



“Percepción de Adultos Mayores en etapa de Desvinculación Laboral sobre Salud y Calidad de Vida: elementos para la intervención social”

Alumna : M^a Elena Rosales Carreño.

Profesor Guía : Nora Donoso Valenzuela.

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO EN
TRABAJO SOCIAL.**

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE ASISTENTE SOCIAL

SANTIAGO DE CHILE, 2009

INDICE

INTRODUCCIÓN	3
1. Planteamiento del Problema	6
2. Preguntas de Investigación	9
3 .Objetivos de Investigación	10
4. Hipótesis de Investigación.	11
5. Estrategia Metodológica	12
I PARTE: MARCO TEORICO	18
Capítulo I: El Adulto Mayor en la Sociedad	19
Capítulo II: Teoría General de Sistemas	46
Capítulo III: Proceso de Desvinculación Laboral	65
Capítulo IV: Calidad de Vida en la vejez	73
II PARTE: MARCO REFERENCIAL	87
Capítulo V: El Adulto mayor en el contexto de las Políticas Públicas	88
III PARTE: ANALISIS DE LOS RESULTADOS	101
Capítulo VI: El Discurso de los Adultos Mayores: expectativas y necesidades	102
1. Selección de Citas por Subcategorías	103
2. Desarrollo del Análisis	126
Conclusiones	148
Hallazgos de la Investigación	160
Aportes al Trabajo Social	166
Bibliografía	169
Anexos	177

INTRODUCCIÓN

El Trabajo Social, como disciplina científica, tiene como eje la acción e intervención en un problema social de la realidad presente.

Nuestros sujetos de intervención son los grupos que se ven marginados o están siendo vulnerados en sus derechos, como jóvenes, niños, mujeres, trabajadores, etc.

Nuestra profesión, por lo general, sirve preferentemente a los sectores más excluidos, pobres y vulnerables de la sociedad.

Desde mediados del siglo pasado, hombres y mujeres, mayores de 60 años, son considerados Adultos Mayores, representando uno de los sectores más vulnerables de la sociedad. Uno de los rasgos de esta vulnerabilidad es acentuado culturalmente por la sociedad neoliberal que desecha a aquellas personas que no son productivas, por esta razón la palabra jubilación está cargada de una connotación excluyente (Kornfeld, 1999).

La expectativa de vida de la población en muchos países en vías de desarrollo ha ido aumentando desde hace algún tiempo. Según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), Chile se encuentra en esta situación: la tasa de natalidad ha caído desde el 26,8% por mil habitantes en 1973 al 15,6% por mil habitantes en 2003 y como los índices de natalidad siguen orden inverso ocurre que somos uno de los países de América Latina con mayor tasa de envejecimiento (INE, 2002; a).

El aumento de la expectativa de vida ha llevado a que el número promedio de años en la etapa post-laboral de su población sea de igual extensión al del período formativo y educativo pre-laboral: es decir, el período post-jubilación es de similar duración al tiempo que la persona

ocupa en su juventud para formarse antes de entrar a trabajar (Kornfeld, Op.cit).

El hecho más lesivo es que, en torno a los cambios biológicos ocurridos al envejecer, se configuró el llamado “modelo médico tradicional” que conceptualizó a la vejez en términos de déficit y de involución, acentuando la percepción de la vejez como un proceso degenerativo. Por consiguiente los que envejecen ven su futuro como un devenir de progresivo e inevitable deterioro (Barros, 1993; a).

Esta investigación pretende escuchar desde los propios actores, sus percepciones, expectativas y necesidades en torno a salud y calidad de vida. También desea definir el significado de esta etapa de la vida, lo que se ha llamado “Tercera Edad”. Además conocer la visión de los profesionales que trabajan en la unidad de Geriátrica del Hospital de la Dirección de Previsión de Carabineros de Chile (DIPRECA).

Por otra parte, la participación del Trabajador Social, en el área de la salud, se ha dado permanentemente junto a un equipo multidisciplinario, colaborando en la organización y funcionamiento de instituciones y servicios de bienestar social para la población, ejecutando programas sociales y de desarrollo comunitario en distintos ámbitos.

Por esta razón el estudio a realizar es pertinente, por los aportes que nuestra profesión puede entregar en el área de la Geriátrica del Hospital DIPRECA, y por otro lado, generar un proyecto en beneficio de este grupo etáreo.

A su vez, posee como ideal, involucrar a los profesionales que se desempeñan en la Unidad de Geriátrica de este establecimiento, en este proyecto de mejoramiento en la calidad de vida del Adulto Mayor beneficiario de este sistema previsional.

La siguiente investigación comienza con el planteamiento del problema, en el cual se describe de manera más acuciosa la realidad de los Adultos Mayores en Chile y los objetivos que se persiguen al realizar este

estudio, además presentamos la formulación de nuestras hipótesis y preguntas de investigación.

Luego, se desarrolla el marco teórico y referencial, los cuales serán los referentes teóricos que ampliarán la comprensión relativa a la problemática, permitiéndonos realizar una adecuada contrastación de la información, aprehendida desde los sujetos. También se describirá el tipo de estudio y el diseño metodológico, para finalizar con las principales conclusiones, hallazgos de la investigación y los aportes para el Trabajo Social, concluyendo nuestro trabajo con la bibliografía y anexos.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Chile, según el Censo 2002 (INE, op cit a), la población de adultos mayores ha experimentado un significativo crecimiento, representando un 11,4% de la población total del país.

Este fenómeno responde a los numerosos factores que hoy intervienen en una mayor esperanza de vida a nivel mundial.

El índice de esperanza de vida nacional, según los últimos datos del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), es de una media de 72 años, descomponiéndose en 69 años en el hombre y en 76 años en la mujer (SENAMA, 2006)

A raíz del envejecimiento poblacional en nuestro país, el gobierno ha abordado el problema a través de la generación de políticas públicas que promueven mejores condiciones de vida dentro de este grupo etáreo, creando el Servicio Nacional del Adulto Mayor en septiembre del 2002.

Esta entidad define al Adulto Mayor como toda persona que ha cumplido los sesenta años, sin diferencia entre hombres y mujeres (Ibíd.).

Hoy en día, el apelativo con que se hace referencia a este grupo como “Adulto Mayor”, le permite definirse como un actor social, a diferencia de la antigua denominación “anciano y vejez”, cuya connotación se asociaba a incapacidad, invalidez y enfermedad (Barros, op.cit ; a).

Es necesario aclarar que la visión negativa que tiene la sociedad del Adulto Mayor se traspasa también a éste, bajando su autoestima y generando un mayor deterioro físico y psicológico.

Por consiguiente, se puede afirmar que el Adulto Mayor ya es parte importante de las políticas públicas que buscan mejorar su calidad de vida, es decir, existe un sector de la población que tiene tales características y vulnerabilidades, por ello se responde con tales y cuales redes de protección.

Pero, no cabe duda que el proceso de envejecimiento en cada individuo es único, cada persona se adapta de manera distinta a las condiciones cambiantes, provenientes no sólo del propio organismo si no que también del contexto social.

Sabemos que nuestro modelo económico privilegia al ser humano por su capacidad productiva. Una persona sana, joven y vital es necesaria y parte importante para la economía del país. A medida que las personas envejecen, se retiran de la fuerza de trabajo, retirándose así de un escenario social importante.

Ello ocurre por varios factores: así lo establece la ley, por las fuertes presiones sociales para que los mayores dejen sus cargos a los más jóvenes, por la discriminación en las contrataciones o porque muchos desean y necesitan hacer uso de un beneficio que les ha otorgado la sociedad, es decir, la jubilación.

El hecho de jubilar tiene lamentablemente, hoy en día, dos graves consecuencias. En primer lugar, los bajos montos de las jubilaciones y pensiones que implican una estrechez económica, en una sociedad donde los servicios y bienes se pagan. En segundo lugar, en una sociedad donde las personas se valoran por el prestigio de lo que hacen en la esfera económica, no desempeñar una actividad económica es no hacer nada, ser nadie y ser percibido como una carga (Ibíd.)

La respuesta social que hace el medio al deterioro biológico y el retiro forzoso del trabajo productivo, ayudaron a construir en el colectivo social preideas o prejuicios acerca de lo que es la vejez y los viejos, repercutiendo en los propios Adultos Mayores, quienes al hacer suyas estas ideas acaban por percibirse a si mismos, como insertos en una etapa de decadencia en lo físico y mental, proyectando una imagen de incapacidad, de inutilidad social, de obsolescencia y de rigidez (Ibíd.)

Por esta razón es necesario conocer la percepción de los Adultos Mayores respecto de la etapa que viven, cómo se perciben hoy en día, cuáles son sus necesidades y expectativas de la vejez. Conocer lo que plantean los

profesionales que trabajan en esta área, es de vital importancia para acercarnos y comprender este periodo de la vida del adulto mayor.

Todo lo planteado anteriormente, nos servirá de antecedente y referencia en este estudio que pretende centrarse en los Adultos Mayores pertenecientes al Club Amor y Amistad, ex funcionarios del Hospital General Humberto Arriagada (HOSCAR), beneficiarios del sistema previsional de la Dirección de Previsión de Carabineros de Chile y adultos mayores que no pertenecen a este grupo, pero que también son beneficiarios del sistema DIPRECA.

La población del sistema previsional DIPRECA cubre a 246.265 beneficiarios, entre imponentes y cargas familiares, separándose los primeros en imponentes activos y pasivos.

Los imponentes pasivos tienen su origen en instituciones como Carabineros de Chile, Policía de Investigaciones de Chile, Gendarmería de Chile, Mutualidad de Carabineros y DIPRECA, los cuales se dividen en retiros y montepíos.

Nuestro estudio estará centrado en un grupo que es parte de los beneficiarios, hombres y mujeres mayores de 60 años los que alcanzan un total de 19.667 personas.

La muestra estará compuesta por un grupo de Adultos Mayores ex funcionarios del Hospital de Carabineros Gral. Humberto Arriagada (HOSCAR), cuyas edades fluctúan entre los 60 y 78 años, pertenecientes al sistema previsional de DIPRECA.

Debido al alto porcentaje de Adultos Mayores que atiende esta institución, nos parece un nicho importante donde efectuar nuestra investigación, la cual permitirá comprender la percepción de estos Adultos Mayores acerca de su situación de salud y calidad de vida con el objeto de enfocar la respuesta social para este grupo y además concretar proyectos que vayan en su directo beneficio.

2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Qué **percepciones** poseen los Adultos Mayores desvinculados de la Institución DIPRECA respecto de su salud y calidad de vida?

¿Cuáles son las **necesidades y expectativas** que plantean los Adultos Mayores para mejorar su calidad de vida?

¿Cuál es la **visión de los profesionales** que trabajan en la Unidad de Geriátrica del Hospital DIPRECA respecto a las necesidades y factores que influyen en la salud y calidad de vida del Adulto Mayor?

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General N °1:

Describir la percepción de los Adultos Mayores beneficiarios del sistema previsional de DIPRECA respecto de su salud y calidad de vida.

Objetivos Específicos:

1. Establecer la opinión de los Adultos Mayores desvinculados de la Institución DIPRECA en relación a su salud y calidad de vida.
2. Identificar los factores que influyen en las percepciones de los Adultos Mayores desvinculados de la institución DIPRECA en relación a su salud y calidad de vida.

Objetivo General N °2:

Describir las expectativas y necesidades de los Adultos Mayores según lo planteado por los profesionales a cargo de la Unidad de Geriatria del Hospital DIPRECA.

Objetivos Específicos:

- 1.- Identificar las expectativas y necesidades presentadas por los Adultos Mayores desde la perspectiva de los profesionales.
- 2.- Establecer los factores que intervienen en las expectativas y necesidades de los Adultos Mayores desde el enfoque de los profesionales.

4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

Hipótesis N° 1:

Las percepciones de los Adultos Mayores beneficiarios del sistema previsional de DIPRECA respecto de su salud y calidad de vida están relacionadas con la mayor vulnerabilidad social y económica que presenta esta etapa de la vida.

Hipótesis N° 2:

Las necesidades y expectativas de los Adultos Mayores están asociadas a su proceso de desvinculación laboral.

Hipótesis N° 3:

Los profesionales a cargo de la Unidad de Geriatría del Hospital DIPRECA relacionan la vulnerabilidad social de los Adultos Mayores a factores socioeconómicos y deterioro biológico.

5. ESTRATEGIA METODOLOGICA

Para efectos de esta investigación, el enfoque cualitativo es pertinente por cuanto nos permite comprender el escenario y a las personas desde una perspectiva holística, considerándolos como un todo (Rodríguez, 1966). El énfasis del enfoque radica, principalmente en el conocimiento de la realidad, captando el significado particular que a cada hecho atribuyen sus propios protagonistas, contemplando estos elementos como piezas de un conjunto sistemático (ibid).

El enfoque cualitativo es de carácter inductivo, interpretativo, iterativo y recurrente. Los planteamientos de este enfoque son abiertos, expansivos, que paulatinamente se van enfocando en conceptos relevante, de acuerdo con la evolución del estudio. Además, éstos están fundamentados en la experiencia y la intuición, y se orienta a aprender de experiencias y puntos de vista de los individuos, valorar procesos y generar teorías fundamentadas en las perspectivas de los participantes. La investigación cualitativa es llevada a cabo fundamentalmente en los ambientes naturales de los participantes. Además, las variables no son controladas ni manipuladas, son conceptos generales, como emociones, vivencias. Sus significados son extraídos de los mismos participantes (Hernández, et al; 2006).

5.1. Tipo de Estudio:

El tipo de estudio es interpretativo, ya que el investigador hace su propia descripción y valoración de los datos. El planteamiento se va enfocando en ciertos temas de acuerdo con la información recabada (Ibid).

Esta investigación se aboca a las subjetividades de los Adultos Mayores, beneficiarios del sistema de previsión DIPRECA, por ello describe sus percepciones acerca de su etapa vital

5.2 Universo

El sistema previsional DIPRECA atiende a 19.667 beneficiarios, mayores de 60 años, los que se desglosan en 9.906 de sexo masculino y 9.761 femenino, provenientes de la Región Metropolitana. Se investigara acerca de las percepciones de Adultos Mayores, hombres y mujeres de forma aleatoria y representativa de la población de ex funcionarios. Los criterios para la selección de la muestra son: tipo de desvinculación, sexo, edad, actividad que realizaba durante su período laboral.

En cuanto al universo de profesionales que componen la Unidad de Geriatria corresponden a 6 personas entre Médicos, Asistente Social y Enfermero.

5.3 Muestra

La muestra de la Investigación está compuesta por 17 Adultos Mayores, hombres y mujeres, de entre de 60 y 78 años, beneficiarios del sistema previsional de DIPRECA, ex funcionarios de HOSCAR (Hospital de Carabineros Gral. Humberto Arriagada), provenientes de la Región Metropolitana. A su vez, la muestra de la Unidad de Geriatria estará compuesta por 3 profesionales Ellos son: una Geriatria, un Enfermero Universitario y una Asistente Social.

5.4 Técnicas de recolección de datos

Para esta investigación, se elaborará un plan de recolección de información, con el fin de facilitar la búsqueda de datos relevantes. El objetivo principal de esta aproximación, hacia los adultos mayores beneficiarios de DIPRECA, es captar las subjetividades de los propios actores para comprender los significados que atribuyen a la etapa del ciclo vital que están viviendo. Para ello, se necesita recoger las apreciaciones particulares de las personas involucradas.

La entrevista se aplicará como una técnica de recolección de información. La entrevista puede ser definida como una interacción verbal que se constituye simultáneamente como una relación social en la cual se tiene una conversación, con el fin de obtener o ampliar una información acerca de una persona, una situación con una finalidad específica (Cancino, y Duarte; 1993). Consideramos que esta técnica es la más apropiada para acercarnos a las subjetividades de los Adultos mayores beneficiarios de DIPRECA, por cuanto nos posibilitará obtener información respecto a la vivencia y significado que otorgan los protagonistas a esta etapa del ciclo vital.

En la presente investigación, la entrevista se vuelve necesaria para conocer las subjetividades de este grupo social a estudiar, por esta razón, se realizarán entrevistas abiertas, semi - estructuradas y en profundidad.

Bajo este objetivo, y con la finalidad de operacionalizar el proceso de recolección de información, puntualizaremos respecto a las dos modalidades de entrevistas que se utilizarán:

a) Entrevista en profundidad

Considerada como una de las técnicas cualitativas más utilizadas, la entrevista en profundidad se define como la técnica de obtener información, mediante una conversación profesional con una o más personas para un estudio analítico de investigación o para contribuir en los diagnósticos o tratamientos sociales (Ruiz, 1999).

Este tipo de entrevista se utilizará en la investigación, porque comprende un desarrollo de interacción, creador y captador de significados (Ibíd.), donde influyen las percepciones tanto del entrevistado como del entrevistador. Aquí siempre habrá un cara a cara entre el investigador y el informante (Taylor y Bogdan, 1994).

Las entrevistas en profundidad serán realizadas a 17 Adultos Mayores, ex funcionarios del Hospital Gral. Humberto Arriagada (HOSCAR), beneficiarios del sistema previsional DIPRECA. Al igual que a 3 profesionales de la Unidad de Geriatría del mismo recinto.

Este tipo de entrevista se caracteriza por el propósito explícito presente. Los entrevistados son informados respecto a lo que se persigue en el estudio, intercambiando con estos aspectos como la finalidad y orientación general de la investigación (Rodríguez, 1966).

En este sentido, es pertinente recalcar que estas entrevistas se llevan a cabo en el lugar donde los sujetos se desenvuelven cotidianamente, por lo cual esta entrevista también recibe la denominación de informal.

b) Entrevista grupal

La entrevista grupal a diferencia de los grupos de discusión, se realizan con grupos formalizados, preexistentes a la investigaciones, por tanto es

un medio para que el grupo reflexione, tome postura y realice las acciones que considere convenientes(Ibíd.).

Según lo expuesto por Merton (citado en Sierra, 2001), el objeto o el tema de esta técnica corresponde a una experiencia muy concreta. Las personas a quienes se entrevista son las que han participado en una situación específica que se quiere investigar. Resulta entonces imprescindible conocer, desde el grupo, los sentidos, significados y motivaciones que conserva este grupo de Adultos Mayores.

Será necesario, además del relato individual alcanzado en la entrevista en profundidad, caminar hacia una visión de grupo, la cual se conforma de múltiples vivencias personales orientadas en un punto en concreto, unificándose y dando paso a un punto de vista grupal.

Se puede afirmar que las entrevistas grupales tienen como propósito registrar cómo los participantes elaboran grupalmente su realidad y experiencia. La entrevista, bajo la modalidad grupal, se convierte, en este sentido, en un real intercambio de experiencias, ya que habitualmente, cuando un entrevistado percibe que su interlocutor tiene una experiencia o una vivencia similar o conocimientos sobre el tema, reacciona positivamente; en síntesis, esta situación comunicacional retroalimenta su interés en participar del debate (Aignerren, 2002). En este caso puntual, permitirá que se expresen en cuanto a la significación que le otorgan a su etapa de ciclo vital.

5.5 Técnicas de análisis de datos

Por último, el análisis de las entrevistas, las interpretaciones y sus resultados se realizarán a partir de una matriz con categorías y tópicos surgidos de las variables de investigación, lo cual atravesará además la

formulación de hipótesis, pregunta de investigación y planteamientos teóricos y de referencia.

6. Variables

Las variables de investigación son:

- Percepción de los Adultos Mayores respecto de su salud y calidad de vida
- Visión de los profesionales respecto de necesidades y expectativas de los Adultos Mayores.

PRIMERA PARTE
Marco Teórico

CAPITULO I

EL ADULTO MAYOR EN LA SOCIEDAD

El envejecimiento de la población es un fenómeno global y relativamente reciente en el mundo. Estos procesos comenzaron en algunos lugares de Europa en el siglo XIX. Luego se extendieron rápidamente por los países desarrollados y durante las últimas décadas han comenzado a experimentarse en algunos países en vías de desarrollo. Esta tendencia demográfica se caracteriza por lo siguiente: un crecimiento en el porcentaje de personas mayores de 64 años; un incremento en el número absoluto de personas mayores; y un aumento en la esperanza de vida (Sánchez, 2000; a).

El término envejecimiento puede referirse a un individuo o una población aunque tiene significados distintos. Un individuo puede envejecer según aumenta en edad cronológica y pasa por una serie de etapas entre la concepción y la muerte. En cambio el envejecimiento de la población ocurre cuando se registra un aumento considerable en la proporción de personas clasificadas como de edad avanzada del total de la población. (Ibíd.)

A medida que envejece la población mundialmente, se presta más atención a los asuntos que tiene que ver con el adulto mayor. En respuesta a este interés, el período de 1975 al 2025 fue designado por la Organización de Naciones Unidas (ONU) como la era del envejecimiento. (Ibíd.)

La vejez es un hecho biológico y una construcción social. Durante este período en el ciclo vital de la persona se producen numerosos cambios,

independientemente de la declinación física. Estos cambios son en parte determinados por el ambiente social y cultural en el cual está inmersa la persona anciana. La edad mayor, de hecho, determina un nuevo estrato social y la sociedad le asigna a la persona una posición o papel característico. La mayoría de edad representa un marcador social que estructura y determina derechos, privilegios y expectativas. La determinación histórico-social de la vejez se expresa no solo a nivel individual en la personalidad de cada ser humano, sino en el plano social. La sociedad le asigna un lugar a este segmento poblacional, le atribuye peculiaridades específicas en sus representaciones y le brinda o niega espacios sociales. (Ibíd.)

Las concepciones diferentes acerca del proceso de envejecimiento llevan a muchas personas a concluir que la etapa de la vejez en la sociedad actual, es un período de la vida al cual se le teme principalmente por los cambios físicos. Presuponiendo que envejecer inevitablemente provoca la pérdida de capacidad para funcionar física y mentalmente, entonces la vejez es una época de dependencia social. Estas pérdidas a su vez conllevan un cambio en la posición social que afecta la autoestima.

Aunque la mayoría de las personas que sobrepasan los 65 años funcionan relativamente bien y llevan una vida activa, un número considerable experimenta problemas de índole social, emocional o económica. Estos problemas muchas veces los exponen a la dependencia, en ocasiones a ser víctimas de maltrato y discriminación y por consecuencia a la violación de sus derechos humanos.

La escritora Matilda Riley (citada por Sánchez, 2000) afirma que existe una diversidad entre las personas según envejecen y que el envejecer depende de la posición socioeconómica, la relación con otros y el concepto de sí mismos. Esta autora concluye que entender el paso del

envejecimiento es principalmente un asunto sociológico. No es que las dimensiones biológicas y psicológicas carezcan de importancia, por el contrario, el envejecimiento es fundamentalmente un proceso biológico con implicaciones psicológicas importantes para la persona. Sin embargo, el envejecer se experimenta socialmente y en gran medida lo que significa ser viejo o vieja en la sociedad es un fenómeno sociológico. En armonía con esta idea, conceptualizaremos a la vejez desde una perspectiva social.

El deseo de permanecer eternamente joven ha sido siempre inherente al ser humano en todas las épocas y culturas. El miedo a envejecer es universal. Este sentir está presente en la mayoría de las personas y se debe a la asociación que se hace entre vejez y muerte. Ser viejo o vieja en muchas sociedades significa muchas veces tener una posición devaluada, a pesar de que la mayoría de las personas de mayor edad no están enfermas, aisladas, inseguras o mentalmente incapacitadas, los estereotipos negativos se han generalizado y muchas veces se perpetúan (Ibíd.).

1.- PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

La Gerontología es una ciencia que nace hacia 1940, pero no tuvo reconocimiento académico hasta 1970. El creciente interés por entender el proceso de envejecimiento ha motivado la creación del campo interdisciplinario de la Gerontología. Esta se define como el estudio científico de los asuntos biológicos, psicológicos y sociales de la vejez. (Sánchez, op cit; a)

La gerontología es la disciplina que estudia sistemáticamente la vejez, el envejecimiento y las personas viejas desde dos puntos de vista. Primero, cómo la vejez afecta al individuo. Segundo, cómo la población vieja cambia a la sociedad.

La gerontología incluye investigadores y practicantes de campos diversos tales como biología, medicina, enfermería, odontología, psicología, sociología, economía, ciencias políticas y Trabajo Social.

Estas profesiones están interesadas en varios elementos del proceso de envejecimiento, desde el estudio del proceso molecular hasta la búsqueda de maneras de mejorar la calidad de vida de las personas de edad avanzada.

El proceso de envejecimiento es un fenómeno natural que se refiere a los cambios que ocurren a través del ciclo de la vida y conllevan una diferencia entre las generaciones jóvenes y las viejas. Es un proceso natural, gradual, de cambios y de transformaciones a nivel biológico, psicológico y social que ocurren a través del tiempo.

Una perspectiva cronológica es la definición de la vejez a base de los años vividos por una persona desde el nacimiento. Por ejemplo, una persona de 75 años es cronológicamente más vieja que una de 45 años de edad.

La edad cronológica no necesariamente esta relacionada a la condición de salud de la persona, a sus habilidades o posición que ocupa en la sociedad.

La dimensión biofisiologica del envejecimiento tiene que ver con los distintivos siguientes: cambios en la apariencia física, declinación gradual del vigor y pérdida de la habilidad física para resistir enfermedades o condiciones a las que se enfrenta eventualmente la persona por exposición a condiciones ambientales. Los biólogos se refieren a este proceso como senectud o senescencia (envejecimiento biológico normal). (Ibíd.)

Yates (Citado en Fernández-Ballesteros; 2000:39), señala que “envejecimiento puede ser definido como cualquier cambio temporal en un objeto o sistema...que puede ser bueno, malo o indiferente a un determinado juez u observador”.

En definitiva una asunción básica es que la vejez (en todos sus derivados) está en función del tiempo que transcurre para un determinado organismo frecuentemente, medido según su edad.

A pesar de que con el paso del tiempo el organismo es menos eficiente, ello quiere decir que existen ciertos patrones de estabilidad y cambio. Por lo que se refiere a la edad física podemos establecer los siguientes postulados:

- 1.- No todas las personas envejecen o cambian físicamente al mismo ritmo
- 2.- El entrenamiento y el cuidado del cuerpo pueden llevar a que las personas de más edad estén físicamente mejor que otras más jóvenes.

3.- Existen personas de edad que tienen mejor salud que otras más jóvenes y existe una enorme variabilidad entre personas de edad en cuanto a enfermar.

2.- IMAGEN CULTURAL Y VALORACION SOCIAL DE LA VEJEZ.

En lo que concierne al proceso de envejecimiento se ha coincidido en que el aumento en años no cambia las necesidades básicas que tienen los seres humanos (Sánchez, Op. Cit.; a)

Por imagen cultural se entiende el conjunto de ideas compartidas acerca de lo que es la vejez y lo que son los viejos. En la sociedad contemporánea la vejez se define, mayoritariamente, como una etapa de deterioro y los viejos como individuos física y mentalmente incapaces, que son una carga para la sociedad.

Este contenido negativo del modelo cultural acerca de la vejez es el principal responsable de nuestra actitud frente a la vejez y de nuestro menosprecio a los Adultos Mayores. Por consiguiente es muy importante preguntarse, ¿qué hay detrás o cómo se explica esta forma de pensar colectiva?

La disminución en la capacidad física es un hecho de siempre. Pero este dato biológico no influía antes para desvalorizar al anciano puesto que se le suponía contrapesado por la mayor experiencia y la capacidad de un razonar más templado y sereno.

