

- Coordinar acciones y programas entre el sector privado y público.
- Prestar asistencia técnica y supervisar a organismos privados con y sin fines de lucro que brinden acogida y atención integral al Adulto Mayor.

Función coordinadora del Senama:

Considerando la necesidad de identificar políticas multisectoriales y la conveniencia de definir orientaciones para el tratamiento del tema del adulto mayor, en el Periodo de Gobierno del Presidente de la República, Ricardo Lagos Escobar, se creó en enero de 2004 el Comité de Ministros para el Adulto Mayor, el que se constituyó el 6 de mayo del mismo año. Este actúa como una instancia de coordinación superior dónde se presentan las distintas visiones y posibilidades de acción sectorial en el campo del adulto mayor. La Secretaría Ejecutiva del Comité, a cargo del Senama, se apoya técnicamente por un Comité Técnico Intersectorial del Adulto Mayor, en donde participan representantes de todas las instituciones del nivel central de la Administración del Estado que ofrecen programas, servicios y beneficios a los Adultos Mayores.

El Comité técnico ejecuta el Plan Nacional Conjunto, que tiene como objetivo traducir en acciones concretas la Política Nacional para el Adulto Mayor, por medio de la interacción, cooperación y coordinación intersectorial.

El Plan tiene en marcha cerca de 84 acciones, que son ejecutadas por 23 instituciones públicas, entre las cuales se destacan: la inclusión en el calendario escolar de efemérides del Día Internacional del Adulto Mayor, el 1 de Octubre; la celebración del Día de la Actividad Física del Adulto Mayor, además de la realización de talleres de capacitación para adultos mayores y la publicación conjunta de textos y cartillas informativas sobre la temática del adulto mayor.

Asimismo, en el marco del Plan, se coordinan todos aquellos programas que desarrollan las distintas instituciones y que están dedicados especialmente al adulto mayor, como los programas de Turismo del SERNATUR, y el convenio de SENAMA y Metro, que implica el pasaje rebajado para los hombres adultos mayores de 65 años y mujeres mayores de 60 años, que sean pensionadas.

Fondo Nacional del Adulto Mayor.

El Fondo Nacional del Adulto Mayor, es un programa del Gobierno de Chile, que opera el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Su objetivo es favorecer la asociatividad de los adultos mayores para mejorar su calidad de vida. Es por ello, que financia proyectos autogestionados por las organizaciones de adultos mayores.

Política Nacional del Adulto Mayor

Los valores que inspiran esta política son: *Equidad y Solidaridad* intergeneracional. La sociedad y el Estado deben velar para que todos los adultos mayores disfruten de una mejor calidad de vida, sin importar distinción social, raza etnia, tratándoles con una actitud de respeto y que las generaciones más jóvenes se comprometan y sean solidarios con este grupo. Al avanzar y en la medida que se integre y fortalezca la solidaridad intergeneracional, es posible la proyección de un trato más digno al adulto mayor y hoy por hoy se está avanzando en el tema. (ibid: 19 a 22)

Principios que la sustentan

1. Autovalencia y Envejecimiento activo: Se debe reconocer la autovalencia, es decir, la capacidad de valerse por sí mismos de la mayor parte de los adultos mayores, lo cual les permite ser autónomos y por ende, tener un envejecimiento activo. El que los adultos mayores reconozcan su autonomía, también les permite reconocer su capacidad para organizarse y crear instancias que los representen en su diversidad de inquietudes e intereses.

2. Prevención: Debe ser un enfoque prioritario en lo social, lo psicológico, lo económico y en materia de salud. La población a través de la familia, el sistema escolar y los medios de comunicación social, debe recibir educación sobre su propio proceso de envejecimiento y, además, conocimientos sobre

la forma de relacionarse con los adultos mayores. A su vez, los actuales adultos mayores deben recibir información y asistencia para su autocuidado.

3. Flexibilidad en el diseño de políticas: Se deben considerar las diversas situaciones que se presentan en la adultez mayor. La situación del adulto mayor que vive solo o con su pareja, no es la misma del que vive junto a otros familiares; la variable urbana-rural también influye de un modo particular en el adulto mayor, igualmente la situación de vulnerabilidad y de mayores necesidades de cuidados aumenta con la edad. No es lo mismo ser un adulto entre los 60 y 80 años, que otros entre los 80 y 90 años y por sobre los 90. Esta diversidad de situaciones obliga a que las políticas tengan un alto grado de flexibilidad.

4. Descentralización: La descentralización que debe inspirar las políticas sociales es un factor a considerar en forma permanente para hacer efectivas las acciones. Se debe comprender que la concreción de las políticas se hace, normalmente en el gobierno local y que éste es el que deberá implementar, con flexibilidad las políticas generales adoptadas por el gobierno central. El criterio de descentralización obliga a atender al adulto mayor en sus situaciones concretas y específicas. La descentralización también plantea la necesidad de coordinación entre los distintos sectores que de una u otra forma trabajan con el adulto mayor a nivel comunal.

5. Subsidiariedad del Estado y su rol regulador: Los adultos mayores requieren disponer de un conjunto de bienes y servicios para satisfacer sus necesidades, la subsidiariedad y el rol regulador por parte del Estado en la materia, deben ser entendidos en tres ámbitos. Primero, el desarrollo de una política de fomento a la producción de bienes y servicios destinados a los adultos mayores. Segundo, regular el funcionamiento de los sistemas de provisión de servicios ofrecidos o prestados a este sector y tercero, fomentar la responsabilidad de la familia de un buen nivel de vida, evitando la creación de una dependencia de las acciones del Estado para satisfacer sus requerimientos.

La política Nacional para el adulto mayor plantea como objetivo general “Lograr un cambio cultural de toda la población sobre la valoración y trato hacia los adultos mayores, lo cual implica una percepción distinta sobre el envejecimiento y, alcanzar mejores niveles de calidad de vida para todos los adultos mayores” (ibid: 23).

Para lograr este objetivo se requiere que la sociedad chilena aprenda a valorar el patrimonio moral y experiencial, como también la riqueza espiritual y cultural que son portadores los adultos mayores. La sociedad chilena debe cambiar la percepción y valorización del envejecimiento hasta ahora visto como una etapa de inactividad, enfermedades y en general de pasividad.

Cambiar la percepción sociocultural sobre los adultos mayores por parte de los niños, jóvenes y adultos, significa llegar a valorarlos en todas sus dimensiones, llegar a reconocer sus derechos y tratarlos con la dignidad que merecen. Resumiendo, se debe generar un gran cambio, principalmente desde el seno de la familia chilena. En este sentido, ha sido prioridad el posicionar el tema del envejecimiento y la vejez, a través de eventos que pudieran tener un impacto social, a nivel masivo, en determinados segmentos de la sociedad, o bien acciones que claramente tuvieran un efecto multiplicador en beneficio de los adultos mayores, como es el caso de seminarios de capacitación a funcionarios públicos o profesionales que trabajan en el área y con la temática del envejecimiento, vejez.

Del objetivo general de la Política Nacional para el Adulto Mayor, surgen otros objetivos con mayor especificidad, para que se concrete el objetivo general estos son los que a continuación se enumeran:

1. Fomentar la participación e integración social del adulto mayor:

Se debe fomentar la participación en todos los ámbitos o sectores de la sociedad, en la vida cultural, política, económica y espiritual de la comunidad. Se procura la participación desde párvulos a adultos medios, distintas generaciones interactuando con los adultos mayores.

2. **Incentivar la formación de recursos humanos en las áreas de geriatría y gerontología:** Carencia de profesionales y técnicos especializados en la temática del adulto mayor, impide avanzar en investigaciones y estudios que posibiliten un nivel y profundización en el conocimiento de la problemática del adulto mayor y de su proceso de envejecimiento, conocimientos indispensables para avanzar hacia un mejor desarrollo e implementación de las decisiones en favor de esta población. La formación de recursos humanos deben considerar diversos niveles, formación de profesionales en las áreas de geriatría y gerontología; capacitación de personas que trabajan con adultos mayores, sin tener preparación especial, y nivel de especialización para profesionales que trabajan con adultos mayores.
3. **Mejorar el potencial de salud de las personas mayores:** El estado de salud en la vejez es el resultado de un proceso que dura toda la vida, lo central en esta materia es mejorar y mantener las condiciones de autovalencia en los adultos mayores. Incentivar acciones en las áreas de promoción, prevención y atención curativa específica en la perspectiva de un envejecimiento activo.
4. **Crear acciones y planes de prevención:** La prevención debe ser un enfoque prioritario tanto en la salud física, psíquica y social del adulto mayor. Este enfoque tiene un marcado énfasis educativo para que toda

la población reciba información sobre el proceso de envejecimiento, cuyo proceso es normal y que afecta en algún momento a todas las personas, poniendo énfasis en que la forma de vida de un adulto mayor dependerá de cómo se vivan las etapas anteriores. Énfasis también en la difusión de las acciones preventivas, debiendo incluir aquellas referidas a la incorporación al sistema de previsión social, debido a la importancia que esto tiene para la Mantención de un buen nivel de ingresos una vez finalizada la actividad laboral.

5. **Focalizar los subsidios estatales en los sectores más pobres de adultos mayores:** Esta orientación surge como un imperativo de justicia y solidaridad, no es más que una especificación de la máxima prioridad que ha fijado el gobierno a la lucha por superar la pobreza en el país. Los adultos mayores constituyen uno de los cuatro segmentos de la población definidos como prioritarios en los planes de superación de la pobreza. Al focalizar los subsidios estos deberán superar el simple existencialismo, procurando acciones más integradoras que permitan mejorar la calidad de vida logrando un desarrollo personal e integración social del adulto mayor. Asimismo en, en materia previsional, el mejoramiento de las pensiones debe priorizar el aumento de las pensiones mínimas y ampliar la cobertura de las pensiones asistenciales de vejez.

6. **Fortalecer la responsabilidad intergeneracional en la familia y en la comunidad:** La familia es la institución social, por excelencia, encargada de velar y proteger el desarrollo de sus miembros. La familia es la instancia en que el ser humano encuentra afecto, Seguridad, reconocimiento y amor. Lo normal es que las personas de edad encuentren en sus hijos, hermanos y nietos, un sólido apoyo en lo material, en lo afectivo y en lo espiritual. En esta perspectiva, las familias deben recibir un apoyo por parte de los servicios públicos que posibiliten una mejor atención y desarrollo de los adultos mayores.
7. **Fomento del uso del tiempo libre y la recreación:** Incentivar el uso del tiempo libre del adulto mayor en actividades que signifiquen ganar el desarrollo personal y en salud mental y física, constituye una orientación central para las acciones que deben planificarse e implementarse en favor del adulto mayor. Las actividades de recreación como el turismo, expresión artística, gimnasia y el deporte que contribuyan a la mantención de la salud física y mental.

Por otra parte, para cambiar la visión del adulto mayor en la sociedad chilena y brindar una mejor calidad de vida, se requiere de condiciones generales que constituyan los objetivos instrumentales de la Política Nacional.

(ibid: 27)

1. **Institucionalizar la temática del envejecimiento:** Surge como requisito necesario la institucionalización del tema del adulto mayor en el servicio público, esto es, una entidad que logre coordinar, orientar y hacer el seguimiento de políticas de gobierno y las acciones que ejecutan los servicios públicos. En conclusión es lograr que el país cambien su mirada hacia el adulto mayor.
2. **Fomentar la asociatividad entre los adultos mayores y su desarrollo personal:** Se debe fomentar la asociatividad a todo nivel comunal, regional y nacional o bien, a través de organizaciones funcionales no territoriales.

En las organizaciones de adultos mayores, éstos podrán encontrar espacios para su desarrollo personal y satisfacción de muchas necesidades psicosociales. A partir de estas de las mismas organizaciones estas podrán ser nexos e interlocutores validos ante las autoridades locales, regionales y nacionales para tratar los problemas que los afectan y para ofrecer a ala comunidad los aportes que ellos puedan brindar. Al organizarse permite el protagonismo que los adultos mayores puedan tener en la sociedad y les permite ejercer roles reconocidos por la comunidad y mantenerse integrados socialmente.

3. **Privilegiar el ámbito regional y local en la ejecución de políticas para el adulto mayor:** En las políticas sociales y en las relacionadas al adulto mayor, para lograr eficiencia y resultados positivos, es una condición necesaria reconocer el ámbito local como el lugar de concreción de la ejecución de las acciones. El municipio, como el gobierno local de la comuna, es la instancia en que se deberá materializar parte importante de las políticas en favor del adulto mayor. Implica una especial atención a la capacitación del gobierno comunal para asumir esta tarea y la implementación de una estrategia adecuada para estimular el compromiso de las autoridades con los Adultos Mayores.

4. **Perfeccionar las normativas y programas referidos a la Seguridad Social:** Este objetivo propone mejorar las condiciones de seguridad social de los adultos mayores a través de dos acciones:
 - 4.1 Buscar soluciones a aquellos problemas derivados del antiguo sistema previsional que afectan a un número importante de adultos mayores.

 - 4.2 Incentivar la suscripción de convenios u otros mecanismos, para obtener ahorro en bienes y servicios

que contribuyan a mejorar u optimizar los ingresos de los adultos mayores.

5. **Mejorar los sistemas de atención a los pensionados:** Este objetivo plantea la necesidad de emprender un conjunto de acciones que simplifiquen los sistemas de atención a los pensionados, facilitando así su acceso a ellos.

CAPITULO V

ANTECEDENTES GENERALES DE LA SITUACION DE LOS ADULTOS MAYORES - COMUNA DE RANCAGUA

Antes de comenzar con los antecedentes y la situación diagnóstica de los adultos mayores de la Comuna de Rancagua, de cuántos son, qué hacen, nivel socioeconómica, dónde participan, entre otras situaciones, quisiera contextualizarme territorialmente, haciendo mención a la información que arrojó el último Censo del 2002, referente a la VI región a partir de un enfoque estadístico.

A nivel Nacional se puede señalar que:

- En 1992 las personas mayores de 60 años constituían el 9,8 por ciento de la población.
- En el 2002 este porcentaje subió al 11,4 por ciento.
- En el 2002 los adultos mayores (sobre 60 años) llegan a 1.717.478.
- De ellos, 959.429 son mujeres y 758.049 son hombres.
- En Chile viven 1.141 personas mayores de 100 años.
- De ellos, 669 son mujeres y 472 hombres.

A nivel Regional:

- La población total de la VI Región es de 780.627 personas.
- La población de Adultos Mayores de 60 años en la VI región, corresponde a 87.614 personas.
- De ellos, 45.738 son mujeres y 41.876 son hombres.
- En porcentaje corresponde al 11.22 por ciento de total de la población regional.

El proceso de envejecimiento poblacional generará un impacto en la sociedad. Para cotejar esta realidad se consideran los dos últimos censos de población y vivienda entregando información a nivel regional.

Considerando estos datos, se puede constatar que entre 1992 y 2002 la población adulto mayor (población de 60 años o más) de la Sexta Región, creció a una tasa promedio anual de 2,7 personas por cada cien habitantes, tasa bastante superior a la manifestada por la población regional en igual período la que alcanzó a 1,1 personas por cada cien habitantes. En cifras absolutas, la población adulto mayor de la región pasó de 66.939 a 87.614 personas, lo que representa un aumento de 20.675 personas en los últimos diez años 30,9% de variación entre un censo y otro (MIDEPLAN, 2004)

La Sexta Región de O'higgins representó el 5,1% de la población mayor de 60 años a nivel nacional en el último censo de población, siendo la séptima en concentrar más personas adulto mayor del país (ibid).

El Censo del 2002 contabiliza 45.738 mujeres y 41.876 hombres de la tercera edad, siendo similar la proporción por sexo a la del censo 1992, dado que la esperanza de vida es mayor para las mujeres que para los hombres y se incrementa más la participación en la mujeres.

Respecto a los progresos en el control de las enfermedades y la disminución de la mortalidad en edades avanzadas incidirán cada vez más en la esperanza de vida de la población. A continuación se entregan datos relevantes a considerar: (ibid)

- Las personas de 60 años y más que presentan una o más discapacidades alcanzan a 7.631 personas, lo que equivale al 42,7% del total de la población discapacitada regional y al 8,7% del total de la población adulto mayor regional (87.614 personas). En el ámbito nacional existen 334.377 personas que manifiestan algún tipo de discapacidad, de las cuales el 43,4% pertenece al grupo de población adulto mayor.

- De los 87.614 adultos mayores de la región, tan sólo 14.742 constituyen Fuerza de Trabajo, por lo tanto, en la categoría Fuera de la Fuerza de Trabajo hay 72.872 personas. La Fuerza de Trabajo está compuesta por 13.425 ocupados y 1.317 desocupados (cesantes y buscando trabajo por primera

vez). Si estas cifras se comparan con las registradas en el año 1992, es posible apreciar notables diferencias intercensales, es así que la Fuerza de Trabajo era sólo de 11.915 personas, sin embargo donde es más notorio los cambios de este segmento etéreo entre los dos censos, es en la cantidad de personas adultos mayor cesantes, notándose un incremento del 66,9%, lo que nos lleva a concluir que la vida laboral de este grupo cada vez es más extensa en el tiempo, por lo que será necesario en el corto y mediano plazo elaborar medidas al respecto, sobre todo en el ámbito laboral, de previsión y de salud, en primera instancia.

- Al considerar el tipo y condición de actividad de la población mayor de 60 años en el censo 2002, corresponde que 83,2% son a inactivos. Dentro del segmento no activo de las personas de tercera edad en la región, el 37,1% se dedica sólo a quehaceres del hogar; 0,2% se dedica a estudiar; 54,8% es jubilado o rentista; el 2,9% está incapacitado permanentemente para trabajar y el 5,0% se encuentra en “otra situación”.

Con respecto a igual variable en el censo 1992, es posible apreciar que los cambios más drásticos están dados en la población inactiva en las categorías “Quehaceres del hogar” y “Jubilados o Rentistas”, donde notoriamente las cifras que se registraron en ese año (20.291 personas y 31.363 personas, respectivamente) no guardan ninguna relación con lo imputado en estas categorías para el año 2002, lo cual no hace más que

apoyar los comentarios antes realizados en el sentido de una mayor y duradera inserción de este segmento al mundo laboral.