La posibilidad del retiro del trabajo es un privilegio reciente en la historia de la humanidad, pero se produce el contrasentido que a quienes lo disfrutaban se los castiga con el menosprecio.

Las razones que explican el significado cultural que se da actualmente al deterioro biológico y al retiro del trabajo por edad se vincula a ciertos elementos de la lógica de funcionamiento de la sociedad contemporánea occidental.

Uno de los rasgos propios de las sociedades contemporáneas es la velocidad del cambio que experimentan. Esto en circunstancias que uno de los recursos valiosos que poseían tradicionalmente los ancianos, era su experiencia que, cuando se vive en una sociedad donde el rápido cambio tecnológico impregna y altera casi todas las esferas de la vida, resulta inútil puesto que se refiere a formas de hacer y de pensar ya superadas. De ahí que se juzgue prescindible la experiencia del “anciano” y que sus opiniones puedan ser descartadas. No vale la pena oírlos pues están obsoletos. Esto que puede ser cierto a nivel tecnológico, se lo generaliza a todas las esferas de la vida.

Esto es reafirmado también a partir de la idea central de la modernidad que menosprecia lo antiguo y valora lo nuevo, percibiendo la autoridad de los antiguos como un obstáculo al progreso. La modernidad desvaloriza lo viejo y esto se aplica luego a “los viejos”.

3.- CARÁCTER MULTIDIMENSIONAL DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO.

3.1 DIMENSIÓN BIOLÓGICA DEL ENVEJECIMIENTO

A medida que las personas envejecen, aumenta gradualmente el riesgo de enfermarse y tener dificultades funcionales de tipo motor, sensorial, etc.

Hay un continuo deterioro en la habilidad para enfrentar la vida y las tareas cotidianas, aunque esto ocurre en forma muy diferenciada entre los distintos individuos y los diversos órganos y funciones.

La decadencia biológica acarrea la incapacidad de valerse por sí mismo y, en la mayoría de los casos, la necesidad de contar con ciertos cuidados y con alguna ayuda para desempeñar las tareas cotidianas. Esto ocurre especialmente en la etapa de Fragilidad, etapa en la cual el adulto mayor requiere de ayuda para atenuar incapacidades o no es válido en ciertas actividades, en esta etapa puede haber grandes dificultades para enfrentar por sí solo al medio. Por ejemplo subir escaleras, bañarse en tina, atravesar la alameda, subir y bajar de un micro. (Barros, 1989; b)

Es útil distinguir a grandes rasgos, entre una etapa de vejez -65 a 80 años- y una de decadencia – por lo general sobre los 80 años. Omitir esta distinción induce a contaminar la idea de vejez como una etapa de la vida aún activa con las características de fragilidad y decadencia, propia de los más viejos, o con la imagen de postración y desgaste propios de la antesala de la muerte.

Asimismo, en salud pública, se habla de Adulto Mayor. La idea subyacente a las definiciones tradicionales, o de sentido común, es hacer

de la vejez sinónimo de involución y enfermedad. Por lo cual, el modelo médico que concebía el envejecimiento como un proceso de decadencia y deterioro orgánico esté siendo reemplazado por uno donde el énfasis no esté puesto en la decadencia biológica, sino en la posibilidad de mantener la capacidad funcional de los individuos.

Es conveniente considerar que, si bien se produce comúnmente, un deterioro en la capacidad física, que se acentúa fuertemente después de los 80 años, no ocurre lo mismo en lo psíquico, ya que no es sinónimo enfermedad física de alteración de la capacidad de razonar, y menos aún, de capacidad afectiva y de búsqueda y expresión espiritual.

De ahí la importancia de abandonar la concepción del hombre como un mero “mono desnudo” y de enfatizar que las capacidades propiamente humanas, la razón, la espiritualidad y la afectividad no decaen o lo hacen más tardíamente y en menor medida.

Sobre las condiciones físicas y mentales de los Adultos Mayores, hay datos parciales pero, importantes de consignar.

El 67% de los mayores de 60 años corresponde a la categoría de Adulto Mayor normal, estos son independientes o sólo requieren de ayuda para movilizarse lejos de su casa; 30% caen en la categoría de Adulto Mayor frágil, estos requieren de ayuda para atenuar incapacidades o no son válidos en ciertas actividades; y el 3% corresponde a la categoría de Adulto Mayor postrado y Terminal, que padecen de invalidez severa.

En relación con salud mental en el grupo etáreo de 65 a 80 años, se ha encontrado que entre el 3% y el 5% tiene el juicio alterado; si se considera el grupo entre 80 a 95 años, este porcentaje sube a entre el 20 y el 25%.

Otro dato muy decidor es que la depresión reactiva alcanza al 30%. Si se piensa que este cuadro patológico se caracteriza por el desaliento, la tristeza, el desánimo, se entiende como respuesta a un medio que les significa problemas económicos, abandono, marginación.

Existen además, otras cifras que vale la pena consignar. Por ejemplo, el 72% de los mayores de 60 años dice tener problemas de salud y el 28% dice no tenerlos. (Silva, 2004)

En cuanto a la atención de salud, el 84% de los mayores de 60 años, dice tener derecho a atención médica en alguna institución (el 46% por estar afiliado a FONASA, el 39% por estar afiliado a otras Cajas de Previsión y el 2% a alguna Institución de Salud Previsional. El 14% declaró no tener derecho a atención médica en ninguna institución

El 78% de los mayores de 60 años declara tener la posibilidad de recurrir a alguna persona si así lo requiere para desempeñar sus actividades cotidianas, el 22% declara no tener a quién recurrir (Ibíd.).

La buena calidad de vida en la vejez está, obviamente muy ligada a la situación financiera y al acceso a los servicios de salud. Por esto se debe destacar que hay grandes diferencias en la forma y el ritmo cómo envejecen los individuos pertenecientes a diversos estratos socioeconómicos. Tanto es así, que la pertenencia a diversos estratos es una de las variables que interviene y califica todo el acontecer social de los Adultos Mayores.

3.2 DIMENSIÓN PSICO – SOCIAL DEL ENVEJECIMIENTO

El comportamiento es el medio del que disponen las personas mayores para hacer cosas, para funcionar en su medio, para vivir, en definitiva una vida larga y de calidad. A través del comportamiento, de la actividad del ser vivo, las personas elaboran y realizan acciones biológicas o personalmente significativas (Fernández-Ballesteros, op. cit.).

El comportamiento representa la dimensión funcional del cuerpo en interacción con el ambiente y el mundo.

El aprendizaje es el proceso que posibilita, a lo largo del desarrollo personal, la adquisición de información y de conocimientos necesarios para la vida, para realizar las tareas de la vida y adaptarnos con eficacia a nuestro medio. Necesitamos aprender casi todo, por tanto, el aprendizaje constituye uno de los principales vehículos de la adaptación del comportamiento y un poderoso impulso del progreso social y cultural.

El aprendizaje nos convierte a la vez, en únicos y flexibles, mediante él, aprendemos a anticipar acontecimientos importantes para nuestra adaptación, aprendemos en parte las conquistas biológicas de nuestra especie, aprendemos a repetir aquellos comportamientos por los que se nos recompensa y a evitar aquellos por los que se nos castiga. Por esta razón, gran parte de lo que hará la persona mayor estará influenciado por las consecuencias en su medio. (Ibid)

Si añadimos además, que las personas hacen más a menudo, lo que se espera de ellas, que lo contrario, la importancia de nuestras expectativas en el grado de actividad y competencia en el adulto mayor es notoria: si

esperamos incompetencia, ésta aumentará; si esperamos competencia y aprendizaje, aseguramos su probabilidad de aparición.

A pesar, de que existe una actitud social negativa en relación al aprendizaje social en la vejez, los estudios confirman que la adquisición y asimilación de nuevos comportamientos, conocimientos, aptitudes, actitudes o hábitos se puede dar en cualquier edad. Puede modificarse, eso sí, la velocidad o tiempo de asimilación.

Tiempo, interés y pasión constituyen los ingredientes fundamentales para el aprendizaje efectivo en la vejez.

El comportamiento aprendido y por aprender, pasa a ser la cuestión central, tanto para un envejecimiento y desarrollo personal saludable y satisfactorio, como para una atención socio-sanitaria de calidad.

Tradicionalmente se ha venido afirmando en gerontología, que envejecer lleva consigo inevitablemente la aparición de un notable número de pérdidas, un aumento de los problemas de salud y un progresivo declive de las capacidades. Estas pérdidas y disminuciones gravarían los recursos adaptativos, tanto físicos como mentales de las personas mayores, dañarían su concepto, su imagen de continuidad personal, aumentarían los problemas de salud mental y se reduciría su perspectiva personal y vital. (Ibíd.)

Frente a este posicionamiento; se viene defendiendo en la actualidad, la teoría de que el envejecimiento y la vejez implican, tanto pérdidas y disminuciones como aumentos, ganancias y perfecciones. Los estudios actuales están demostrando que las personas mayores son eficaces a la hora de mantener una sensación de control y una visión positiva, tanto de si mismos como del desarrollo personal.

Un aspecto fundamental para una adaptación con éxito a la vida, reside en el dominio de nuestra vida afectiva. Aunque lo que hacemos día a día es importante, cómo vivimos, lo que hacemos puede llegar a ser trascendental para la calidad de vida de las personas mayores. El cómo experimenta o siente la persona mayor, su obrar en interacción con el medio, es responsabilidad de su vida afectiva.

Entendemos por vida afectiva el conjunto de estado (emociones) y tendencias (humor o ánimo) que el individuo experimenta de forma propia e inmediata (subjetividad), que influyen en toda su personalidad y comportamiento (trascendencia), especialmente en su expresión (comunicatividad), y que por lo general se distribuyen en términos duales, tales como placer-dolor, alegría-tristeza.

Otros estudios avalan la conclusión de que la satisfacción con la vida se mantiene y no disminuye necesariamente con la edad.

La vida afectiva y el bienestar psicológico pasa a ser el recurso más importante para una vida de calidad, donde la salud, la personalidad y el status socioeconómico se conjugan y contribuyen, a la hora de explicar la felicidad del Adulto Mayor.

Existen tres objetivos generales de intervención para mejorar la salud en la edad avanzada:

- Prevenir la aparición de enfermedades.
- Retrasar y limitar las manifestaciones del envejecimiento normal mediante la promoción de conductas saludables en contextos saludables, es decir, promover el envejecimiento óptimo.
- Paliar y tratar las manifestaciones y efectos negativos de las enfermedades habituales en esta edad.

En gran medida, las condiciones de salud en la vejez son el resultado de los estilos de vida y de las prácticas de salud de la juventud.

Muchas de las conductas de salud y de las conductas nocivas con efectos significativos sobre la salud, como la forma en que los individuos se adaptan a las demandas ambientales, se establecen en el primer tercio de la vida. Por lo tanto, la primera contribución importante y quizás la más decisiva en el logro de una buena salud durante la vejez es fomentar en niños y jóvenes estilos de vida y patrones conductuales apropiados (Silva, op cit.)

4.- CALIDAD DE VIDA Y PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

Envejecer es un proceso de cambios continuos que requiere una permanente adaptación del individuo. De ahí la importancia de analizar algunos cambios aparejados al proceso de envejecimiento, destacando sus consecuencias para el ser humano.

La jubilación, un derecho ganado

La vejez implica el retiro de la fuerza de trabajo. Para aclarar el significado del retiro del trabajo conviene precisar que el derecho a retirarse del trabajo es un logro de la humanidad que fue posible gracias al progreso tecnológico, que permitió elevar la productividad del hombre más allá de lo que requería para sobrevivir junto con su familia. A esto se sumó la decisión de destinar parte de este excedente a liberar a los de mayor edad de la necesidad de trabajar para vivir, otorgándoles así el privilegio de disponer libremente de su tiempo.

Esta concepción debe contrastarse con los hechos reales a que dio lugar y que contradicen dicha intencionalidad, haciendo de lo que fuera un privilegio, sea de hecho, una forma de penalizarlos. (Barros, op cit,b)

Si bien el derecho a retirarse fue un privilegio obtenido fundamentalmente a través de años de luchas sindicales, sucede que en una sociedad con escasez de empleos se los fuerza a retirarse o se les hace imposible que consigan trabajo.

Según información del Instituto Nacional de Estadísticas, (INE, op cit. (b) el 90% de los hombres inactivos reciben una jubilación o pensión; en cambio sólo el 37% de las mujeres inactivas la reciben. Podría argumentarse que eso no tiene mayor relevancia pues la costumbre es que el hombre sea el proveedor del hogar, pero esto no es una excusa válida si se recuerda que el 62% de las mujeres de esta edad son viudas o solteras. En el mejor de los casos, se tendría que un 25% de las mujeres quedan desprotegidas versus un 10% de los hombres.

Conviene comentar las consecuencias que tiene el retiro del trabajo. Estas son fundamentalmente el empobrecimiento de los adultos mayores, ya que las jubilaciones son equivalentes a aproximadamente un tercio de los sueldos, y las pensiones y montepíos a un sexto de los sueldos.

4.1 La jubilación ¿problema social?

Con frecuencia se plantea la pregunta de si la jubilación constituye un problema social, debido a la ruptura de formas de vida establecidas y el cambio súbito que supone para los jubilados. Se aduce a este respecto la experiencia personal, aunque sea anecdótica, de personas que han

enfermado y muerto a los pocos meses de jubilarse, mientras que anteriormente en el trabajo, gozaban de excelente salud.

A este respecto, se ha discutido sobre la existencia del posible síndrome del jubilado frustrado, que llevaría a la enfermedad post jubilación y a una mortalidad superior que la del promedio. No existen datos al respecto, pero los médicos de asistencia primaria, informan de la existencia de una patología post-jubilación, relacionada con la pérdida del papel laboral y su status económico y social.

Las manifestaciones del síndrome post-jubilación son psicósomáticas: apatía, depresión, pérdida del interés vital, inapetencia, cansancio, insomnio, etc.

La situación se presenta en personas concentradas exclusivamente en el trabajo, carentes de alternativas o aficiones extra-laborales; se resuelve con apoyo familiar y reorientación de los objetivos vitales.

La jubilación constituye un proceso de cambio profundo y global para la persona, y no se puede simplificar sus consecuencias, la jubilación como cualquier acontecimiento vital importante, puede ser fuente de problemas o de oportunidades, que sea lo uno o lo otro depende de múltiples condiciones personales y ambientales.

4.2 DIMENSIÓN SUBJETIVA DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

4.2.1 Percepción Social del envejecimiento y vejez

Los chilenos temen por sus pensiones a pesar de 15 años de alta tasas de crecimiento. Una amplia mayoría de chilenos se siente insegura, no

está feliz, desconfía de los demás, teme por su trabajo y cree que la jubilación no le alcanzará para satisfacer sus necesidades básicas, a pesar de que existan índices de crecimiento económico.

Una reciente investigación del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2002) en Chile destapó la paradoja y mostró la falta de sintonía entre un país que se ha modernizado y disfruta del éxito, según las grandes estadísticas, y la percepción de inseguridad de sus habitantes.

Las estadísticas que muestran a Chile con los mejores índices de salud de su historia son contradictorias con la alta desconfianza que tienen las personas de recibir atención oportuna, de buena calidad y especialmente, de poder pagarla. Dos tercios de los entrevistados creen que la jubilación que les dará el elogiado e imitado sistema de previsión privado chileno -las administradoras de fondos de pensiones, AFP- no les alcanzará para satisfacer sus necesidades básicas.

Una proporción similar teme no encontrar un nuevo empleo satisfactorio si queda cesante y entre los inactivos, el 82,2% estima difícil incorporarse al mercado laboral. El sobre endeudamiento de los sectores medios, que destinan el 39% de sus ingresos a pagar los créditos de consumo, es otra fuente de inseguridad.

El temor a la delincuencia ha transformado en actividades prósperas la crianza y adiestramiento de perros para vigilancia, la colocación de rejas en las ventanas y de alarmas en los coches y residencias, el “miedo al otro”, se reconoce en el 91,1% de los consultados en la encuesta de la ONU que responde que hay que “tener cuidado de los extraños”.

Un 78,1% cree muy probable ser víctima de un robo en la calle o en el transporte, un 61,8% en su hogar, el 89,1% tiene poca o ninguna confianza en que los culpables serán condenados en un tiempo razonable, y casi nueve de cada diez encuestados confían poco o nada en recibir ayuda de la gente si sufren una agresión en un lugar público.

4.2.2 Percepción de los Adultos Mayores sobre su inserción social

El miedo, es una emoción que reconocemos a través de una serie de cambios fisiológicos relacionados con el sistema nervioso autónomo y el endocrino, su sentido básico es el de protección ante estímulos peligrosos, pero el ser humano, por su forma de vida, saca de contexto el carácter innato del miedo y lo emplea en estados similares sin esa función protectora.

De una forma básica, podemos decir, que los seres humanos sentimos miedo, cada vez que enfrentamos una situación nueva, esto es, relativamente frecuente a lo largo de la vida, luego el miedo no se supera nunca mientras sigamos viviendo, eso sí, podemos aprender (y de hecho es lo que hacemos) a manejarlo para que no nos paralice o nos invalide.

Hay miedos, evidentemente más relacionados con reacciones propias de angustia y ante estímulos muy concretos, aquí necesitamos de técnicas psicológicas y tratamientos más específicos, que cuando estamos enfrentando esos miedos diarios y cotidianos que se presentan en nuestras vidas y que también, a veces, nos desbordan o desorientan tanto, como para buscar ayuda profesional, pues, todos sabemos que es más fácil ver desde fuera y con una visión panorámica, que desde dentro y en total confusión.

Sentir temor y sentir miedo

El miedo es una emoción natural que nos protege de un peligro real.

El temor es una emoción artificial que nos hace evitar o huir de situaciones de peligro imaginario.

Por tanto, debemos hacer conscientes nuestros temores y enfrentarnos a ellos, pues limitan en alto grado la calidad y cantidad de nuestras vivencias.

Sensación y percepción

La sensación se refiere a experiencias inmediatas básicas, generadas por estímulos aislados simples (Matlin y Foley 1996). La sensación también se define en términos de la respuesta de los órganos de los sentidos frente a un estímulo (Feldman, 1999).

La percepción incluye la interpretación de las sensaciones, dándoles significado y organización (Matlin y Foley Op, Cit.). La organización, interpretación, análisis e integración de los estímulos, implica la actividad no sólo de nuestros órganos sensoriales, sino también de nuestro cerebro (Feldman, Op. cit.).

Hablar de la seguridad e inseguridad subjetiva, es hablar de percepciones. La percepción es una de las más importantes funciones psíquicas, gracias a la cual podemos hacernos una idea de la realidad que nos rodea. Pero el resultado de la función perceptiva no es una fotocopia de la realidad. Percibimos las cosas y las personas no tal y como ellas son objetivamente sino de acuerdo a nuestros propios receptores y sensores. En la percepción, cada sujeto percibe a partir de las variables de su propia sensibilidad y personalidad. Puede ser que en

la casa no haya fantasmas, pero si yo creo que los hay, sentiré y actuaré de acuerdo a esa, mi percepción subjetiva. (Ibíd.)

Nuestras percepciones están influenciadas por las proyecciones que surgen de las variadas vivencias acumuladas en la personalidad de cada uno. Estos contenidos albergados en lo profundo de nuestro ser son los que de alguna manera colorean y dan forma a la calidad de nuestras percepciones.

El miedo a la vejez tiene que ver con la idea errónea que está instalada en el imaginario: declinación de todas las funciones, deterioro físico y psíquico, y la temible falta de autonomía que lleva implícita la dependencia. También los últimos estudios muestran que el tiempo en que se permanece desocupado actúa como principal agente patógeno. Es común ver que muchos adultos mayores ocupan buena parte de sus días en enfermedades, médicos, análisis, medicaciones. El miedo es tener una vejez frágil. (Ibíd.)

Se considera una persona mayor frágil, semi-frágil o con autonomía restringida a los mayores que por discapacidades físicas o impedimentos psíquicos como fobias, temores, inseguridad, distancia, soledad, falta de hábitos, no tienen la autonomía suficiente para auto abastecerse en sus necesidades de distracción, comunicación, estimulación de sus procesos cognitivos y /o motores, relaciones sociales, afectos, escucha cálida.

Miedo a la Soledad

La experiencia de soledad, en el fondo, es la sensación de no tener el afecto necesario deseado, lo cual produce sufrimiento, desolación, insatisfacción, angustia, etc., si bien se puede distinguir entre

aislamiento y desolación, es decir, entre la situación reencontrarse sin compañía y la conciencia de deseo de la misma.(Bermejo, 2003)

En efecto, no es lo mismo estar solo que sentirse solo. La soledad es una vivencia subjetiva, desagradable, angustiosa, con sufrimiento intenso y no depende de la cantidad de contactos que se tenga. Además lo llamamos así no cuando es transitorio, pasajero, circunstancial, sino cuando se torna en un estado permanente.

Vivir solo puede significar o no, sentimientos de soledad. Algunas veces esta soledad está vinculada a carencias afectivas anteriores y otras a fantasmas que rondan al adulto mayor. Puede responder a falta de compañías significativas o a pérdidas importantes, o a abandono, desamparo, aislamiento electivo o no (Matlin y Foley Op, Cit.).

Muchas veces responde a un empobrecimiento en la eficacia de los vínculos anteriores. Es muy común que la inactividad y el aburrimiento abonen la soledad. (Bermejo, Op cit.)

Vivir solo puede ser una elección o una circunstancia que se da porque el mayor enviudó, o se separó, o es soltero, o no tiene familia o si la tiene no pueden o no quieren convivir con él/ella.

En el caso de ser una elección, sucede muchas veces, que se siente bien física y psíquicamente o no. Puede autoabastecerse en sus necesidades básicas o tiene alguna ayuda doméstica pero, no tiene forma de comunicación con pares, por distintas causas: nunca lo intentó, no sabe como hacerlo, vive en un lugar no cercano a los lugares en donde se dictan cursos o donde funcionan Centros de Jubilados, tiene temores, inseguridades, falta de hábitos, falta de información, estado depresivo o desmotivación.

En el caso de haber quedado solo por viudez, soltería, separación, independencia de sus hijos, cambio de lugar de residencia, y los duelos recientes o no, que necesitan elaboración. Se debe reforzar la actividad corporal tanto como intelectual y social como medio de lograr un buen envejecer.

La jubilación es una experiencia especialmente importante en la generación de la experiencia de soledad. El riesgo viene, sobre todo, por una parte, por la desorganización de la vida que se produce y la falta de iniciativa para encarar la nueva realidad, una realidad dominada por la ruptura definitiva con las obligaciones laborales y, por otra parte, la gran cantidad de tiempo de que se dispone, además, por la posibilidad de que el abandono del mercado del trabajo conlleve un proceso paralelo de desvinculación social. (Ibíd.)

Es imperioso combatir la rutina y el aburrimiento. Algunas personas no soportan quedarse solas en la casa y salen en todo momento pero compulsivamente, casi como huyendo de sí mismo. Es saludable salir motivado por una actividad a realizar: caminar, ir a un curso, a un encuentro con amigos, al cine, a una actividad programada, a una salida con los nietos.

Es decir ordenar el tiempo, incorporarle cierto ritmo. También recordamos que cuando hablamos de actividad no nos referimos a cualquier actividad, sino a aquella que genera placer por el contenido de la misma o por el contacto social que conlleva. (Ibíd.).

Pertenecer a un grupo, integrarse y participar en él, lo ubican en un nuevo lugar en el cual puede interactuar. El contacto social, es absolutamente necesario, ya que reemplaza muchas veces las carencias

afectivas en las que el Adulto Mayor se encuentra y le da entonces el soporte de amor que se requiere para una mejor resiliencia.

La soledad no es privativa de los Adultos Mayores, se hace mucho más angustiosa en esta etapa ya que las consecuencias devienen más negativas. Los empobrece, lo aísla, termina deteriorándolos.

Miedo al otro

Uno de los pilares de la estabilidad personal depende de nuestra relación con los demás.

Curiosamente, la fuerza de gravedad que da peso específico al ser humano es centrífuga y no centrípeta; la persona se siente más equilibrada y más segura cuando es menos egocéntrica y permanece más abierta al otro. La persona egoísta y egocéntrica permanece en un estadio infantil de evolución, y no ha desarrollado todavía el verdadero amor a sí mismo ni a los demás.

En la mayoría de los chilenos, según el informe del PNUD (2002), existe algo que impide el buen desarrollo personal y el sentimiento de seguridad: el miedo generalizado al otro. El 91,1% de la población tomada en cuenta en el estudio ha dado por sentado que hay que “tener cuidado de los extraños”. Existen elevados porcentajes de personas que creen, como hecho muy probable, el llegar a ser víctima de algún asalto en la calle, en los transportes públicos o en la misma casa. Y lo más grave: el casi 90% de los encuestados afirma que si sufre alguna agresión en un lugar público no recibirá ayuda de la gente. Conviene recordar que para Maslow, toda persona normal, lo que requiere para mantener en marcha el desarrollo armónico de su personalidad y llegar a la felicidad, es ver satisfechas las necesidades de amor y pertenencia.

El temor a la exclusión social

Las personas requieren de certezas y seguridades para desarrollarse (Ibíd.). El hombre debe construir certezas pero éstas no pueden ser construidas por cada individuo; el hombre, recordemos, es ser social, y tiene que ser en el devenir social donde debe hallar las seguridades que le permitan construir su destino. Si existe entre nosotros el miedo generalizado al otro, este miedo se convierte en amenaza a la misma seguridad.

El hombre se defiende espontáneamente de las amenazas y temores, pero cuando estas amenazas no son reconocidas socialmente, no habrá mecanismos de seguridad posibles frente a ellas. Si aunque existan seguridades más o menos institucionalizadas, el sujeto no las percibe como tales, éste se debatirá en una permanente inseguridad subjetiva.

Las seguridades deben ser percibidas como seguridad; si se desconfía de ellas ya no son seguridad. Gracias a la familia se ha desarrollado en casi todos nosotros el sentido de seguridad y pertenencia: el haber sido arropado, querido, acogido en la familia, constituyó para la mayoría de los individuos la primera experiencia de yo - ser importante para alguien (sentido de pertenencia social). Ahora bien, la familia ha recibido sobre sí los zarpazos de la modernidad y sus cambios acelerados. Ella no ha sabido o no ha podido ponerse a la altura de los tiempos sin faltar a su esencia, y hay motivos para que nos preguntemos si cumple el papel asegurador y liberador (no sobre protector) que debe tener.

Además de la familia con su componente de arropamiento amoroso, otro elemento necesario para que la persona se sienta individuo ciudadano de primer orden, y no excluido de la sociedad, es el Trabajo. Ahora bien, el

informe del PNUD (Ibíd) señala que dos tercios de los entrevistados temen que no podrán encontrar empleo si pierden el actual, y que el 82,2% de los cesantes estiman que no le será fácil encontrar trabajo. Hay pues motivos para que esas personas, con ese tipo de percepción, se sientan excluidas de la sociedad. Más aún, si pensamos que los Adultos Mayores que, al salir jubilados se les desprende de la actividad productiva y comienzan a engrosar las cifras de los inactivos del país.

El temor al sin sentido

El sentido de la vida es la gran motivación superior para encontrar la razón de la vida aun en medio del sufrimiento y de las circunstancias más adversas. Cuando la vida está llena de sentido hay motivo para vivir en plenitud; si ésta carece de sentido se puede caer en la peor de las depresiones y neurosis (Frankl, 1987).

Hay estudios que indican que en los tres años siguientes a la jubilación obligatoria, las personas tienden a deteriorarse pues pierden su sentido de independencia y dignidad. Además tiene la impresión de que se están convirtiendo en una carga para sus familias, estas personas pierden la voluntad de vivir. Muchas veces se produce una reacción de frustración y resentimiento frente a la sociedad que les restringe las oportunidades y los margina (Silva, op cit.)

Antes de cerrar este capítulo, queremos consignar las afirmaciones claves que podrán orientar nuestra reflexión sobre el proceso de envejecimiento según la perspectiva de las actuales ciencias humanas.

Un primer dato que tenemos es que la vejez es un hecho biológico y una construcción social. Durante este período se producen numerosos cambios en las personas, más allá de la declinación física. Estos cambios son en parte determinados por el ambiente social y cultural en el cual está inmerso el Adulto Mayor. La edad mayor, de hecho, determina un nuevo estrato social y la sociedad le asigna a la persona una posición o papel característico. La mayoría de edad representa un marcador social que estructura y determina derechos, privilegios y expectativas. La determinación histórico-social de la vejez se expresa no solo a nivel individual en la personalidad de cada ser humano, sino en el plano social. La sociedad le asigna un lugar a este segmento poblacional, le atribuye peculiaridades específicas en sus representaciones y le brinda o niega espacios sociales.

Aunque la mayoría de las personas que sobrepasan los 65 años funcionan relativamente bien y llevan una vida activa, un número considerable experimenta problemas de índole social, emocional o económica. Estos problemas, muchas veces los exponen a la dependencia, en ocasiones a ser víctimas de maltrato y discriminación y, por consecuencia a la violación de sus derechos humanos.

Los profundos cambios experimentados en la sociedad actual, también afectan inevitablemente la subjetividad de las personas mayores, las cuales deben enfrentar además de los desafíos y temores propios de su edad los que provienen en gran medida del marcado individualismo que asola a toda la comunidad.

Por esta razón, es importante considerar que el comportamiento es el medio del que disponen las personas mayores para hacer cosas, para funcionar en su medio, para vivir, en definitiva una vida larga y de calidad. A través del comportamiento, de la actividad del ser vivo, las

personas elaboran y realizan acciones biológicas o personalmente significativas.

Si añadimos además, el hecho cierto de que las personas hacen frecuentemente lo que se espera de ellas, que lo contrario, la importancia de nuestras expectativas en el grado de actividad y competencia en el Adulto Mayor es notoria: si esperamos incompetencia, ésta probablemente aumentará; si esperamos competencia y aprendizaje, aumentan las probabilidades de que ésta aparezca.

El comportamiento aprendido y por aprender, pasa a ser la cuestión central, tanto para un envejecimiento y desarrollo personal saludable y satisfactorio, como para una atención socio-sanitaria de calidad. En este sentido es clave saber que la satisfacción con la vida se mantiene y no disminuye necesariamente con la edad. La vida afectiva y el bienestar psicológico pasa a ser el recurso más importante para una vida de calidad, donde la salud, la personalidad y el status socioeconómico se conjugan y contribuyen, a la hora de explicar la felicidad del Adulto Mayor.

CAPITULO II

TEORIA GENERAL DE SISTEMAS

A medida que las Ciencias Sociales, fueron ampliando su desarrollo, los modelos que hasta entonces se habían utilizado como ejemplos en el conocimiento respecto a la conducta de los individuos van cambiando paulatinamente. El surgimiento de nuevos paradigmas, inspirados en una concepción particular del mundo, va dejando en el pasado los modelos clásicos que se caracterizaban por ser reduccionistas y mecanicistas, en el sentido de atribuirles a los fenómenos una causalidad de tipo lineal. Tal concepción es insuficiente para abordar problemas complejos que no logran dar cuenta fehacientemente acerca de incluir la totalidad de los fenómenos, sin aislarlos ni separarlos, sino por el contrario “atender a la integralidad”

El biólogo austriaco Ludwig Von Bertalanffy, presenta en 1937 los elementos de la Teoría General de Sistemas, en la cual describe matemáticamente diversas propiedades sistémicas como totalidad, suma, crecimiento, competencia, mecanización, finalidad, equifinalidad. Estas ideas habían comenzado a aparecer en 1920, en los países anglosajones, en torno a diversas disciplinas. Además, surgieron desarrollos nuevos que apoyaron las concepciones iniciales de Von Bertalanffy (Du Ranquet, 1996).

La cibernética, está basada en el principio de retroalimentación o de líneas causales circulares, que propician mecanismos para la persecución de metas y el comportamiento autorregulado (Von Bertalanffy, 1968).

Los componentes sistémicos de retroalimentación, cambio y homeostasis, están interrelacionados con los conceptos cibernéticos de circularidad, propósito, organización y recursividad. Es lo que se denomina cibernética de primer orden.

La segunda cibernética, pone el énfasis en los procesos de amplificación de la desviación, la retroalimentación positiva y los procesos sistémicos de cambio, acentuando la dialéctica estabilidad- cambio.

Si se relaciona la cibernética con la Teoría General de sistemas, se puede señalar que ésta ha tenido un impacto importante en los procesos sociales, en los cuales se distingue el concepto de “entropía” correspondiente a la cibernética de primer orden referida a la energía estéril, es decir, la que se encuentra presente en los sistemas humanos, pero que no es fructífera en cuanto al producto que se desea (pérdida del equilibrio).

Dado el destacado aporte que esta ciencia ha tenido respecto a la Teoría General de Sistemas, se asocia en la actualidad con el pensamiento sistémico, es decir, la construcción que el individuo realiza de la realidad, en términos de totalidad. Surge entonces, la importante cuestión de la relación entre Teoría General de los Sistemas y la cibernética, la de los sistemas abiertos y los mecanismos de regulación (Ibíd).

La Teoría General de Sistemas surge como la posibilidad de establecer un lenguaje idéntico en las ciencias, estableciendo así un marco de referencia conceptual común a las diversas disciplinas. Es un llamado a un enfoque interdisciplinario y global de los fenómenos, enfocándolos en

su interacción y en la interrelación de los datos, por lo cual cuestiona además, la especialización y compartimentalización (Quintero, 1997). Este nuevo paradigma del conocimiento plantea una mirada sistémica para entender y tratar la complejidad de la realidad social.

La Teoría General de Sistemas está basada en la doctrina expansionista, que tiende a integrar y unificar el método de trabajo, interrelacionando el conocimiento humano.

Busca la integración del saber humano, respetando la particularidad de las ciencias.

La intencionalidad de esta propuesta se centra en:

1. Ciencia de los sistemas: Exploración científica de diferentes teorías y ciencias.
2. Tecnología de los sistemas: Aplicación sistémica a los diversos problemas sociales, económicos, ecológicos, etc.
3. Filosofía de sistemas: Replanteamiento de la concepción del mundo.

Este abordaje admite:

Una orientación holística o unificada, donde cada elemento de la realidad está considerado dentro de una articulación dinámica en conjunto con el sistema global.

Excluir la idea dicotómica entre teoría y práctica; considerarlas en reciprocidad de sus funciones.

Pensamiento crítico, a partir de la concepción que la realidad no es tan sólo lo dado sino también lo posible.

Función desmitificadora, es decir, romper con las creencias que ocultan la realidad y que conllevan a la dependencia sin que nadie lo note.

Perspectiva utópica, apoyada en el pensamiento presente, pero centrada por el futuro.

El paradigma sistémico encierra una concepción de universalismo, busca la unificación de la ciencia. En su evolución moderna, la Teoría de los Sistemas Generales, en un principio se utilizó en sistemas físicos, luego biológicos y finalmente, se aplicó a los sistemas sociales. Es posible aplicarla a cualquier campo científico y permite una visión dialéctica del mundo, bajo la premisa de las relaciones de los fenómenos y de la totalidad (Ibíd.).

Desde el punto de vista teórico-metodológico, la perspectiva sistémica capacita al Trabajador Social para desarrollar una gestión que conciba acciones de cambio, en la cual, las conexiones y relaciones que se instauran en la interacción son vitales para superar el estancamiento y lograr ensanchar las posibilidades de la unidad de análisis, llámense individuos, grupos, organizaciones o comunidades; mostrando alternativas nuevas y diferentes de acción, con la construcción de significados e historias diferentes para percibir la realidad, de tal manera que la unidad de análisis co-crea a partir del aporte del Trabajador Social otra realidad posible (Ibíd.)

La Teoría General de Sistemas, se considera una propuesta alternativa para explorar en el campo de la complejidad humana.

Los aspectos más relevantes de un sistema son:

- La finalidad: Confiere dirección al sistema y determina los pasos que deben desarrollarse para lograrla.
- Los procesos: Son las funciones que las partes deben realizar para obtener la finalidad.
- Los elementos: Son los componentes que intervienen y que llevan a cabo las funciones para lograr la finalidad.
- Estos tres distintivos los encontramos en los innumerables sistemas que conforman la vida humana y están basados en los principios clásicos que rigen los sistemas:
- Totalidad: la interacción dinámica de muchas variables que ocurren en el sistema viviente. “El todo es más que la suma de las partes”.
- Equilibrio estable o uniforme: el sistema permanece estable o constante, a pesar de que existe un flujo continuo de los materiales que lo componen.
- La homeostasis es la tendencia de un sistema a mantener la estabilidad del sistema en relación a límites definidos de algunas de sus variables en relación con el ambiente. Los sistemas abiertos, ya sea humanos, familiares o sociales, se encuentran en permanente intercambio de energía, materia e información con su ambiente.
- Equifinalidad: todo sistema puede alcanzar los objetivos desde diferentes puntos de partida y por diversos caminos.
- Retroalimentación: se refiere al proceso mediante el cual el sistema regula sus respuestas al estímulo del exterior. Esta puede ser negativa si permite al sistema corregir desviaciones y apoyar el estado estable; y positiva cuando cambia las variables del sistema y modifica el sistema estable.

- Mecanización Progresiva: es la transición de una totalidad indiferenciada a una función superior, la cual es factible por la especialización y la división del trabajo, e implica un aumento en la complejidad del sistema.
- Centralización: se refiere a la centralización progresiva, formulada en la evolución de una parte conductora.
- Orden Jerárquico: involucra la noción de límites, es decir, aquella zona que separa un sistema de otro, cuya labor es filtrar o seleccionar la energía que entra y sale del sistema. Los límites de un sistema abierto son semipermeables.

De lo anterior, se desprenden los elementos que acompañan al paradigma sistémico: organización, totalidad, directividad, teleología, crecimiento, diferenciación.

Relación entre sistema, subsistema y suprasistema:

Se entiende por sistema a un todo que es más que la suma de sus partes, donde el conjunto de los elementos que lo componen se relacionan entre sí y con el medio. De igual forma, los cambios que se manifiestan en cualquier elemento del sistema, provocará efectos en los demás y por ende en el sistema.

El sistema se puede definir como el conjunto de elementos que se interrelacionan por diferentes canales de comunicación y de control con la intención de lograr objetivos claramente identificables.

Todos los sistemas se relacionan jerárquicamente con otros sistemas mayores o menores. Todo sistema siempre es parte de un subsistema y/o suprasistema. Del mismo modo, siempre está formado por varios subsistemas.

El subsistema, es un sistema que a su vez es parte de otro sistema y, además de cumplir con su propio objetivo, se debe además a la finalidad del sistema al cual pertenece. Podemos agregar que, puede ser un sistema por sí sólo.

El suprasistema: conjunto de sistemas cuya interacción y objetivos conforman un nuevo sistema o sistema mayor. La sociedad está considerada como un suprasistema por excelencia (Ibíd).

Los sistemas deben beneficiarse entre sí para sobrevivir, equilibrando el ambiente, son por ello, ecológicos.

Estructura de un sistema: se define por la forma en que los elementos del sistema están interrelacionados. En un sistema humano, la interacción de sus componentes se da a través de la comunicación oral o escrita.

La estructura de relaciones de un sistema social se conserva unida y se manifiesta a través de los procesos de los sistemas sociales: roles, con sus normas inherentes y valores, y la comunicación entre los subsistemas (Ibíd.)

Clasificación de los Sistemas

Según su estructura:

- Simples: tienen pocos elementos e interrelaciones. Es posible describirlos fácilmente.
- Complejos: no se pueden describir fácilmente debido a la cantidad de elementos e interacciones.

- Excesivamente complejos: son imposibles de describir en su totalidad, ya que no se conocen todos sus elementos y/o interrelaciones.

Según su funcionamiento:

- Determinista: se puede predecir el funcionamiento.
- Probabilista: es imposible predecir el funcionamiento.

Según sus objetivos: expresa la interdependencia o autonomía entre los objetivos del sistema, los subsistemas y el suprasistema.

- Abiertos: cuando los objetivos se establecen en función de los sistemas jerárquicamente superiores. Hay un intercambio de funciones con el ambiente. Todo organismo vivo es sistema abierto. El hombre y la familia son sistemas abiertos.
- Cerrados: son autónomos en sus objetivos. No existe intercambio con el medio ambiente. No son propios de las ciencias sociales, sino que operan en laboratorios y ciencias físicas.

Relación Cibernética- Teoría General de Sistemas

Existen algunos elementos clásicos de la Cibernética que son relevantes en la labor del Trabajador Social:

Entropía, concepto de la Cibernética de primer orden, es la energía ineficaz. En los sistemas humanos, se puede decir que se reduce a la cantidad de esfuerzos que no conducen a resultados.

Se dice que los sistemas ganan entropía cuando pierden eficacia.

La regulación homeostática es uno de los fenómenos que impide la desintegración de los sistemas y posibilita el cumplimiento de sus objetivos. Se define como el proceso mediante el cual el sistema mantiene su equilibrio.

Retroinformación: es la información de retorno, que permite al sistema alcanzar sus objetivos.

En los sistemas artificiales, la sociedad por ejemplo, no existen mecanismos de regulación que funcionen automáticamente. Deben ser diseñados según las necesidades del sistema.

Las ciencias sociales denominan feedback a este concepto, o retroalimentación, la cual puede ser negativa o positiva.

Se dice que es negativa, si no se altera el equilibrio del sistema. Es positiva, si la respuesta a los cambios propuestos, implican un nuevo estado de equilibrio del sistema.

La Teleología, es la ciencia del fin, el sistema tiene un objetivo o propósito. Trae consigo a la dinámica, ya que trata de adecuar el sistema a las necesidades del suprasistema.

Podemos decir que, la Cibernética es el mecanismo de control de los sistemas que perfecciona su funcionamiento a través de apropiados procesos de comunicación y control.

Las personas están inmersas simultáneamente en variados sistemas a lo largo de su vida. Estos sistemas, permiten promover relaciones sociales, las cuales metafóricamente podemos denominar como “redes”.

El término se puede aplicar a dos fenómenos diferentes. Por una parte, a las interacciones espontáneas que pueden aparecer en un cierto contexto; por otra parte, se puede aplicar a la tentativa de organizar estas interacciones de una manera más formal, instalando fronteras, poniéndoles un nombre, generando una nueva dimensión, un nuevo nivel de complejidad (Pakman, 1995).

A pesar de que no existe un concepto unívoco de redes sociales, podemos definirlo para efectos de este estudio, como el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional, evitando de esta manera, el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando se producen dificultades, crisis o conflictos que afectan al sujeto (Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, 1994).

El tema de las redes sociales informales, cobra mayor relevancia en América Latina, ya que en general, nuestras sociedades adolecen de escasez de recursos y limitaciones de la protección social.

Las redes desempeñan un papel relevante especialmente en los sectores desfavorecidos al otorgar un sistema informal de seguridad social (Lomnitz, 1994).

Los comienzos de los movimientos sociales, culturales son, habitualmente, un conjunto de conversaciones más o menos formales. Posteriormente, a partir de esos procesos y conversaciones, se produce un acto reflexivo a través del cual un grupo humano, define un campo de intereses comunes, establecen sus preocupaciones, sus lenguajes, sus estrategias, delinean una frontera, proponen objetivos, distribuyen funciones, en resumen, se fundan a sí mismos. Habitualmente, existen

motivaciones políticas, económicas, sociales, relacionadas con el control de territorios, en la aspiración por trazar esas fronteras. Además, se aprecia frecuentemente el interés de lograr un posicionamiento jerárquico al interior de la organización.

Algunas consideraciones en la intervención sistémica (Pakman, Op. Cit.)

Al intervenir en un sistema social, se debe considerar que se pasa a formar parte de una historia que ya está en curso, que no comienza en el momento en que nosotros llegamos. Por ende, no es nuestra intervención la que genera al sistema.

Por otra parte, todo participante en un sistema social es un ser que está conformado por su materialidad, pero también por una serie de tradiciones de clase, étnicas, genéricas, culturales, lingüísticas, de las cuales no puede librarse.

El interventor sistémico que desconoce la historia pasada de un determinado sistema social, que se aliena, pensando que él está fundando el sistema, creyendo que puede “controlar” al sistema desde una posición jerárquica, se aliena como un tecnócrata ciego de intereses que él mismo puede desconocer.

Debemos tener presente que siempre existe el riesgo de trazar bordes demasiado firmes, de quitar la ambigüedad creativa que podemos encontrar en las raíces informales de toda red social. Por otro lado, existe la posibilidad de confiar en un espontaneísmo que podría ser caótico. Toda intervención sistémica puede tener efectos nocivos para algún miembro del sistema.

La experiencia de una organización social se construye a través de diferentes tipos de historias: las historias contadas, las historias de las que somos parte, las historias encarnadas que somos y habitamos.

La noción de red no es un objetivo en sí mismo, sino que es parte de una metodología para la acción que permita mantener, ampliar o crear alternativas para los miembros de esa organización social.

Una red social es no sólo un hecho social, sino una oportunidad para la reflexión sobre lo social, tal como lo percibimos en nuestras experiencias diarias.

Una red social cumple su carácter de organización de sujetos humanos sólo en la medida que encarna un proyecto utópico, no como meta futura, sino como espacio presente, no como ideal, sino como fundamento básico de lo humano: la construcción cotidiana de un espacio espiritual.

Sistemas informales de apoyo social de los Adultos Mayores

Las relaciones que una persona mantiene con otras, duraderas o breves, influyen significativamente en su personalidad y en el curso que tomará su vida. Por otra parte, no todas las relaciones sociales sirven de apoyo en momentos de crisis o en la vida cotidiana.

Las redes o sistemas de apoyo social se clasifican habitualmente en: formales e informales.

Los sistemas formales de apoyo tienen una organización burocrática, un objetivo específico de apoyo en ciertas áreas determinadas y utilizan profesionales o voluntarios para alcanzar sus metas.

Los sistemas informales o naturales están constituidos por las redes personales y las redes comunitarias no estructuradas como programas de apoyo, por lo cual, no están regidos por procedimientos formales y técnicos. En estos, existen relaciones sociales que tienen otras funciones además del apoyo. La familia, los amigos y los vecinos son los componentes principales de los sistemas o redes informales de apoyo. El motivo de su dedicación y ayuda nace de sentimientos afectivos y de obligación.

A pesar de la creencia de que el Adulto Mayor en la sociedad actual ha sido abandonado por su familia, las investigaciones indican que, la familia es el principal sostén para ellos y ellas (Sánchez, M; 1994).

Para efectos de este estudio, la familia, la entenderemos como, el conjunto que forman varias personas relacionadas por lazos de parentesco, ya sea de sangre, matrimonio o adopción, que colectivamente satisfacen tanto necesidades físicas como emocionales de sus miembros.

A pesar de las diferencias y las variaciones que se dan entre las diversas unidades familiares, la familia cumple funciones básicas para el grupo familiar y para las personas, como las de reproducción, socialización, cuidado y protección de sus miembros, cooperación económica y satisfacción de las necesidades básicas.

La noción de interdependencia familiar prevalece aún en América Latina, a pesar de los cambios asociados con la modernización.

Esta noción de interdependencia afecta las pautas de asistencia mutua entre Adulto Mayor y sus parientes. La ayuda recibida de los hijos se conceptúa desde la perspectiva de una reciprocidad esperada.

Fuentes de apoyo a los Adultos Mayores

Se percibe que los hijos tienen una responsabilidad con sus padres basada en: la retribución de la crianza brindada y el amor filial. Existe además, un continuo en el sentido de obligación asociado con la asistencia: del cónyuge y los hijos adultos, especialmente de las hijas. A ellos les siguen los nietos, los hermanos y otros parientes, y los compadres.

Por otro lado, los vecinos y amigos forman parte de las redes de apoyo de los Adultos mayores.

Los vínculos de amistad son establecidos por intereses comunes y actividades compartidas, generalmente compañeros de colegio o de trabajo. Los apoyos que brinda la red de amigos son más públicos que los entregados en el seno de la familia, pero más personales que los proporcionados por el sistema formal.

La red de amigos, más que la existencia de sólo un buen amigo, es fundamental para el cuidado fuera del ámbito del hogar.

Las relaciones de sostén con los amigos implican diversos tipos de asistencia: brindar compañía, compartir confidencias y ayudar en actividades cotidianas, siendo generalmente de su mismo sexo. En cambio, las relaciones con los vecinos se limitan a asistencia de tipo elemental. Los vecinos, a diferencia de los parientes y amigos, no son parte vital de las redes de apoyo afectivo del Adulto Mayor (Ibíd).

En relación a los apoyos informales que brindan las redes comunitarias, podemos diferenciar entre aquellos que entregan las organizaciones que dirigen su acción específicamente a los Adultos Mayores y los de aquellas que organizan sus actividades en función de otros parámetros. En el primer caso, los Adultos Mayores reciben apoyo bajo la forma de aportes instrumentales, materiales o de ayuda emocional.

En el segundo caso, se trata de entidades en las cuales los Adultos y las Adultas Mayores participan activamente, incluso en la toma de decisiones (Ibíd.)

Disponibilidad de redes de apoyo

La disponibilidad de personas que puedan formar parte de las redes de apoyo depende de factores demográficos y no demográficos. Entre los primeros encontramos la baja fecundidad, la migración, los patrones de formación y disolución de uniones. Entre los segundos, encontramos la estabilidad en el empleo y el nivel de bienestar de otros miembros de la familia.

Una más amplia disponibilidad de personas no asegura un mayor apoyo. Más bien se trata de que aquellas personas con las cuales el Adulto Mayor cuenta como posible fuente de ayuda estén en condiciones de brindarla.

Podemos decir, que en contextos de pobreza, la ayuda familiar se encuentra limitada por el hecho de que otros miembros necesiten también ayuda o porque buscan ascender socialmente. Esto nos hace

evidente que la disponibilidad de redes de apoyo puede ser una de las muchas facetas de la pobreza (Ibíd.)

El sostén que se proporciona de una generación a otra, implica que en muchos casos los Adultos Mayores no sólo son beneficiados con asistencia, sino que también la entregan. La mayoría ayuda a sus hijos, nietos y otros parientes, y también a sus amigos.

La ayuda que entregan las mujeres está muy relacionada con los roles domésticos, mientras que los hombres, participan más arreglando cosas en el hogar o encargándose de alguna tarea específica.

El cónyuge es habitualmente el principal apoyo del Adulto mayor en las parejas.

Las funciones vitales que lleva a cabo la familia, sobrepasan con creces la que otorgan las organizaciones formales.

La modernización con sus elementos asociados como la migración de zonas rurales a zonas urbanas, la reducción de la tasa de natalidad, el incremento de la participación femenina en la fuerza de trabajo, han reducido el número de personas disponibles para atender a los Adultos mayores que lo necesitan.

Complementación entre las redes de apoyo formal e informal

Cuando los apoyos institucionales disminuyen o desaparecen, la red de apoyo informal (familia, amigos y otros) tiende a activarse, y a desactivarse cuando surgen apoyos institucionales. Sin embargo, estas redes informales pueden verse seriamente dañadas cuando ocurren crisis graves, en las cuales las personas (familiares, amigos y otros) sufren pérdidas en sus propios recursos, dejando a los grupos más

vulnerables, como es el caso de los Adultos Mayores, en una situación francamente precaria (Montes de Oca, 2000).

Podemos destacar la existencia de espacios puntuales de interacción entre las redes formales e informales, como el caso de las pensiones de vejez, que permiten a los Adultos Mayores hacer una contribución a otros miembros del hogar. Sabemos que en comunidades indígenas de nuestro país, el apoyo recibido a través de las pensiones asistenciales es de gran importancia para que aquellos puedan conservar su autoridad al interior de la comunidad (Guzmán et al, op. cit.)

Género y redes de apoyo

Las diferencias de género en el ciclo de la vida se expresan con claridad en las edades avanzadas. Esto tiene su origen en los distintos roles que hombres y mujeres desempeñan en nuestra sociedad. La participación laboral fuera del hogar, tradicionalmente mayor entre los hombres, puede llevarlos a una mejor integración social en el ámbito externo, pero al mismo tiempo permite a las mujeres desarrollar relaciones más cercanas en los ámbitos familiar y comunitario.

En lo que se refiere a redes de apoyo familiar, sus expresiones son diferentes para hombres y mujeres. Por ejemplo, el matrimonio tiene un efecto diferente para ambos.

Lo mismo sucede con las redes de amigos. La amistad tiene significados distintos para hombres y mujeres de edad avanzada. Las amistades de los hombres, siguen basándose en las actividades compartidas, mientras

que las amistades en las mujeres son más íntimas y tienden a centrarse en la conversación y el apoyo mutuo (Ibíd.)

Las relaciones de amistad prolongan la independencia en la vejez por el apoyo emocional que proporcionan. Además, promueven la motivación, la relajación y los estados de ánimo saludables.

También las redes comunitarias son diferentes para hombres y mujeres. Los Adultos Mayores varones tienden a participar preferentemente en organizaciones políticas, mientras que las mujeres participan mayoritariamente en organizaciones dedicadas al trabajo comunitario, la promoción de la salud y actividades recreativas (Ibíd.).

Percepción y entrega de ayuda

Podemos afirmar que tradicionalmente ha sido la mujer quien ha prestado atención y entregado los cuidados a los miembros más necesitados de la familia (Sánchez, 1996, b).

La feminización del cuidado ha convertido una responsabilidad familiar y comunitaria en un asunto privado por el que algunas mujeres de la familia se convierten en cuidadoras permanentes a lo largo de su vida

Por otra parte, las Adultas mayores en situación de pobreza ven limitadas sus redes de apoyo familiar y extrafamiliar, mientras se multiplican sus tareas de apoyar a otros. Su condición de mujeres y el tener que asumir el rol permanente de cuidadoras de otros, reducen sus posibilidades de crear y mantener redes extrafamiliares (Montes de Oca, op.cit.).

En síntesis, este capítulo nos sugiere incluir la totalidad de los fenómenos, sin aislarlos ni separarlos, sino por el contrario “atender a la integralidad” e interrelacionando el conocimiento humano. En esta perspectiva, el trabajo social puede desarrollar una gestión que conciba acciones de cambio, en la cual, las conexiones y relaciones que se instauran en la interacción son vitales para superar el estancamiento y lograr ensanchar las posibilidades de la unidad de análisis, llámense individuos, grupos, organizaciones o comunidades; mostrando alternativas nuevas y diferentes de acción, con la construcción de significados e historias diferentes para percibir la realidad, de tal manera que la unidad de análisis co-cree a partir del aporte del Trabajador/a Social otra realidad posible.

Aquí aparecen las redes o sistemas de apoyo social que se clasifican en formales e informales. Las que se visualizan como fundamento básico de lo humano: la construcción cotidiana de un espacio espiritual.

Además nos permiten adentrarnos en la dimensión de género presente en las redes de apoyo.