- La población adulto mayor económicamente activa, según el censo 2002, correspondiente al 16,8% de este grupo, el 91,1% está ocupado, el 8,6% está cesante y sólo el 0,3% busca empleo por primera vez. Según lo registrado en el Censo 2002(op cit), en el tramo de 60 a 64 años destacan las siguientes categorías:

- Quehaceres del hogar con 36,2%
- Jubilados un 23,5%
- Cesantes. 3,3%. Todos los datos anteriormente indicados, son representativos de la realidad en los distintos niveles sea comunal o nivel local.

Los antecedentes a nivel Comunal indican que:

El Censo del 2002 (ibid) señala que Rancagua ha ido más aceleradamente hacia tendencias demográficas comunes a los países desarrollados: las familias con menos hijos, por lo cual disminuye el porcentaje de población infantil – juvenil, y un crecimiento mayor de la tercera edad.

- La población total de la comuna de Rancagua es de 214.344 personas.
- La población de Adultos Mayores de 60 años, corresponde a 21.630 personas. De ellos, 12.264 son mujeres y 9.366 son hombres.
- La presencia femenina es superior a la masculina, al igual que la esperanza de vida.
- Los clubes de Adultos Mayores se multiplican en cantidad y organización.
- En Rancagua, aproximadamente 2.000 adultos mayores participan activamente en agrupaciones.
- Los adultos mayores de Rancagua están organizados a través de UCAM que tiene 102 agrupaciones y/o en la tradición de centros de madres, también se ha unido la historia sindicalista de la ciudad, donde muchos ex trabajadores del cobre se suman a agrupaciones del adulto mayor. Sin dejar de mencionar que también están agrupados en la Asociación de pensionados y jubilados de Cachapoal del Ex SS.
- La Unión Comunal del Adulto Mayor (UCAM) de Rancagua, que divide a las organizaciones en seis sectores, donde funcionan agrupaciones artístico culturales, de autoayuda, recreativas, autocuidado de la salud, etc. cada una de las organizaciones insertas inserto en los Centros de desarrollo Comunitario (CDC) lugares o sectores estratégicos de la comuna, donde equipos técnico-profesionales municipales descentralizan la gestión municipal acercándose a los actores locales, para la construcción de políticas públicas municipales que favorezcan la

participación de la comunidad, la autogestión de las organizaciones, el rescate de la identidad y el fortalecimiento del poder local.

- Los adultos mayores se reúnen o agrupan para realizar diversas actividades artístico cultural, recreativas, vacaciones subvencionadas por parte de SERNATUR, programas de recreación, deporte y folklore, actividades de autoayuda, prevención, salud, entre otras, logrando una serie de beneficios para la comunidad del adulto mayor, las actividades que realizan van desde pilates, yoga, serie de cursos de capacitación, donde les enseñan sobre tecnología, elaboración de proyectos y salud, entre otras cosas.

Por consiguiente, mejorar las condiciones de vida de los adultos mayores debe ser preocupación de políticas públicas, así mismo tema de sensibilización de todos nosotros y debe notarse en las actividades que se desarrollen tanto en salud, recreación, educación, integración, etc.

III PARTE

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

CAPITULO VI

FACTORES PROTECTORES QUE FACILITAN LA PARTICIPACIÓN SOCIAL Y MEJORAN LA CALIDAD DE LA VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES, DE LA COMUNA DE RANCAGUA

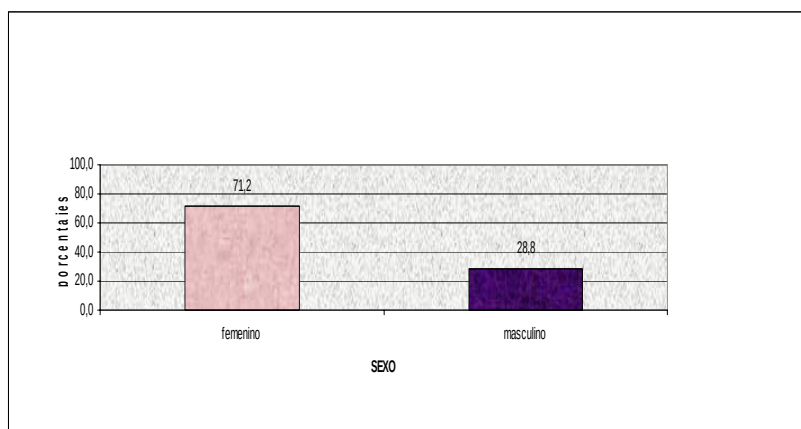
Los resultados del análisis de esta investigación, se obtuvo a partir de la aplicación del programa estadístico SPSS, gráficos de excell y para la presentación de los resultados de esta investigación se ocupo el programa Word, utilizando las variables presentadas en el diseño metodológico y que son parte de las hipótesis de investigación.

Considero necesario señalar que de la muestra inicial de 60 adultos mayores sólo se encuestaron a 52 personas de diferentes organizaciones de adultos mayores, que pertenecen a la comuna de Rancagua, ya que en la práctica me encontré que en la Asociación de Pensionados y Jubilados de Cachapoal asistían solo 30 personas permanente a talleres, lo que no me permitía avanzar con la encuesta, así que fui a otras organizaciones donde participan adultos mayores.

A continuación se presentan los resultados del Instrumento aplicado “encuesta”. En una primera instancia, se entrega una visión general de los adultos mayores que participaron de este proceso y que pertenecen alguna organización social:

1.1 Identificación socioeconómica de los adultos mayores

Gráfico N° 2
Adultos Mayores según sexo

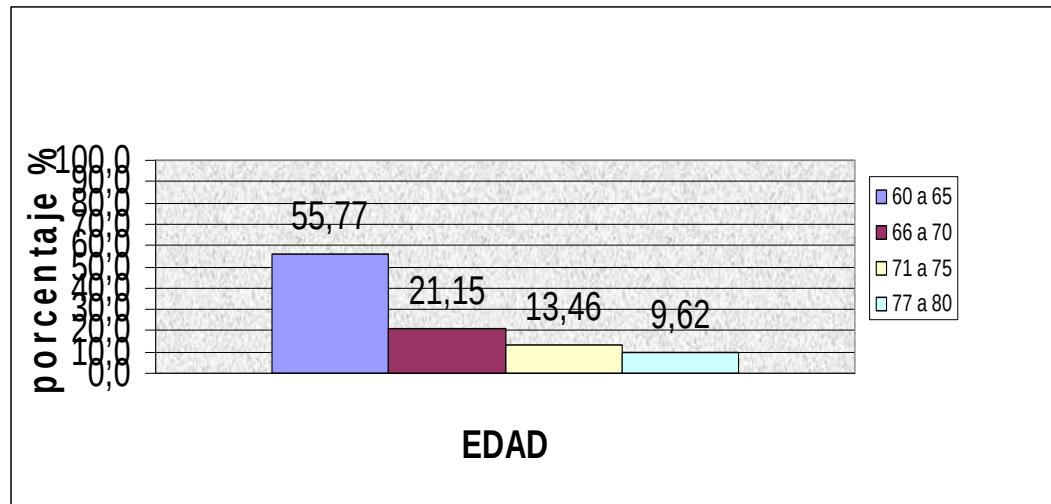


Fuente: Investigación Directa.

Al observar el gráfico N° 2, se distingue que **la participación por sexo** en números absolutos esta dada por una mayor presencia de mujeres, siendo muy superior a la del sexo opuesto. Se encuestó a 37 mujeres equivalente a un 71.2 % y 15 hombres (28.8%). Esta muestra es representativa a la realidad que se da en la comuna de Rancagua, donde la presencia de las mujeres es mucho mayor que los hombres, según datos del Censo 2002 (op cit) corresponde 12.264 a mujeres y 9.366 a hombres.

Gráfico N° 3

Adultos Mayores según edad



Fuente: Investigación Directa.

Respecto a la **edad** de lo/as encuestado/as, el gráfico N° 3 indica que mayormente fueron entrevistado/as, aquello/as que están en el tramo de edad de 60 a 65 años con un 55.77% (29 AM).

Cuadro N° 2

Estado civil

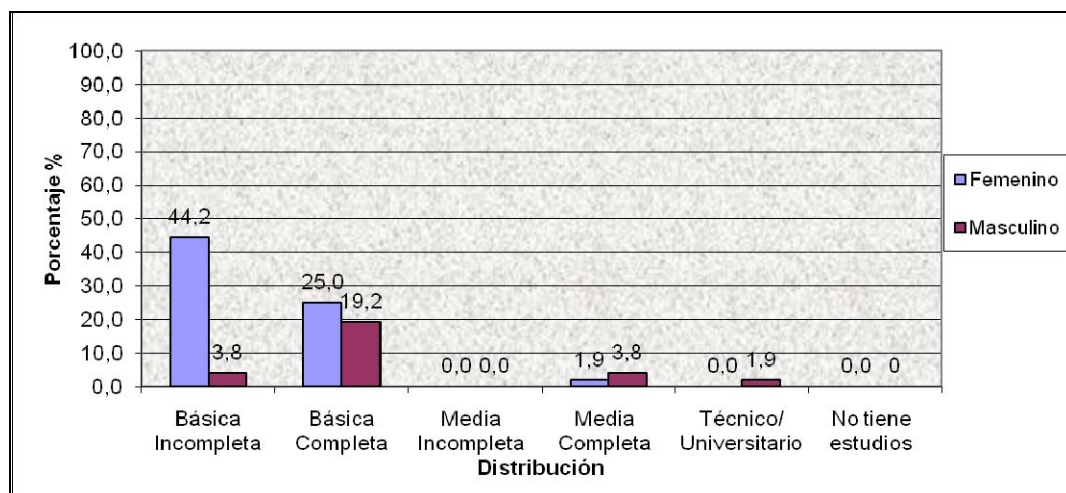
Estado civil	Fem.	%	Masc.	%	total	%
Soltero/a	1	1,9	1	1,9	2	3,8
Casado/a	12	23,1	11	21,2	23	44,2
Viudo/a	17	32,7	2	3,8	19	36,5
Separado/a						
Divorciado/a	7	13,5	0	0	7	13,5
Conviviente	0	0,0	1	1,9	1	1,9
total	37	71,2	15	28,8	52	100,0

Fuente: Investigación Directa.

En relación al **Estado Civil** (véase cuadro N° 2) de lo/as adultos mayores encuestado/as, el que más predomina en proporción al estado civil es la condición de casado/a alcanzando al 44.2 % (23 A.M), seguido de lo/as viudo/as con un 36.5% (19 A.M). Es importante destacar que el estado civil predominante en los hombres es el casado con 21.2 % (11 A.M), mientras para las mujeres el estado civil más común es viudas 32.7% (17 AM), seguida de la condición de separada y/o divorciada con 13.5% (7 AM).

Gráfico N° 4

Nivel educacional



Fuente: Investigación Directa.

El **nivel educacional** alcanzado por lo/as adultos mayores entrevistado/as, prevalece la educación básica incompleta con 48,1% equivalente a 25 adultos mayores, cursando hasta 4 grado. Es aquí donde se encuentran grandes diferencias por género. Del porcentaje anteriormente

señalado, el 44.2% (23 mujeres) no completaron su enseñanza básica, los motivos fueron: dejar de estudiar por comenzar a trabajar o porque se casaron y tuvieron que comenzar a criar a sus hijos, convirtiéndose además en dueñas de casas. En segundo lugar, el 44.2% (23 personas, diez hombres y trece mujeres), señalaron haber alcanzado la enseñanza básica completa; 3 personas alcanzaron la enseñanza media completa y un adulto mayor paso por la universidad. En este grupo no existe analfabetismo, sin embargo, “a nivel de la sexta región el analfabetismo alcanza a 22.1%” (CASEN 2000; op cit: 36). También es importante destacar que son los hombres quienes alcanzan estudios medios, técnicos o universitarios, más que las mujeres.

Cuadro N° 3

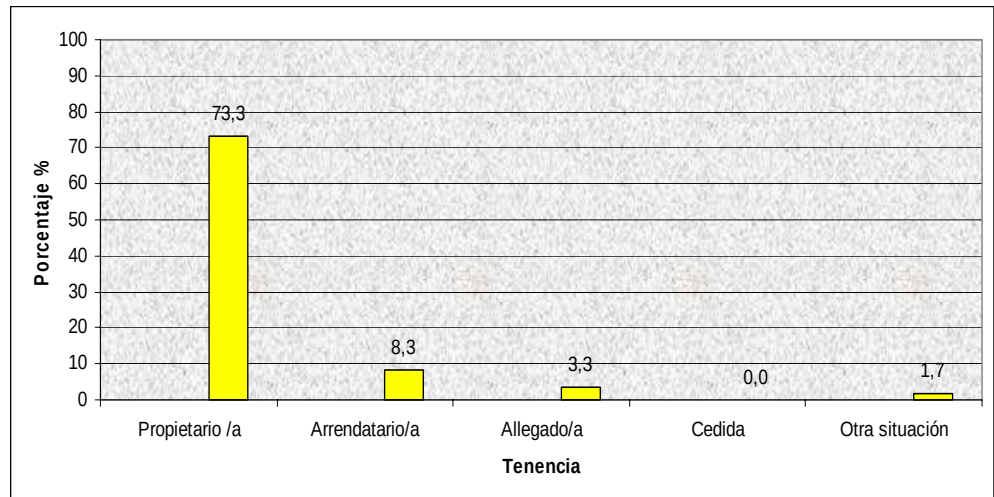
Lee y escribe

Usted lee:	Bien	27	51,9 %
	Regular	24	46,2 %
	Nada	1	1,9%
Total		52	100 %
Usted escribe	Bien	25	48,1 %
	Regular	23	44,2%
	Nada	4	7,7 %
Total		52	100 %

Fuente: Investigación Directa.

Ante la pregunta **Usted lee y escribe** se concluye que el 51.9% (27 A.M) lee y el 48.1% (25 A.M) escribe bien. Quienes contestaron que lo hacían regular y/o mal, señalaron que se debe solamente al desuso y al paso del tiempo.

Gráfico N° 5
Tenencia de la vivienda



Fuente: Investigación Directa.

La **tenencia de la vivienda** fue analizada y se puede hacer mención que un 73,3 % (44) de lo/as adultos mayores son propietario/as, seguido de la condición de arrendatario/a con un 8.3 % (5). Un 3.3 % (2) vive de allegado/a en casa de un familiar directo, sea hijo/a, hermanos. Quien señalo tener otra situación (1.7%) fue una mujer, quien indica que vive en vivienda dejada por sus padres y que es una herencia que debe compartirla con hermanos.

Cuadro N° 4

Trabaja

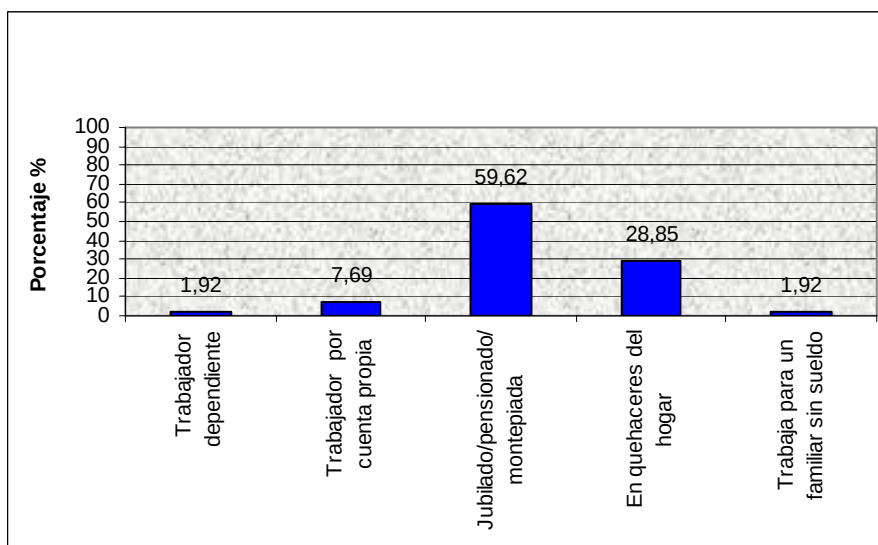
Usted trabaja	Nº Fem.	%	Nº Masc.	%	Nº AM	%
Si	5	9,6	5	9,6	10	19,2
No	32	61,5	10	19,2	42	80,8
Total	37	71,2	15	28,8	52	100,0

Fuente: Investigación Directa.

Respecto a la **situación laboral**, en el momento de la entrevista el 80,8% de lo/as adultos mayores manifestaron no estar trabajando. De ese porcentaje el 61,5% lo conforman mujeres y 19,2 % hombres (véase cuadro N° 3).

Gráfico N° 6

Situación laboral actual



Fuente: Investigación Directa.

Se persistió en la **situación laboral actual** (véase gráfico N° 6) y se encontró que en la actualidad la mayoría de las personas encuestadas tenían como ocupación ser personas pensionado/as, jubilado/as y/o montepiadas con un 59,62% (31 personas), seguida de adultos mayores que se desempeñan en quehaceres del hogar 28,85% situación que corresponde solamente a la mujer y 9.62 % equivalente a 5 adultos mayores que se encuentran trabajando ya sea por cuenta propia o como trabajador dependiente. Por último, con un 1.92% está aquellas personas que se encuentran trabajando para un familiar sin obtener remuneración.