CAPITULO III

PROCESO DE DESVINCULACION LABORAL

La importancia del trabajo como un determinante social de la salud y el bienestar, debido a su significado en el desarrollo humano --más allá del ingreso-- implica posición en la jerarquía social, redes de relaciones y de apoyo, uso de las capacidades y habilidades de las personas y la posibilidad de acceder a un mayor nivel de desarrollo familiar.

La desvinculación laboral, que según nuestra legislación vigente ocurre en la mujer a los 60 años de edad y en el hombre a los 65 años de edad, trae consigo diversas problemáticas para el Adulto Mayor. Entre ellas, podemos mencionar:

- La necesidad de dar un nuevo sentido a la vida luego de la jubilación
- La soledad de muchos Adultos Mayores
- Los crecientes problemas de salud
- Las dificultades económicas producto de las bajas pensiones

Uno de los problemas que enfrentan los Adultos mayores es cómo utilizar su tiempo libre después de jubilar. Ellos necesitan seguir sintiéndose útiles. Hace un par de décadas, cuando las expectativas de vida no superaban los 68 años, la jubilación no representaba un cambio notable para las personas, ya que al “jubilado” no le quedaban más de tres o cuatro años de vida. Hoy, el panorama es muy diferente, ya que el o ella tiene 10 ó 15 años todavía de vida posterior a la jubilación.

Las investigaciones sobre Adultos Mayores han concluido que los hombres que continúan trabajando después de los 65 años, tienden a presentar mejor salud que quienes se retiran, siendo muy probable que consideren al trabajo pagado como necesario para su autorrealización.

Para quien ha trabajado toda su vida, el hecho de jubilar, más que un alivio, puede significar una condena a estar ocioso, a sentirse inútil y a estar más solo. Esto es preocupante, si pensamos que en Chile actualmente, siete de cada diez Adultos Mayores se encuentra sin trabajo.

El Adulto Mayor, no cabe duda de que enfrentara con algún grado de desventaja ciertas actividades laborales o de la vida diaria, pero podemos asegurar que en aquellas tareas en que se privilegia el buen criterio o la experiencia, puede aventajar a su par más joven (Mideplan, n/d; a).

1.- CÓMO DAR UN NUEVO SENTIDO A LA VIDA

En lo relacionado con la vida social, una de las actividades que más valora el Adulto mayor es juntarse a conversar y a cultivar la amistad. A pesar de lo cual, sabemos que no más allá de un 13% de ellos, participa en organizaciones sociales o clubes que se han constituido precisamente con este fin. (SENAMA, 2005)

Los Adultos Mayores sienten la necesidad de tener un rol en la familia, en lo cual juega un papel fundamental el hecho de contar con la tarea de ser abuelo o abuela, ya que esta función le puede entregar un enorme sentido a su vida. Un estudio realizado en 1994 (Papalia et al; 2003) reveló que dos tercios de los abuelos que ejercían alguna labor de custodia con sus nietos, le encontraban más sentido a sus vidas que los que no tenían mayor relación con su descendencia. Es evidente que la

familia es un factor relevante en la vida del Adulto Mayor. Es recomendable vivir con los familiares, ya que lo fortalece emocional y afectivamente. Además, esta vida en común les brinda una cierta vigilancia que ellos requieren porque se ven más expuestos a sufrir accidentes. A pesar de lo expuesto, no existe conciencia en la comunidad, ya que en Latinoamérica, una de cada cuatro familias tiene al menos un Adulto Mayor entre sus miembros. En Chile, casi el 30 % de los hogares tiene algún Adulto mayor viviendo con otras generaciones (Celade-Eclac; 2002).

2.- LA SOLEDAD DE MUCHOS ADULTOS MAYORES

Los Adultos Mayores que viven solos están aumentando rápidamente y en mayor proporción que otros sectores de la población. En 1992 casi el 9% de los mayores de 60 años vivían solos. Diez años después, se elevó al 11,7% del total. Podemos decir que, los Adultos mayores viven solos en una proporción casi diez veces mayor que el resto de la población. (Mideplan, op.cit, a).

Por otra parte, podemos decir que, tener a los abuelos en casa puede resultar beneficioso para el funcionamiento de la vida familiar. Según, el último censo (INE, 2002), en los sectores más desposeídos, el 25% de los niños menores de 13 años vive en casa de sus abuelos. Esta situación no es exclusiva de los sectores más vulnerables, ya que en el Gran Santiago, de cada cinco niños que viven con sus padres, uno vive con sus abuelos. Obviamente, que esta situación no siempre es todo lo positiva que se espera, ya que frecuentemente los abuelos deben cuidar a nietos adolescentes, asumiendo roles que no les corresponden en esa etapa de la vida.

Puede suceder por cierto que, el carácter o las limitaciones del Adulto Mayor hagan difícil la convivencia al interior de la familia. No podemos desconocer que, el tener a un Adulto mayor a nuestro cargo, exige una preocupación, y hasta una limitación en la vida del grupo familiar. Representa en sí un esfuerzo mayor, pero por otra parte, es una de las tareas inherentes a la humanidad.

Un recurso para enfrentar la soledad muchas veces es la búsqueda de amistades. Muchos son los Adultos Mayores que recurren a esta instancia y vencen así la soledad que está más allá de las relaciones familiares. También es cierto que las estrategias para afrontar la soledad son diferentes en función de los recursos al alcance de las diferentes personas y de la sensibilidad e intereses diferenciados. (Bermejo, Op. Cit.)

3.- LA SALUD, CADA VEZ MÁS NECESARIA

A medida que aumenta la edad, aumentan también los problemas de salud. Se acrecientan los gastos en medicamentos, controles médicos y hospitalización. (INTA, (n/d)), el 80% de los mayores de 60 años ingiere siete o más medicamentos diariamente. Además, existe un porcentaje importante, que supera el 40%, que presenta algún tipo de discapacidad.

El deterioro cognitivo es inversamente proporcional al nivel educacional. Esto marca, por cierto, a los sectores más pobres de la sociedad, ya que entre quienes tienen una baja escolaridad, casi el 40% tiene deterioro cognitivo. En cambio, quienes cuentan con trece o más años de estudio, el deterioro baja al 5%.

Por otra parte, podemos aseverar que Fonasa es la principal alternativa de salud para los Adultos Mayores. Mientras que el 67% de la población general es beneficiaria de Fonasa, en el caso de los Adultos Mayores, esta cifra se eleva al 93%, ya que ellos no pueden permanecer en las Isapres debido a que estas instituciones aplican costos demasiado altos a medida que el usuario envejece. (Silva, Op.Cit.)

4.- LAS DIFICULTADES ECONÓMICAS PRODUCTO DE LAS BAJAS PENSIONES

En Chile, el 98% de los Adultos Mayores, recibe algún tipo de pensión, pero en la mayoría de los casos, esta pensión es menor a lo que obtenían en su vida laboral, por lo cual será casi siempre insuficiente, alcanzando en muchos casos sólo para sobrevivir.

Seis de cada diez Adultos mayores son pensionados de Instituto de Normalización Provisional (INP), de los cuales cinco pertenecen al quintil de menores ingresos (Ibíd.).

Podemos inferir que, el esfuerzo y el trabajo de los años anteriores no siempre estarán reflejados en la pensión que se reciba. Preocupante, sobre todo si pensamos que una persona que jubila a los 65 años, tiene todavía por delante una sobrevivencia de aproximadamente unos 15 años.

Vemos como una etapa que debiera ser tranquila y sin ningún tipo de penurias, se convierte en un período lleno de sobresaltos y dificultades económicas, más aún, le ocurre a un Adulto Mayor, al cual ya no le queda tiempo para remediarlo.

Si para el hombre, se torna una situación complicada el hecho de pasar un período largo de su vida, es decir, desde que se jubila hasta su muerte, con una pensión que es mucho menor a lo que recibía durante su etapa laboral; en el caso de la mujer, esto es realmente peor, ya que ella, además de jubilarse cinco años antes, tiene una esperanza de vida de alrededor seis años más. Es decir, ella vivirá diez años más en situación de pobreza. Esto, sin mencionar que en promedio el sueldo que recibió a lo largo de su etapa laboral fue inferior al del hombre. Si la mujer recibe pensión del marido y éste fallece antes que ella -lo que estadísticamente es muy probable- su pensión automáticamente se reduce a la mitad; en este caso ella mantendrá prácticamente los mismos gastos, pero sus ingresos disminuirán notoriamente.

La excesiva carga que representa un anciano, o quizás las múltiples tensiones que involucran la vida actual, pueden provocar abandono o maltrato al Adulto Mayor.

Según la última encuesta CASEN 2006, (MIDEPLAN, 2006, b) existen 173.000 Adultos mayores pobres, es decir, uno de cada diez, se encuentra bajo la línea de la pobreza.

En un grado más extremo, nuestra ciudad alberga a 28.500 Adultos Mayores que son indigentes (Ibíd.). Parte de ellos, deambulan por nuestras calles, mucho más emparentados con el alcohol, que con cualquier familia o cobijo afectivo.

6. BRECHA DE GÉNERO EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES.

Las mujeres adultas mayores tienen una esperanza de vida mayor que la de los hombres. Al 2002, una mujer de 60 años alcanzaría a vivir hasta los 83,72 años; no así los hombres que sólo alcanzarían hasta los 80,07

años. Considerando la mayor expectativa de vida de las mujeres, en el año 2002 se verifica un alto índice de feminización de la vejez (por cada 100 hombres de más de 60 años, había 130 mujeres mayores). (Cannobbio y Jeri, 2008)

En el 2008 se registran 1.159.173 mujeres mayores de 60 años, lo que representa el 55,87% de los adultos mayores del país. El 57,32% reside en zonas urbanas, concentrándose en las regiones más densas, Metropolitana, Valparaíso y Biobío. El 3,6% pertenece a algún pueblo originario, el 78,6% profesa la religión católica, 42,7% reencuentra con pareja, casada o en convivencia y un 37,4 es miembro de alguna organización social. (Ibíd.)

Las Adultas Mayores forman parte de las generaciones que no experimentaron la universalización de la educación en el país, por ello presentan grados de exclusión educacional visibles, un 11,6% de las mujeres mayores de 60 años no tuvo acceso al sistema educacional formal y un 13,7% de ellas son analfabetas (INE, op cit.; a).

En el año 2007 las adultas mayores que eran económicamente activas bordeaban el 13,18% frente a un 41,54% en el caso de los hombres, registrándose un aumento de la participación laboral femenina en la última década cercana a los 4 puntos. Sin embargo las condiciones laborales son más adversas para las mujeres ya que el 41% se desempeña laboralmente sin tener un contrato formal de trabajo versus un 23% en los hombres, asimismo las mujeres a partir de los 75 años trabajan más horas la semana que los hombres, siendo el grupo de las octogenarias las que incluso superan las horas por semana que trabajan las mujeres entre 50 y 59 años. (Cannobbio et al, Op. Cit.)

Es importante considerar que un 42% de las mujeres mayores de 60 años son jefas de hogar, (Ibíd.) esto contradice el estereotipo de la mujer mayor, dueña de casa, pasiva y en pareja que se tiene muchas veces de la vejez femenina.

En relación a las condiciones de salud de las personas mayores, las mujeres presentan una morbilidad de un 31,6% superando la presencia de enfermedades en los varones que es de un 23,3% (INE, Op. Cit. (a) Con respecto a la filiación a los sistemas de salud, un 98% de las mujeres se encuentra cotizando en un sistema de salud, el sistema publico abarca un 88.3% de la población femenina.

La desvinculación laboral entre las diversas problemáticas que le trae al Adulto Mayor es cómo utilizar su tiempo libre después de jubilar, pues, necesitan seguir sintiéndose útiles. Es evidente que la familia es un factor relevante en la vida del Adulto Mayor. Incluso es recomendable vivir con los familiares, ya que lo fortalecen emocional y afectivamente.

Además, esta vida en común les brinda una cierta vigilancia que ellos requieren porque se ven más expuestos a sufrir accidentes. Sin embargo, esta posibilidad no está exenta de complicaciones y esfuerzos que las familias más carentes no pueden sobrellevar de buena forma. A esto se agregan los problemas de salud, las bajas pensiones, las brechas de género, configurándose una problemática de abandono y maltrato al Adulto Mayor en que difícilmente se puede superar su crisis de sentido sin apelar a respuestas más concretas y globales a la vez. Se trata en definitiva de una situación que involucra derechos humanos conculcados.

CAPITULO IV

CALIDAD DE VIDA EN LA VEJEZ

El envejecimiento es un proceso cuya calidad esta directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital. El ser humano presenta a lo largo de su existencia necesidades múltiples.

La satisfacción de las necesidades de la especie humana, es lo que condiciona la llamada “Calidad de Vida” y esta es, a su vez es el fundamento concreto del bienestar social.

1.- CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA

Es una preocupación relativamente reciente de la Geriatria y la Gerontología la concierne a la calidad de vida. Podemos afirmar que hay un cambio en el foco de interés, que se ha trasladado desde las falencias y patologías, los esfuerzos por comprender los procesos que las producen y por encontrar la manera de reparar lo que se encuentra dañado, hasta comprender hoy lo que está bien en el proceso de envejecer, y cuáles son los factores que contribuyen a la hora de lograr un resultado positivo. En definitiva, se trata de descubrir los factores que producen satisfacción, bienestar y salud, en lugar de insatisfacción, malestar y enfermedad.

Cowen (citado en Barros, 2004; c), manifiesta que, se ha pasado de un enfoque reactivo de reparar daños y evitar mayor erosión, a un enfoque proactivo de promover la salud, la calidad de vida y el bienestar. Es de gran importancia, conocer además los factores asociados a la calidad de

vida, ya que interviniendo en estos, es posible incrementarla sustantivamente.

Los seres humanos tienen necesidades, cualquiera sea su edad, condición socioeconómica o sexo, unas más primordiales que otras, dependiendo qué factor de la vida de la personas cubran.

La idea básica de esta jerarquía que desarrolló Abraham Maslow (1975), que constituye una pirámide, es que las necesidades más elevadas ocupan nuestra atención sólo cuando se han satisfecho las necesidades más básicas de la pirámide.

La pirámide de las Necesidades de Maslow está constituida por:

- Necesidades fisiológicas
- Necesidades de seguridad y protección
- Necesidades de afiliación y afecto
- Necesidades de estima

Estas necesidades también tienen relación con la calidad de vida de las personas, según sean cubiertas o no, y de qué manera lo son.

El concepto de calidad se utiliza frecuentemente como sinónimo de bienestar, de satisfacción, de buena vida. Podemos desglosar la expresión en sus dos componentes, por calidad entendemos la naturaleza más o menos satisfactoria de algo o el lugar que ocupa algo en la escala desde lo bueno a lo malo. El término vida, aunque se centre sólo en la existencia humana, presenta algunas dificultades para atribuirle un contenido claro. (Ibíd.)

Una segunda aproximación, sobre calidad de vida alude a la íntima plenitud que acompaña a la satisfacción y tiene, por lo tanto, gradaciones. Puede incrementarse o disminuirse, puede mejorar o empeorar, puede verse más o menos afectada por condiciones exteriores o interiores que responden a la percepción, por ello puede definirse como la percepción que posee la persona sobre su posición en la vida en relación a su entorno cultural, a sus valores, a sus deseos y sus preferencias. (Lolas, 2003)

El primer rasgo de la calidad de vida, a tenor de la definición dada, es su carácter subjetivo que esta directamente relacionada con el sistema de rasgos de una persona, como estructura abstracta para describir y predecir, es decir, su “personalidad”.

Otro rasgo de la calidad de vida es su atributo de multidimensionalidad, es decir, se extiende a muchos dominios de la experiencia. La salud corporal, la salud psicológica, el ambiente externo, la satisfacción de las necesidades de significado, las relaciones interpersonales son aspectos que, aunque no siempre pueden disociarse, es conveniente tratar como diversos. (Ibíd.)

La Calidad de Vida contiene dos componentes distintos, pero interrelacionados:

- Las condiciones de vida, definidas en términos de condiciones de salud y suficiencia del ingreso
- El nivel de bienestar o la percepción de estar satisfecho con la vida (Barros, 2004; c)

Esta distinción es avalada teóricamente, ya que ambos conceptos designan un ámbito distinto de la realidad. Las condiciones de vida se

refieren a lo adecuado de las situaciones materiales y a las percepciones que de esto se tiene. El bienestar psicosocial fue percibido inicialmente como un proceso cognitivo, en el cual el individuo compara sus aspiraciones con sus percepciones de la situación particular que le toca vivir, conceptualizándolo en términos de satisfacción con la vida. Más tarde, se definió el bienestar como una respuesta afectiva, es decir, como la respuesta emocional al adaptarse al entorno (Mc Dowell y Newell, citados por Barros Lezaeta Op. Cit.; c).

Debemos hacer mención al término salud, el cual, según la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, se define como “un estado en el que existe una situación óptima de bienestar físico, mental y social, y no meramente como una ausencia de enfermedad” (Silva, op cit.:5)

Aplicado esto a los Adultos Mayores, significa que, junto con valorar las enfermedades conocidas o clásicas, es necesario apreciar si existen alteraciones físicas, psíquicas y sociales, las que incorporan aspectos socioeconómicos y culturales. En síntesis, es necesario considerar en forma independiente tanto la percepción subjetiva o “sensación” como la objetiva sobre la presencia o ausencia de enfermedad. (Ibíd.)

Como vemos la percepción subjetiva del diario vivir, es importante a la hora de sentir si se posee una buena o mala calidad de vida.

Calidad de Vida es la percepción de un individuo de su posición en la cultura y sistemas de valores n que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, valores y preocupaciones (OMS n/d)

Para el organismo mundial, la calidad de vida relacionada con la salud incluye factores como el funcionamiento físico, funcionamiento

emocional y cognitivo, funcionamiento social, el rol funcional, percepción de salud general y bienestar, los proyectos futuros y los síntomas específicos (de enfermedades).

Otros conceptos que nos podrían aportar en la definición de calidad de vida en la vejez están relacionados con la independencia y la autonomía.

La independencia, entendida como la capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria, es decir, vivir con independencia en la comunidad recibiendo poca ayuda o ninguna de los demás. Y autonomía, comprendida como la habilidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir al día de acuerdo con las normas y preferencias propias. (Ibíd.)

Por lo tanto, la Calidad de Vida se presenta como una constante evaluación multidimensional, relacionada a criterios personales como sionormativos, del sistema persona-entorno de un individuo en tiempo pasado, actual y anticipado.

Es multidimensional, como la vida misma. Es evaluativo, implicando un aspecto que va desde lo deseable hasta lo indeseable. Es intrapersonal, es decir, cada individuo tiene sus propias evaluaciones de la vida. Es socio normativa, las mediciones objetivas deben ser también consideradas al evaluar la calidad de vida. Es persona- entorno, en el sentido de que el entorno afecta el bienestar de la persona, y no todos los entornos son igualmente favorables; además, la persona afecta a su entorno y lo acomoda a sus necesidades. Esta reacción no es reactiva o proactiva, sino que es transaccional, es decir, un proceso dinámico y recíproco. Es temporal, ya que cualidades del pasado están presentes como recuerdos y reminiscencias, conformando parte del marco con que evaluar el presente y el futuro. (Barros, Op.cit.; c)

Condiciones Personales de Vida

Las condiciones personales de vida comprenden las competencias de funcionamiento físicas y mentales y las percepciones acerca de suficiencia del ingreso y condiciones de salud. Dentro de las áreas de competencias de funcionamiento físico, se considera como una de las más importantes la de las llamadas de la vida cotidiana, por ejemplo, salir a caminar, subir una escala, cortarse las uñas de los pies.

Factores asociados a un envejecer saludable

Se denominan factores de riesgo aquellos que disminuyen la probabilidad de envejecer manteniendo un máximo de capacidad funcional. Por el contrario, se denominan factores protectores a aquellos que aumentan la probabilidad de envejecer manteniendo un máximo de capacidad funcional.

Según Rowe y Kahn (citados en Barros op. Cit.; c), los predictores del buen funcionamiento cognitivo son:

- El nivel educacional, que es el mejor protector contra la reducción en la función cognitiva
- La actividad física
- La percepción de autoeficacia, que está dada por la creencia en la capacidad de organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para tratar con una situación determinada.

Los factores de riesgo que inciden en la pérdida de la funcionalidad física son: los niveles alterados de glucosa y lípidos, la obesidad y la hipertensión.

Los predictores del mantenimiento de un buen funcionamiento físico, los cuales son evaluados en relación a la movilidad de manos y piernas, además de equilibrio y marcha, son categorizados por los autores en dos: unos relativos a las características del individuo, siendo los predictores de riesgo: ser viejo y con ingreso escaso, ser obeso e hipertenso. Otros relacionados a formas de comportamiento, siendo los predictores de mantener el buen funcionamiento: el realizar actividades productivas, relacionarse con otros y contar con apoyo emocional y tener al menos un nivel moderado de ejercicio físico.

Debido a la relevancia que pesquisarón en factores protectores, tales como la mantención de las relaciones interpersonales y la realización de actividades productivas, no necesariamente generadoras de ingreso, sino que más bien consideradas socialmente valiosas, las clasificaron como compromiso continuado con la vida, siendo éste uno de los tres componentes del envejecimiento exitoso. Para lograr un mejor resultado, es importante además, mejorar en el Adulto Mayor la capacidad para enfrentar las situaciones estresantes (Ibíd).

De lo anterior se desprende entonces que, los factores considerados protectores son: el nivel educacional; tres tipos de comportamiento, que son el ejercicio mental y físico, la realización de actividades significativas con qué ocupar el tiempo y las relaciones que se mantienen con otros, intercambiando apoyo afectivo; y la posesión de dos rasgos psicosociales, como son la percepción de autoeficacia y la capacidad de enfrentar las situaciones difíciles, saliendo adelante a pesar de la adversidad, lo que conocemos como resiliencia.

3.- BIENESTAR PSICOSOCIAL

Este concepto causa polémica por el hecho de ser difícil precisar su significado. Se entiende por bienestar la percepción o apreciación subjetiva de sentirse o hallarse bien, sentirse satisfecho.

Existen autores que utilizan como su única dimensión el grado de satisfacción expresado por las personas; mientras otros, lo conceptualizan en términos multidimensionales.

Factores asociados al bienestar psicosocial

Lo fundamental, las condiciones personales de vida, que influyen tanto directa como indirectamente, impactando en otras variables incidentes en el bienestar.

Es importante recordar que el proceso de envejecimiento se define desde una perspectiva psicosocial, es decir, nos referimos al conjunto de individuos que envejecen y la forma cómo ellos enfrentan este proceso en un cierto contexto societal que los limita. Decimos entonces que el envejecer es un proceso individual de adaptación a los cambios que ocurren al interior del individuo, tanto en su organismo como en sus capacidades de funcionamiento, en las circunstancias personales y en el entorno social.

La capacidad de enfrentar y adaptarse a las situaciones estresantes con el fin de mantener o recuperar su bienestar está muy relacionado con el concepto de “resiliencia”, que corresponde a la capacidad de las personas de salir adelante pese a las condiciones adversas que les toca enfrentar.

Además, se refiere a la capacidad de vencer la desventura, enfrentando situaciones estresantes, recuperando o manteniendo la percepción subjetiva de estar satisfecho o de sentir bienestar.

El concepto de resiliencia se usa también para referirse a la capacidad de vivir bien y desarrollarse positivamente de un “modo socialmente aceptable”, a pesar de las difíciles condiciones de vida. Esto se relaciona con la imagen cultural de la vejez y con su reflejo a nivel psicosocial en las expectativas de lo que se espera en esta etapa, así como en las formas de enfrentarla y en las bases en que fundar el sentido de la vida. Si la imagen cultural conceptualiza a la vejez como un proceso progresivo e inevitable de deterioro, entonces una socialización anticipatorio permite seleccionar estrategias de acomodación. (Cyrulnik, 2001)

Ditmann-Kolhi (citado en Barros, Op. Cit; c.) establece que los Adultos Mayores construyen un significado positivo de su vejez mediante estrategias cognitivo-afectivas. Es decir, en lugar de tener altas expectativas de realización, los Adultos mayores modifican sus estándares y se aceptan más a sí mismos y lo que es su vida; valoran más lo que tienen; consideran haber ya alcanzado sus objetivos y aprecian lo que les va quedando. Es decir, una sabia disminución en sus aspiraciones, les brinda una paz mental que les permite experimentar un sentido de bienestar.

Por otra parte, el proceso de enfrentamiento se refiere a los esfuerzos cognitivos y conductuales que realiza una persona para manejar las demandas de la transacción individuo/entorno involucradas en una situación estresante. El enfrentamiento de una situación estresante es un proceso donde se pueden encontrar dos componentes: la interpretación que las personas hacen de la situación que las afecta y la respuesta que dan a aquello que les está ocurriendo.

Autocuidado

El Autocuidado tiene estrecha relación sobre el proceso de adecuar y prever situaciones estresantes respecto a la salud. El autocuidado ha cobrado auge en los últimos años ya que consiste en la promoción de la salud desde una perspectiva de derecho.

La adopción del autocuidado como estrategia para ser utilizada durante la vejez se caracteriza por el desarrollo de aptitudes personales, y de la adquisición de habilidades y conocimientos que permitan adoptar conductas favorables para la salud. Mediante el autocuidado los adultos mayores podrán ejercer un mayor control sobre su salud y su microambiente y estarán más capacitados para optar por todo lo que contribuye con su bienestar integral. (Quintero, 1994)

Por ende la información en este caso la educación sobre las acciones y decisiones que puede tomar una persona para prevenir, diagnosticar y tratar su enfermedad e incluso la decisión de utilizar los sistemas de apoyo formal e informal es una necesidad, y más aún es un derecho.

Espiritualidad

Es un tema complejo que, podemos abordar inicialmente conceptualizando la espiritualidad, como un proceso de interacción entre nuestra conciencia con Dios o con un Poder Superior, en función de la fe. La confianza en Dios y la espiritualidad juegan un papel en la forma de enfrentar las situaciones que les ocurren a los Adultos mayores y en cómo ésta contribuye al bienestar de las personas, reduce la incertidumbre y la pérdida de control que sobreviene al envejecer. Cuando surge el temor al darse cuenta de la vulnerabilidad y la cercanía de la muerte, la espiritualidad ofrece la esperanza de que al final todo

esté bien. Hace sentirse permanentemente vinculado a Dios, contrarrestando la soledad.

Apoyo Social

Existe un cúmulo de evidencias empíricas que subrayan la importancia de las redes de apoyo para la calidad de vida de las personas mayores, no solamente por el mejoramiento de las condiciones objetivas mediante la provisión de apoyos materiales e instrumentales, sino también por el impacto significativo del apoyo que brindan en el ámbito emocional.

Sobre este último aspecto, se considera que las percepciones desarrolladas por las personas mayores que participan en redes con respecto al desempeño de roles sociales significativos constituyen un elemento clave en su calidad de vida. (Guzmán, et al, Op.cit.)

Al referirse al concepto de apoyo social se distinguen dos nociones: la composición de la red de relaciones y la naturaleza de los nexos. La primera se refiere a los diversos agentes o actores que conforman la red de relaciones, es decir, el conjunto de personas con las que está vinculado un individuo. Y la segunda al tipo de vinculación que se realiza, las cuales pueden ser una modalidad institucional u organizada de otorgar apoyo y otra que surge de las relaciones interpersonales, esta última implica ayuda, afecto y afirmación. (Ibíd.)

En estos términos la red mas cercana de los adultos mayores puedes ser la familia, la cual se indica como los agentes sociales principales proveedores de apoyo, sin embargo no son los únicos que lo brindan y en muchas ocasiones el vinculo solo se basa en la ayuda y no en el afecto y la afirmación.