Cuadro N° 5
Procedencia de los ingresos

Los ingresos provienen de :	Frecuencia	%
Jubilación/Pensión/Montepío	30	57,69
Sueldo	7	13,46
PASIS	5	9,62
Ingresos aportados por familiares	10	19,23

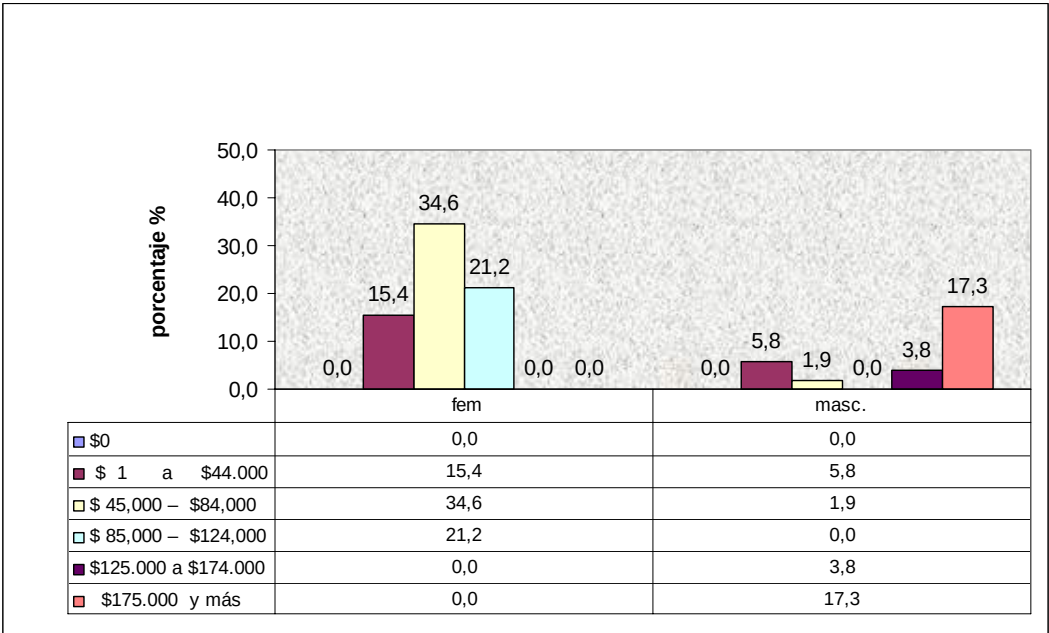
Fuente: Investigación Directa.

Siguiendo con lo anterior y tratando de ir entregando los datos de una manera coherente, se puede señalar que la **principal fuente de ingresos** de los adultos mayores proviene de la Jubilación/pensión y/o montepío representado por 57,69 % (30 AM). Después nos encontramos con un número menor pero igualmente significativo de 10 adultos mayores

(19,23% son mujeres) donde su principal ingreso proviene de los aportes otorgados por familiares, sea de su cónyuge, pareja, hermanos, hijos u otro pariente. A lo anterior, se encuentran los 5 adultos mayores (hombres) que tienen un sustento económico derivado de un sueldo.

Gráfico N° 7

Ingreso personal



Fuente: Investigación Directa.

Tal cual se ve en el gráfico N° 7 el **Ingreso personal** de los adultos mayores en promedio mensual corresponde al rango de \$45.000 a \$84.000 que representa el 34.6% (19 personas), seguido del rango \$85.000 a \$124.000 con un porcentaje de 21.2% (11 personas) respectivamente. Quienes respondieron tener un ingreso personal mensual a \$175.000 y más

fueron 9 adultos mayores. De esta situación se puede observar diferencias por sexo notables siendo los hombres quienes cuentan con mayor ingreso. Cuando se les iba consultando por el ingreso, todo/as concordaron en decir que el ingreso no era personal sino que debían considerarlo para todos los gastos mensuales del hogar. Otra situación es que no dan a conocer en su totalidad sus sueldos solo una parte o porcentaje de éste.

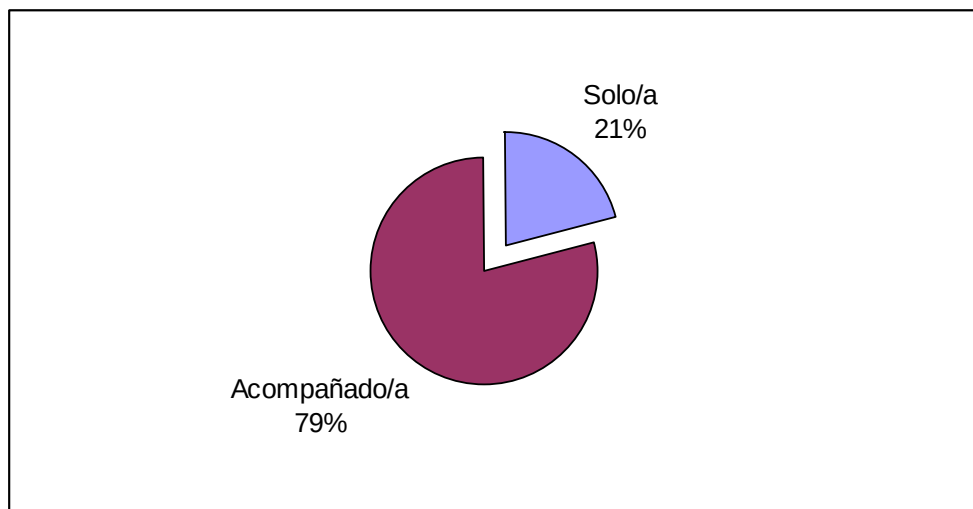
En diálogos y conversaciones con los adultos mayores encuestados se les consulta si la situación laboral actual es justa, todos coinciden que laboralmente y económicamente es injusta, que es “peor” que años anteriores, que sus ingresos disminuyeron, la jubilación que reciben no se ve reflejada con los ingresos que percibieron cuando estuvieron económicamente activos. Que por derecho merecen percibir un aumento en su jubilación ya que la vida diaria se encarece. Además indicaron que el monto de ingreso “a veces” le impide desarrollar actividades del diario vivir. Por lo tanto, el nivel de ingreso es un factor de riesgo u obstaculizador, para satisfacer algunas necesidades básicas de alimentación, salud, accesos, recreación, etc., lo que de alguna forma va afectando y/o mejorando su calidad de la vida .

1.2. Antecedentes Familiares

Antes de comenzar el análisis de los antecedentes familiares quisiéramos señalar que este punto se abordó el tema de distintas maneras, se les consultó a los adultos mayores sobre la Jefatura del Hogar, si vivían solos o acompañados, si aportaban económicamente siendo jefes de hogar, cómo se relacionaban con los familiares, etc. Hubo 20 preguntas relacionadas a este punto, de las cuales para este análisis se trabajará en dos partes y dejarán aquellas más relevantes en cuanto a las respuestas que dieron lo/as adultos mayores entrevistado/as.

Gráfico N° 8

Con quién/es vive el adulto mayor



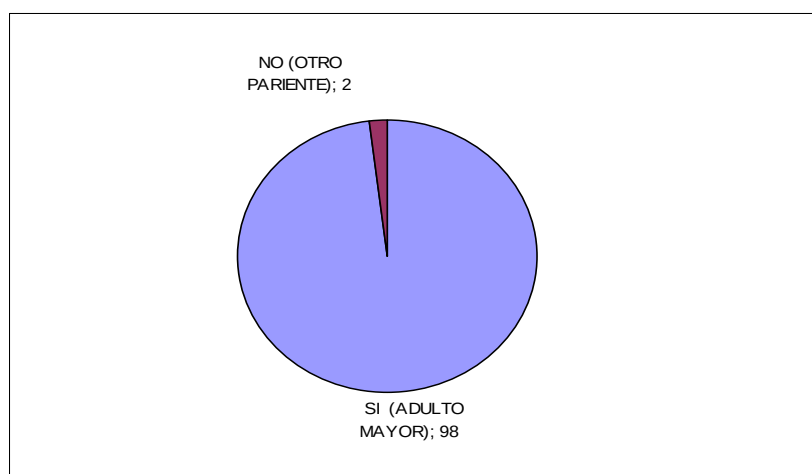
Fuente: Investigación Directa.

Cuando se indagó **con quién vivía el adulto mayor y con quién se relaciona** se observó que el 79% (41 adultos mayores) vivía acompañado/a

con algún pariente (cónyuge, hijo, nieto, etc.) y el 21% (11 personas) vivían solo/a, esta última cifra va en aumento en la medida que pasan los años; el mayor desarrollo económico que ha tenido el país en la última década no sólo ha permitido que las personas vivan más años sino que ha implicado cambios en las configuraciones del hogar en que viven. En la medida en que las familias jóvenes han tenido más oportunidades de obtener una vivienda propia y que han podido independizarse de sus padres, es probable que los adultos mayores vivan más sin sus hijos. Así, han aumentado las personas de la tercera edad que viven únicamente con sus parejas o solos (Herrera et al, 2008: 1).

Gráfico N° 9

Jefatura del hogar



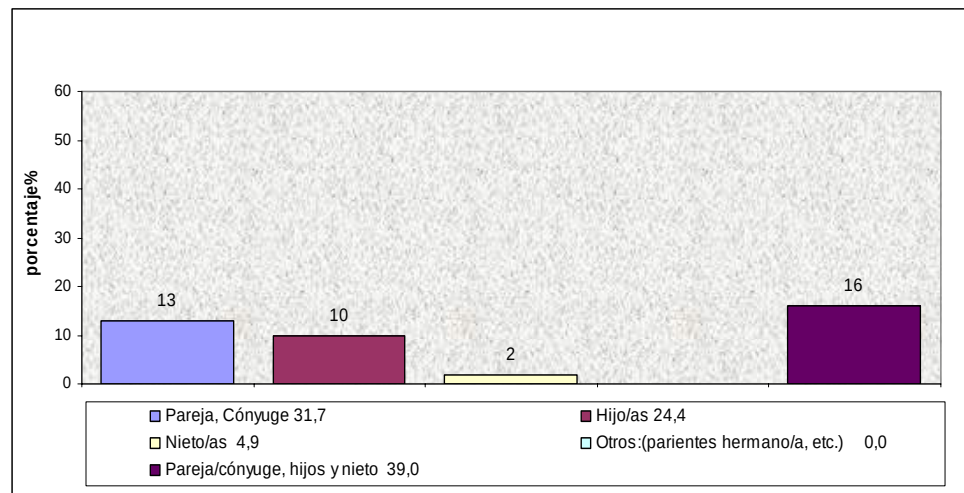
Fuente: Investigación Directa.

En cuanto a la **Jefatura del hogar**, el gráfico N° 9 muestra que el 98% (51 personas) se denomina “jefe/a de hogar”. De lo/as 51 personas, 36 son mujeres equivalente al 90%, produciéndose aquí el fenómeno de la feminización de las jefaturas de hogar, significa que a mayor edad, mayor es la feminización de edad, como se señala en la encuesta Casen 2000 (op cit.), el factor edad ligado con la mayor longevidad que evidencia la mujer y la condición de viudez hace que se de que las jefaturas aumenten y sean encabezadas por mujeres en esta etapa de la vida. Todos los adultos mayores (hombres y mujeres) aportan recursos al hogar “considerándose o no jefe/a de hogar”.

Según datos del censo 2002 (op cit), un 48% de los adultos mayores encabezaba como jefe o pareja un hogar con presencia de otros familiares y/o no familiares de distintas edades y un 12% vivía en casa de otros en posición principalmente de padres o suegros es decir, estarían de “allegados” en hogares de otras personas. Un 30% de los adultos mayores vive en hogares independientes (18% en pareja y 12% solos) y un 10% de los hogares corresponden a formas compartidas, por ejemplo, hermanos o amigos.

Gráfico N° 10

Grupo familiar del adulto mayor



Fuente: Investigación Directa.

A la pregunta **quién integra su grupo familiar**, al ver gráfico N°10, los que declararon vivir acompañados (79%), señalan que su grupo familiar está conformado por su cónyuge/pareja, hijos y nietos equivalente al 39% (16 personas) seguido de aquello/as que dicen vivir con su pareja 31.7% (13 personas).

Según datos obtenidos a partir de los dos últimos censos (1992 y 2002) en Chile, se puede constatar que más de la mitad de los adultos mayores vive en hogares extensos, con presencia de otros familiares, especialmente hijos. Los principales cambios entre 1992 y 2002 confirman el aumento de hogares de menor tamaño, formados por adultos mayores viviendo solos o únicamente con sus parejas. También se producen cambios

en las configuraciones del hogar según la edad de las personas. A medida que ésta transcurre aumenta el allegamiento en casas ajenas, así como quienes viven solos. Como contraparte, disminuyen los adultos mayores viviendo únicamente con sus parejas y se hace menos frecuente el hecho de encabezar hogares extensos (ibid).

Cuadro N° 6
Número de integrantes en el grupo familiar

Nº Integrantes	Nº de AM	%
No tiene	11	21,15
1 a 3 personas	25	48,08
4a 6 personas	14	26,92
7 o más	2	3,85
Total	52	100

Fuente: Investigación Directa.

Respecto a las configuraciones familiares y en relación al **número de personas con las que comparte vivienda**, 25 adultos mayores (48%) tiene como promedio 1 a 3 personas como integrantes de su grupo familiar; 14 personas (26,92%) tienen en promedio entre 4 a 6 personas como integrantes. Hay 2 adultos mayores viven con 7 o más personas, lo anterior refleja que el tipo de familia que más predomina en los adultos mayores entrevistado/as es la familia extensa compuesta por pareja, hijos, nietos, viviendo hasta tres generaciones.

Cuadro N° 7

Toma de decisiones

Quién toma las decisiones en el hogar	Frecuencia	%
Pareja, cónyuge	14	26,9
Hijo/as	3	5,8
Nieto/as	0	0,0
Otros:(parientes hermano/a, primo/a, etc.)	0	0,0
El propio adulto mayor	35	67,3
Total	52	100.0

Fuente: Investigación Directa.

En relación a la pregunta **quien toma las decisiones**, el cuadro N° 7 muestra que 35 adultos mayores (67,3%) toman las decisiones en el hogar, la mayoría de los encuestado/as son jefe/as de hogar y aportan con ingresos. Solo 3 adultos mayores (5.8%) señala que lo hacen sus hijos, debido a que viven con ellos y comparten las decisiones en el hogar.

Cuadro N° 8

Quién toma las decisiones

Usted toma las decisiones frente a situaciones y/o problemas que se presentan en el Hogar	Frecuencia	%
Siempre	46	88,5
A veces	6	11,5
Rara vez	0	0,0
Nunca	0	0,0
Total	52	100,0

Fuente: Investigación Directa.

Frente a **quién toma las decisiones en situaciones y/o problemas que se presenten en el hogar**, según lo que se rescata en el cuadro anterior N° 8; 46 adultos mayores (88.5%) respondieron que **siempre** toman las decisiones, esta cifra es mayor a la que se indicó en el cuadro N° 6 donde el 67.3% lo hacía. Un 11,5% (6 personas) respondieron **a veces**, ningún/a encuestado/a señaló **rara vez y/o nunca**. Se destaca aquí que la toma de decisiones siempre se hace con la participación y opinión de los adultos mayores, percibiéndose que esta situación es necesaria y trascendental a diferencia de otros escenarios donde el rol del adulto mayor dentro de la familia no es fundamental, no se incluye, no se les informa de todo lo que ocurre dentro de la misma, se les y se menoscaba.

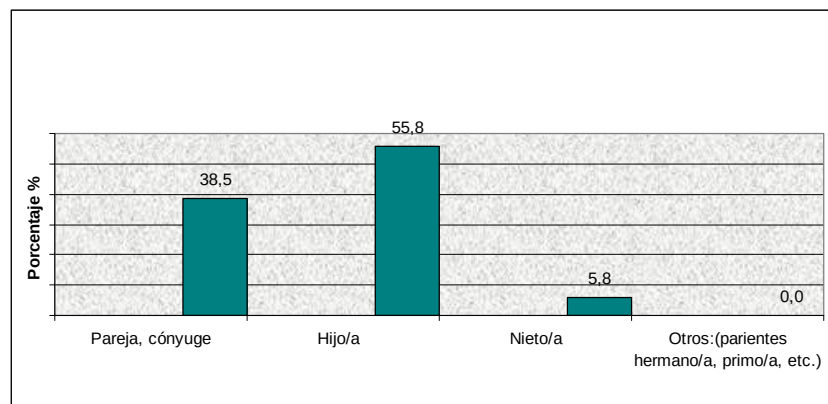
Por lo tanto, no tenemos que perder la esperanza, la buena convivencia en estos tiempos todavía se da, como aparece en la monografía “Factores psicológicos intervinientes en la calidad de vida de personas en la etapa de la vejez” (Zuleta et al, s/f, s/p), donde se indica que la familia es todavía la fuente primaria de apoyo emocional y en la edad avanzada tiene sus propias características especiales. Ante todo es probable que sea multigeneracional. La mayoría de las familias de las personas de edad avanzada incluyen por lo menos tres generaciones; muchas alcanzan cuatro o cinco. La presencia de tantas personas es enriquecedora pero también crea presiones especiales. Además, la familia en la edad avanzada tiene una historia larga, que también presentan sus más y sus menos. La larga

experiencia de afrontar tensiones puede dar confianza a estas personas en el manejo de cualquier situación que la vida ponga en su camino. Por otra parte, muchos ancianos aún están resolviendo asuntos inconclusos de la niñez o de la edad adulta temprana. Muchos eventos de la vida son especialmente típicos de la familia de edad avanzada (aunque no se limitan a ellas): volverse abuelo o bisabuelo, retirarse del trabajo y perder al cónyuge. Las relaciones personales, especialmente con los miembros de la familia, continúan siendo importantes bien entrada la vejez (ibid).

Siguiendo con lo anterior y para continuar con los datos arrojados en la encuesta aplicada a los adultos mayores se analizará el punto que tiene que ver con la percepción del adulto mayor frente al apoyo familiar que reciben.

Gráfico N° 11

Relación familiar (G° de importancia)



Fuente: Investigación Directa.

En el gráfico N° 11 se señala que 29 adultos mayores (55.8%) se relacionan al interior de la familia con sus hijos y recurren a ellos cuando lo necesitan. Seguido de las Parejas y/o cónyuges con 38.5%; con los nietos (7.7%) y otros parientes (15, 4%) aparecen mencionados, sin embargo preferentemente son los hijos los actores importantes cuando los adultos mayores necesitan solucionar algún problema.

Cuadro N° 9

Cómo considera la relación con su familia

Cómo considera la relación con su familia	Frecuencia	%
Muy buena	19	36,5
Buena	28	53,8
Regular	5	9,6
Mala	0	0,0
Muy mala	0	0,0
Total	52	100,0

Fuente: Investigación Directa.

El sentimiento o percepción de los adultos mayores frente a **cómo considera la relación familiar** (cuadro N° 9) y con las personas que integran su núcleo familiar es “muy buena” 53,8% (28), “buena” 36,5% (19) y “regular” en un 9,6% (5), esta situación esta dado por la percepción que ello/as tienen frente a la dinámica familiar.

Cuadro N° 10
Le ayudan cuando lo requiere

Le ayudan cuando lo requiere	Frecuencia	%
Siempre	40	76,9
Casi siempre	0,0	0,0
A veces /rara vez	8	15,4
Pocas veces	0,0	0,0
Nunca	4	7,7
Total	52	100,0

Fuente: Investigación Directa.

En relación si los familiares **le ayudan cuando lo requiere**, el 76,9% (40) de los adultos mayores señalaron que “siempre”, el 15, 4% (8) opto por la opción “a veces/rara vez) y 7,7% (4) se inclinaron por la alternativa “nunca”. (véase cuadro N° 10).

Cuadro N° 11
Límites en su diario vivir

Existen personas que le ponen limites en su diario vivir	Frecuencia	%
Siempre	0,0	0,0
A veces	20	38,5
Nunca	32	61,5
Total	52	100,0

Fuente: Investigación Directa.

Por otra parte, se les consultó si **existen personas que le ponen límites en su diario vivir** (cuadro N° 11). Hubo 38,5% (32) quienes manifestaron que “nunca” le han puesto ningún tipo de limite, aún cuando existe 38,5% (20) quienes señalaron que “a veces” sienten que le ponen algún tipo de límite cuando necesitan realizar algún trámite, aquellas actividades que involucre decidir, además de otras situaciones que están ligadas a:

- Ir a comprar (7.7%)
- Ir a control médico (3,8%)
- Visitar amigos o familiares (2,0%)

Sin embargo, el apoyo es bien percibido, aún cuando los adultos mayores son claros y decididos en responder, principalmente a lo referido a situaciones de conflictos que se presentan dentro del grupo familiar.

Existen otro tipo de apoyo y relaciones que tiene que ver con su entorno, con los vecinos y la convivencia que tienen con ellos. Respecto a lo anterior se aplicaron 5 preguntas relacionadas con el tema ya que es un aspecto importante de analizar y que aporta para este estudio.

Cuadro N° 12

Personas en su entorno que lo quieran

Usted tiene personas en su entorno que lo quieran	Frecuencia	%
Familiares	42	80,8
Vecinos	6	11,5
Dirigentes, profesionales, técnicos o auxiliares	0	0,0
Nadie	4	7,7
Total	52	100,0

Fuente: Investigación Directa.

Los adultos mayores ante la pregunta **“usted tiene personas en su entorno que lo quieran”**, el 80,8% (42 personas) contestaron que son los familiares quienes más los quieren; seguido de sus vecinos 11,5% (6) y sólo 4 adultos mayores (7,7%) indicaron que “nadie”, hay que señalar que quienes se inclinaron por esta respuesta son parte de aquellas personas viven completamente sola.

Cuadro N° 13

Se relaciona con sus vecinos

Usted se relaciona con sus vecinos	Frecuencia	%
Siempre	36	69,2
Rara vez	16	30,8
Nunca	0	0,0
Total	52	100,0

Fuente: Investigación Directa.

Continuando con el análisis para esta investigación, se pudo establecer que la mayoría de lo/as adultos mayores entrevistado/as señaló que “siempre” (69,2%) se relacionan con sus vecinos y un 30,8% “rara vez” lo hacían, sin embargo, todos coinciden que el vínculo que establecen con estas personas es “bueno”, mostrándose agradables y comunicativos al compartir con los vecinos. Se puede decir entonces que se relacionan o interactúan con ellos por:

- Amistad: celebraciones de fechas importantes y significativas para ambos.
- Necesidad, ayuda o frente a un problema.
- Convivencia, para realizar alguna actividad vecinal.
- El 50% de lo/as adultos mayores **nunca** se ha sentido solo/a a pesar de estar en compañía de otro.

El apoyo social de los vecinos y su entorno es un soporte importantísimo para ellos, para no sentirse solos. Además, la solidaridad y la compañía contribuye a crear mecanismos que le permiten satisfacer sus necesidades básicas, son los vecinos (los amigos) como lo señalaron algunos entrevistado/as un soporte importante a veces mucho más que los propios familiares.

1.3. Antecedentes de Salud

La salud y el bienestar de los adultos mayores son afectados por muchos aspectos: sociales, materiales, estilos de vida, relaciones familiares y con su entorno, prestaciones previsionales, uso de servicios de atención en salud. Dependiendo como se satisfagan estos aspectos será como funcionaran los factores protectores (positiva o negativamente) en los adultos mayores y en su calidad de vida.

Uno de los índices que mide calidad de vida es el estado de salud que tienen las personas.

El programa de Salud Mental de la OMS, en el Foro Mundial de Salud (OMS, 1996) definió la calidad de vida como “la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como la relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo ello matizado por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales”

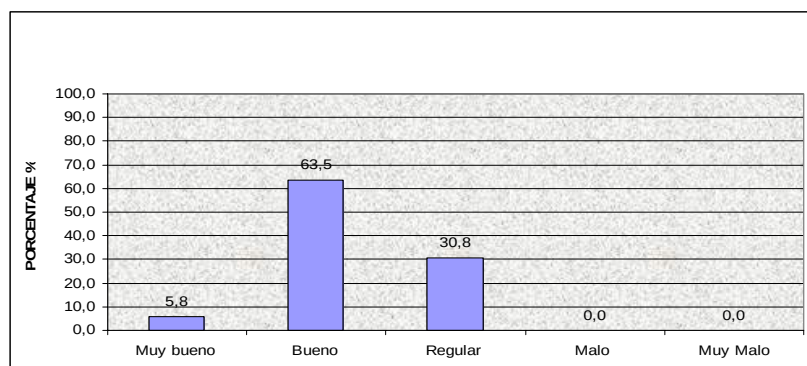
Por consiguiente el concepto es integrador comprendiendo todas las áreas de la vida y hace referencia tanto a las condiciones objetivas y subjetivas de una persona para la satisfacción de sus necesidades.

A partir de lo anteriormente señalado, sigo con el análisis de los principales componentes que se asociaron a la situación de salud de los adultos mayores son:

- Estado de salud (percepción)
- Sistema previsional
- Atención
- Frecuencia de controles médicos
- Presencia de enfermedades, etc.

A los Adultos mayores se les consultó en la entrevista por su estado de salud (como lo percibían) éstos señalaron mayoritariamente que es “Buena” con un 63,5% (33 personas) y “Regular” 30,8% (16 adultos mayores); 3 de los encuestados (5,4%) señalo sentirse “Muy Bien”; nadie se inclino por la alternativa “malo y/o muy malo”, (véase gráfico N° 12).

Gráfico N° 12
Su estado de salud es

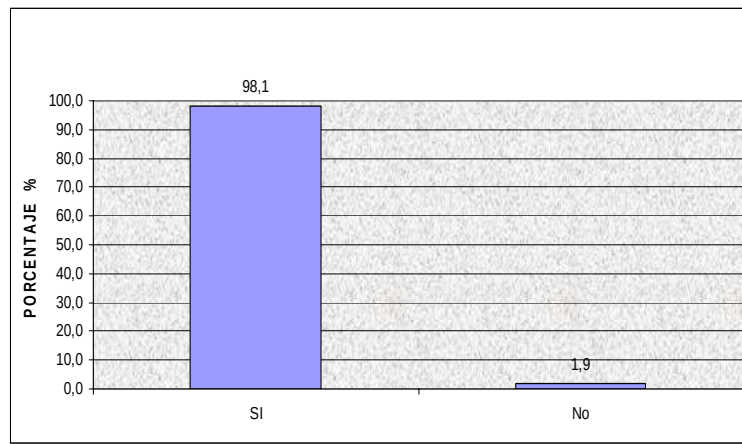


Fuente: Investigación Directa.

La percepción o el sentir su situación de salud (muy buena, buena, regular, mala o muy mala) puede deberse a la presencia de enfermedades propias de la edad o al estado de fragilidad que comienza aumentar al transcurrir los años.

Gráfico N° 13

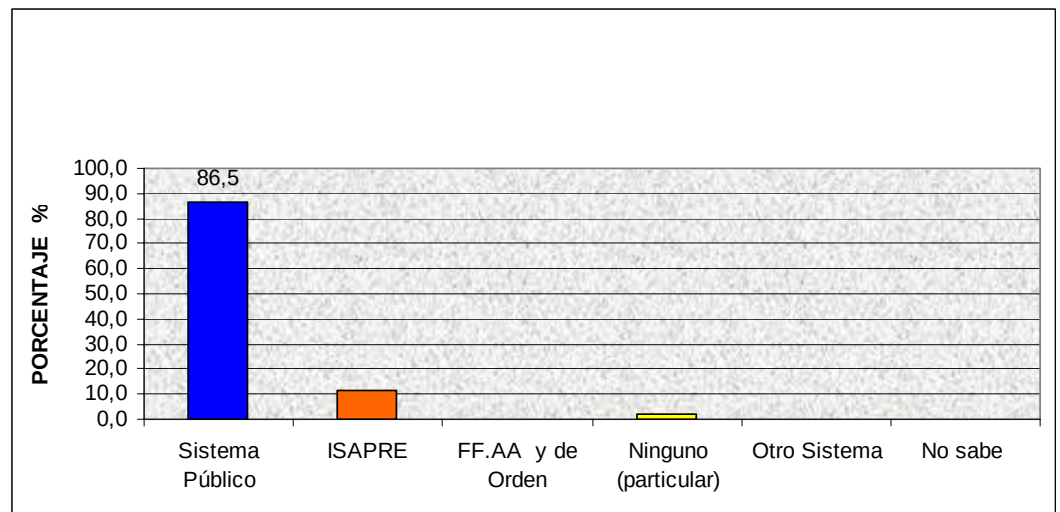
Cuenta con previsión en salud



Fuente: Investigación Directa.

Ante la pregunta **Cuenta con previsión en salud (gráfico N°13)**, 51 adultos mayores (98,1%) señalaron pertenecer a algún sistema previsional en salud, solo 1 persona (1,9%) indicó no contar con previsión, aunque se atendía en el consultorio con gratuidad del Estado.

Gráfico N° 14
Sistema previsional de salud



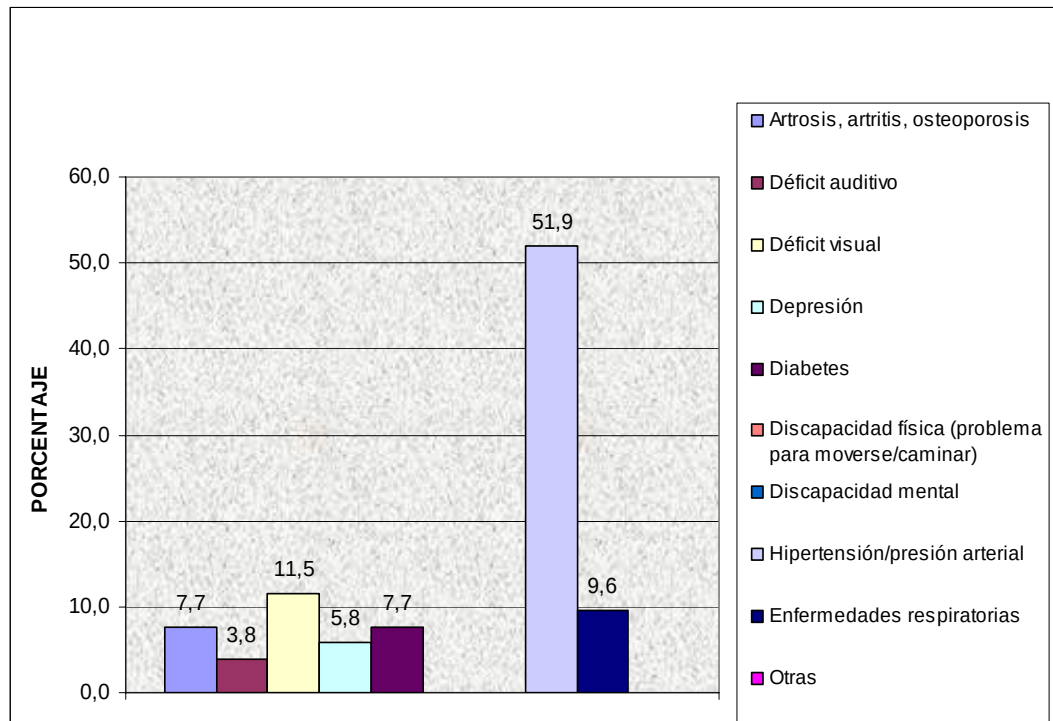
Fuente: Investigación Directa.

En cuanto al tipo de **sistema previsional de salud** al que pertenecen los adultos mayores entrevistados, 45 personas (86,5%) se encuentran afiliados al sistema Público FONASA, 6 entrevistado/as (11,5%) se encuentran afiliados a ISAPRE, mayoritariamente personas que por su empleo anterior, por el lugar donde trabajaron y/o donde trabajaron sus cónyuges, están afiliado/as a la Fundación de Salud de Trabajadores de Codelco (FUSAT) sistema privado de salud y como se indicó anteriormente solo una persona no cuenta con previsión en salud.

Al comparar las cifras anteriores con los datos arrojados por la Encuesta Casen 2000 (op cit.) se evidencia que en la VI Región el uso del sistema público de atención de la salud es de 88,4%, situación que no se aleja a lo expresado por los adultos mayores entrevistados 1,9% puntos

porcentuales menos que a nivel regional y 1,4% puntos más abajo que el promedio nacional.

Gráfico N° 15
Presenta alguna de estas enfermedades



Fuente: Investigación Directa.

El gráfico N° 15 muestra que los 52 adultos mayores encuestado/as padecen mayoritariamente de enfermedades relacionadas al Sistema Cardiovascular (51.9% hipertensión/presión arterial); seguido de enfermedades relacionadas a desordenes oculares (11,5% déficit visual, uso de lentes, cataratas, glaucomas, entre otras). Después se presentan las enfermedades del tejido osteomuscular y conjuntivo (Artritis, osteoporosis,

etc.) y aquellas enfermedades propias del sistema respiratorio, ambas con un 9,6%. Las enfermedades que presentaron menor porcentaje (en esta muestra) fueron las relacionadas con sistema endocrino y metabólico (7,7% Diabetes), trastornos mentales y de comportamiento (5,8% depresión) y por último desordenes auditivos con un 3,8%. La información arrojada en el gráfico N°14 demuestra que las enfermedades sentidas por los adultos mayores, son las más comunes en términos generales y son las que se consideran para la realización de campañas preventivas en los establecimientos de salud.

Cuadro N° 14
Asiste a controles médicos

Asiste a controles médicos	Frecuencia	%
Si	52	100,0
No	0	0,0
Total	52	100,0
Los controles o atenciones médicas las realiza en:	Frecuencia	%
Sector Público (Hospital, Consultorio o Posta)	42	80,8
Sector Privado (Isapre, particular)	10	19,2
Otro	0	0,0
No asiste	0	0,0
Total	52	100,0

Fuente: Investigación Directa,

Como lo indica el cuadro N° 14, todos los adultos mayores asisten a controles médicos sea para **prevenir o tratar una enfermedad**. El 80,8% se atiende en el Sector Público (Hospital, Consultorio o Posta), el 19,2 % lo

hace de forma particular ISAPRE, contando con los medios para realizarlo ya que cuentan con un sistema previsional de salud y situación económica que se los permite.

Cuadro N° 15

Asiste a los controles médicos

Asiste a los Controles Médicos	Frecuencia	%
Solo/a	36	69,2
Acompañado/a	16	30,8
Total	52	100,0

Fuente: Investigación Directa.

El 69,2% de los adultos mayores asisten solos a los controles médicos y el 30,8% lo hace acompañado por algún familiar o persona cercana a ellos.

Cuadro N° 16

Cada cuanto tiempo (frecuencia)

Cada cuanto tiempo	Frecuencia	%
una vez al año	0	0,0
cada 6 meses	15	28,8
una vez al mes	31	59,6
cada quince días	0	0,0
1 vez a la semana	4	7,7
Nunca	2	3,8

Fuente: Investigación Directa.

La frecuencia con que asisten a los controles médicos mayoritariamente es “una vez al mes” (59,6%) para tratar una enfermedad,

seguido de la opción “cada 6 meses” (28,8%) para prevenir. También están los que señalaron “una vez a la semana” (7,7%) esta opción esta ligada a la participación en grupos de adultos mayores que funcionan dentro del consultorio, 2 personas (3,8%) señalaron “nunca” asistir a control.

Cuadro N° 17

Asistencia a los controles

Quando asiste a los controles lo hace para	Frecuencia	%
Tratar una enfermedad crónica	28	53,8
Prevenir enfermedades/control preventivo	24	46,2
Atención dental	0	0,0
Atención de urgencia	0	0,0
Recibir beneficios alimenticios	0	0,0
Atención podológica	0	0,0
Tratamiento kinesiológico	0	0,0
Exámenes laboratorio	0	0,0
Vacunación anti-influenza	0	0,0
No asiste	0	0,0

Fuente: Investigación Directa.

El adulto mayor encuestado/a **cuando asiste a los controles lo hace para** (véase cuadro N° 17):

- En primer lugar para tratar una enfermedad crónica (53,8%).
- En segundo lugar para prevenir enfermedades o control preventivo (46,2%) ya que los adultos mayores tienen mayor riesgo de enfermarse.
- Tercero nadie respondió otra alternativa.

Cuadro N° 18

Requiere de alguna ayuda técnica

Requiere de alguna ayuda técnica para	Frecuencia	%
Visión (lentes)	16	30,8
Audición (audífono)	2	3,8
Silla de rueda u otro soporte	0	0,0
No requiere	34	65,4
Total	52	100,0

Fuente: Investigación Directa.

Respecto a la utilización de alguna ayuda técnica externa para valerse por si mismo/a, indica que el 65,4% (34 personas) “no requiere” ninguna ayuda. Sin embargo para realizar actos comunes de la vida diaria un 30,8% (16 AM) necesitan lentes y un 3,8% (2 AM) requiere de audífonos.

Cuadro N° 19

Siente que la enfermedad/es que presenta influye en su calidad de vida

Usted siente que la enfermedad/es que presenta influye en su calidad de vida	Frecuencia	%
SI	28	53,8
No	24	46,2
Total	52	100,0

Fuente: Investigación Directa.

Las enfermedades crónicas, las enfermedades no tratadas o el sentimiento de fragilidad por parte del adulto mayor, puede comprometer la capacidad de valerse por si mismo. Si el adulto mayor se siente sano puede vivir mejor y tener una mejor calidad de vida.