Existen instancias donde la red posee características más sociales y organizativas, como por ejemplo, el grupo de amigos, vecinos, miembros de organizaciones de autoayuda, que tienen este propósito, como clubes de Adultos Mayores, etc. Sin embargo la red social no garantiza que el apoyo sea constante, ya que éste puede variar en el tiempo y en el curso de la vida de los individuos. Por eso es necesario saber si la ayuda tendrá continuidad e la etapa de vejez, en caso de enfermedad o en el contexto de escasez económica. (Ibíd.)

La naturaleza de los nexos es el contenido específico de la relación, las funciones que cumple el apoyo. Existen tres formas de apoyo o asistencia, las cuales permiten que las personas enfrenten de mejor manera las situaciones que se les presentan. Estas son el apoyo cognitivo, el afectivo y el instrumental.

El apoyo cognitivo se refiere a intercambiar experiencias, transmitir información o significados y dar consejos que permiten comprender la situación y afrontar mejor los problemas. Evidenciamos la relevancia que encierra la conversación como factor contribuyente al nivel de bienestar, ya que permite analizar problemas, recibir información, plantear posibles soluciones, discutir ventajas y desventajas. Además, se logra que la situación perturbadora se muestre menos amenazante, y que el Adulto mayor tenga la sensación de que sigue controlando su propia existencia. También otorga alivio al comunicar emociones frente a situaciones estresantes.

El apoyo emocional cuenta con tres variantes que son:

- Dar afecto y simpatía, hace sentir al otro que se preocupan por él, que es alguien querido y valioso, lo que contribuye a mantener la

autoestima. El sentido de la vida, se encuentra, muchas veces, en el amar y apoyar a otros y en el sentirse amado.

- Dar oportunidades de expresar emociones, principalmente aquellas negativas, como la pena, soledad, rabia y descargar la ansiedad. Hace sentirse al otro comprendido y acompañado.
- Tranquilizar, reconfortar y alentar en los momentos de incertidumbre y dolor. Se refiere principalmente a acompañar en los duelos y facilitar la aceptación de las pérdidas.

Todas estas formas de apoyo destacan la relevancia del afecto, el cariño y el valor de las relaciones interpersonales. Barros señala que este tipo de apoyo compensa positivamente, las carencias que sufren aquellos que envejecen y reduce su vulnerabilidad.

El apoyo instrumental se refiere a suministrar bienes y servicios que proporcionan la solución de dificultades prácticas o que constituyen formas de ayudar en el ejercicio de las labores de la vida diaria o que ayudan a establecer condiciones de vida más favorables. (Barros, op. Cit; c)

Cuando se habla de apoyos se fija la acción en quien la recibe, pero visto globalmente se trata de un intercambio en que se provee y se recibe apoyo. No se trata de procesos enteramente definidos en que uno da al otro en función de lo que recibe de éste, sino de un complejo sistema basado en normas y valores que permitan ciertas conductas y penalizan otras. (Guzmán, et al, Op.cit.)

Al respecto se plantea que cuando el intercambio es reciproco se genera efectos psicológicos positivos en las personas participantes, lo cual no sucede si el intercambio no es balanceado. Cuando se da más de lo que se recibe se experimentan sentimientos de sobrecarga y frustración. En el

otro extremo, cuando se recibe más de lo que se da podría haber una sensación de dependencia y endeudamiento. (Ibíd.)

Para concluir el apoyo tiene un doble efecto sobre el nivel de bienestar o satisfacción. Por una parte, tiene un efecto directo al permitir que la persona se sienta parte integrante de un conjunto de personas unidas por lazos de solidaridad y responsabilidad mutua. Por otra parte, se siente ligado a otros por un sentido de pertenencia y por vínculos de afecto, lo que le permite darle un sentido a su vida a través del amor que da y que recibe.

El apoyo tiene también un efecto indirecto, tanto al atenuar los efectos nocivos de las condiciones estresantes, como al aumentar la capacidad de respuesta frente a las situaciones cotidianas.

El apoyo social es un recurso que fortalece la capacidad del Adulto Mayor de hacer frente de manera más efectiva a las demandas de la vida diaria, sobrepasar sus dificultades y limitaciones y tolerar mejor el dolor y las pérdidas. De la misma manera, el afecto satisface una de las necesidades más medulares del ser humano: la de amar y ser amado.

Las relaciones de apoyo se caracterizan por ser funcionalmente específicas, es decir, los Adultos Mayores requieren de apoyos particulares frente a necesidades específicas. Por eso, es beneficioso para ellos contar con una variedad de relaciones interpersonales que puedan entregar los distintos tipos de apoyo que demandan. Las personas más satisfechas son aquellas que poseen un conjunto de relaciones que les permiten la posibilidad de ir satisfaciendo sus necesidades a medida que estas surgen.

SEGUNDA PARTE
Marco Referencial

CAPITULO V

EL ADULTO MAYOR EN EL CONTEXTO DE LAS POLITICAS SOCIALES

El año 1995, el Presidente de la República de la época, Eduardo Frei Ruiz Tagle, constituyó la Comisión Nacional del Adulto Mayor; a la que le solicitó la elaboración de una propuesta para generar una Política para este grupo etáreo. Ésta fue aprobada por el Comité de Ministros del Área Social en marzo de 1996 (Silva, Acevedo, Cot; 2005)

El objetivo general de la Política del Adulto Mayor de Chile es lograr un cambio cultural de toda la población que signifique un mejor trato y valoración de los adultos/as mayores en nuestra sociedad, lo cual implica una percepción distinta sobre el envejecimiento y la vejez, y así alcanzar mejores niveles de calidad de vida para todos los adultos/as mayores. (Ibíd.)

Los objetivos específicos de la Política son:

1. Fomentar la participación e integración social de los adultos/as mayores,
2. Incentivar la formación de recursos humanos en el área,
3. Mejorar el potencial de los adultos/as mayores,
4. Crear acciones y programas de prevención,
5. Focalizar los subsidios estatales en los sectores más carenciados de adultos/as mayores,
6. Fortalecer la responsabilidad intergeneracional en la familia y comunidad,
7. Fomentar el uso adecuado y creativo del tiempo libre y la recreación, y

8. Perfeccionar las normativas y programas referidos a la Seguridad Social.

Además se incorporaron en la Política: objetivos instrumentales, valores y principios que apoyan el cambio de la visión de los adultos/as mayores y favorecen brindarles una mejor calidad de vida. (Ibíd.)

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 (Silva et al, Op. Cit.)

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, el Presidente de la República, Ricardo Lagos Escobar, 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.

La ley asigna a la sociedad civil un rol asesor a la gestión gubernamental. Dicha instancia es un Comité Consultivo del Adulto Mayor, cuya misión es entregar una mirada técnica y especializada en todo lo relativo a las acciones, planes y programas del Servicio sometidos a su consideración, realizarlas sugerencias que estime conveniente, formular las observaciones y proposiciones que considere necesarias y, en general, dar opinión acerca de las materias en que se solicite su colaboración.

El Comité es presidido por el Director Nacional del Servicio y lo conforman siete académicos de universidades del Estado o reconocidas por éste, con amplia trayectoria en materias relativas al Adulto Mayor, junto a cuatro personas provenientes de asociaciones del Adultos Mayores que reencuentren inscritas en un registro especial; todos ellos son elegidos por la o el Presidente de la Republica. (Labrín, Lagos, Dougnac, Falcón, Carrasco, 2006)

Una de las mayores resistencias a este modelo consultivo de participación es que las decisiones del Consejo no son ni vinculantes ni deliberantes, por lo tanto queda al arbitrio de la misma dirección de la acción gubernamental. En términos reconstrucción de políticas publicas, resulta de mayor incidencia el Comité de Ministros, instancia de coordinación intragubernamental donde convergen las miradas sectoriales frente al adulto mayor y donde el Director del SENAMA sólo tiene un rango de invitado permanente, igual que SERNATUR o la dirección del INP. En este espacio, coordinado por el Ministerio Secretaría General de la Presidencia es desde donde e proponen las políticas públicas para el Adulto Mayor , la evaluación de los programas implementados, se ejecuta la revisión de las coordinaciones

intersectoriales y, a demás es el espacio desde donde se asignan presupuestos y se promueven los ajustes legales pertinentes.

La escasa representación de la sociedad civil y el carácter principalmente académico que cuenta el Consejo de Adulto Mayor, incide en la capacidad de incidencia de los adultos mayores en la toma de decisiones.

1.- Protección Social

En la actualidad es un hecho cierto que el sistema privado de administración de fondos de pensiones (AFP) instaurado por la Dictadura, es un modelo altamente cuestionado por la ciudadanía. Mas allá de los criterios técnicos que sustentan una reforma a gran escala comprometida por el nuevo gobierno, lo cierto es que los adultos mayores demandan hoy un cambio integral que le permita acceder de manera vitalicia, a un monto que garantice su canasta básica la cual, según cifras extra oficiales presentadas por el SENAMA en un seminario sobre Empleabilidad y Envejecimiento, realizado recientemente bordearía los 180.00 pesos (Ibid.).

La necesaria dignificación de las pensiones, tiene un impacto también sociocultural. No son pocos los hogares donde este ingreso complementa las rentas de las familias y les permite salir de la condición de pobreza. En muchos otros, es el principal sustento estable. Y considerando que el país más del 70% de los adultos mayores son autovalentes, sus ingresos serán determinantes al momento de caracterizar la calidad que obtengan en los 20 o 30 años finales de sus vidas.

Esto implica que un aumento de las pensiones significa garantizar el legítimo derecho al ocio, de quienes ya han aportado al desarrollo de la

sociedad. Tal como lo plantea el Plan de Acción Internacional para el Envejecimiento, el desafío es lograr que la empleabilidad del adulto mayor sea una decisión motivada por el interés personal y no una necesidad para lograr una mejor subsistencia.

2.- La demanda por salud y educación

Si bien los bajos montos de las pensiones no cubren la canasta básica de un adulto mayor, es un hecho cierto que los esfuerzos por asignar derechos a esta población también han permitido subsanar algunos de sus requerimientos más básicos. Así por ejemplo, el acceso a la salud ha mejorado sustancialmente con el despliegue del Programa del Adulto Mayor a cargo de la secretaría del ramo.

Este programa está orientado a mantener y mejorar la autonomía de las personas mayores previniendo así las principales enfermedades que causan muerte y discapacidad, esto ha permitido una vinculación directa entre los adultos mayores, el consultorio y la atención especializada dentro de la red asistencial. Este sistema favorece que los usuarios puedan acceder a controles periódicos en las patologías más comunes, cuenten con una garantía de atención a 48 horas en la atención primaria y un seguro de atenciones de alto costo.

Asimismo, para los Adultos Mayores de FONASA ya se anunció una extensión la gratuidad de la atención en los establecimientos públicos, eliminando el copago que existía para los tramos C y D, tanto en las consultas médicas, dentales, intervenciones quirúrgicas, entrega de lentes ópticos, audífonos, ortesis, prótesis entre otros.

Por su parte, el AUGE tiene cubiertas cerca de 39 enfermedades que pueden afectar a los adultos mayores, entregando salud oportuna, de calidad y con protección financiera. (FONASA, n/d)

Sin embargo, estos avances parecen no satisfacer las complejas necesidades que los adultos mayores plantean. Una de las principales críticas es que no se reconoce como relevante dentro de estos planes el fortalecimiento de especialistas integrales para el adulto mayor. Esto implica un déficit de profesionales geriatras, tanto médicos como enfermeras.

Otro punto relevante que también resulta cuestionado, es el sentido de la gratuidad de salud para el adulto mayor. Es decir, si bien la tendencia es la reducción del copago en FONASA, lo cierto es que a través de las pensiones los adultos mayores continúan cotizando el 7% de sus ingresos, lo cual en sus exiguos montos genera un factor que los representantes de la sociedad civil consideran inequitativo.

En el caso de la educación, se ha observado como tendencia que muchos programas municipales son desarrollados como parte de sus programas de servicios a la comunidad, generalmente asociados al divertimento, deporte o recreación. Sin embargo, poco se repara en que el adulto mayor sigue siendo el grupo etáreo con mayor analfabetismo en el país.

Según datos de la encuesta CASEN 2006, (MIDEPLAN, op.cit; b) el porcentaje de mayores de 60 que no saben leer y escribir bordea el 11,6% en los hombres y 14,4% en mujeres, muy superior al promedio nacional (4,3%) e incluso al tramo etáreo inmediatamente inferior.

Si se asocia este hecho al analfabetismo por desuso e incluso al bullado “analfabetismo digital”, tenemos un vacío en las posibilidades de

inclusión de este grupo de la sociedad contemporánea generando un nuevo espacio de desigualdad.

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. El 2005 fue su segundo año de funcionamiento. Cada año se abren las postulaciones entre los meses de abril y mayo.

El grupo etéreo de los adultos mayores es uno de los grupos más organizados de nuestra sociedad. Es por ello que se considera a los adultos mayores, la fuerza participativa de Chile.

Los últimos Catastros de clubes y organizaciones de adultos mayores, realizados por SENAMA, demuestran el aumento que ha registrado las personas mayores organizadas durante estos últimos años.

El Gobierno del Presidente Ricardo Lagos, determinó un incremento diferenciado por edad para las pensiones asistenciales de vejez y para las pensiones mínimas. De tal manera, que en lo sucesivo las personas mayores de 70 y 75 años tendrán una pensión de mayor valor. (Ley 19.953 de 2004).

El 2005 se inicia la pensión mínima diferenciada para los Adultos Mayores de 75 años.

En el año 1996 el Gobierno otorgó por primera vez el beneficio del Bono de Invierno a los mayores de 65 años que recibían pensiones mínimas y asistenciales. Desde ese año, 1996, se otorga este bono todos los años.

Para concluir la idea de un Sistema de Protección Social con enfoque de derechos durante el ciclo de vida se sustenta en un nuevo concepto de políticas sociales y de la responsabilidad del Estado, en que el objetivo central es de inversión social, al apoyar el desarrollo de capacidades a través de la educación, la salud, protección ante riesgos sociales, relaciones sociales y programas que abordan otras dimensiones de la vida consideradas esenciales.

Su objetivo es lograr un escenario de igualdad de oportunidades mediante la garantía de condiciones mínimas en los ámbitos señalados que permitan a todas las personas desarrollar competencias y capacidades esenciales para poder elegir su plan de vida -entre las opciones deseables- que concuerde con su concepción de una buena vida.

Se plantea un Sistema de Protección Social basado en derechos con garantías respecto a condiciones mínimas asociadas a dimensiones fundamentales para el desarrollo humano durante el ciclo de vida: infancia y juventud (0 a 18 años), adulto/a trabajador/a y adulto/a mayor. (Silva et al, Op. Cit.)

3. Antecedentes de la Institución en la cual se encuentra inserta la investigación.

El estudio estará inserto en la Dirección de Previsión de Carabineros de Chile, ya que es la previsión con que cuentan las personas que constituirán nuestra muestra.

Tipo de Institución

El Departamento de Previsión de Carabineros de Chile es un organismo con personalidad jurídica, dependiente del Ministerio de Defensa Nacional, vinculado a él a través de la Subsecretaría de Carabineros y que sucede en todos sus derechos y obligaciones a la Caja de Previsión de los carabineros de Chile, a contar del 12 de marzo de 1975, fecha de vigencia del Decreto ley 844, de 1975.

Misión Institucional.

Las funciones principales del Departamento de Previsión de Carabineros son las siguientes:

Administrar los bienes del Departamento de Previsión, y recaudar y administrar los fondos que a título de entradas se le asignen, y Otorgar los servicios y beneficios que contempla el decreto ley 844, el Decreto 103 y otros establecidos por leyes especiales o que se establezcan en el futuro.

Objetivos.

Otorgar beneficios previsionales obligatorios que están consignados en el artículo 39°, y que son aquellas prestaciones que al Departamento de Previsión de carabineros le es imperativo otorgar o proporcionar a los imponentes que cumplan con todos los requisitos que a su respecto exige la legislación vigente, y son los que se indican a continuación:

Pensiones de retiro y de montepío;

Anticipo de pensiones de retiro o de montepío en trámite, hasta por un monto de seis meses, pagadero en mensualidades iguales;

Pago de pensiones insolutas, en los términos señalados en el artículo 26° de la ley 16.271, de 10 de julio de 1965, sobre impuesto a las herencias, asignaciones y donaciones;

Auxilio para gastos de funerales de imponentes activos y pasivos;

Devolución de imposiciones integradas por el imponente que falleciere sin causar montepío;

Acrecimiento de montepíos;

Asignaciones familiares, de acuerdo al sistema vigente;

Bonificaciones de permanencia de actividad a que se refiere el artículo 19° de la ley 15.386, y otros beneficios que expresamente contemple la legislación vigente o que se establezca en el futuro en carácter de obligatorios.

Además de los beneficios considerados en el artículo 39°, el artículo 40° señala que el Departamento de Previsión deberá proporcionar los de orden médico, hospitalario, dental y asistencial establecidos en el reglamento contenido en el decreto supremo 43, de 1970, del Ministerio del Trabajo y Previsión y sus modificaciones posteriores.

El Departamento de Previsión deberá mantener el servicio de medicina preventiva en beneficio de sus imponentes en actividad, conforme a lo establecido en la ley 6.174, de 1938 y sus reglamentos.

Por otra parte, el artículo 42° señala otros beneficios, de tipo facultativos, que son aquellos que el Departamento de Previsión discrecionalmente puede proporcionar, de acuerdo con sus disponibilidades presupuestarias y las circunstancias que justifiquen su requerimiento por parte de los imponentes.

Corresponden estos a:

Préstamos de auxilio, para gastos urgentes e imprevistos de orden personal y familiar, y

Préstamos escolares, destinados a cubrir gastos de matrícula, adquisición de uniformes y útiles para los hijos estudiantes por los cuales perciba asignación familiar.

Existen también Préstamos especiales destinados a compromisos relacionados con la adquisición de una vivienda, la reparación o ampliación de la misma.

El Departamento de Previsión también podrá otorgar un préstamo especial a sus imponentes para cubrir todo o parte la adquisición de aparatos ortopédicos, prótesis, endoprótesis, marcapasos, audífonos, lentes ópticos y otros elementos médicos auxiliares, supletorios o coadyuvantes a sus funciones vitales.

Grupo Objetivo.

Están afectos al régimen de previsión del Departamento de Previsión:

- El personal de Carabineros y el de la planta especial de su Departamento de Previsión, en servicio activo y en retiro
- El personal dependiente de la Dirección General de Investigaciones, en servicio activo y en retiro
- El personal de la Mutualidad de Carabineros, en servicio activo y en retiro

- Otros sectores pasivos que eran imponentes de la caja de Previsión de los Carabineros al momento de su extinción
- El personal de Gendarmería de Chile que se encontraba en servicio activo al 10 de enero de 1975
- El personal del Servicio de Registro Civil e Identificación, que era imponente de la caja de previsión de los carabineros de Chile al 10 de enero de 1975.

Nuestro grupo objetivo está compuesto por 19.667 personas de 60 y más años.

TERCERA PARTE

Análisis de los Resultados

CAPITULO VI

EL DISCURSO DE LOS ADULTOS MAYORES: EXPECTATIVAS Y NECESIDADES

Este capítulo profundiza los aspectos relacionados con los resultados y su análisis, organizados en función de otorgar una visión y comprensión de los aspectos centrales, en los cuales estuvo focalizada esta investigación.

Del mismo modo, la recolección de la información utilizada, se enmarcó a partir de tres variables centrales que constituyeron los ejes principales utilizadas en la construcción y aplicación del instrumento de compendio de los datos correspondiente a una entrevista semiestructurada, aplicada a los sujetos de análisis, quienes completaron un total de 17 Adultos Mayores de ambos sexos entre 60 y 78 años de edad.

Cuadro N° 1

NOMBRE	EDAD	TIEMPO DE JUBILACION
FERMINA	64 AÑOS	6 AÑOS
JUDITH	65 AÑOS	13 AÑOS
NALDI	65 AÑOS	21 AÑOS***
MONICA	60 AÑOS	13 AÑOS
ENEDINA	60 AÑOS	11 AÑOS
BERTA	60 AÑOS	10 AÑOS
YOLANDA	60 AÑOS	7 AÑOS

EDUARDO	65 AÑOS	13 AÑOS
MARIA	60 AÑOS	21 AÑOS
LUIS	67 AÑOS	17 AÑOS
ROSA	64 AÑOS	14 AÑOS
SERGIO	78 AÑOS	30 AÑOS
ELISA	70 AÑOS	2 AÑOS
ETHEL	60 AÑOS	10 AÑOS
RUTH	61 AÑOS	14 AÑOS
VICTORIA	61 AÑOS	13 AÑOS
MARTA	74 AÑOS	23 AÑOS

*** Esta Adulta Mayor jubiló hace 21 años desde Hoscscar, pero comenzó a trabajar un tiempo después en Hospital Dipreca, del cual todavía no jubila.

1. Selección de Citas por Subcategorías

En este apartado se presentan las categorías resultantes del análisis de las entrevistas según variables dependientes, las subcategorías, acompañadas de los relatos correspondientes a cada una de ellas.

1. Categoría: Percepción de los Adultos Mayores respecto de su salud y calidad de vida

Subcategoría	Relatos
1.1. Percepción del proceso de desvinculación laboral.	<i>“Ha sido tranquilo. No me he sentido tan sola. Como con más</i>

<p>Esta categoría encierra la apreciación que tienen los/as entrevistados/as respecto de la calidad del tiempo que ha transcurrido desde su alejamiento de la función laboral.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Percepción del proceso de desvinculación laboral relacionado con aspectos de integración social y autonomía.</i> • <i>Percepción del proceso de desvinculación laboral asociado a un sentimiento de soledad.</i> 	<p><i>tiempo, mas tranquila” (Sra. Enedina).</i></p> <p><i>“Fíjese que bueno. Porque no he sentido el paso de los años” “He estado siempre en actividad” (Sra. Mónica)</i></p> <p><i>“Es positivo total estar en retiro. Me cambió la vida porque no estoy bajo un régimen” (Don Eduardo).</i></p> <p><i>“Lo he pasado bien”.” Ahora me he realizado porque uno tiene que seguir viviendo, seguir luchando. Hay que ser optimista en la vida” (Sra. Marta).</i></p> <p><i>“Me ha servido para descansar todo lo que trabajé en mi vida. He descansado, he salido, he disfrutado. Así que bien” (Sra. Fermina).</i></p> <p><i>“Bueno, porque he hecho cosas que no podía hacer antes. Me he preocupado más de mi familia. Me gusta ayudar a las</i></p>
---	--

personas.” (Sra. Yolanda).

“nunca he echado de menos lo que hacía antes porque me siento más libre, ya con otra mentalidad, con otro criterio, no tan cerrado” (Don Luis).

“Bien, descansado.”.No (me aburrí), porque cuando yo me retiré...me hice cargo de mis nietos (Sra. Rosa)

En los meses en que estuve en la casa, me vino como una depresión. Me sentí como inútil... Me cambió la vida” (Sra. Naldi).

“He echado de menos a los compañeros de trabajo” (Sra. María).

“... porque llegue cuando mis hijas estaban grandes. Entonces quise servir, quise ser dueña de casa y la verdad es que nunca lo fui. Ellas me hicieron ver eso y me dolió. Estaba incomodando” (Sra.

	<p>Mónica).</p> <p>“Yo quedo sola aquí, todos salen” (Sra. Victoria).</p>
<p>1.2 Percepción de la situación económica actual</p> <p>Esta subcategoría nos define o muestra cómo visualizan los/as entrevistados/as los ingresos con los que cuentan para solventar sus gastos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Vive sin apremio económico/ Reciben aportes de la red familiar</i> • <i>Vive con apremio económico/ No reciben aportes de la red familiar</i> 	<p>“Junto platita. Me queda para ahorrar. Porque el día de mañana me enfermo, tendré que contratar a alguien, o medicamentos o llamar un Dr. a la casa” (Sra. Marta).</p> <p>” No tengo de que quejarme, está todo bien” (Sra. Naldi).</p> <p>“Mi marido me manda plata cuando puede” (Sra. Enedina).</p> <p>“No (me alcanza la pensión), es que tengo que juntarla con la plata que me da mi hijo, el me la da toda, porque gasto mucha en las cintas, gasto mucho en remedios” (Sra. Berta).</p> <p>“Si me alcanza” (Sra. Mónica).</p> <p>“Tengo mejor situación (que los hermanos). Cuando necesitan algo yo los ayudo” (Don Sergio).</p>

“Sí, vivo holgadamente, sin apremios” (Sra. Elisa).

“No es muy buena la pensión que tengo, pero gracias a Dios, nunca me ha faltado. Estoy relativamente bien. Mi hijo trabaja, se comparten los gastos” (Sra. Ruth).

“Después jubile no lo pasé tan bien porque yo no tenía buen sueldo” (Sra. Elisa).

“ellas (las hijas) trabajan para sus gastos...no los míos“...Pero hay gastos. Los remedios son caros... (La pensión) Debería ser más, me falta” (Sra. Fermina).

“No, no me alcanza, por lo mismo es que tengo que limitarme” (Sra. Yolanda).

“...Ahí tengo como para darme vueltas. Mi sueldo queda en 30 mil. Esto porque está la Cooperativa de Carabineros, Servicio Médico, Servicio Dental” (Sra. Enedina).

<p>1.3 Percepción de la calidad de los servicios de salud de DIPRECA</p> <p>Esta subcategoría incluye las apreciaciones de los/as entrevistados/as respecto de los beneficios y calidad de la atención que le entrega su sistema previsional.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Evaluación favorable</i> • <i>Evaluación desfavorable:</i> 	<p>“Bueno, bueno. Salud sobretodo. Hospital buenísimo. La atención estupenda” (Sra. Naldi).</p> <p>“En estos momentos es buena porque tengo la pensión de mi marido y la mía...Saldrá algún descuento” (Sra. Marta).</p> <p>“Con el sistema de ahora, la encuentro buena porque como hay que pagar seguro de salud, es bueno porque cubre todo. Es poco lo que se paga” (Don Luis).</p> <p>“En salud, nos cobran todo. Pero, está bien” (Sra. Rosa).</p> <p>“ Me han atendido bien. Es buena. No he tenido ninguna queja” (Sra. Ethel).</p> <p>“El seguro no nos cubre nada. Tienes que estar hospitalizado. El resto tienes que pagarlo todo. Ahí pensamos en por qué la gente en los consultorios tiene más beneficios que nosotros” (Sra. Enedina).</p> <p>“La previsión de nosotras es</p>
--	---

	<p>“repenca...En Dipreca no hay. Nunca hay (medicamentos)” (Sra. Fermina).</p> <p>“...que cuando uno va al hospital no le dan hora de un mes para el otro” (Sra. Judith).</p> <p>“No, aquí la previsión no es buena, no le hacen los exámenes, yo he tenido que pagar tanta plata afuera que a una no le conviene mucho, porque Fonasa también paga un bono, pero por lo menos yo tengo malas experiencias con las previsiones” (Sra. Berta).</p>
<p>1.4 Percepción de los temores que manifiestan los Adultos Mayores: Esta subcategoría define aquellas situaciones o hechos que provocan en los/as entrevistados/as sensaciones de angustia o inquietud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Relativos a contingencia nacional</i> • <i>Relativos a situaciones familiares</i> 	<p>“La vida como está. La delincuencia, los hombres que les pegan a las mujeres. Eso la preocupa a uno” (Sra. Fermina).</p> <p>“La delincuencia. El que tú ya no puedas salir tranquilo. En la casa cualquier ruido, una puerta, el techo, uno queda con los pelos parados” (Sra. Enedina).</p>

- *Relativos al estado de salud*

“Lo que me preocupa son las fechas estas, el día del combatiente, el 11, que uno anda fuera y cuando llega, se encuentra con estos líos” (Don Luís).