Lo anterior permite ir visualizando si los antecedentes de salud y las enfermedades que presentan los adultos mayores, influyen en su calidad de vida. Un 53,8% (28 personas) sienten que “SI” influye y 24 personas (46,2%) señalan que “NO” les influye en su diario vivir, ni en su calidad de vida.

1.4. Calidad de Vida, Autonomía y Participación Social.

La vejez es una etapa de la vida que puede tener buena o aceptable calidad de vida. Esa situación se puede lograr si la propia persona asume como tarea el hecho que debe realizar ciertas actividades y acciones preventivas, asumiendo un papel activo en el resguardo de su propio bienestar.

En esta etapa de la vida la principal preocupación tanto del adulto mayor, familiares, amigos y del entorno, debe estar orientada a mejorar y mantener la salud en él a un nivel alto de funcionamiento, cuyo único fin es una mayor autonomía. Al tener una mayor autonomía incide en una mejor calidad de vida que le permite a la vez mantenerse activo y útil.

A continuación se exponen los resultados y análisis relacionados al punto **“Calidad de Vida, Autonomía y Participación Social”**.

La encuesta que se aplicó a los adultos mayores permitió indagar sobre la percepción que tienen ello/as para enfrentar las situaciones difíciles de su vida y las tareas cotidianas, básicas o necesarias, para llevar una vida independiente y autónoma.

En general, las actividades del diario vivir están relacionadas a situaciones de carácter físicos, psicológicos y socioambientales.

Cuadro N° 20

Actividades de su diario vivir relacionadas a la parte física

	Siempre		A veces		Nunca	Total AM	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº
En su diario vivir usted:							
Tiene dificultades, para ver TV, coser, ver la hora, etc.	0	0,0	15	28,8	37	71,2	52
Tiene dificultades para escuchar y seguir única conversación	4	7,7	14	26,9	34	65,4	52
Tiene dificultades para moverse , estirarse y/o agacharse	0	0,0	9	17,3	43	82,7	52
Realiza actividades de la vida diaria en forma independiente	52	100,0	0	0,0	0	0,0	52
Puede salir cerca de casa sin compañía	52	100,0	0	0,0	0	0,0	52
Puede tomar locomoción sin compañía	52	100,0	0	0,0	0	0,0	52
Ha sufrido caídas en los últimos 6 meses	0	0,0	8	15,4	44	84,6	52
Puede subir escaleras solo/a	52	100,0	0	0,0	0	0,0	52
Puede caminar varias calles	52	100,0	0	0,0	0	0,0	52
Puede bañarse o vestirse solo/a	52	100,0	0	0,0	0	0,0	52
Realiza alguna actividad física recreativa	35	67,3	11	21,2	6	11,5	52

Fuente: Investigación Directa.

Las actividades de su diario vivir relacionadas a la parte física dan cuenta que alguno/as de lo/as adultos mayores “a veces” presentan dificultades para ver TV, estirarse, seguir una conversación etc. Otra situación a rescatar y que tiene que ver con la autonomía e independencia de los adultos mayores es que el 100% de ellos señalaron que **siempre** podían realizar lo siguiente:

- actividades de la vida diaria en forma independiente
- salir cerca de casa sin compañía
- tomar locomoción sin compañía
- subir escaleras solo/a
- caminar varias calles
- bañarse o vestirse solo/a

Cuadro Nº 21

Actividades de su diario vivir relacionadas a la parte psicológica

	Siempre		A veces		Nunca	Total AM	
En su diario vivir usted:	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº
Ha tenido poco ánimo para levantarse o realizar los quehaceres	0	0,0	21	40,4	31	59,6	52
Le cuesta recordar las cosas	0	0,0	38	73,1	14	26,9	52
Tiene algún tipo de problema que le ocasione tristeza	6	11,5	16	30,8	0	0,0	22
Expresa sus sentimientos	37	71,2	9	17,3	6	11,5	52
Cuando lo necesito hay alguien que me expresa afecto y me anima	45	86,5	7	13,5	0	0,0	52
Yo estoy dispuesta/o a responder de mis actos	52	100,0	0	0,0	0	0,0	52
Se siente feliz la mayor parte del tiempo	47	90,4	5	9,6	0	0,0	52
Esta de ánimo la mayor parte del tiempo	49	94,2	3	5,8	0	0,0	52

Fuente: Investigación Directa.

Las actividades de carácter psicológico están relacionadas a percepciones, estado de ánimo o situaciones subjetivas que siente el adulto mayor. Siguiendo con el análisis la gran mayoría de lo/as encuestado/as indicaron que “a veces”:

- han tenido poco ánimo para levantarse o realizar los quehaceres
- le cuesta recordar las cosas
- tienen algún tipo de problema que le ocasione tristeza.

El sentir tristeza, no recordar las cosas o tener poco ánimo para levantarse tiene su origen en situaciones que van desde : el retiro de la vida activa o jubilación - nido vacío - viudez de uno de los cónyuges -

enfermedades o a la cercanía a la muerte. Sin embargo y frente a situaciones adversas son capaces de salir adelante, mostrarse felices, estar de ánimo y por sobre todo dispuestos a responder de sus actos, lo que hace que sean personas resilientes ante situaciones desfavorables

Cuadro N° 22

Actividades de su diario vivir relacionadas a la parte socioambiental (entorno)

	Siempre		A veces		Nunca	Total AM	
En su diario vivir usted:	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº
Visita o recibe visitas	47	90,4	5	9,6	0	0,0	52
Es respetuoso de su entorno	51	98,1	1	1,9	0	0,0	52
Prefiere quedarse en casa en vez de salir o hacer cosas nuevas	0	0,0	0	0,0	52	0,0	52
La relación familiar es buena	48	92,3	4	7,7	0	0,0	52
Tiene buenos vecinos y amigos	52	100,0	0	0,0	0	0,0	52
toma decisiones en su hogar	48	92,3	4	7,7	0	0,0	52
Participa en algún grupo de la comunidad	34	65,4	16	30,8	2	3,8	52
Realiza alguna actividad física recreativa	52	100,0	0	0,0	0	0,0	52

Fuente: Investigación Directa.

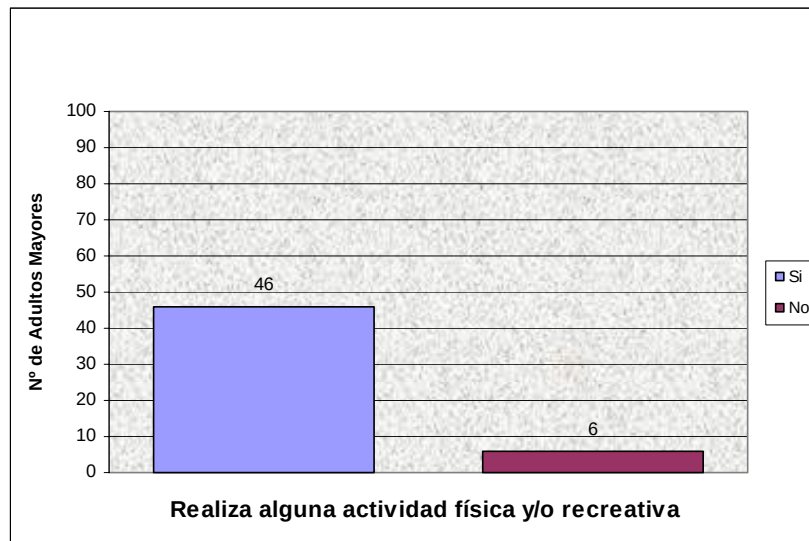
Respecto a aquellas **actividades socioambientales**, como compartir, interrelacionarse con los demás individuos e integrarse son resultado de distintos factores físicos, psicológicos, etc., que dan cuenta que al estar relacionados entre sí determinan el nivel de autonomía. En el caso de este grupo de adultos mayores, el nivel de independencia y autonomía es mayor.

A continuación se presenta algunas de las actividades que ellos realizan:

- Visita o recibe visitas. 47 AM (90,4%)
- Es respetuoso de su entorno. 51 AM (98,1%)
- La relación familiar es buena. 48 AM (92,3%)
- Tiene buenos vecinos y amigo. 52 AM (100%)
- toma decisiones en su hogar. 48 AM (92,3%)
- Participa en algún grupo de la comunidad. 34 AM (65,4%)
- Realiza alguna actividad física y/o recreativa. 52 AM (100%)
- Los 52 adultos mayores indicaron hacer cosas nuevas, salir de su hogar para realizar actividades ya sea visitar a un familiar, participar en alguna organización, ir al médico, etc., antes de quedarse en casa.

1.4.1 Participación Social

Gráfico N° 16
Realiza alguna actividad física y/o recreativa



Fuente: Investigación Directa.

Tal como se señaló anteriormente los 52 adultos mayores encuestado/as indicaron “realizar alguna actividad física y/o recreativa” y al consultarles nuevamente si realizaban alguna actividad, solo 46 de ello/as contestaron que sí lo hacían referente a la participación social en alguna organización.

Cuadro N° 23

Motivos para participar de la organización

Motivo	Frecuencia	%
Por Salud / bienestar biosocial	11	21,2
Por Compartir	29	55,8
Por Socializar	1	1,9
Por Soledad	4	7,7
Por distracción	7	13,5
Por autoayuda	0	0,0
Total	52	100,0

Fuente: Investigación Directa.

Los motivos para participar de la organización se dan según las significaciones de los adultos mayores, además en función de conductas beneficiosas como es el compartir, distraerse, entre otras actividades que favorecen la salud de quienes la integran la organización (apoyo en la salud/ bienestar biosocial).

Cuadro N° 24

Beneficios al participar de alguna actividad física y/o recreativa (percepción)

Qué beneficios ha percibido usted al realizar algún tipo de actividad física y/o recreativa	Frecuencia	%
Más Optimista /Alegre	21	40,4
Más reanimado /a, con energía	18	34,6
Con menor tensión	0	0,0
Disminuye la ansiedad	7	13,5
Más independiente en hacer cosas	5	9,6
Mejor relación con los demás	1	1,9
No percibe cambios	0	0,0
Total	52	100,0

Fuente: Investigación Directa.

Al analizar el cuadro N° 24, todos los adultos mayores señalaron percibir algún cambio cuando realizan alguna actividad sea física y/o recreativa. Dentro de los beneficios percibidos se encuentran: estar más optimistas/alegre (40,4 %); estar más reanimado/a - con energía (34,6%); disminuir la ansiedad (13,5 %); más independiente en hacer las cosas (9,6%) y por último relacionarse mejor con los demás (1,9%).

Cuadro N° 25

Participación en la organización

La participación en la organización es	Frecuencia	%
Permanente	52	100
Temporal	0	0
Esporádica	0	0
total	52	100

Fuente: Investigación Directa.

Al consultarles específicamente por la organización donde se aplicó la encuesta indicaron que participan en ésta de manera permanente (véase cuadro N° 25).

Cuadro N° 26

Por qué razones participa o se relaciona en el grupo

Por qué razones participa o se relaciona en el grupo	Frecuencia	%
Para Informarse	10	19,2
Para compartir	23	44,2
Para distraerse	13	25,0
Para realizar actividades recreativas/físicas	6	11,5
Por que le gusta	0	0,0
Para realizar actividades de Autoayuda	0	0,0
Para obtener beneficios materiales	0	0,0
Total	52	100,0

Fuente: Investigación Directa.

Al igual que en el cuadro N° 23, el cuadro N° 26 indica las razones de por qué participa o se relaciona los adultos mayores en los grupos. Las razones que con más frecuencia se nombran siguen siendo **Compartir** con un 40,2%, en segunda instancia el adulto mayor lo hace para **distraerse** con un 25%, más abajo se encuentra **Informarse** con un 19,2% y por último **realizar actividades recreativas/físicas** con un 11,5%.

Cuadro N° 27

Participa o ha participado de las siguientes actividades

Usted participa o ha participado de las siguientes actividades	Frecuencia	%
Actividades Recreativas/Deportivas	39	75,0
Actividades Manuales	2	3,8
Actividades de Alimentación Saludable	6	11,5
Actividades Educativas	0	0,0
Actividades Intergeneracionales	0	0,0
Actividades de Desarrollo Personal	5	9,6
Total	52	100,0

Fuente: Investigación Directa.

De los 52 adultos mayores el 75% (39) participa de actividades **recreativas/deportivas** equivalente a actividades que van desde gimnasia integral, viajes a la playa, salidas fuera de la ciudad de Rancagua, etc. Igualmente existen otros intereses, el 11,5% (6) integran los talleres de alimentación saludable, un 9,6 % (5) asiste a talleres de desarrollo personal y un 3,8% (2) realiza actividades manuales.

Cuadro N° 28
Programas y actividades

Pregunta	Indicador	Frecuencia	%
Los programas y/o actividades que imparten son de su agrado	Si	52	100,0
	No	0	0,0
Se informa sobre los programas, actividades que se imparten es su municipio, vecindad y/u organización	Siempre	27	51,9
	Rara vez	22	42,3
	Nunca	3	5,8
Le gustaría que lo/a integraran o tomaran en cuenta para el diseño de los programas y/o actividades dentro del grupo	Si	52	100,0
	No	0	0,0

Fuente: Investigación Directa.

Lo importante es que todo/as lo/as adultos mayores coinciden que al participar de las actividades antes mencionadas obtienen muchos beneficios y satisfacciones tanto físicos como espiritual, les permite realizarse como personas, compartir con sus pares, prolongan más sus años viviendo de manera más activa y sana. Por lo tanto los programas y/o actividades que se imparten en el grupo son 100% de su agrado. Sin embargo, el 51,9% se informa “Siempre” de los programas o actividades que imparte alguna red de apoyo sea municipalidad, vecindad, etc. y el 100% coincide que deberían ser tomados en cuenta para el diseño de las actividades que están dirigidas a ellos.

Cuadro N° 29

Problemas dentro de la organización

Pregunta	Indicador	Frecuencia	%
Problemas dentro de su organización que le provoque conflictos	Inasistencias	42	80.8
	Falta de Comunicación	10	19.2
	Falta de actividades o programa	0	0,0
	Desunión del grupo	0	0,0
Ve limitada su Participacion en el grupo	Familiares	3	5.8
	Falta de dinero	28	53.8
	Tiempo	21	40.4
	Otra causa	0	0.0

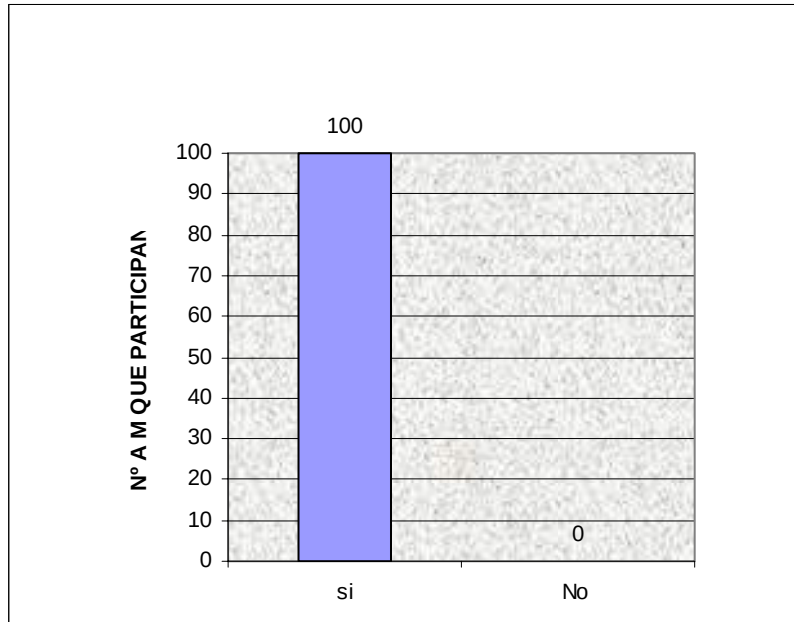
Fuente: Investigación Directa.

Por otra parte al ser consultados por **si existen situaciones les provocan ciertos conflictos y otras situaciones que limitan la participación dentro del grupo** (véase cuadro N° 29), estos señalaron que las situaciones conflictivas y limitantes provienen de la falta de compromiso de los integrantes, inasistencias (80,8 %), falta de comunicación (19,2%) y las otras situaciones que limitan su participación en actividades recreativas, manuales, físicas, etc. es la falta de dinero (53,8%), Tiempo (40,4%) o porque existen familiares (5,8%) que impiden su participación así también su plena integración al grupo.

1.4.2 Redes de apoyo o Redes sociales y participación

Gráfico N° 17

Red de apoyo



Fuente: Investigación Directa.

Las redes de apoyo siempre han estado presente en la vida del ser humano, desde que tenemos uso de razón, nos relacionamos con alguna red como por ejemplo: servicios de salud, escuela, iglesia carabineros etc., siendo todos aquellos apoyos de los cuales nos apropiamos y que tienen un cierto grado de pertenecía e identidad social. El gráfico N° 17 “Red de Apoyo”, muestra que el 100% de los adultos mayores participa o esta vinculado/a con alguna institución, organización y/o grupo.

Cuadro N° 30
Principal/es redes de apoyo

Redes de Apoyo	Frecuencia	%
COSAM	0	0,0
Consultorio	21	40,4
Carabineros	2	3,8
Municipio	4	7,7
SENAMA	0	0,0
Junta de Vecinos	3	5,8
Organizaciones Artístico- Cultural	2	3,8
Rotary Club	0	0,0
Iglesia	4	7,7
Institución de Beneficencia/voluntariado	1	1,9
Institución que atiende a A.M	0	0,0
SERNATUR	0	0,0
Club de Adultos Mayores	15	28,8
Grupos de autoayuda	0	0,0
Total	52	100,0

Fuente: Investigación Directa.

Respecto a cual es la **principal red de apoyo** que utilizan lo/as encuestado/as, un 40,4% acude al Consultorio asistiendo de forma periódica para controlar su salud, prevenir o tratar alguna enfermedad, de ahí le sigue con un 28,8% el club de adultos mayores donde van a realizar actividades referidas a la salud física – psicosocial, recreación y entretenimiento, después esta el municipio y la iglesia con un 4% la primera presta apoyo en servicios sociales y la segunda apoya en lo espiritual. Más a bajo de estos porcentajes se encuentran los carabineros con un 3,8% y por último las instituciones de beneficencia/voluntariado con un 1,9%.

La información anteriormente analizada y destacada es de gran importancia, estadísticamente podemos conocer la realidad en que se encuentran inmersos los adultos mayores de Rancagua. Así mismo conocer los factores protectores que facilitan la participación social y mejoran la calidad de la vida de estos mismos.

CONCLUSIONES

A nivel nacional existe un porcentaje importante de la población de adultos mayores que vive en condiciones de pobreza, sienten soledad, presentan limitaciones funcionales, han perdido su autonomía física o se ven afectados en la forma de tomar sus propias decisiones, a la vez no participan, no tienen actividades productivas, el nivel de escolaridad es inferior a las nuevas generaciones y por ende no puede ser comparativo en las actividades laborales, todas las situaciones los condicionan o los limitan en su desarrollo.

Por otro lado, existe otro grupo de adultos mayores que participan activamente en la comunidad y no presentan ningún problema, puesto que han sido capaces de adaptarse a los cambios que se presentan con los avances tecnológicos, cambios sociales, convivencias o simplemente por estilos de vidas más saludables y activos.

El envejecimiento es un proceso en continuo desarrollo, que a todos nos pasa de forma heterogénea, con cambios distintos (físicos y psicológicos) entre una persona y otra, es decir que si a lo largo de la vida la persona ha tenido una actitud activa, creativa, sociable, autónoma, etc., al llegar a la vejez o a la adultez mayor las seguirá manteniendo a pesar de la edad. Por lo tanto, se debe poner atención a todos aquellos factores

biológicos, sociales, culturales, económicos, psicológicos, que influyen a lo largo de la existencia que permiten vivir positivamente la vejez y que contribuirán a mejorar la calidad de vida.

Los adultos mayores en el momento de la entrevista señalaron que en algún instante de la vida tuvieron que enfrentarse a situaciones difíciles, adversas, factores económicos y relaciones familiares complejas, entre otras situaciones. Ante tal contexto, contaron con la capacidad de crear, de reinventarse, superarse y a la vez supieron utilizar los recursos económicos, físicos, sociales y del entorno para salir adelante, señalando que existen factores que contribuyen a mejorar esa situación. Entonces es preciso indicar que ante situaciones desfavorables las personas tienen la capacidad para transformar factores adversos en elementos de satisfacción para sus necesidades básicas, comportándose de manera resiliente.

Tal y como se plantea en los objetivos de la investigación se lograron identificar los siguientes factores protectores y obstaculizadores que influyen en la calidad de vida de la adulta mayor. Por lo tanto y para efecto de esta investigación se identificaron en:

- Situación socioeconómica (nivel educacional, estado civil, vivienda, situación laboral, ingresos, etc.)

- Relaciones familiares y con el entorno (toma de decisiones, apoyo social, etc.)
- Antecedentes salud (atención, autocuidado, etc.)
- Calidad de vida, autonomía y participación social

Rancagua es una ciudad que ha venido presentando un progresivo aumento de su población adulta mayor, se han presentado cambios en distintos ámbitos sexo, edad, esperanza de vida, trabajo, etc., situación similar a la vivida por el país.

La presencia de las mujeres es mucho mayor que los hombres (CENSO 2002, op cit). Existe mayor cantidad de mujeres que participan de las organizaciones o grupos para y de adultos mayores. El envejecimiento de la población de Rancagua, al igual que en muchas partes del mundo tiene una mayor cantidad de mujeres, que presentan una mayor longevidad. Esta situación se enmarca en la feminización del envejecimiento, en casi todos los países del mundo las mujeres viven más tiempo que los hombres, mostrando así que los problemas de las mujeres también son los problemas del adulto mayor.

En Rancagua y en el país en general cada vez más hay adultos mayores que tienen mas de 65 años y se encuentran en buen estado de salud y desean mantenerse así por muchos años más, lo cual es

comprensible porque su esperanza de vida promedio a tal edad es de más de 20 años. Por lo tanto, no nos debe sorprender que hayan adultos mayores de 70 o 80 años activos participando de actividades. Sin embargo, los adultos mayores encuestados que más integran grupos están en la edad promedio de 60 a 65 años, igualmente encontramos personas de 79 años y más participando de actividades lúdicas, recreativas.

En esta investigación se presentó un fenómeno evidenciado en muchos países donde la pirámide poblacional está envejeciendo. Existe un número creciente de viudas en relación con los viudos. Esta situación se ve explicada en parte por la feminización de la vejez, pues al ser las mujeres las que viven más tiempo y por el aumento en la esperanza de vida, es factible que lleguen a la vejez solo/as.

Hombres y mujeres adultos mayores solo han alcanzado la enseñanza básica incompleta. En la mayoría de ellos/as son propietario/as de sus viviendas.

Otro aspecto importante que rodea la vida del adulto mayor es su situación económica. Escenario que afecta directamente a las personas adultas mayores por cuanto son catalogados “no aptas para trabajar, ni productivas para la sociedad”, perdiendo la posibilidad de aportar a los ingresos familiares, convirtiéndose en ocasiones en dependiente, solo

aportando ingresos con la jubilación que perciben. Condición que los adultos mayores de la comuna de Rancagua y los de la muestra se caracteriza por ser un 59.6% jubilados, pensionados o montepiadas, seguidos de aquello/as que se rotulan “en quehaceres de hogar” con un 28,8%, condición designada mayoritariamente a mujeres. Se muestra que la situación económica del adulto mayor se debe principalmente al temprano retiro de la actividad laboral, siendo que el adulto mayor actual todavía se siente activo. Cuando se analiza por sexo, se observa que las mujeres reciben menos ingresos que los hombres sea trabajando o recibiendo ingresos por el concepto de jubilación. Este hecho es comprensible si se tiene en cuenta que la mujer hace pocas décadas atrás se ha incorporado a la actividad laboral, sin embargo el aporte económico de la mujer adulta mayor es menor que la de los hombres debido a la baja participación económica en la vida laboral activa del país.

En estas condiciones se puede concluir que el factor económico es uno de los factores que a los adultos mayores les produce preocupación y tensión, por no contar con los recursos suficientes para satisfacer sus necesidades básicas y por ende ve afectada su calidad de vida.

Un factor que no es menor, es la existencia de diferencias entre los adultos mayores (discriminación por sexo), desigualdades, en el estado civil, viudas mayoritariamente, que dependen totalmente de los ingresos de

pensiones bajas, con niveles educativos básico, viviendo más años en condiciones de pobreza, a seguir siendo dueñas de casa, permanecer y terminar en ellas sin realizar alguna actividad.

Los adultos mayores viven acompañados y pertenecen a familias extensas. Las relaciones personales, especialmente con los miembros de la familia, continúan siendo importantes bien entrada la vejez.” (Zuleta, op cit, s/p). Por lo tanto, el apoyo social, el vínculo y la convivencia (familia, amigos, grupos de pares), resulta ser un factor protector para el bienestar de los adultos mayores.

Los adultos mayores encuestados se relacionan preferentemente con sus hijos y recurren a ellos cuando lo necesitan. La relación familiar es buena, sin embargo, señalan que existen personas que le ponen límites en su diario vivir para realizar actividades, como salir a comprar, ir al médico solo/a, visitar amigos, etc.

En la encuesta se consultó sobre la toma de decisiones. El 88.5 % de lo/as adultos mayores encuestado/as afirmaron ser ello/as quienes tomaban las decisiones frente a situaciones y/o problemas que se presentan en el hogar.

Sin embargo se volvió a plantear la pregunta pero de distinta manera, ante esta situación solo un 67.5% indicó hacerlo lo que representa a quienes toman las decisiones, existiendo un 11,0% de diferencia entre una afirmación y otra. Por lo tanto se comprueba y se refleja aquí la situación del “rol sin rol” que ocupan los adultos mayores en sus hogares, ya que a veces no son considerados a participar en las decisiones, a pesar de ser un integrante más de la familia cuando se deben tomar decisiones fundamentales en el hogar, llevándolo a perder ese sentido de control que debe tener el adulto mayor sobre aspectos que están relacionados con su modo de vivir.

También establecen relaciones sociales con sus vecinos, esta es considerada como buena, recurriendo a ellos cuando necesitan ayuda, frente a un problema o para crear lazos de amistad.

Los niveles de convivencia hacen que los adultos mayores mejoren significativamente su estado de bienestar en la etapa de la adultez, aumentando los niveles de autoestima y de autonomía.

Los adultos mayores reconocen redes de apoyo, de las 14 alternativas que se incluyeron en la encuesta, las que más prevalecieron fueron: Consultorio, Carabineros, Organizaciones sociales, Juntas de Vecinos, Clubes de adultos mayores, Instituciones de beneficencia e Iglesias, encontrando en la comuna de Rancagua y en general suficientes redes de apoyos para satisfacer sus necesidades y demandas. Sin embargo, es el

Consultorio la principal red de apoyo, asistiendo de forma periódica para controlar su salud, prevenir o tratar alguna enfermedad.

Tanto hombres y mujeres que participaron de la muestra se definen autovalente. El factor salud, es otro componente fundamental que permite tener una mejor calidad de vida en la vejez. Las enfermedades crónicas, respiratorias, cardíacas diabetes, hipertensión y otras enfermedades relacionadas a la salud mental (depresión, alzheimer, entre otras) son las causas principales y son factores de riesgo de fragilidad o discapacidad en la vejez y por que no decir, causas de mortalidad en esta etapa. En general, los adultos mayores encuestados, perciben que su estado de salud es bueno, aun cuando presentan enfermedades propias de la edad. A la vez indican que no necesitan ayuda para realizar las actividades del diario vivir. Sin embargo más del 50% de los adultos mayores encuestados siente que las enfermedad/es que presentan influyen en su calidad de vida.

En lo referente a la calidad de vida autonomía y participación social, los adultos mayores: indicaron y demostraron que pueden realizar las actividades básicas cotidianas, actividades físicas y actividades con su entorno - Integran organizaciones sociales para y de adultos mayores, participando de actividades físicas y/o recreativas. Participan para compartir, distraerse e informarse.

Respecto a la participación, las actividades que imparten en la organización que participa son del agrado del adulto mayor. La mayoría de ello/as sienten que “Si” consideran su opinión para decisiones importantes en la organización y para el diseño de programas y/o actividades les gustaría que lo integraran. Sin embargo, hay dos situaciones (tiempo y dinero) que limitan la participación en el grupo, nuevamente se confirma que el factor económico influye en como participaran los adultos mayores y como en la calidad de vida.

Por lo tanto, puedo decir que en la medida que los adultos mayores participen, sean individuos activos, se reconozcan con sus pares, establezcan relaciones familiares y sociales (amigos, vecinos, etc.) y cuenten con redes sociales de apoyo, asumirán y consolidaran una vejez satisfactoria.

En general los factores que mejor explican la participación y la calidad de vida de los adultos mayores son: factor económico, percepción de su propia salud, autonomía y redes de apoyo.

Respecto a verificar las hipótesis, esta investigación demostró que:

H1. Se comprueba que, si el adulto establece redes sociales y recibe apoyo de éstas en servicios sociales adecuados de salud, seguridad,

protección, etc., se garantiza una mejor calidad de vida y una mayor inserción social.

- H2. Respecto a si la autonomía física favorece la participación, con esta investigación se comprueba que esta situación “si” mejora la calidad de vida de los adultos mayores haciéndolos mas autovalentes para desarrollar actividades de la vida cotidiana.
- H3. Se comprueba con esta investigación que si los adultos mayores integran clubes afines mejora su calidad de vida y le permite satisfacer sus necesidades básicas.
- H4. Acá se comprueba que si los adultos mayores participan en organizaciones sociales afines, generan un proceso de mayor autonomía personal e integración social, lo que a su vez contribuye a mejorar su calidad de vida.

HALLAZGOS DE LA INVESTIGACION

Con esta investigación se demuestra que para los adultos mayores la salud es uno de los elementos claves para contar con una calidad de vida óptima, además de los beneficios que van a la par con el estado de salud en que se encuentran, así como la importancia que adquieren la presencia de redes apoyos para mejorar sus condiciones de vida.

En el ámbito de la salud quienes se que se benefician del servicio público pueden hacer frente a las enfermedades en mejores condiciones situación que es importante y que ellos ven que ha mejorado el trato en este último tiempo sea en acceso y atención. Es destacar que la efectividad del apoyo en salud es un potenciador de la calidad de vida y de la valoración que cada persona adulta mayor hace de ésta.

La percepción de la propia salud crece entre las personas más activas que trabajan, que participan y que viven acompañadas, se sienten satisfechas con sus vidas y comparten actividades con amigos y familiares, Si el adulto mayor se siente sano puede vivir mejor y tener una mejor calidad de vida.

Uno de los hallazgos es que a través de los grupos de pares, amigos, familiares favorecen y mejoran la calidad de la vida de los adultos mayores.

Respecto a las redes de apoyo es el vínculo que mantienen con el Consultorio a través de la asistencia de controles, tratamiento de enfermedades y asistencia a actividades de autocuidado hace que sea ésta la principal red de apoyo. Por lo tanto, puedo decir que en la medida que los adultos mayores participen, sean activos y se reconozcan y establezcan relaciones interpersonales y cuenten con redes sociales de apoyo, aseguran una vejez satisfactoria. Si el adulto establece redes sociales y recibe apoyo de éstas en servicios sociales adecuados de salud, seguridad, protección, etc., instancias que garantizan una mejor calidad de vida y promueven una mayor integración social-

Es de mucha importancia que la sociedad, las personas en general promuevan la participación de adultos mayores en agrupaciones locales e incentiven su inclusión en actividades de integración en distintos grupos de edades, no segregándolos casi exclusivamente a los Clubes de Adulto Mayor sino como miembros importantes de otras instancias a nivel de comunidad.

APORTE DEL TRABAJO SOCIAL

En términos generales se puede señalar que:

Uno de los grandes cambios en la política social respecto a los cambios demográficos de los países se refiere a considerar que el adulto mayor es sujeto activo e integral de su desarrollo y desde dicha perspectiva un recurso humano útil para la sociedad y del entorno en que se desenvuelve.

Es necesario reconocer al Adulto Mayor como persona con derechos y responsabilidades, capacitado para seguir aprendiendo y aportando desde su experiencia y no sólo como un sujeto receptor de los beneficios asistenciales, desde este punto de vista abre inmensas posibilidades para mejorar la calidad de vida y transformar un entorno positivo tras la evolución del envejecimiento.

Considerando y en vista que la situación de los adultos mayores es un tema que todavía en estos tiempos aún no se resuelve del todo, se debería potenciar sus conocimientos y experiencias para lograr una integración social, a fin de lograr una sociedad más humana, justa y verdaderamente igualitaria, basándose en la igualdad de oportunidades para todo/as y que no se discrimine a quienes han aportado toda la vida en el desarrollo del país

Otro punto es sensibilizar el tema de la vejez en todas las etapas de la vida, niñez, adolescencia, adultez, haciendo conciencia que esta es una etapa más de la vida por lo que merece respeto y valoración a la vez se debe concientizar al interior de la familia ya que esta cumple un papel importante en el mantenimiento del bienestar físico y psicológico de los adultos mayores.

Respecto a las relaciones que se establecen con las personas más jóvenes, es importante fomentar programas y actividades intergeneracionales tanto en área cultura, deporte, recreación, etc.

Fomentar estilos saludables, en el sentido más amplio de trabajar por lograr modos de vida sanos y entornos (amigables) que contribuyan a la salud, y a lograr el bienestar en la etapa de la vejez, y que estas condiciones se establezcan a distintos niveles comunal grupal y familiar.

Tanto a nivel familiar como a nivel de políticas públicas - programas diseñados para los adultos mayores, éstos necesitan tener una voz activa en el proceso de toma de decisiones y tener el derecho de participar en todas las decisiones que los afectan.

Establecer los vínculos de amistades, vecinos y otros apoyos en el entorno comunitario. Se hace importante para los adultos mayores el mantenimiento de una red de contactos sociales.

Por otra parte apoyar las organizaciones autogestionadas por adultos mayores a nivel nacional, regional, comunal o crear nuevas organizaciones a fin de que los adultos mayores logren sus propios espacios de participación, resolviendo su situación con recursos propios, de gobierno y de la sociedad en su conjunto.

Fortalecer en trabajo organizacional, coordinar instituciones y organizaciones a fin de crear redes sociales a favor de los adultos mayores para logra una participación más activa e iniciar proceso de integración .

Brindar todos los elementos económicos y sociales necesarios para que el adulto mayor se pueda desenvolver con autonomía en las actividades que realiza en el diario vivir en forma independiente.

Ver la posibilidad de insertar al mercado laboral a los adultos mayores para mejorar su situación económica o que se evalúe la edad de jubilar ya que la esperanza de vida de éstos, esta por sobre los 65 años.

Que los adultos mayores participen del diseño de los programas de y para adultos mayores en distintos ámbitos salud preventivos, seguridad social, económicos, recreativos, culturales, entre otros, proporcionando servicios suficientes para satisfacer sus necesidades, mejorando su calidad de vida a partir de sus propios intereses.

Seguir promocionando la Investigación en temas relacionados al proceso de envejecimiento, vejez, en distintos niveles, sociales, epidemiológicos, psicológicos, etc. que permiten profundizar el estudio de este fenómeno.

En términos específicos se puede señalar que:

El Trabajo Social es una disciplina de la Ciencia Social que se afirma como profesión estrechamente vinculada e integrada a las políticas sociales y a la intervención en problemáticas sociales producto de necesidades básicas insatisfechas y contingencias de tipo individual y comunitario (Molina, y Romero, 1996). Cómo se planifica, administran, evalúan y retroalimentan los programas sociales para solucionarlas, tratando a los usuarios de dichas políticas y programas como sujetos, partícipes de la transformación de su realidad, “empoderándolos como ciudadanos, es tarea de los Trabajadores Sociales junto a otros profesionales del área social, citado por Barrios(s/f).

En ese sentido, trabajar e intervenir con los adultos mayores significa reconocer el poder que tienen ellos y si esa intervención se realiza a nivel organizacional implica darles autonomía y empoderamiento (empowerment). Ser capaces de cambiar el abordaje asistencialista en el quehacer con el adulto mayor

Como profesionales debemos:

Trabajar de forma integral con los adultos mayores, sus familias, la comunidad utilizando todos los espacios para que exista la verdadera integración.

Apoyar en el fortalecimiento de las redes existente, mejorando las relaciones y los lazos que se establecen entre una y otra.