“Me preocupan mi nieto y mi hija. No los veo mucho” (Sra. Marta).

“Los hijos. Tengo uno de 36 y otro de 37. Uno no deja de querer lo mejor para ellos” (Sra. Judith).

“El problema de mi papá, no sé cuánto va a durar. Me preocupan mis nietos. Que va a ser de ellos cuando sean más grandes” (Sra. Mónica).

“Lo que mas me preocupa es lo que les pueda pasar a mis nietas” (Sra. Berta).

“mi salud...Un par de años me doy yo. Hasta 80. Mis vecinos a los 80, andan con bastón” (Don Sergio).

	<p><i>“Siempre cuando una es mamá, lo que le preocupan son sus hijos..Yo para mí, salud, tengo salud, pero seguir con mi salud buena, estar tranquila”. (Sra. Elisa).</i></p> <p><i>“me preocupación porque me encontraron Diabetes” (Sra. Ethel).</i></p> <p><i>“Más vieja, más achacada. Uno nunca sabe qué pueda tener más adelante” (Sra. Ruth).</i></p> <p><i>“me asusta llegar a vieja y sentirme inútil, de no poder hacer todas las cosas que hago ahora” (Sra. Victoria).</i></p>
<p>1.5 Percepción del Estado de salud actual</p> <p>Esta subcategoría refiere a la condición de salud que presentan los/as entrevistados/as.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Padece enfermedad crónica</i> • <i>No padece enfermedad crónica</i> 	<p><i>“Tengo una enfermedad a los huesos. Artrosis a los huesos” (Sra. Marta).</i></p> <p><i>“Tengo osteoporosis, artrosis e hipertensa” (Sra. Judith)</i></p> <p><i>“Si. Soy diabética. Yo produzco mucha insulina” (Sra. Mónica).</i></p>

“Yo jubilé más que nada por la enfermedad.... es la enfermedad la que a mi me ha jodido, porque llevo 25 años enferma, que tengo diabetes” (Sra. Berta).

“Me operaron de la columna y me pasaron a llevar el nervio ciático y me dejaron imposibilitada. Estuve inválida un año” (Sra. Fermina).

“tengo cáncer de mama” (Sra. Enedina).

“Tengo un by pass en la pierna, producto de la nicotina” (Don Eduardo”.

“Yo soy enferma del corazón, me han dado nueve infartos” (Sra. María).

“Sano, voy al hospital cuando me atrinca la garganta. Yo me encuentro sano” (Don Sergio).

“Bien, no me siento como que tengo 70 años, para empezar.

	<p><i>Me siento como la gente joven, nada de andar con achaques. Harto ágil” (Sra. Elisa).</i></p> <p><i>“Bien, buena salud, los nervios no más, cosas que pasan, pero se controlan” (Sra. Ruth).</i></p> <p><i>“Buena, nunca he tenido problemas de salud, aparte de los resfriados” (Sra. Victoria).</i></p>
<p>1.6 Percepciones de las redes que poseen los Adultos Mayores: Esta subcategoría muestra la presencia o ausencia de redes del Adulto mayor, que están junto a él o ella para dar solución a sus demandas o cubrir sus necesidades.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Redes Familiares • Redes Externas 	<p><i>“Me llevo bien con mis hijas. Converso. Ellas viven conmigo, en mi casa. Ellas me dejan todo hecho” (Sra. Fermina).</i></p> <p><i>“Vivo con mi esposo, con una hija y un nieto” (Sra. Mónica).</i></p> <p><i>“Comparto con mis hijos, con mis cuñados y mis colegas” (Sra. Enedina).</i></p> <p><i>“No, no yo no hago nada, ando en la silla de ruedas, pero salgo a todos lados, o sea, me llevan a todos lados” (Sra. Berta).</i></p> <p><i>“No echo de menos las personas y cosas. Estando con</i></p>

mi vieja” (Don Eduardo).

“...he estado más cercana a ellos, hacemos convivencias, salimos juntos” (Sra. Elisa).

“Cuando sale mi hijo, yo me quedo sola. El se preocupa, me llama por teléfono” (Sra. Ruth).

“Tengo tres hijos, dos hombres y una mujer que ya esta casada. Pero, yo casi no cuento con ellos. Vivo con uno de los hijos, pero no nos llevamos bien” (Sra. María).

“Ahora, mire con los nietos como está. Todo desordenado” (Don Luís).

“La otra (hija) de atrás no, ella hace todo sola. Mi hija de arriba es matrona, ella trabaja mucho, no la veo nunca” (Sra. Marta).

“Voy al Centro del Adulto Mayor. Voy a ver a mis amigas” (Sra. Judith).

“Juntarme con las amigas de siempre, las que fuimos compañeras de trabajo tantos años, organizamos los almuerzos mensuales” (Sra. Naldi).

“Y con las chiquillas con las que me junto, salgo” (Sra. Mónica).

“yo lo que hago son los almuerzos, cuando se hacen almuerzos aquí los hago yo” (Sra. Berta).

“...con las personas que yo trabajé tantos años, yo me siento feliz de estar con ellas, que compartimos una vez al mes, y esa es mi felicidad” (Sra. Yolanda).

“la Naldi me llevo para allá, nosotras somos buenas amigas, hace mucho tiempo, como 40 años juntas, ella es buena persona” (Sra. María).

“...me descubrieron las chiquillas. Yo no compartía con nadie” (Don Luís).

	<p><i>Soy reacio a las amistades” (Don Eduardo).</i></p> <p><i>“No me gusta, ni salir en esos tour que se hacen, no me gusta estar contando mi vida, las convivencias. Aquí con los vecinos, yo los saludo y nada más” (Don Sergio).</i></p> <p><i>“Amigas, amigas, no. No, conocidas. Ahora que me integré al grupo, ahí lo pasamos super bien. Pero, conocidas no más. Amigas, no. Las vecinas, a veces comparto con ellas un rato” (Sra. Ruth).</i></p>
--	---

<p>1.7 Percepciones de los Adultos Mayores respecto al futuro: En esta subcategoría se definen las valoraciones que tienen los/as entrevistados/as respecto de lo que les espera en el futuro.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Una mira optimista del futuro</i> • <i>Una mirada pesimista del futuro</i> 	<p><i>“mi futuro lo veo tranquila” (Sra. Enedina).</i></p> <p><i>“Bien. Yo no pienso en que voy a estar mal. No me gusta eso” (Sra. Mónica).</i></p> <p><i>“Tranquilo lo veo. Por el asunto de tener mis ahorros. No tengo deudas, gracias a Dios” (Sra. Marta).</i></p>
---	---

“Tranquilo Hay que tener conformidad, con la salud” (Don Eduardo).

“Estando con mis nietos, disfrutándolos .Bien” (Sra. Ethel).

“Yo me veo como que no pasan los años, como que estuviera estancada” (Sra. Victoria).

“Más vieja. Más enferma” (Sra. Judith)

“No se según como voy, no se a cuantos años mas iré a llegar, eso no lo tengo bien claro” (Sra. Berta)

“Pienso en morirme no más. No veo mucho futuro” (Sra. María del Carmen)

“Yo ya no tengo futuro. Yo voy en bajada. No sé” (Don Luis).

“...ya estoy cumplido, por la edad, ya no me llama mucho la atención. Con lo que tengo,

	<p><i>estoy conforme” (Don Sergio).</i></p> <p><i>“Yo sola aquí no voy a poder vivir. No sé lo que depara el destino” (Sra. Elisa).</i></p> <p><i>“Más vieja, más achacada. Uno nunca sabe qué pueda tener más adelante” (Sra. Ruth).</i></p>
<p>1.8 Percepción de la disponibilidad del tiempo libre</p> <p>Esta subcategoría comprende la existencia de tiempo destinado al ocio, actividades recreativas y de desarrollo personal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Posee tiempo libre</i> • <i>No posee tiempo libre</i> 	<p><i>“Sí, Si yo tengo todo el tiempo del mundo” (Sra. Fermina).</i></p> <p><i>“Si, es que hay veces que yo ando muy activa con ganas de hacer todo, pero otras veces no hago nada” (Sra. María).</i></p> <p><i>“Ahora tengo más. Ahora me levanto y quedo desocupada” (Sra. Enedina).</i></p> <p><i>“Yo tengo hartas cosas que hacer, pero no hago nada” (Sra. Rosa).</i></p> <p><i>“Yo trabajo en la mañana y ella en la tarde” (Don Sergio”.</i></p> <p><i>“No. Hace un año y medio que esta enfermo mi papá” (Sra.</i></p>

	<p>Mónica).</p> <p><i>“Yo, ahora, muy poco lo que tengo porque me sirve de terapia para poder entretenerme” (Don Luís).</i></p> <p><i>“Casi nada, me falta el tiempo, si no estoy cosiendo, hice un curso de Modas. Aprendí todas las manualidades” (Sra. Ethel).</i></p> <p><i>“Tener un poquito de tiempo.. la casa también latea, que corto el pasto, riego, barro, limpiar el auto, las plantas, siempre estoy aquí. El lavado, el planchado” (Sra. Victoria).</i></p>
<p>1.9 Uso del tiempo libre.</p> <p>Esta subcategoría reúne la descripción y enumeración de actividades en las cuales se emplea el tiempo libre.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Labores domésticas</i> • <i>Actividades sociales</i> • <i>Viajes o actividades recreativas</i> 	<p><i>“Haciendo las cosas de la casa, ordenando, yo funciono” (Sra. Naldi).</i></p> <p><i>“Hago el aseo,...Riego” (Sra. Judith).</i></p> <p><i>“Cuido a mi nieta” (Sra. Fermina)</i></p> <p><i>“A mi me gusta dormir. Siempre duermo siesta. Veo a mis nietos, desde que nacieron. De repente</i></p>

me da por coser, hacerme algo para mí” (Sra. Rosa).

“Voy al Centro del Adulto Mayor. Voy a ver a mis amigas” (Sra. Judith).

...” y a quien puedo tenderle yo la mano, voy también”. “Cuidar enfermos me gusta” (Sra. Yolanda)

“...porque hay muchas personas que necesitan y yo las ayudo” (Sra. Naldi).

“...He estado más cercana a ellos (la familia)... (Con las amigas del club)...nos visitamos más, conversamos, tenemos convivencias” (Sra. Elisa).

“me meto en el computador jugando hasta cuando lleguen los niños” (Sra. Enedina).

“Me gusta escuchar música, yo me levanto y prendo la radio” (Don Sergio”).

“He ido a la Laguna San Rafael, a Chiloé, a Arica, a Iquique, Cataratas de Iguazú.

	<p><i>Lo he pasado bien” (Sra. Judith).</i></p> <p><i>“he visto a mi gente, mi familia del Sur” (Sra. Elisa).</i></p>
--	---

2. Categoría: Visión de los profesionales respecto de necesidades y expectativas de los Adultos Mayores.

Subcategorías	Relatos
<p>2.1 Factores que inciden en la calidad de vida</p> <ul style="list-style-type: none"> • Económicos • Funcionalidad o autonomía • Atención oportuna en salud • Redes de apoyo • Necesidad de reconocimiento y aceptación 	<p><i>“ La jubilación y la precariedad del ingreso el poder contar con una jubilación...siempre deban estar calculando sus ahorros para poder vivir, lo que muchas veces los lleva a privarse de algunas necesidades para poder llegar a fin de mes” (Enfermero Universitario Sr. Raúl Belmar).</i></p> <p><i>“Por otro lado influyen los recursos económicos, ya que de esto depende el acceso a gran cantidad de servicios... Ocorre muchas veces que el adulto mayor tiene su pensión pero gran parte de su grupo familiar depende de esos ingresos, por tanto las</i></p>

necesidades del adulto mayor quedan en segundo plano” (Asistente Social de Geriatria Srta. Fabiola Meneses).

“...perder su autonomía y por ende su funcionalidad, la que repercute en su calidad de vida” (Geriatra Dra. Patricia Calcina)

El tener autonomía (mantener su funcionalidad) que tiene que ver con el ser capaz de realizar todas sus actividades básicas e instrumentales de la vida por si sola sin la necesidad de que alguien lo realice por ella. (Enfermero Universitario Sr. Raúl Belmar).

“Se trata de una población geriátrica, frágil, para la cual no está preparado el sistema en donde aun se maneja de forma curativa, y no en forma preventiva, no tiene enfoque geriátrico...no es posible que existiendo un 22% mayores de 60 años exista una Geriatra, no

tiene contemplado los diferentes niveles de atención geriátrica, a nivel de la capital como a nivel nacional” (Geriatra Dra. Patricia Calcina)

“Su sistema de previsión de salud ya sea Fonasa o DIPRECA que los deja desprovisto de una buena red de apoyo, si lo miras por nuestros pacientes, tienen mas recursos de salud que un Fonasa un acceso mas expedito a la atención sin tener que esperar tanto tiempo” (Enfermero Universitario Sr. Raúl Belmar).

“No son beneficiarios de las políticas actuales para Adultos Mayores como gratuidad, PACAM, alimentación complementaria”. (Geriatra Dra. Patricia Calcina)

“Otro factor muy relevante es la red de apoyo social de la persona, especialmente la red familiar, un adulto mayor aislado socialmente vive una condición de

fragilidad tremenda. Ya que el hecho mismo de interactuar con pocas personas es un riesgo para la salud, hay menos estimulación mental, hay riesgo de que la persona mayor empiece a sentir la soledad y se deprima.... En cambio un adulto mayor integrado a su comunidad a través de clubes u otras organizaciones, además de estar mas protegido porque forman parte de una red mas grande que lo vincula al sistema de salud, servicios sociales, etc., se siente útil motivado a participar y compartir”

(Asistente Social de Geriatria Srta. Fabiola Meneses).

“necesidad de ser reconocido y aceptado por la sociedad, el que sean aceptados como capaces de realizar actividades y de servir a otros sin ser discriminados por ser adultos mayores, que no se les discrimine”(Enfermero Universitario Sr. Raúl Belmar).

<p>2.2 Temores de los Adultos Mayores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de la autonomía • Soledad 	<p><i>“Él gran temor de la población es perder su autonomía y por ende su funcionalidad, la que repercute en su calidad de vida” (Geriatra Dra. Patricia Calcina).</i></p> <p><i>”La funcionalidad ya que está indica la autonomía que tiene la persona para seguir haciendo sus tareas diarias sin depender de nadie” (Asistente Social de Geriatria Srta. Fabiola Meneses).</i></p> <p><i>“La viudez y la sensación de soledad a la que se ven enfrentados, desde el nido vacío a la partida de su pareja” (Enfermero Universitario Sr. Raúl Belmar).</i></p> <p><i>“...el hecho mismo de interactuar con pocas personas es un riesgo para la salud, hay menos estimulación mental, hay riesgo de que la persona mayor empiece a sentir la soledad y se deprima” (Asistente Social de Geriatria Srta. Fabiola Meneses).</i></p>
--	---

2. Desarrollo del análisis

A continuación, se procederá a la interpretación global de los resultados obtenidos a partir de la construcción de las categorías provenientes de las variables de investigación

A partir de cada una de estas variables y a la vez categoría se iniciaran el análisis de la investigación articulando los elementos teóricos y referenciales contenidos en el trabajo.

1. Categoría: Percepción de los Adultos Mayores sobre su Calidad de Vida

1.1. Percepción del proceso de desvinculación Laboral.

Las personas que refieren percepciones del proceso de desvinculación de la fuente laboral asociado a la soledad son precisamente aquellas que manifiestan a través de sus relatos, una añoranza de la época laboral, además de, una necesidad de estar más cerca de la familia y ser reconocidos por ésta. Se aprecia que muchas veces, las relaciones con ella no son beneficiosas. Podemos decir que, por ejemplo, los hijos tienen una rutina diaria, la cual no contempla las necesidades de afecto del Adulto Mayor.

Debemos hacer notar, que la percepción de soledad se da también en aquella persona que presentó algún grado de depresión cuando se acogió a jubilación, ya que se sintió poco útil, al quedarse en el hogar. Esto nos demuestra que como personas productivas, se suele volcar todo el sentido de vida hacia el trabajo y se descuida el hecho de que es

necesario generar otro tipo de actividades, ya sea recreacionales, culturales, de relaciones familiares y sociales.

También, se puede visualizar en los relatos que, cuando el Adulto Mayor se reincorpora a la cotidianidad del hogar, se puede ver inserto en dinámicas que le eran ajenas. Un ejemplo claro de esto es el de los hijos que han debido realizar sus actividades cotidianas sin la supervisión de un adulto (la madre, en la mayoría de los casos), para luego encontrarse con alguien que quiere modificar su rutina, produciéndose entonces roces en las relaciones interpersonales. Lo anterior, por cierto, no colabora en nada a la re-adequación de la persona recientemente jubilada a su nueva vida, sino que crea un clima de mayor inseguridad frente a lo que será su vida cotidiana en el futuro.

Apreciamos entonces, que lo que implica un derecho ganado gracias a los años de trabajo, se puede transformar en algo poco satisfactorio, haciendo que lo que fuera un privilegio, sea de hecho, una forma de penalizarlos (Barros, Op. Cit.; b)

Las percepciones de la desvinculación laboral asociadas a la integración social y a la autonomía están relacionadas con relatos que hablan de la posibilidad de realizar aquellas actividades que cuando se encontraban en su etapa laboral, no estaban entre sus prioridades o simplemente no podían ser realizadas por falta de tiempo.

Son personas que se permiten disfrutar de su tiempo de ocio, que han reactivado sus redes sociales y familiares, que se han reencontrado con antiguos amigos y familiares.

Sin embargo, se ha podido visualizar la temática de género, ya que en las mujeres trabajadoras, la actividad y los roles estaban volcados a espacios públicos, a una cierta independencia económica. Luego, cuando se

produce la desvinculación laboral, los espacios se reducen a lo privado, sus roles se tornan más tradicionales, como por ejemplo, el cuidado de un adulto, el cuidado de los nietos, los quehaceres domésticos.

La idea anteriormente señalada, se ve reforzada en el sentido de que, las Adultas Mayores en situación de pobreza ven limitadas sus redes de apoyo familiar y extrafamiliar, mientras se multiplican sus tareas de apoyar a otros. Su condición de mujeres y el tener que asumir el rol permanente de cuidadoras de otros (Montes de Oca, op cit.)

En cambio, en los hombres, el sentido que le otorgan a la jubilación es de autonomía. Se sienten más libres en cuanto a responsabilidades y logran tener una decisión en cuanto al uso que le otorgan a su tiempo libre.

1.2 Percepción de la Situación económica actual

Este es un tema frecuentemente abordado por los Adultos Mayores, ya que cobra gran relevancia por varios motivos. En primer lugar, por el monto de las pensiones y montepíos, que generalmente es bajo, ya que habitualmente ellos permanecen por largo tiempo sin modificaciones, nos referimos a aumentos en las pensiones.

Además, tiene gran trascendencia por el aumento de los gastos que ocurre precisamente en esta etapa de la vida, debido a las complicaciones de salud que comienzan a aparecer, los gastos en atenciones médicas, medicamentos, hospitalizaciones, etc.

En base a los relatos, se aprecia mayor tranquilidad ante la vida, de parte de aquellos entrevistados que refieren que su sueldo les alcanza

para vivir bien. Por su parte, aquellos que relatan no vivir bien con su pensión, se muestran más preocupados frente a la vida, al futuro.

Podemos decir que, un porcentaje menor de los entrevistados, afirman vivir hoy sin apremio. Todos los entrevistados viven con dos ingresos, ya sea el del marido y la mujer, o el de madre y algún aporte de los hijos. Todos ellos tienen casa propia y ocho de diecisiete tienen vehículo propio.

La mayoría de ellos, afirma haber tenido dificultades económicas durante la etapa de crianza y educación de los hijos, mejorando su situación después que ellos ya se independizaron. A excepción de una persona que, todavía tiene dos hijos estudiando, la que, aunque asevera vivir bien, de igual manera manifiesta el excesivo gasto en educación.

La mitad de las Adultas Mayores que manifiestan dificultades económicas, tienen en común el alto costo que les significa el tratamiento médico que deben llevar.

1.3 Percepción de la Calidad de los Servicios de Salud de Dipreca

A través del análisis de los relatos, podemos visualizar que aquellos Adultos Mayores que han demandado mayor número de atenciones médicas y hospitalizaciones, tienen una evaluación desfavorable del sistema previsional, ya que tienen enfermedades crónicas que serán causa de frecuentes demandas por atención. Lo anterior origina estados de depresión en los Adultos Mayores, que los predisponen a enfrentar con pesimismo esta situación. Además, este grupo coincidentemente es el que cuenta con más bajos ingresos.

En lo referente al monto de la pensión, obviamente quienes tienen mejores ingresos, ya sea porque ha podido extender su etapa laboral,

accediendo a una re-jubilación, o porque tienen dos jubilaciones en el hogar, la propia y la de la pareja, tienen una evaluación también más favorable del sistema previsional. Por lo mencionado anteriormente, vemos en situación de vulnerabilidad, a las personas que se encuentran solas, por lo cual cuentan con solamente un ingreso en el hogar.

1.4 Percepción de los temores que manifiestan los Adultos Mayores:

Los temores más aludidos por los entrevistados y entrevistadas, tienen relación con situaciones familiares, especialmente con los hijos y nietos, el futuro de ellos, la seguridad, la salud de ellos.

La salud se convierte en el temor más mencionado, ya que especialmente manifiestan su temor de ser “personas ancianas” que se encuentran incapacitadas de realizar las actividades de la vida diaria por sí mismas y el hecho de tener que depender de otro para efectuarlas, de tener que usar bastón o silla de ruedas.

Otro temor mencionado es el de quedarse solo, sin el esposo o esposa. La soledad es un gran tema para el Adulto Mayor. Tanto para aquel que siente que pronto podría quedarse solo, como para aquel que ya está viudo o viuda.

Vivir solo puede significar o no, sentimientos de soledad. Algunas veces esta soledad está vinculada a carencias afectivas anteriores y otras a fantasmas que rondan al adulto mayor

Puede responder a falta de compañías significativas o a pérdidas importantes, o a abandono, desamparo, aislamiento electivo o no (Matlin y Foley Op, Cit.).

El hecho de querer ver a su hijo o hija con un futuro más o menos promisorio, con una carrera profesional, lo mismo se repite con los nietos. Esto último, es una preocupación mencionada sólo por las Adultas Mayores, y omitida por los varones.

1.5 Percepción del Estado de salud actual

Lo anterior nos habla de que en nuestro país, como lo muestran las estadísticas, existe un alto porcentaje de enfermos crónicos, que presentan patologías como Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, Artrosis, Cáncer, etc.

Lo anterior tiene relación con malos hábitos de alimentación, escasa o nula actividad física, tabaquismo, además de falta de realización de exámenes preventivos, lo que no permite pesquisar las enfermedades precozmente.

La Diabetes especialmente produce gran temor en la población de Adultos mayores por las múltiples consecuencias que puede ocasionar si no es manejada correctamente, principalmente retinopatía diabética, es decir puede ser causa de ceguera; amputación por secuelas vasculares de la misma enfermedad; insuficiencia renal crónica, que frecuentemente deriva en hemodiálisis crónica. Esta última trae un costo económico y en lo referente a la calidad de vida del Adulto Mayor, ya que es un tratamiento trisemanal que produce gran desgaste físico y emocional.

Es menor el porcentaje de los Adultos mayores que afirman no sufrir enfermedades crónicas. No es lo habitual. Dos de ellas corresponden a las entrevistadas de menor edad (61 años). Los otros dos Adultos

Mayores constituyen un matrimonio que ha llevado una vida sana y tranquila.

1.6 Percepciones de las Redes que poseen los Adultos Mayores

Los Adultos Mayores que no cuentan con un familiar responsable es de menor en proporción a los que si lo hacen.

Podemos apreciar que existe aquella persona entre entrevistados que vive sola y manifiesta que extraña la presencia de su única hija y de su nieto, quienes la visitan sólo el día domingo. A pesar de que, es una Adulta Mayor absolutamente autovalente, conduce su auto, realiza las actividades propias del hogar, pasea, visita a familiares, ella se siente sola y demanda el apoyo de su familia directa (su hija y nieto). Esto nos habla de que los Adultos mayores necesitan de su familia, aunque sean autovalentes e independientes, lo cual es tremendamente beneficioso para ellos, de igual manera necesitan sentir la presencia de alguien que se preocupa por ellos, que está cerca por si hiciera falta. Esto les proporciona la seguridad necesaria para vivir tranquilos.

Existe quien, a pesar de vivir con uno de sus hijos, se siente desamparada, ya que refiere que se lleva mal con él. Confiesa que no cuenta con ninguno de sus tres hijos. En ella notamos la misma sensación de desamparo que en la situación anterior.

Apreciamos también el caso, de quien tampoco cuenta con un familiar responsable presente, ya que, si bien es cierto, no está solo en casa. Por el contrario, menciona que “se fue uno (de sus hijos) y volvieron tres”. Con esta frase quiere explicar que, su hijo se casó, tuvo dos hijos, se separó y volvió a la casa paterna con los dos nietos, lo cual representa una real carga para este Adulto mayor, ya que a él esta situación lo

angustia. El manifiesta que quisiera tener su departamento más ordenado y arreglado. Sin embargo, no puede porque los niños no lo permiten. Vemos así, que el Adulto Mayor, si bien es cierto necesita a su familia cerca, también requiere de su espacio para estar tranquilo, en un lugar físico que sea de su total agrado. En esta etapa de la vida, los nietos pequeños pueden causar algún tipo de incomodidad, por lo que alteran el diario vivir del Adulto Mayor, causando angustia y ansiedad en él.

Por último, existe una entrevistada, que a pesar de vivir en la misma casa (de su propiedad) con sus tres hijas, igualmente es una Adulta Mayor con familiar ausente, ya que no tienen ningún tipo de contacto. Ella manifiesta que a penas el saludo a veces. “No tienen tiempo para conversar conmigo, trabajan mucho”. Además, señala que a veces pasa la mayor parte del tiempo disgustada con alguna de ellas.

Apreciamos que la mayoría de los Adultos Mayores si cuenta con un familiar responsable presente, ya sea el esposo o esposa, los hijos e hijas o hermanos.

1.7 Percepciones de los Adultos Mayores respecto al futuro

Están divididas las percepciones acerca del futuro. Aquellas personas que gozan de relativamente buena salud se encuentran más optimistas ante el futuro. Por el contrario, quienes tienen problemas de salud más serios, perciben de manera bastante más pesimista el futuro.

Se reitera el temor a la soledad, respecto de la muerte del esposo. Esto se visualiza en las mujeres, no en los varones.

Se percibe un desánimo frente a la vida misma en aquellas personas que se encuentran viudas, llegando a aseverar alguna de ellas que nunca va a asumir su viudez.

Se advierte una situación de ambigüedad, ya que por una parte aseguran que no pasan los años, pero por otra parte, nos refieren que sienten que ya no son los mismos, que se notan menos activos que antes, que les cuesta realizar las actividades cotidianas.

Se puede percibir en las entrevistas, que los Adultos mayores que tienen mayores problemas de salud, vislumbran un futuro más pesimista. Este hecho está relacionado con excesos y el deterioro que estos produjeron en su organismo, como por ejemplo, tabaquismo crónico, obesidad.