Incluir en nuestra trabajo metodologías participativas para el trabajo con el adulto mayor, con un rol educativo. Además, difundir beneficios y alternativas con estrategias de intervención que les permita ejercer sus derechos.

Sistematizar conocimientos teóricos y prácticos de nuestra intervención, para ir enfrentando positivamente el proceso de envejecimiento y vejez.

Incorporar en la profesión una visión integral del adulto mayor como sujeto biopsicosocial. Significa aportar en los ámbitos de: Participación e Integración Social - Desarrollo personal -Salud y autocuidado - Cultura y recreación, Fomento Productivo, entre otros ámbitos.

BIBLIOGRAFICA

1. Acevedo, P (2006) Proyecto de Voluntariado de Adultos Mayores Asesores Señors", Chile.
2. Aldoney, G (2000) Seminario Internacional "Pensando estrategias para el adulto mayor del siglo XXI". Ponencia: Misión del Gobierno Regional en relación al Adulto Mayor, Valparaíso, Chile.
3. Ananibar, P (2003) Documento: Calidad de Vida y Vejez. CEPAL, Naciones Unidas., Chile
4. Ander – Egg, E (1995) Diccionario del Trabajo Social. Ediciones Lumen, Buenos Aires, Argentina.
5. Aspiazu, M. Cruz, A. Villagras, J. Abanades J, García.N , Alvear, F (2002) Factores Asociados al mal estado de salud percibido o mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. Abstract. Revista Esp. Salud Pública; 76, España
6. Barrantes A, Marín M. Murillo, F (1998) Tesis Para Optar Por El Grado De Licenciatura En Trabajo Social, Investigación Cualitativa: "Factores protectores con relación a la calidad de vida de las adultas mayores del grupo acción", Facultad de Ciencias Sociales,

Escuela de Trabajo Social. Universidad de Costa Rica,

7. Barrios, O (S/F) El Trabajo Social como disciplina.
Escuela Trabajo Social Universidad de Los Lagos, Chile.
8. Barros , C (1993) “Tiempo Nuevo Para el Adulto Mayor Enfoque Interdisciplinario”. Capitulo 2: Significados y desafíos del envejecer. Programa para el Adulto mayor. Vicerrectoría Académica Pontificia Universidad Católica de Chile.
9. Barros, C (1993) Factores que intervienen en el bienestar de los adultos mayores. CPU, Estudios Sociales 77, Santiago, Chile.
10. Bazo, M (1998) Vejez Dependiente, Políticas y Calidad de Vida, Papers 56: pp. 143-161. Universidad del País Vasco/EHU. Departamento de Sociología, España.
11. Carstensen , L (1990) GERONTOLOGIA CLINICA: Intervención psicología y Social. Barcelona, España.
12. Castellón, A; Del Pino S; Aleixandre, M (2001) Calidad de vida y Salud. Revista Multidisciplinaria de Gerontología, 11 pp. 12-19. España.

13. CELADE/INE y Comité Nacional para los adultos mayores (1999) Chile y los adultos mayores: Impacto en la sociedad del 2000; en el año Internacional del Adulto Mayor, Santiago, Chile.
14. Comité Nacional para el Adulto Mayor (1999) Chile necesita a sus adultos mayores: Participación Social"; Gobierno de Chile
15. Cuevas, M (2004) Tercera Edad. Los factores que dan calidad de vida. Artículo El Mercurio, Octubre 2004, Chile.
16. Edward, J (1989) La Vejez en América Latina: Necesidad de un Programa Social, CEPAL – División Desarrollo Social. Santiago de Chile.
17. Fernández Ballesteros, R; Izal, M; Montorio, I; González, J.L; Díaz, P. (1992) Evaluación e intervención psicológica en la vejez, Ed. Martínez Roca. ISBN: 84-270-1573-9. Barcelona; España.
18. Fernández-Ballesteros, R ; Izal, M (1992) "Evaluación durante la vejez". En R. Fernández-Ballesteros (Dir.): Introducción a la evaluación psicológica Vol. 2; Ed. Pirámide. ISBN: 84-368-0691-3., Madrid España.
19. Fernández-Ballesteros, R; Maciá, A (1993) "Calidad de vida en la vejez". Revista de Intervención Psicosocial, 5, 77-94. Colegio Oficial de Psicólogos.. ISSN: 1132-0559. Madrid; España.

20. Fernández-Ballesteros, R; Zamarrón, M (1999) "Evaluación en la vejez. Algunos instrumentos". Clínica y Salud. Vol. 10, 3, 245-286. ISSN: 1130-5274. España.
21. Gascón S; Lombarda, M (2004) Salud de los Mayores Nº 10, Maestría en Servicios de Gerontología, Instituto Universitario ISALUD, Argentina
22. Gómez –Vela, M (S/F) Artículo: Calidad de Vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, facultad de Psicología Universidad de Salamanca, España.
23. Guajardo, G. y Huneeus, D. (2002) Abstract: "Las narrativas de la Participación Social, entre Adultos Mayores: entre la reciprocidad y la desolación. Pág. 17 a 34, Chile.
24. Hernández, R; Fernández, C; Baptista, P (1994) Metodología de la Investigación, MacGraw Hill, México
25. Indo, R (2000) Seminario "adulto mayor y Profesionales: Enfoque Interdisciplinario". Ponencia "Participación Social Del Adulto Mayor En La Sociedad Contemporánea". Documento escrito por el Comité Nacional para el Adulto Mayor, Chile.

26. Marín, P; Guzmán, J; Araya, A (2004) Adultos Mayores institucionalizados en Chile: ¿Cómo saber cuántos son? Rev. Méd., jul. 2004, Vol.132, Nº.7, p.832-838. ISSN 0034-9887, Chile.

27. Márquez, A (1999) Seminario Latinoamericano y Caribeño: Sociedad Civil: “Aportes al desarrollo de sus personas Mayores Ponencia El adulto mayor: un nuevo actor social. ”. Fundación Centro de estudios e Investigaciones del Trabajo CESTRA-Colombia.

28. Max Neff, M (1986) Necesidades Humanas y Trabajo Social, Cáp.2 Ed. CEPATUR, Santiago, Chile

29. Max-Neef, M; Elizalde A; Hopenhayn M (1989) “Human Scale Development”, Development Dialogue” Vol.1, CEPATUR/ Dag Hammarskjöld Foundation, 1989, Pág.33, Citado en La Vejez en América Latina: Necesidad de un Programa Social, CEPAL – División Desarrollo Social, Pág. 18

30. Melgarejo, R (2006) Envejecimiento y calidad de Vida: Apagar Cien Velas, una Realidad Cercana, Revista Ercilla N°3.292, Chile.

31. Ministerio de Documentos Regionales: “Caracterización Planificación y de la Población: Región del Libertador Cooperación (2004) General Bernardo O'Higgins”. División de Planificación Regional – Departamento de Competitividad Regional, Chile.
32. Mora, M; Villalobos, D; Araya, G; Ozols, A (1999) Artículo Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa .Revista MHSalud® (ISSN: 1659-097X) Vol. 1. Nº1. Escuela Ciencias del Deporte, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional, Costa Rica
33. Muñoz, N; López, R (2007) Diapositiva en MPP; Teorías Sociales del envejecimiento. Terapia Ocupacional, 2º año Septiembre, 2007
34. O'shea, E (2003) La mejora de la Calidad de Vida de las personas mayores dependientes (CV-QV) Traducido por Mercedes Villegas Beguiristaín. Comité Europeo de Cohesión Social (CECS). Grupo de expertos de la Universidad Nacional de Irlanda, Galway. .
35. Osorio, P (2006) Exclusión generacional: La Tercera Edad. Departamento de Antropología. Revista Mad. Nº14. Universidad de Chile

36. Reyes , T (2002) Abstract: Salud en la Tercera Edad y Calidad de Vida. Centro Gerontológico Colón, Cuba.
37. Organización Mundial de la Salud (OMS) (1996) Programa de Salud Mental de la OMS, Foro Mundial de Salud, definición de calidad de vida. Medellín, Colombia
38. Universidad Católica de Chile (1999) Gerontología Básica, Lecturas Complementarias. "Tiempo Nuevo Para el Adulto Mayor Enfoque Interdisciplinario". Programa Para el Adulto mayor Vicerrectoría Académica Pontificia Universidad Católica de Chile.
39. Sánchez , J (2004) Libro Verde sobre la dependencia en España. Grupo de Trabajo "dependencia" de la Fundación Astrazeneca. España.
40. SENAMA/INE (2003) Catastro de la Población Adulta Mayor. Adultos Mayores por Regiones, Comunas y Porcentajes. Documentos de trabajos. Preparado por Eva Moreno Segovia – Javier Melis Avello, julio 2003, Chile
41. Serrano, C (1999) Ponencia: Participación ciudadana en la construcción social del país.
Rev. Ambiente y Desarrollo (marzo / Junio 1999) Vol XV – Nº 1 y 2, pp 67-69 (ISSN 0716-1476) , Chile

42. Silva, J (2005) Artículo: Los riesgos de ser adulto Mayor: El Chile que viene. Revista Opinión DF. Chile
43. Silva, A (1997) Hacia Una Democracia Participativa (II Parte): Teoría Participacionista De La Democracia. Rev. Derecho (Valdivia), Vol. 8, No. 1, pp. 113-121. ISSN 0718-0950. Chile.
44. Trejo, M (1998) Participación Social del Adulto Mayor y Ética. CYBER HUMANITATIS N°5, Universidad de Chile.
45. Valdés, C (2000) Seminario Internacional “Pensando Estrategias para el adulto mayor en el siglo XXI” Ponencia Factores y procesos transversales en la práctica de animación socio cultural con adultos mayores. Valparaíso, Chile.
46. Zaldivar , A (2000) Seminario “adulto mayor y Profesionales: Enfoque Interdisciplinario”. Ponencia “El Necesario Aporte de Los Adultos Mayores”. Comité Nacional para el Adulto Mayor, Chile.

47. Zamarrón, M; Fernández-Ballesteros, R (2000) Satisfacción con la vida en personas mayores que viven en sus domicilios y en residencias. Factores determinantes. Revista de Geriátría y Gerontología, 35, S2: 17-29. ISSN: 1578-1747. España.
48. Ysern, J (S/F) Documento de Trabajo "Adulto Mayor: Aspectos psicoafectivos del envejecimiento", Chile

FUENTES ELECTRONICAS

1. Camy, G (1995) Artículo: El empoderamiento;
El Mercurio de Valparaíso 20 de
Octubre de 1995.
[www.gloriacamy.cl/comentarios/1995/El
%20empoderamiento%20-
20El%20mercurio%20de%20valpo%20
20%20de%20octub](http://www.gloriacamy.cl/comentarios/1995/El%20empoderamiento%20-20El%20mercurio%20de%20valpo%2020%20de%20octub)
2. CASEN (2000) Resultados de la VIII Encuesta de
Caracterización Socioeconómica
Nacional (CASEN 2000). Documento
Nº 12; Situación de los adultos
mayores en Chile 2000, Santiago de
Chile, septiembre de 2001
www.mideplan.cl
3. CASEN (2003) Encuesta de caracterización
Socioeconómica Nacional. Principales
resultados situación de los adultos
mayores. MIDEPLAN Ministerio de
Planificación y Cooperación- División
Social, Gobierno de Chile.
www.mideplan.cl
4. Cazorla, K (2001) Análisis de Algunos aspectos sociales
relacionados con la calidad de vida del
adulto mayor en Viña del Mar.

- Monografía presentada a los seminarios de psicogerontología. Chile
<http://psicomundo.com/tiempo/monografias/chile.htm>
5. Espinosa, M (2000) Enfoques, teorías y nuevos rumbos del concepto de calidad de Vida.
http://www.naya.org.ar/congreso2000/ponencias/Oscar_Mauricio_Espinosa.htm
 6. Gómez-Vela, M; Sabeh, E (2001) Calidad de Vida. Evolución del Concepto y su influencia en la investigación y en la práctica. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca.
<http://www3.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>
 7. Herrera, M; Kornferld, R (2008) Relaciones familiares y bienestar de los adultos mayores en Chile, Serie en Foco, ISSN 0717-9987. Chile.
www.expansiva.cl
 8. Lamas, H; Murrigana, A (S/F) El desarrollo humano como principio y fin de la salud. Artículo editado por la Fundación Unida, Sociedad Peruana de Resiliencia, Perú.
<http://www.monografias.com/trabajos14/psicololvejez/psicololvejez>

9. Maya , L (2001) Los Estilos de Vida Saludables: Componente de la Calidad de Vida. Enfermera Gerontóloga M.S.P. www.funlibre.org/documentos/lemaya2.htm – 101k
10. Pedrero , E (2001) La calidad de Vida y las personas mayores. Monografía presentada a los seminarios de psicogerontología. www.psicomundo.com/tiempo/monografias/calidad.htm
11. www.comunidadmayor.com (s/f) Definición : Perspectiva del Ciclo Vital
12. www.crefal.edu.mx (s/f) Participacion
13. www.fosis.cl (2002) Biblioteca Virtual: “Manejo Social de Riesgo”, Chile.
14. www.galeon.com (2009) Teoría de la Vejez (Mex.)
15. www.minsal.cl (2006) Minuta de Calidad de Vida, Chile
16. www.senama.cl (2007) Diccionario Gerontológico
- 15 Zuleta, C; Gómez, Y (S/F) Monografía: Factores psicológicos intervinientes en la calidad de vida de personas en la etapa de la vejez, Perú. www.monografias.com

ANEXOS

ANEXO 1

OPERACIONALIZACION

DE LAS VARIABLES

VARIABLE 1: FACTORES PROTECTORES DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES

DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	SUB-DIMENSIONES	INDICADORES
Según Eisenstein, 1996 , los define como “los recursos personales, sociales, económicos, culturales, psicológicos y espirituales, que atenúan o neutralizan el impacto de riesgo a través de mecanismos conscientes o inconscientes de adaptación” (Barrantes, et al, 1998: 40)	Son los recursos personales sociales económicos, culturales, psicológicos con los que cuentan las personas para mejorar su calidad de la vida.	1. Nivel socioeconómico	sexo Edad Estado civil Nivel educacional Tenencia de la Vivienda Situación Laboral actual	- femenino / masculino - De 60 años y más - Soltero/a - Casado/a - Viudo/a - Separado/a - Divorciado/a - Conviviente - Básica Incompleta - Básica Completa - Media Incompleta - Media Completa - Técnico/Universitario - No tiene estudios - Propietario/a - Arrendatario/a - Allegado/a - Cedida - Otra situación - Trabajador dependiente - Trabajador por cuenta propia - Jubilado/pensionado/montepiada - Discapacitado/a sin pensión - Discapacitado/a con pensión - En quehaceres del hogar

		2. Antecedentes de Salud	Cuál es ingreso personal - Trabaja para un familiar sin sueldo - Realiza trabajos temporales - No trabaja - 0 - \$1 a \$44.000 - \$45.000 a \$84.000 - \$85.000 a \$124.000 - \$125.000 a \$ 174.000 - \$175.000 y más Cuenta con previsión en salud - Si - No - ISAPRE - FONASA - Tarjeta de gratuidad - PASIS - No Tiene Su estado de salud es - Muy bueno - Bueno - Regular - Malo - Muy Malo Presenta alguna de estas enfermedades - Artrosis - Déficit auditivo - Déficit Visual - Depresión - Diabetes
--	--	--------------------------	--

				- Discapacidad Física (problema para moverse/caminar) - Discapacidad mental - Hipertensión/presión arterial - Enfermedades respiratorias - otras:
			Asiste a controles médicos	- Si - No
			Requiere de alguna Ayuda Técnica para	- Frecuencia - Visión (lentes) - Audición (audífonos) - Silla de rueda u otro soporte técnico
			En su diario Vivir usted	- Frecuencia
			Tiene dificultades para ver TV, coser, ver la hora, etc.	- Siempre - A veces - Nunca
		3. AUTONOMIA	Tiene dificultades para escuchar y seguir una conversación	- Siempre - A veces - Nunca
			Tiene dificultades para moverse, estirarse y/o agacharse	- Siempre - A veces - Nunca
			Realiza actividades de la vida diaria en forma	- Siempre - A veces

			independiente	- Nunca
			Puede salir cerca de la casa sin compañía	- Siempre - A veces - Nunca
			Puede tomar locomoción sin compañía	- Siempre - A veces - Nunca
			Ha sufrido caídas en los últimos 6 meses	- Siempre - A veces - Nunca
			Le cuesta recordar las cosas	- Siempre - A veces - Nunca
			La relación familiar es buena	- Siempre - A veces - Nunca
			Tiene buenos vecinos y amigos	- Siempre - A veces - Nunca
			Toma decisiones en su hogar	- Siempre - A veces - Nunca
			Puede subir escaleras solo/a	- Siempre - A veces - Nunca
			Puede caminar varias calles	- Siempre - A veces

			Puede bañarse o vestirse solo/a Participa en algún grupo de la comunidad Realiza alguna actividad recreativa Visita o recibe visitas Tiene algún tipo de problema que le ocasione tristeza Ha tenido poco ánimo para levantarse o realizar los quehaceres	- Nunca - Siempre - A veces - Nunca - Siempre - A veces - Nunca - Siempre - A veces - Nunca - Siempre - A veces - Nunca
--	--	--	---	---

VARIABLE 2: FACTORES OBSTACULIZADORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES

DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	SUB-DIMENSIONES	INDICADORES
Son las condiciones o situaciones de vida que afectan el bienestar de los adultos mayores, en seguridad social, condiciones físicas, mentales y/o familiares y que influyen en la calidad de vida de éstos.	Son las condiciones o situaciones de vida que afectan el bienestar de los adultos mayores, en seguridad social, condiciones físicas, mentales y/o familiares y que influyen en la calidad de vida de éstos.	1. Nivel socioeconómico	Nivel educacional	- No tiene estudios
			Tenencia de la Vivienda	- Allegado/a - Cedida - Otra situación
			Situación Laboral actual	- Jubilado/pensionado/montepiada - Discapacitado/a sin pensión - En quehaceres del hogar - Trabaja para un familiar sin sueldo - Realiza trabajos temporales - No trabaja
			ingresos que recibe	- Jubilación - Sueldo - PASIS Ingresos aportados por familiares
			Ingreso Personal	- 0 - \$1 a \$44.000 - \$45.000 a \$84.000 - \$85.000 a \$124.000 - \$125.000 a \$ 174.000 - \$175.000 y más
		2. Antecedentes familiares	Vive :	- Solo/a - Acompañado/a