Los relatos nos muestran en algunos casos el desencanto de la vida, apatía frente al futuro, que está estrechamente ligada a la imposibilidad de cumplir algunas metas en la vida, aspiraciones que no pueden llevar a cabo, por aspectos económicos o familiares.

1.8 Disponibilidad del tiempo libre

La gran mayoría de los entrevistados refiere contar con tiempo libre, lo cual habla bien de ellos, ya que saben manejar su tiempo y no se sienten agobiados por las tareas de la vida diaria.

Visualizamos algunas excepciones, que no han logrado vislumbrar todavía qué hacer con su tiempo libre para hacerlo más entretenido, disfrutarlo de verdad. Se aprecia en ellas un cierto desánimo. Una de ellas refiere sentirse deprimida. Este es un gran tema en el Adulto Mayor jubilado, el que se refiere a descubrir actividades nuevas que llenen el tiempo libre

Advertimos que, la actividad que para alguien, significa un trabajo remunerado ocasional, puede ser también un tiempo del cual disfruta. Por lo cual, puede mencionar que no tiene gran tiempo libre, si no cuenta tan frecuentemente con dicho trabajo esporádico. Deducimos que el concepto de tiempo libre quizás no está tan claro o puede verse distorsionado.

Impresiona el hecho de ver que, alguna persona entrevistada necesite salir del ambiente de su hogar para sentirse bien. Probablemente no se siente cómodo allí, ya que existe algo que quisiera cambiar de su hogar, lo cual no es posible por el momento.

Por otro lado, están quienes afirman no poseer tiempo libre. Son Adultas Mayores, que al jubilar se han volcado a la vida privada, a las labores más tradicionales como son el cuidado de los padres, los hijos y nietos. Podemos observar la angustia y desesperanza con que se expresan al referirse a esta labor que puede llegar a ser agotadora en esta época de la vida.

Visualizamos también a una minoría, que afirma que no goza de tiempo libre, ya que continuamente está haciendo algo entretenido, como por ejemplo, manualidades, por lo cual siempre está en actividad. Llama la atención de que, a pesar de que está realizando una actividad que le agrada, no siente que está haciendo uso del tiempo libre.

1.9 Uso del tiempo libre.

En esta categoría, podemos observar a aquellas Adultas Mayores que, por un problema de género, en su tiempo libre, mencionan que realizan

actividades o labores propias de la casa como limpiar, planchar, lavar, ordenar, etc.

También tenemos a aquellas personas, que emplean su tiempo libre en actividades recreativas como pasear, viajar, etc.

Por otra parte, están aquellas, que disfrutan su tiempo libre realizando obras sociales como por ejemplo el cuidado de enfermos, apoyando con ayuda a quien lo necesita o participando en las reuniones de un Club de Adulto Mayor.

Se observa que quienes entregan tiempo y dedicación a otro ser humano que lo necesita, muestran una satisfacción notable de poder realizarlo.

Por otra parte, quienes han realizado viajes, atesoran recuerdos de buenos momentos inolvidables, más si se han realizado con algunas ex compañeras de labores, amistades de toda la vida.

Mencionamos que existen algunas entrevistadas, una minoría, que señalan que le cuesta mucho quedarse sin actividad, descansar, holgazanear. Inconscientemente buscan qué hacer. Incluso mencionan que les llaman la atención por este motivo. Esto refleja la inquietud de sentirse útil, la necesidad de prolongarse o mantenerse activa a través del tiempo como rechazo al deterioro, ya que ellas reconocen que ya se sienten menos activas que antes. Ya no pueden hacer todos los quehaceres de la casa en un solo día, sino que deben parcelar el trabajo, el cual es realizado ahora a lo largo de la semana.

Señalamos el caso de un Adulto mayor, quien disfruta en su tiempo libre escuchando música, es la única actividad que realiza. Ninguna otra le llama la atención.

2. Categoría: Visión de los Profesionales respecto de necesidades y expectativas de los Adultos Mayores

2.1 Factores que inciden en la calidad de vida de los Adultos Mayores

El factor económico es mencionado como uno de los principales factores que inciden en la calidad de vida de los Adultos Mayores por dos de los tres integrantes del equipo de la Unidad de Geriatria del Hospital Dipreca. Ellos son la Asistente Social y el Enfermero Universitario, quienes son precisamente quienes tienen más contacto con el paciente y la familia de éste, por lo cual tienen más acceso a la información relacionada con este tema, Conocen más de cerca los problemas, las dificultades que ellos enfrentan a diario.

Este factor es indicado como un factor relevante que, cruza la vida entera de las personas, ya que si se cuenta con una situación económica más estable, se puede acceder a una mejor educación, logrando así tener una mejor jubilación.

Los beneficiarios de la previsión de Dipreca, si bien es cierto, tienen un acceso generalmente más oportuno que el que poseen los beneficiarios del sistema de Salud público, pero por otra parte, como afirma el Enfermero Universitario de la Unidad de Geriatria, ellos se encuentran carentes de una verdadera red de apoyo, en cuanto a lo que salud se refiere.

La atención oportuna en salud es otro de los elementos que influyen en la calidad de vida de los Adultos Mayores. De esta va a depender que ellos tengan un acceso expedito para lograr la recuperación de la salud

perdida. De no ser así, obviamente su salud se deteriora y por ende su calidad de vida se va a afectar negativamente.

Como afirma la Geriatra, el sistema de salud de Dipreca no está preparado para atender a la población de Adultos Mayores con que cuenta, que corresponde al 22% del total. Su enfoque en materia de salud sigue siendo curativo, y no preventivo. Por lo anterior, no cuenta con los diferentes niveles de atención geriátrica que se requieren para acrecentar la calidad de vida de los imponentes de la institución con las mencionadas características.

Por otra parte, la red de apoyo social del Adulto Mayor es de gran importancia en su calidad de vida, fundamentalmente la red familiar. Como menciona la Asistente Social, un Adulto mayor aislado se encuentra en una situación de absoluta fragilidad, tiene menos estimulación mental, puede sentir la soledad y llegar a deprimirse fácilmente.

Por el contrario, un Adulto Mayor integrado a la comunidad a través de diversas organizaciones, es un Adulto Mayor más protegido y vinculado a una red más amplia. Además, se siente útil y motivado a compartir y a participar con otras personas.

Otro factor relevante es el que tiene lugar en el momento en que el Adulto comienza a perder su funcionalidad, por lo cual se torna más dependiente de los familiares. Esto redundaría en su calidad de vida, ya que él mismo comienza a percibirse más frágil, más vulnerable. Esto incide en su estado de ánimo y en su salud en general.

Otro elemento que incide en la calidad de vida del Adulto Mayor, el cual es mencionado por el Enfermero Universitario de la Unidad de Geriatria,

es la necesidad de reconocimiento y aceptación por parte de la sociedad. Es primordial para el Adulto Mayor sentirse aceptado, sentir que es capaz de realizar actividades y servir a otros sin ser discriminado por ser quien es.

2.2 Temores de los Adultos Mayores

En los Adultos Mayores se van generando diversos temores a medida que van avanzando en esta etapa.

La pérdida de la autonomía es uno de los más grandes temores del Adulto Mayor, ya que lo obliga a depender de otros para cumplir todas sus funciones o satisfacer sus más mínimas necesidades. Eso lo hace sentirse no útil, una carga para los demás.

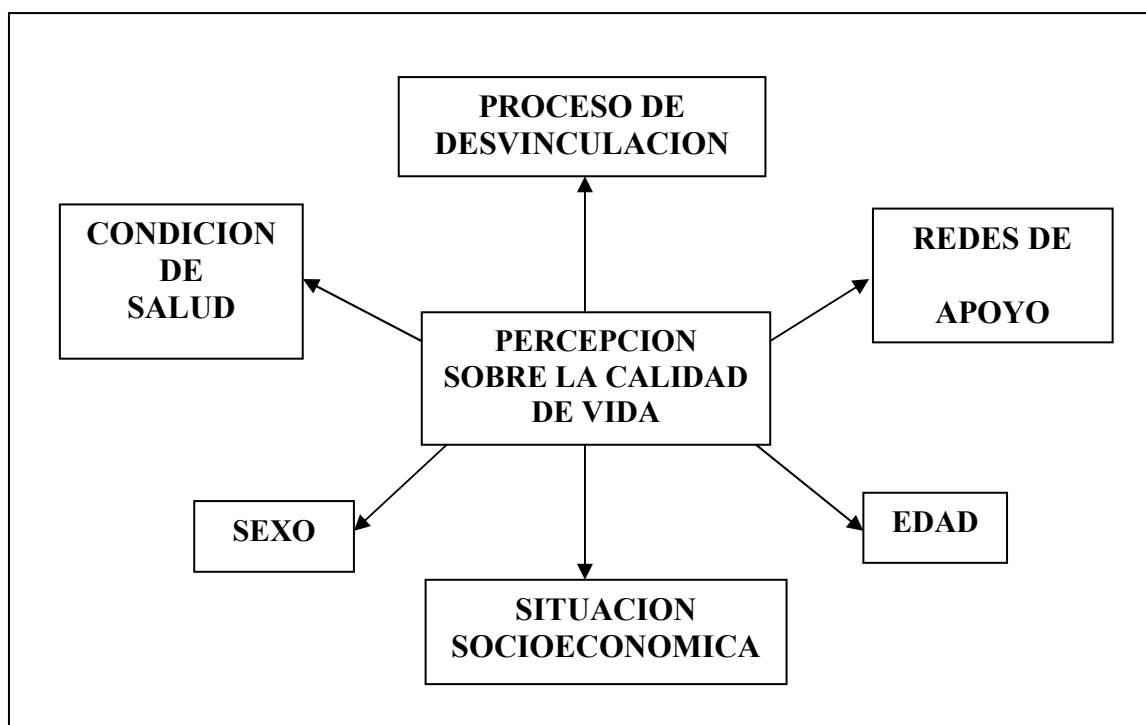
La soledad es otro de los temas que son fundamentales en la vida de los Adultos Mayores. El nido vacío o la viudez son etapas del ciclo vital que los Adultos Mayores conocen de cerca y que les afectan duramente en cuanto a su calidad de vida. Puede llegar a ser imposible superar la pérdida de la pareja. La soledad perturba severamente la vida cotidiana de las personas mayores, las entristece y provoca depresiones que son difíciles de tratar en esta etapa de la vida.

Análisis y resultados

Existen diversos factores que inciden en la percepción de calidad de vida de los Adultos Mayores.

FACTORES QUE INCIDEN EN LA PERCEPCION DE CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES

Gráfico N° 1

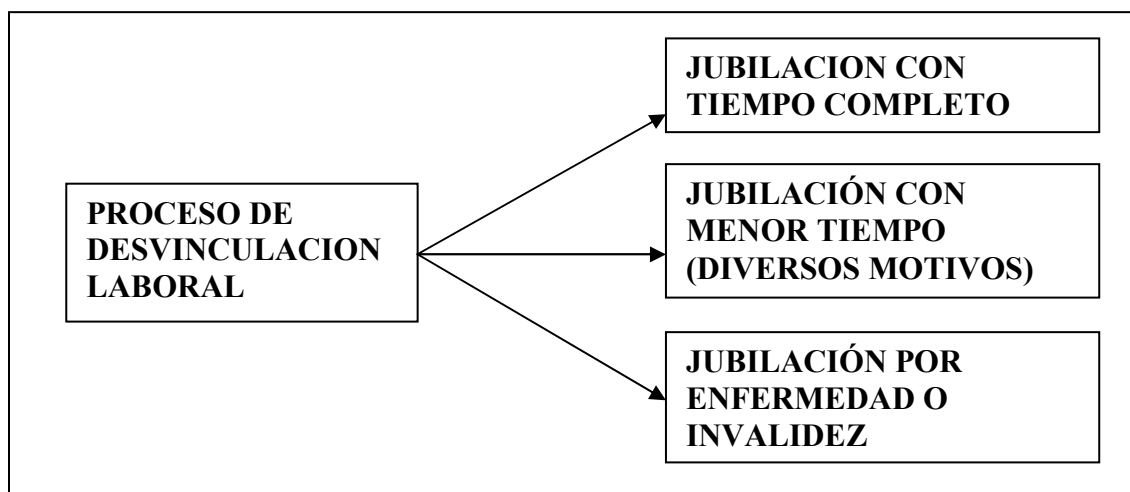


Fuente: Investigación propia

Primeramente, tenemos el proceso de Desvinculación Laboral, el cual puede tener diferentes aristas, dependiendo del motivo que desencadenó este proceso, y además, de la forma en que el actor resolvió su propio proceso de Desvinculación Laboral. Este es un gran tema en la percepción de nuestros entrevistados, especialmente si la salida no

ocurrió, como es lo natural que ocurra, es decir, después del tiempo reglamentario para la institución.

Gráfico N° 2



Fuente: Investigación propia

Si el Adulto Mayor jubiló, después de trabajar el tiempo requerido por la institución de Carabineros, es decir, 30 años, podemos decir que su percepción es de satisfacción, de "misión cumplida". Además, su pensión le reporta un ingreso superior al que habría recibido, si hubiese jubilado, por ejemplo, antes del tiempo correspondiente, por cualquier circunstancia. Advertimos, que quien salió de la institución por problemas o diferencias con personas de la misma institución, queda con una nostalgia por este hecho, que guarda para siempre, como un triste recuerdo.

Por otra parte, quien se retiró, ya sea antes de tiempo o no, por motivos de salud o por invalidez, tiene una percepción de calidad de vida, que no es favorable, ya que adolece de un factor primordial en esta apreciación.

Una de las personas entrevistadas, quien se retiró de la institución con 20 años de trabajo, ya que ella, según sus propios relatos, no tenía motivación para continuar en el oficio que realizaba en ese momento. Se aprecia hoy la misma actitud en su actuar. Podemos decir que, si en un sujeto, como es el caso de ella, se confluyen tres factores que inciden en la percepción de calidad de vida, como son un proceso de desvinculación laboral no resuelto adecuadamente, una mala condición de salud, con una depresión en tratamiento, más una situación socioeconómica deficiente, estos se potencian, consiguiendo que la Adulta Mayor asuma una auto percepción de su calidad de vida realmente desfavorable.

Del mismo modo, tenemos al sexo, como un factor que interviene en la percepción de calidad de vida. La percepción de los varones es menos optimista que la de las mujeres. Ellos en realidad opinan que ya no tienen mucho más que hacer, opinan que sus capacidades físicas ya están en franca decadencia. Apreciamos sí, que este factor es menos relevante que otros, como por ejemplo, el proceso de desvinculación laboral o la situación socioeconómica.

Por otra parte, las mujeres, se muestran con mayor sentido del humor para enfrentar esta etapa de la vida. Si bien, dan a entender que se sienten más cansadas que antes, afirman que todavía tienen fuerza y ganas de seguir luchando. Es importante mencionar, el tema de género que se da en esta etapa de la vida, ya que la mujer se vuelca al ámbito de lo privado, a las labores domésticas, al cuidado de los nietos o de algún Adulto Mayor postrado, mientras que el varón se vuelca a lo público, ya sea buscando otra ocupación, remunerada o no, o bien a las relaciones de amistad que conserva.

Otro factor preponderante en la percepción de los Adultos Mayores, son las redes de apoyo.

Si un Adulto Mayor cuenta con redes de apoyo, obviamente las dificultades que tenga en su vida serán más tolerables, ya que habrá personas cerca para proporcionar lo que haga falta o solucionar inconvenientes o carencias.

La familia es la red de apoyo por excelencia, la que generalmente rodea a las personas mayores, quien está atenta a apoyar y ayudar si hace falta. Si ésta falla, habitualmente encontramos a amigos, vecinos, ex-compañeros, quienes se acercan a socorrer a quien lo necesita.

Un Adulto Mayor con redes, se siente integrado, motivado, se siente útil, tiene menor riesgo de sentir la soledad y deprimirse, lo cual no es poco común en esta etapa de la vida. Además, el compartir con otras personas, estimula la función mental, prolongando el buen funcionamiento del cerebro, evitando así su deterioro. Un Adulto mayor solo, es un Adulto Mayor en condición de fragilidad, ya que tiende a deteriorarse más rápidamente, tanto físicamente como mentalmente.

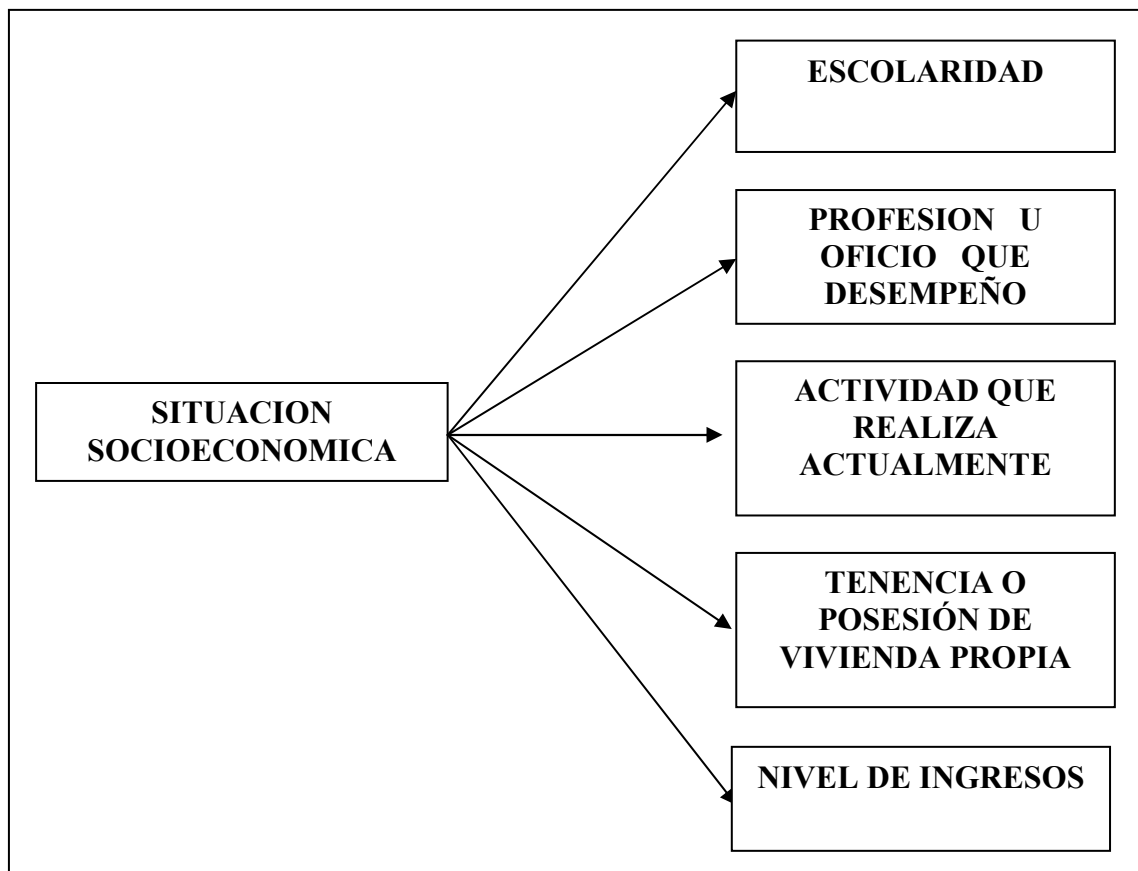
La edad es otro factor que influye en la percepción del Adulto Mayor de la calidad de vida. Quienes tienen menos edad, entre 60 y 70 años, se muestran más optimistas, tienen una percepción más positiva de su vida, que aquellos que superan esta edad.

Los de mayor edad, habitualmente tienen una percepción más negativa, ya que piensan que les queda poco tiempo de vida, por lo cual su visión es más bien pesimista.

Podemos mencionar que, a veces la soledad, que puede deberse al estado de viudez, juega un papel fundamental y, a pesar de ser una persona que recién entró a la adultez mayor, ya que cuenta con 62 años, se muestra

con un gran desánimo frente a la vida, producto de una depresión, lo cual disminuye sustancialmente su calidad de vida.

Gráfico N° 3



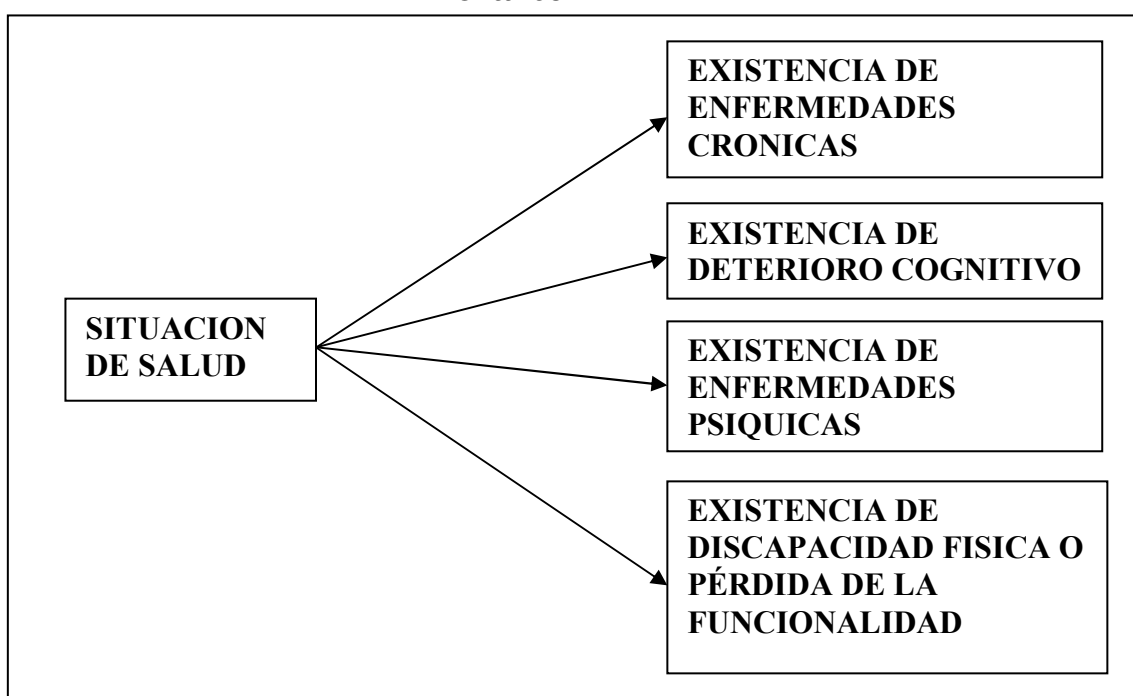
Fuente: Investigación propia

Otro factor que influye en la percepción de la calidad de vida es la situación socioeconómica del Adulto Mayor, que está dada por varios elementos, entre los cuales podemos mencionar la escolaridad, la profesión u oficio que desempeñó, la tenencia o posesión de vivienda propia, el nivel de ingresos, la ocupación que realiza actualmente el Adulto Mayor.

Todos estos elementos se conjugan, otorgando una situación socioeconómica, la cual juega un rol fundamental al identificar la

percepción de calidad de vida, ya que visualizamos claramente que, a superior situación socioeconómica, tenemos una percepción más optimista de parte del Adulto Mayor. Por el contrario, a inferior nivel socioeconómico, apreciamos una percepción más pesimista de la calidad de vida. Lo anterior, debido a que si la situación económica no es buena, no es posible cubrir necesidades básicas como salud, servicios básicos, alimentación, recreación.

Gráfico N° 4



Fuente: Investigación propia

Por último, la situación de salud es un factor significativo en la percepción del Adulto Mayor respecto de su calidad de vida. Apreciamos que, quienes gozan de un buen estado de salud, tienen una percepción más positiva de la vida, que aquellos que padecen de enfermedades crónicas. Estos últimos, se muestran desanimados, tristes, desesperanzados con respecto al futuro.

Es frecuente advertir en el Adulto Mayor, la existencia de enfermedades crónicas, como la Diabetes, la Hipertensión Arterial, la artrosis, que van menoscabando día a día su estado de salud. Lo mismo podemos agregar de las enfermedades psíquicas, entre las cuales, la depresión, es la más frecuente en el Adulto Mayor, siendo muchas veces ignorada y no tratada a tiempo, con el consiguiente deterioro en la calidad de vida del sujeto.

Ahora, si se reúnen en una misma persona, por ejemplo, mala condición de salud, bajo nivel socioeconómico, una edad más bien avanzada y ausencia de redes, vamos a tener un Adulto Mayor con una percepción de su calidad de vida negativa, y por supuesto, un Adulto Mayor frágil.

Podemos decir, que entre todos estos factores que inciden en la percepción de los Adultos Mayores de su calidad de vida, existen dos de ellos, que son los que adquieren mayor relevancia, ellos son el proceso de Desvinculación laboral y la Situación Socioeconómica, ya que a través de los relatos, ellos evidencian la importancia que tiene en su calidad de vida.

El primero de estos factores, por ser un proceso que marca una etapa trascendente de la vida de las personas, como es la juventud y la adultez, deja huellas y recuerdos imborrables en la mente de los sujetos.

Además, tiene gran relevancia en la situación socioeconómica posterior, ya que según cómo haya sido este proceso, los motivos del mismo, va a contar, el Adulto Mayor, con un superior o inferior nivel de ingresos para enfrentar la etapa de la vida, en la cual los gastos se incrementan.

Apreciamos que este factor se relaciona directamente con el segundo factor, que es la situación socioeconómica. Esta última, según dan cuenta los relatos de los entrevistados, adquiere mayor relevancia por el

incremento en gastos de salud que se producen precisamente en esta etapa.

CONCLUSIONES

En esta investigación se planteó como objetivo general, describir las percepciones de los Adultos Mayores respecto de su salud y calidad de vida, como así mismo describir las expectativas y necesidades de ellos, según lo planteado por los profesionales de la Unidad de Geriatría del Hospital Dipreca.

En relación al primer objetivo, se pudo observar que, de acuerdo a los resultados obtenidos del análisis de la información, los Adultos Mayores construyen una opinión respecto de su salud y calidad de vida e identifican los factores que influyen en ésta.

A continuación puntualizaremos las conclusiones obtenidas en esta investigación en concordancia al primer objetivo general y específicos:

La jubilación es una experiencia particularmente importante en la generación de la experiencia de soledad. El riesgo viene, sobre todo, por una parte, por la desorganización de la vida que se produce y la falta de iniciativa para encarar la nueva realidad, una realidad dominada por la ruptura definitiva con las obligaciones laborales y en su lugar la gran cantidad de tiempo que se dispone, y por otra, por la posibilidad de que el abandono del mercado del trabajo conlleve un proceso paralelo de desvinculación social (Bermejo, op cit.)

Como se pudo constatar a través de los relatos de los entrevistados, la desvinculación laboral está asociada a la percepción de soledad y añoranza de la época laboral. Por ello, muchos Adultos Mayores vuelcan su necesidad de cobijo hacia la familia, la cual en algunos casos no está preparada en su rutina diaria para incorporar al Adulto Mayor. En otros casos, este Adulto Mayor, en especial la Adulta Mayor, asume roles tradicionales del cuidado del hogar y el cuidado de los nietos, siendo un

aporte para el núcleo familiar. Muchas veces, esta dinámica coincide con la necesidad del Adulto Mayor de sentirse útil y tener actividades, rutinas, tareas, responsabilidades, que en definitiva le dan la posibilidad de sentirse vigente, a pesar de encontrarse ya jubilado.