		3. Situación de Salud	Quien integra su grupo familiar Usted es jefe/a de Hogar Toma las decisiones frente a situaciones y/o problemas que se presentan en hogar Cuenta con previsión en salud (actual) Estado de Salud actual Tipo de enfermedad que presenta	- Pareja, cónyuge - Hijo/as - Nieto/as - Otros: (parientes, hermano/a, etc.) - Si - No - siempre - a veces - rara vez - nunca - No - Regular - Malo - Muy Malo - - Artrosis - Déficit auditivo - Déficit Visual - Depresión - Diabetes - Discapacidad Física (problema para moverse/caminar) - Discapacidad mental
--	--	-----------------------	---	---

		4. Autonomía y Participación Social	Requiere de alguna Ayuda Técnica para En su diario Vivir usted Realiza actividades de la vida diaria en forma independiente Puede salir cerca de la casa sin compañía Ha sufrido caídas en los últimos 6 meses Le cuesta recordar las cosas La relación familiar es buena Toma decisiones en su hogar	- Hipertensión/presión arterial - Enfermedades respiratorias - otras: - Visión (lentes) - Audición (audífonos) - Silla de rueda u otro soporte técnico - Nunca - Nunca - Siempre - A veces - Siempre - A veces - Nunca - Nunca
--	--	-------------------------------------	---	---

			Participa en algún grupo de la comunidad Realiza alguna actividad recreativa Realiza alguna actividad física	- Nunca - Nunca - Nunca
--	--	--	---	--

VARIABLE 3: FACTORES PROTECTORES DEL PROCESO DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL DE LOS ADULTOS MAYORES

DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	SUB-DIMENSIONES	INDICADORES
Los factores protectores que permiten una mayor grado de participación están relacionados con el nivel educación , ingreso, salud e integración tanto a nivel comunitario, grupal e individual de los adultos mayores	Los factores protectores que permiten una mayor grado de participación están relacionados con el nivel educación , ingreso, salud e integración tanto a nivel comunitario, grupal e individual de los adultos mayores	1. Nivel Educacional e Ingreso	Nivel educacional Trabaja Situación Laboral actual Nivel de Ingresos	- Básica Incompleta - Básica Completa - Media Incompleta - Media Completa - Técnico/Universitario - No tiene estudios - Si - No - Trabajador dependiente - Trabajador por cuenta propia - Jubilado/pensionado/montepiada - Discapacitado/a sin pensión - Discapacitado/a con pensión - En quehaceres del hogar - Trabaja para un familiar sin sueldo - Realiza trabajos temporales - No trabaja - 0 - \$1 a \$44.000 - \$45.000 a \$84.000 - \$85.000 a \$124.000 - \$125.000 a \$ 174.000 - \$175.000 y más

		2. Relaciones familiares	Cómo considera la relación en su familia (G° de Importancia) Se relaciona con sus vecinos cuando	- Muy buena - buena - regular - Mala Muy mala - Pareja, cónyuge - Hijo/as - Nieto/as - Otros: (parientes, hermano/a, etc.) - Necesita ayuda / frente a un problema - Por amistad - Para realizar alguna actividad vecinal
		3. Situación De Salud	Su estado de salud es Requiere de alguna Ayuda Técnica para	- Muy bueno - Bueno - Regular - Malo - Muy Malo - - Visión (lentes) - Audición (audífonos) - Silla de rueda u otro soporte técnico

		3. Autonomía	En su diario Vivir usted	
			Realiza actividades de la vida diaria en forma independiente	- Siempre - A veces - Nunca
			Puede salir cerca de la casa sin compañía	- Siempre - A veces - Nunca
			Puede tomar locomoción sin compañía	- Siempre - A veces - Nunca
			Puede caminar varias calles	- Siempre - A veces - Nunca
			Participa en algún grupo de la comunidad	- Siempre - A veces - Nunca
			Realiza alguna actividad recreativa	- Siempre - A veces - Nunca
			Visita o recibe visitas	- Siempre - A veces - Nunca
			Tiene algún tipo de	- Siempre

		4. Participación	problema que le ocasione tristeza Realiza alguna actividad física Motivos Qué beneficios ha percibido al realizar algún tipo de actividad física Participa o se relaciona con alguna Red de apoyo Por que razones participa o se relaciona	- A veces - Nunca - Si - No - Por Salud/ bienestar biosocial - Por compartir - Por socializar - Por soledad - Por distracción - Por Autoayuda - Mas optimista/alegre - Mas reanimado/a da energía - Con menor tensión - Disminuye la ansiedad - Mas independiente en hacer cosas - Mejor relación con los demás - No percibe cambios - Si - No - Para informarse - Para compartir - Para distraerse - Para realizar actividades recreativas - Para realizar actividades físicas - Para realizar actividades de autoayuda
--	--	------------------	--	--

VARIABLE 4: FACTORES OBSTACULIZADORES DEL PROCESO DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL DE LOS ADULTOS MAYORES

DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	SUB-DIMENSIONES	INDICADORES
Los factores obstaculizadores del proceso de la participación social son los que tienen relación con el nivel de educación, ingreso, salud e integración tanto a nivel comunitario, grupal e individual de los adultos mayores	Los factores obstaculizadores del proceso de la participación social son los que tienen relación a permiten una con el nivel educación , ingreso, salud e integración tanto a nivel comunitario, grupal e individual de los adultos mayores	1. Nivel Educacional e Ingreso	Nivel educacional Trabaja Situación Laboral actual Nivel de Ingresos	- Básica Incompleta - Básica Completa - Media Incompleta - Media Completa - Técnico/Universitario - No tiene estudios - Si - No - Trabajador dependiente - Trabajador por cuenta propia - Jubilado/pensionado/montepiada - Discapacitado/a sin pensión - Discapacitado/a con pensión - En quehaceres del hogar - Trabaja para un familiar sin sueldo - Realiza trabajos temporales - No trabaja - 0 - \$1 a \$44.000 - \$45.000 a \$84.000 - \$85.000 a \$124.000 - \$125.000 a \$ 174.000 - \$175.000 y más

		2. Relaciones familiares	Cómo considera la relación en su familia (G° de Importancia) Se relaciona con sus vecinos cuando	- Muy buena - buena - regular - Mala - Muy mala - Pareja, cónyuge - Hijo/as - Nieto/as - Otros: (parientes, hermano/a, etc.) - Necesita ayuda / frente a un problema - Por amistad - Para realizar alguna actividad vecinal
		3. Situación De Salud	Su estado de salud es Requiere de alguna Ayuda Técnica para	- Regular - Malo - Muy Malo - Visión (lentes) - Audición (audífonos) - Silla de rueda u otro soporte técnico

		3. Autonomía	En su diario Vivir usted	
			Realiza actividades de la vida diaria en forma independiente	- Nunca
			Puede salir cerca de la casa sin compañía	- Nunca
			Puede tomar locomoción sin compañía	- Nunca
			Puede caminar varias calles	- A veces - Nunca
			Participa en algún grupo de la comunidad	- A veces - Nunca
			Realiza alguna actividad recreativa	- A veces - Nunca
			Visita o recibe visitas	- Nunca
			Tiene algún tipo de problema que le ocasione tristeza	- Siempre
			Realiza alguna actividad	- No

		4. Participación	física Qué beneficios a percibido al realizar algún tipo de actividad física Participa o se relaciona con alguna Red de apoyo Consideran su opinión al tomar alguna decisión importante dentro del grupo Ve limitada su participación en el grupo	- No percibe cambios - No - Rara vez - Nunca - Familiares - Falta de dinero - Tiempo - Otra causa
--	--	------------------	--	--

ANEXO 2

ENCUESTA ADULTO MAYOR

ENCUESTA ADULTO MAYOR

**FACTORES PROTECTORES QUE FACILITAN
LA PARTICIPACIÓN SOCIAL Y MEJORAN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA
COMUNA DE RANCAGUA**

INTRODUCCIÓN: Esta encuesta deberá ser completada con todos los datos que se solicitan. Usted deberá marcar con una cruz (x) la alternativa que corresponde a cada pregunta. Agradezco de antemano la gentileza que ha tenido de responder a esta encuesta.

Muchas gracias.

I. IDENTIFICACIÓN PERSONAL

Nombre:				
Sexo	F		M	Edad:

Estado civil	
Soltero/a	
Casado/a	
Viudo/a	
Separado/a Divorciado/a	
Conviviente	

Tenencia de la vivienda	
Propietario /a	
Arrendatario/a	
Allegado/a	
Cedida	
Otra situación	

Usted trabaja	
	Si
	No

Situación laboral actual	
Trabajador dependiente	
Trabajador por cuenta propia	
Jubilado/pensionado/montepiada	
Discapacitado/a sin Pensión	
Discapacitado/a con Pensión	
En quehaceres del hogar	
Trabaja para un familiar sin sueldo	
Realiza trabajos temporales	
Retirado de las FF.AA y de orden	
No trabaja	

Siente que su situación laboral actual afecta su calidad de vida	
	Si
	No

Cree usted que el nivel de ingreso le impide desarrollar actividades del diario vivir	
siempre	
A veces	
Nunca	

Nivel educacional.	
Básica Incompleta	
Básica Completa	
Media Incompleta	
Media Completa	
Técnico/ Universitario	
No tiene estudios	

Usted lee:	Bien	
	Regular	
	Nada	
Usted escribe	Bien	
	Regular	
	Nada	

Qué dificultades se le han presentado por no saber leer ni escribir	

Los ingresos que recibe usted provienen de :	
Jubilación	
Sueldo	
PASIS	
Ingresos aportados por familiares	

Cual es su ingreso personal.	
\$0	
\$ 1 a \$44.000	
\$ 45,000 – \$84,000	
\$ 85,000 – \$124,000	
\$125.000 a \$174.000	
\$175.000 y más	

Es justo el monto de la pensión que recibe	
	Si
	No
Por qué?	

II. ANTECEDENTES FAMILIARES

Jefatura del Hogar . Vive :	
Solo/a	
Acompañado/a	

N° Integrantes del Grupo Familiar	
-----------------------------------	--

N° de Personas que trabajan	
-----------------------------	--

Quién integra su grupo familiar	
Pareja, Cónyuge	
Hijo/as	
Nieto/as	
Otros:(parientes hermano/a, etc.)	

Usted es Jefe/a de Hogar	
	SI
	NO

Usted cómo Jefe/a de Hogar aporta recursos al grupo familiar			
Si y aporta recursos al grupo familiar		No, pero si aporta recursos al grupo familiar	
Si y no aporta recursos al grupo familiar		No y no aporta recurso al grupo familiar	

Usted toma las decisiones frente a situaciones y/o problemas que se presentan en el Hogar	
Siempre	
A veces	
Rara vez	
Nunca	

Quién/es toma/n las decisiones	
Pareja, cónyuge	
Hijo/a	
Nieto/a	
Otros:(parientes hermano/a, primo/a, etc.)	

Existen personas que le ponen limites en su diario vivir	
Siempre	
A veces	
Nunca	

Usted se relaciona mejor (G° de importancia)	
Pareja, cónyuge	
Hijo/a	
Nieto/a	
Otros:(parientes hermano/a, primo/a, etc.)	

Cómo considera la relación con su familia	
Muy buena	
Buena	
Regular	
Mala	
Muy mala	

A quién recurre cuando usted necesita solucionar un problema	
Pareja, Cónyuge	
Hijo/as	
Nieto/as	
Otros:(parientes hermano/a, etc.)	
Nadie	

Le ayudan cuando lo requiere	
Siempre	
Casi siempre	
A veces	
Pocas veces	
Nunca	

Usted tiene personas en su entorno que lo quieran	
Familiares	
Vecinos	
Dirigentes, profesionales, técnicos o auxiliares	
Nadie	

Usted se relaciona con sus vecinos	
Siempre	
Rara vez	
Nunca	

Se relaciona con sus vecinos cuando	
Necesita ayuda / frente a un problema	
Por amistad	
Para realizar alguna actividad vecinal	

La relación que mantiene con ellos es:	
muy buena	
buena	
regular	
mala	

Usted se muestra agradable y comunicativo con los vecinos	
Siempre	
Rara Vez	
Nunca	

Usted se siente limitado por depender de otros para realizar tramites o actividades que involucren decidir	
Siempre	
Rara vez	
Nunca	

Se siente solo/a a pesar de estar en compañía de otros:	
Siempre	
Rara vez	
Nunca	

Alguna persona le ha impedido realizar algún/a actividad/es			
Visitar amigos o familiares		Ir a comprar	
Participar de grupos , talleres , etc.		Ir a control médico	

III. ANTECEDENTES DE SALUD

Cuenta con previsión en salud	Si		No	
Sistema Previsional de Salud:				
Sistema Público				
ISAPRE				
FF.AA y de Orden				
Ninguno (particular)				
Otro Sistema				
No sabe				

Su estado de salud es:	
Muy bueno	
Bueno	
Regular	
Malo	
Muy Malo	

Presenta alguna de estas enfermedades	
Artrosis, artritis, osteoporosis	
Déficit auditivo	
Déficit visual	
Depresión	
Diabetes	
Discapacidad física (problema para moverse/caminar)	
Discapacidad mental	
Hipertensión/presión arterial	
Enfermedades respiratorias	
Otras	

Asiste a controles médicos	si		no	
----------------------------	----	--	----	--

Los controles o atenciones médicas las realiza en:	
Sector Público (Hospital, Consultorio o Posta)	
Sector Privado (Isapre, particular)	
Otro	
No asiste	

Cuando asiste a los controles lo hace para:	
Tratar una enfermedad crónica	
Prevenir enfermedades/control preventivo	
Atención dental	
Atención de urgencia	
Recibir beneficios alimenticios	
Atención podológica	
Tratamiento kinesiológico	
Exámenes laboratorio	
Vacunación anti-influenza	
No asiste	

cada cuanto tiempo	
una vez al año	
cada 6 meses	
una vez al mes	
cada quince días	
1 vez a la semana	
nunca	

Asiste a los Controles Médicos	
Solo/a	
Acompañado/a	

Requiere de alguna ayuda técnica para:	
Visión (lentes)	
Audición (audífono)	
Silla de rueda u otro soporte	

Usted siente que la enfermedad/es que presenta influye en su calidad de vida				
	Si		No	

IV. CALIDAD DE VIDA, AUTONOMÍA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

En su diario vivir usted:	Siempre	A veces	Nunca
Tiene dificultades, para ver TV, coser, ver la hora, etc.			
Tiene dificultades para escuchar y seguir una conversación			
Tiene dificultades para moverse , estirarse y/o agacharse			
Realiza actividades de la vida diaria en forma independiente			
Puede salir cerca de casa sin compañía			
Puede tomar locomoción sin compañía			
Ha sufrido caídas en los últimos 6 meses			
Puede subir escaleras solo/a			
Puede caminar varias calles			
Puede bañarse o vestirse solo/a			
Visita o recibe visitas			
Es respetuoso de su entorno			
Prefiere quedarse en casa en vez de salir o hacer cosas nuevas			
Ha tenido poco ánimo para levantarse o realizar los quehaceres			
Le cuesta recordar las cosas			
La relación familiar es buena			
Tiene buenos vecinos y amigos			
toma decisiones en su hogar			
Participa en algún grupo de la comunidad			
Realiza alguna actividad física recreativa			
Tiene algún tipo de problema que le ocasione tristeza			
Expresa sus sentimientos			
Busca formas de solucionar problemas			
Cuando lo necesito hay alguien que me expresa afecto y me anima			
Yo estoy dispuesta/o a responder de mis actos			
Se siente feliz la mayor parte del tiempo			
Esta de ánimo la mayor parte del tiempo			

Realiza alguna actividad física y/o recreativa	Si	No
Motivo		
Por Salud / bienestar biosocial		
Por Compartir		
Por Socializar		
Por Soledad		
Por distracción		
Por autoayuda		

Qué beneficios ha percibido usted al realizar algún tipo de actividad física y/o recreativa	
Más Optimista /Alegre	
Más reanimado /a, con energía	
Con menor tensión	
Disminuye la ansiedad	
Más independiente en hacer cosas	
Mejor relación con los demás	
No percibe cambios	

Participa o se relaciona con alguna Red de Apoyo	si	No

COSAM		Rotary club	
Consultorio		Iglesia	
Carabineros		Institución de Beneficencia/voluntariado	
Municipio		Institución que atiende a A.M	
SENAMA		SERNATUR	
Junta de Vecinos		club de Adultos Mayores	
Organizaciones Artístico- Cultural		Grupos de autoayuda	

La participación en la Organización es	
Permanente	
Temporal	
Esporádica	

Cómo se sintió al integrar el grupo	
Muy bien	
Bien	
Mal, no era lo que esperaba	

Cómo lo recibieron los demás integrantes	
Muy bien	
bien	
Mal	

Usted participa o ha participado de las siguientes actividades	
Actividades Recreativas/Deportivas	
Actividades Manuales	
Actividades de Alimentación Saludable	
Actividades Educativas	
Actividades Intergeneracionales	
Actividades de Desarrollo Personal	

Qué problemas identifica dentro de su organización que le provoque conflictos	
Inasistencias de lo/as participantes	
Falta de Comunicación	
Falta de actividades o programas sociales	
Desunión entre los pares	

Se informa sobre los programas, actividades que se imparten en su municipio, vecindad y/u organización	
Siempre	
Rara vez	
Nunca	

Por qué razones participa o se relaciona en el grupo	
Para Informarse	
Para compartir	
Para distraerse	
Para realizar actividades recreativas/físicas	
Por que le gusta	
Para realizar actividades de Autoayuda	
Para obtener beneficios materiales	

Consideran su opinión al tomar alguna decisión importante dentro del grupo	
Siempre	
Rara vez	
Nunca	

Los programas y/o actividades que imparten son de su agrado	Si	
	No	
Le gustaría que lo/a integraran o tomaran en cuenta para el diseño de los programas y/o actividades dentro del grupo		
	Si	
	No	

Ve limitada su participación en el grupo por	
Familiares	
Falta de Dinero	
Tiempo	
otra causa Cuál?	

OBSERVACIONES

Fecha de aplicación

Lugar de aplicación