Sin embargo, en el Adulto Mayor varón, visualizamos que, sus percepciones de la desvinculación laboral se centran en la satisfacción que descubren al sentirse que deciden, respecto de sus actividades y el uso de su tiempo, el cual muchas veces, se vuelca a la realización de otro tipo de trabajo remunerado, el que en esta etapa de su vida se transforma en un trabajo independiente.

Las necesidades anteriormente descritas, como el hecho de volcarse a la familia o tener un trabajo independiente, y las expectativas de los Adultos Mayores como sentirse útiles o integrados, así como también dueños de su propio tiempo, tener derecho al ocio, al descanso; están asociadas directamente a las circunstancias en que se produjo este proceso de desvinculación laboral.

Este proceso, como vemos en los resultados del análisis, en la mayoría de los casos es producto de una decisión personal que va de la mano de la aspiración a poder ejercer el derecho al descanso. Esto no es menor, si vemos los años de antigüedad que los Adultos Mayores poseían en la institución, en la cual ellos iban desarrollando una carrera funcionaria, ascendiendo de grado y en definitiva, mejorando sus condiciones laborales. Decimos que la desvinculación laboral en la mayoría de los casos, es una decisión personal porque perciben que es el tope de su carrera funcionaria y sienten que deben darle cabida a otras actividades en su vida ya que, como personas productivas, todo el sentido de vida se había volcado hasta entonces, hacia el trabajo, descuidando otros

aspectos como son los aspectos familiares, recreacionales, culturales, sociales.

Sin embargo, en otros casos, la desvinculación se debe al deterioro en la salud, lo que obliga a las personas a retirarse antes de concluir con el periodo laboral establecido en la institución. Lo antes mencionado, conlleva un sentimiento de no haber cumplido la tarea de manera satisfactoria, de quedar con una deuda con la institución y consigo mismo. Este, como se pudo comprobar a través de la investigación, es un sentimiento que perdura en el tiempo, a pesar de los años transcurridos.

La etapa de la adultez mayor, es decir, el período en que las personas viven la desvinculación laboral, es también la etapa en que se ven enfrentados habitualmente a una disminución en el ingreso económico, ya que las pensiones no son reajustadas de la misma forma que lo son las remuneraciones.

Coincidentemente, ésta es además la etapa en que los gastos se tornan más impredecibles, ya que están relacionados con el ámbito de la salud, la cual se deteriora ostensiblemente. Esto genera una percepción de inestabilidad en la calidad de vida para los próximos años.

En la subcategoría “Percepción de la situación económica actual”, a partir del análisis, pudimos concluir que, una mínima parte de los Adultos Mayores perciben algún tipo de ayuda económica de familiares. Además, en los hogares donde existen dos Adultos Mayores, puede haber más de un ingreso, denotando la vulnerabilidad del Adulto mayor que está solo y percibe solamente el ingreso de su pensión.

Esta situación, la podemos visualizar mejor en las Adultas Mayores, que según las entrevistas presentan mayor porcentaje de viudez, y debido a

su rol tradicional de género, asumen además el cuidado de un nieto o un Adulto Mayor postrado o más deteriorado que ella.

El factor económico es indicado como un factor relevante que, cruza la vida entera de las personas, ya que si se cuenta con una situación económica más estable, se puede acceder a una mejor educación, logrando así tener una mejor jubilación, y por ende un nivel superior de ingresos.

Los Adultos Mayores entrevistados son beneficiarios del sistema previsional de Dipreca, el cual es un sistema cerrado de salud, que atiende a Carabineros de Chile y sus cargas reconocidas, además de funcionarios en retiro, sus cargas y montepiados. Posee dos Hospitales, un Servicio Médico y Dental y un Servicio de Medicina Preventiva.

Estos Adultos Mayores poseen una percepción respecto de la calidad de su previsión en salud, indicando como uno de los factores mejor evaluados el relacionado con la atención otorgada por los profesionales en los centros hospitalarios. Por el contrario, una parte de nuestros entrevistados, demuestran su malestar al referirse al alto costo que pueden ocasionarles las atenciones médicas y las hospitalizaciones.

Así mismo, ellos critican el hecho de no poseer los beneficios que son otorgados a los usuarios del sistema de salud público, como por ejemplo la gratuidad para el Adulto Mayor en las atenciones médicas. Por lo anterior, entendemos que ellos no visualizan su sistema de salud como similar al de una Isapre y quisieran obtener los beneficios de los dos sistemas de salud.

Esta subcategoría se relaciona estrechamente con las subcategorías de los ingresos económicos, con la relacionada con los temores que

manifiestan los Adultos Mayores y con la subcategoría de la percepción de futuro. Apreciamos en los relatos que, la salud se convierte en el temor más mencionado, ya que el futuro se torna una amenaza para el funcionamiento saludable del organismo.

Los Adultos Mayores sienten temor de verse incapacitados de realizar las actividades de la vida diaria por sí mismos y tener que depender de otro para efectuarlas.

El miedo a envejecer es universal. Este sentir está presente en la mayoría de las personas y se debe a la asociación que se hace entre vejez y muerte. Ser viejo o vieja en muchas sociedades significa muchas veces tener una posición devaluada (Riley, citada por Sánchez, op cit.; a).

Por otra parte, según lo afirmado por los entrevistados, podemos concluir que aquellos Adultos Mayores que cuentan con mayores ingresos, perciben que su sistema de salud es más favorable, que aquellos que poseen menos recursos. Por lo cual, apreciamos que, tienen menos temor de enfermarse y mayor confianza en el sistema de salud.

Podemos señalar también que, quienes poseen mejores ingresos, pudieron acceder a un mejor autocuidado, lo cual redundó en mejores condiciones físicas para enfrentar la vejez. Por el contrario, apreciamos, que quienes vienen de familias con menos recursos económicos, vienen ya con una condición de salud menos favorable para enfrentar la vejez de mejor forma.

Además, del temor a enfermarse y del temor al futuro, uno de los temas más recurrentes es el del temor a la soledad, el temor a quedarse solo, sin el esposo o esposa. La soledad es un gran tema para el Adulto Mayor,

tanto para aquel que teme que pronto podría quedarse solo, como para aquel que ya se encuentra viudo o viuda.

Vivir solo puede significar o no, sentimientos de soledad. Algunas veces esta soledad está vinculada a carencias afectivas anteriores y otras a fantasmas que rondan al adulto mayor. Puede responder a falta de compañías significativas o a pérdidas importantes, o a abandono, desamparo, aislamiento electivo o no (Matlin y Foley, op.cit.)

Según lo referido por nuestros entrevistados, sus temores a sentir la soledad en esta etapa de la vida, tienen relación con la pérdida de seres que son significativos en su vida, como la pareja, o a la ausencia o alejamiento de familiares cercanos como hijos o nietos.

Los Adultos Mayores manifiestan también su temor en relación a situaciones familiares. Es relevante para ellos el hecho de ver a sus hijos y nietos con una carrera profesional. Esto último, es una preocupación mencionada sólo por las Adultas Mayores, y omitida por los varones.

Por último, en menor proporción, está la alusión que ellos hacen a temores relacionados con la contingencia nacional. Estos están asociados más que nada a la inseguridad que produce la delincuencia y la violencia. Se podría deducir que los Adultos Mayores, varones especialmente, han visto exacerbados estos miedos a través de los medios de comunicación, ya que ellos no mencionan experiencias personales relacionadas con el tema.

En la subcategoría el uso del tiempo libre, los Adultos Mayores otorgan diversos significados a esta acepción. Entre ellas está la percepción referente al sin sentido del tiempo, provocando ello, estados depresivos. Por ello, creemos que es fundamental que el Adulto Mayor descubra

actividades nuevas que llenen su tiempo libre y resignifique así su cotidianidad, su grupo familiar, sus redes, en definitiva su entorno en general.

Especialmente en el caso de Adultos Mayores dependientes, es de vital importancia contar con el apoyo familiar. Aunque actualmente existe la creencia de que el Adulto Mayor hoy en día, ha sido abandonado por su familia, las investigaciones indican que, la familia es el principal sostén para ellos y ellas (Sánchez, 1994).

Sin embargo a veces, el apoyo familiar se confunde con la sobreprotección, y lo que es más perjudicial, con el abuso en lo que se refiere a las labores domésticas que el Adulto Mayor puede realizar. Es más, también se pudo apreciar que, en algunos casos se utiliza la pensión del Adulto Mayor en otros gastos familiares, no contando él o ella con su propio dinero para solventar sus necesidades personales.

Podemos concluir que, en esta categoría es fundamental para el Adulto Mayor, resignificar el uso del tiempo libre, señalando que le cuesta mucho quedarse sin actividad, descansar, holgazanear. Inconscientemente ellos buscan qué hacer. Esto refleja la inquietud por sentirse útil, la necesidad de prolongarse o mantenerse activo a través del tiempo como rechazo al deterioro, ya que ellos reconocen en sus relatos, que ya se sienten menos activos que antes.

Como se ha mencionado anteriormente, esta investigación pretende dar a conocer las percepciones de los Adultos Mayores, rescatando sus discursos y subjetividades respecto de su salud y calidad de vida.

Recapitulando, las percepciones de los Adultos Mayores están asociadas al proceso de desvinculación laboral, a la situación socioeconómica, a la calidad en la atención en salud y a sus temores.

Los factores que influyen en las percepciones de los Adultos mayores, están vinculados al sentimiento de soledad, de integración social, de autonomía, así como también al estándar de vida, a los recursos y gastos que poseen, a la incertidumbre del deterioro biológico, a las redes familiares, a la contingencia nacional.

También en esta investigación, como segundo objetivo general, hemos estimado fundamental describir las expectativas y necesidades de los Adultos Mayores, no sólo desde sus relatos, sino también según lo planteado por los profesionales de la Unidad de Geriatria del Hospital Dipreca.

Según los relatos de los Adultos Mayores, como mencionamos anteriormente, ellos necesitan resignificar su tiempo libre, el uso y la disponibilidad de ese tiempo libre. Los profesionales coinciden en que un factor que incide en la calidad de vida, es la autonomía y funcionalidad, ya que ellos se sienten más tranquilos, más motivados frente a lo que les espera en el futuro, si pueden realizar las actividades de la vida diaria por sí mismos, y por supuesto también realizar actividades relacionadas con el entretenimiento y la recreación.

Según el análisis de los relatos, gran parte del tiempo libre se vuelca a la familia, tornándose una necesidad para el Adulto Mayor el reconocimiento y la aceptación de ésta. Pero, la realidad en muchos casos, es diferente, ya que, los profesionales de la Unidad de Geriatria afirman que, frecuentemente no existen familiares responsables de los Adultos Mayores que ellos atienden en la Unidad. Cuando los hay, los

familiares manifiestan su falta de conocimientos y capacidad para atenderlos, lo cual genera cansancio, agotamiento, estrés. Los profesionales conocen este gran problema, por lo que decidieron hace ya un par de años, realizar talleres denominados “cuidando al Cuidador”, en los cuales se desarrollan variados temas, como por ejemplo: el estrés del cuidador, técnico de relajación para cuidadores, técnico para movilizar pacientes con movilidad disminuida, técnicas de autocuidado y otras.

Otro tema que para los profesionales, es también un factor que incide en la calidad de vida del Adulto Mayor, está representado por uno de los grandes temores de los Adultos Mayores, la soledad. Por lo cual, son fundamentales en esta etapa las redes de apoyo, según lo afirmado por la Asistente Social de la Unidad de Geriátrica, ya que, como ella explica, *“un Adulto Mayor aislado socialmente, vive una condición de fragilidad inmensa”*. *“En cambio un Adulto Mayor integrado a su comunidad a través de clubes u otras organizaciones, que tenga una vida activa, se siente útil, motivado a participar y compartir”*.

Por todo lo que implica el encontrarse sin una persona responsable de una alimentación acorde a las necesidades específicas del Adulto Mayor, de la medicación adecuada a los requerimientos de ellos, de la satisfacción de las necesidades de comunicación, socialización, recreación, es imprescindible para el Adulto Mayor, contar con una red de apoyo cercana en todo momento.

Dentro de las expectativas que tienen los Adultos mayores, surge la perspectiva de futuro que ellos poseen, en la cual juega un rol importante la atención oportuna en salud, factor reiteradamente mencionado por los profesionales, ya que según ellos, otro temor que inquieta al Adulto Mayor es el de la pérdida de la autonomía.

Los profesionales que trabajan en la Unidad de Geriatria del Hospital Dipreca, aseveran que los factores económicos influyen de manera significativa en la calidad de vida del Adulto Mayor y en su salud, ya que, como afirma la Asistente Social de la Unidad, las personas que poseen mejores ingresos y educación tienen mayores herramientas para ejercer su autocuidado.

Asimismo, ellos afirman que el sistema previsional de Dipreca es insuficiente en cuanto a recursos humanos para dar una atención integral a la población de Adultos Mayores. Además, señalan que, a pesar de tener una gran población de Adultos Mayores, continúan con el enfoque de medicina curativa y no preventiva. No dispone de atención de pacientes crónicos.”... *donde sólo importa la morbilidad y no la esfera funcional, mental y social donde no hay una continuidad del cuidado, sigue siendo una medicina terciaria de la población*” (Geriatra Dra. Patricia Calcina).

Además, los profesionales indican que una de las grandes falencias que tiene el sistema previsional de Dipreca es que no otorga gratuidad en la atención de sus Adultos Mayores ni brinda beneficios del sistema de salud público como el PACAM (Programa de Alimentación Complementario para el Adulto Mayor). Esto es significativo si tomamos en cuenta de que existen numerosos Adultos Mayores, que tienen pensiones evidentemente bajas que no cubren sus requerimientos básicos.

A continuación, nos referiremos a las hipótesis planteadas en nuestra investigación.

Respecto a nuestra hipótesis N°1 “Las percepciones de los Adultos Mayores beneficiarios del sistema previsional de DIPRECA respecto de

su salud y calidad de vida están relacionadas con la mayor vulnerabilidad social y económica que presenta esta etapa de la vida”, Podemos decir que, se comprobó plenamente, ya que los entrevistados manifiestan claramente que, representa una gran preocupación para ellos el aspecto económico, en el sentido de que pudieran no contar con lo elemental para cubrir sus necesidades básicas: Mencionan además, el temor a la falta de autonomía para realizar las actividades de la vida diaria o llegar a sentir la soledad en sus vidas.

Nuestra hipótesis N° 2 expresa que “Las necesidades y expectativas de los Adultos Mayores están asociadas a su proceso de desvinculación laboral”. Podemos afirmar que esta hipótesis también se comprobó, ya que se pudo llegar a concluir que, dependiendo de la forma en que ocurrió el proceso de desvinculación laboral, se va a tener una percepción de la vida posterior positiva o no tan positiva. Lo anterior se expresa materialmente, en una mejor o peor pensión, en cuanto a cantidad de dinero para solventar gastos. Pero también, se expresa en una percepción de la tarea cumplida o no, dependiendo de la forma en que ocurrió este proceso.

Algunos de nuestros entrevistados, dependiendo de la actividad que realizaban mientras eran activos laboralmente, tenían acceso a más o menos actividades relacionadas con el esparcimiento. Lo anterior dependía del nivel de ingresos con que contaban en ese momento.

La hipótesis N° 3 expresa que “Los profesionales a cargo de la Unidad de Geriatria del Hospital Dipreca relacionan la vulnerabilidad social de los Adultos Mayores a factores socioeconómicos y de deterioro biológico”. Esta hipótesis se comprobó, ya que ellos manifiestan la correspondencia que se aprecia entre la vulnerabilidad social y los factores socioeconómicos y de deterioro biológico. Los profesionales manifiestan que mientras más precaria es la situación económica del Adulto Mayor a

lo largo de su vida, menos herramientas tiene para enfrentar de buena forma esta etapa de la vida. Su deterioro físico y mental será mayor, por lo cual será más vulnerable aún.

Sin embargo, es importante rescatar la relevancia que le otorgan a las redes de apoyo familiar y social para disminuir dicha vulnerabilidad, y además a la necesidad de desarrollar una estrategia de intervención diferente que aborde la prevención y otorgue atención integral al Adulto Mayor.

HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN

Los resultados expuestos anteriormente permiten dar cuenta de una serie de reflexiones que se orientan hacia consideraciones emergentes halladas en esta investigación que a continuación detallaremos:

1. Relevancia del proceso de desvinculación laboral.

El proceso de jubilación comienza con una decisión del trabajador (a), es decir, la persona opta por hacer válido su período de descanso legal. Los factores que se entrelazan en la toma de esa decisión son cruciales para las expectativas del período de jubilación.

Según la investigación, los Adultos Mayores que jubilaron por una opción ligada a la necesidad de hacer uso del tiempo de descanso, tienen otra disposición frente a la etapa que viven. No poseen enfermedades graves, depresiones, y han sabido resguardar sus redes familiares, amistades, ex – colegas, etc. y aprovechar su tiempo libre. Apreciamos también que sus pensiones les permiten no tener grandes apremios económicos.

Diferente es la disposición que poseen los Adultos Mayores que debieron abandonar el trabajo por problemas de salud o de otra índole, ya que revelan una sensación de no haber cumplido satisfactoriamente una etapa de su vida. En consecuencia, la pensión es menor, existen problemas de salud más o menos graves, según el caso, que generan gastos económicos, lo que dificulta la satisfacción de otras necesidades. Estos Adultos Mayores revelan tener o estar más propensos a sufrir períodos depresivos.

Es por ello que creemos que las razones que originan el proceso de desvinculación laboral son decisivas para la proyección del Adulto Mayor y su calidad de vida futura.

2. Desvalorización del uso del tiempo libre

Existe una resistencia a usar el tiempo libre en actividades personales. Es difícil para el Adulto Mayor admitir tener tiempo libre, no existe una valorización de este como tal.

En la investigación, los Adultos Mayores relatan sus cotidianidades con diversas actividades y responsabilidades, volcadas a labores sociales o, más en los hombres, a actividades productivas. Cuando se les pregunta por tiempo para el ocio, la realización de actividades como por ejemplo hobbies, “el tiempo libre”, tienden a preenjuiciar sus respuestas señalando que no poseen, que siempre están ocupados. Dejan entrever una concepción negativa en relación al tiempo para actividades poco laboriosas, más relacionadas a la entretención.

Por ende, su tiempo libre siempre está volcado al servicio de terceros o la realización de actividades propias del hogar.

3. Valoran la situación socioeconómica

Los Adultos Mayores muestran una valoración importante en relación a la situación económica que poseen tanto personalmente como la que le puede brindar la red familiar.

Ellos sienten que tener una situación sin apremios económicos es un factor importante para vivir tranquilos y dignamente este periodo de la vida.

Por otra parte, se cuestionan la incongruencia entre los años trabajados y todo lo entregado en sus lugares de trabajo con lo bajo de las pensiones recibidas en este periodo. Muchos de los Adultos Mayores mencionan que debieron seguir trabajando para optar a la re jubilación, beneficio que otorga la institución, mediante el cual se puede optar a aumentar la pensión, trabajando un número determinado de años.

Pudimos constatar, según lo afirmado por los entrevistados que, la situación económica esta estrechamente ligada a los altos gastos en salud que se producen como consecuencia del deterioro biológico en esta etapa de la vida, señalando ellos, lo costoso que es enfermarse en este país.

4. Nulo acceso a las políticas públicas para el Adulto Mayor, y desconocimiento de ellas.

El total de los adultos mayores entrevistados están incorporados a la previsión de Carabineros de Chile. En promedio accedieron a una pensión cercana a 200.000 pesos, por ende son Adultos Mayores que se encuentran sobre la línea de la pobreza, con un ingreso familiar Per cápita correspondiente al segundo y tercer quintil, lo cual se traduce en un alejamiento de las entidades gubernamentales, como por ejemplo, el municipio o consultorios. Esto deriva en el desconocimiento y escaso acceso a las políticas públicas.

Ellos no poseen acceso a los beneficios que otorga el Plan Auge (GES) ni a la Reforma Previsional. No tienen gratuidad en la atención en el sistema público ni cuentan con entrega gratuita de medicamentos ni tienen acceso al Programa de alimentación complementaria para el adulto mayor.

Por esta razón, en cierto modo se sienten discriminados del sistema de protección y miran con cierto recelo los beneficios otorgados por el Estado a su grupo etáreo.

Es un hallazgo para nosotros, el hecho de que los Adultos Mayores pertenecientes a Dipreca, no son considerados sujetos de derecho, sino beneficiarios de un sistema, el cual presenta limitaciones para transformarse en un sistema de protección integral para este grupo etáreo.

5. Incapacidad de estos Adultos Mayores para recurrir a las redes de apoyo.

La presente investigación demuestra que los Adultos Mayores entrevistados, los cuales vivieron su etapa laboral en una institución castrense, continúan a lo largo de su vida relacionándose con sus ex colegas o con personas vinculadas a la institución.

Se percibe una cierta dificultad para entablar relaciones con organizaciones e instituciones gubernamentales. Asimismo, se observa problemas para establecer relaciones horizontales, mostrando siempre tendencia a las relaciones jerárquicas según los patrones relacionales aprendidos a lo largo de su vida.

Este hallazgo, más que corroborarse a través de los relatos, se pudo observar mediante las relaciones que ellos establecen al interior del grupo.

6. Temores de los Adultos Mayores que no se muestran abiertamente.

Esta investigación reveló que, contrariamente a lo que pudiera creerse, los Adultos Mayores beneficiarios del sistema previsional de Dipreca, no tienen todas sus necesidades cubiertas en el ámbito de la salud, ya que este sistema previsional, a pesar de ser un sistema de salud cerrado, que podría tener un nivel óptimo y entregar una atención integral a sus afiliados, no es así en la realidad. Tiene falencias, no es capaz en la actualidad de entregar la atención requerida, en cuanto a consultas médicas de especialidades, por ejemplo, u horas de exámenes con la prontitud que se requieren.

Los Adultos Mayores entrevistados no explicitan claramente los temores que tienen en cuanto a no contar con una atención oportuna en salud, en el caso de necesitarla, pero solapadamente si expresan esta preocupación, lo cual da cuenta de la fragilidad propia de nuestro Adulto Mayor.

7. Escasez de profesionales en la Unidad de Geriatria del sistema Previsional DIPRECA.

El Hospital DIPRECA entrega atención a adultos y Adultos Mayores, por ende, se trata de una población en vías de envejecimiento.

La Unidad de Geriatria cuenta con 6 profesionales, los cuales deben atender a toda la población de adultos mayores. Dentro de la Unidad solo

existe una Geriatra, una Asistente Social, una Psicóloga, un Enfermero Universitario, una Nutricionista, una Terapeuta ocupacional.

La insuficiencia de profesionales produce un exceso de trabajo en el personal, lo cual genera una atención limitada por el tiempo y provoca en el equipo una sensación de frustración porque no pueden satisfacer de manera óptima las necesidades integrales de la población.

APORTES AL TRABAJO SOCIAL

La práctica social, es entendida como el conjunto de actividades materiales e intelectuales que se despliegan en función de la transformación de la realidad. Esta fusión que se obtiene entre el quehacer y el saber, está orientada a conseguir que los sujetos sean los gestores principales de su propio destino, logrando así transformar finalmente la realidad.

Procurar que el Trabajo Social se inspire en principios como los mencionados anteriormente y oriente su accionar en este sentido, requiere de una mirada integral de la realidad.

Sustentado en estas premisas, el trabajo llevado a cabo en esta investigación intenta entregar algunas contribuciones al Trabajo Social que tienen que ver principalmente con el convencimiento de que esta disciplina de las ciencias sociales puede realizar un aporte trascendente en cuanto a desarrollar una estrategia de intervención integral para el Adulto Mayor, que por su característica de fragilidad requiere de una atención que abarque la esfera funcional, mental y social, dejando atrás el enfoque tradicional que aborda sólo lo concerniente a la morbilidad y lo curativo.

Por el importante número de Adultos Mayores que atiende el sistema previsional de la Dirección de Previsión de Carabineros de Chile, el que alcanza a 19.667 personas, creemos que Dipreca debiera contar con una atención integral para entregar a este grupo etáreo.

De igual forma, entendemos que el Adulto Mayor jubilado de Dipreca, requiere de un programa que le proporcione las herramientas para enfrentar de una manera adecuada su proceso de Desvinculación

Laboral. Para ello, la Dirección de Previsión de Carabineros de Chile, debiera crear un programa en el cual esté contemplada la realización de talleres a sus funcionarios, en los cuales se desarrollen habilidades, destrezas personales, talleres donde se despliegue la creatividad de los sujetos, realizando diferentes actividades que pudieran ser de interés para los integrantes de los mismos.

Este proceso de Desvinculación Laboral, creemos debiera ser más lento y paulatino para que pueda permitir que los funcionarios se adecuen de mejor forma a este alejamiento, entregando la posibilidad de ir creando otras habilidades que ellos puedan utilizar en su etapa posterior.

Además, podrían llevarse a cabo talleres de autocuidado, en los cuales se puedan plantear temas como la alimentación saludable, la prevención de algunas enfermedades, las bondades de la actividad física, etc.

Lo anterior, con la finalidad de que los funcionarios se preparen apropiadamente para enfrentar el mencionado proceso, ya que según lo que mencionan los Adultos Mayores en sus relatos, muchos de ellos no conocían a las demás personas que trabajaban en el Hospital de Carabineros. Debido a las extensas jornadas que debían cumplir en el trabajo, no tenían la oportunidad de compartir en otras instancias. Esto hace que las personas no tengan la posibilidad de ampliar sus relaciones, por lo cual, cuando se jubilan se quedan solos, sin redes de apoyo.

En relación, por una parte, al gran número de beneficiarios Adultos Mayores con que cuenta la previsión de la Dirección de Previsión de Carabineros de Chile, y por otra parte, a la exigua cantidad de profesionales que son parte de la Unidad de Geriatría del Hospital Dipreca, creemos que debiera ampliarse este equipo para poder entregar

una atención adecuada y pertinente a los beneficiarios del sistema. El trabajo Social tiene mucho que entregar al interior de este equipo, por la gran cantidad de Adultos mayores con diversas problemáticas.

Por otra parte, creemos que la Dirección de Previsión de Carabineros de Chile, podría lograr un acuerdo con entidades de gobierno para entregar a sus afiliados algunos de los beneficios que hoy entrega la entidad gubernamental a los Adultos Mayores beneficiarios del sistema público, como por ejemplo: AUGE, planes de vivienda, Programas de recreación de Recreación de Sernatur o entrega gratuita de medicamentos.

Una contribución importante para mejorar la calidad de vida de los Adultos Mayores beneficiarios del sistema previsional de Dipreca, y de todos nuestros Adultos Mayores en general, creemos que comienza por conocer desde su propia experiencia, sus necesidades y requerimientos e integrarlos a participar en cualquier instancia que se desarrolle en relación al diseño e implementación de políticas sociales para este grupo etáreo. Además, es de gran importancia evaluar periódicamente la pertinencia de las políticas creadas en este sector.

BIBLIOGRAFÍA

- Aignerren, M., (2002) : *La técnica de la recolección de información a través de los “grupos focales”,* Medellín, Colombia.
- Barros,C., (1993)a) : *Factores que intervienen en el Bienestar de los Adultos Mayores.* Estudios Sociales N° 77/ Trimestre 3/1993. (FONDECYT)
- Barros,C., (1989)b) : *Envejecer en Chile,* en Estudios Sociales N°60/trimestre 2/1989.
- Barros ,C., (2004)c) : *Componentes de la calidad de vida y factores asociados.* (n/d)
- Bermejo, J., (2003) : *La soledad en los mayores,* Revista Ars Medica: Estudios Médicos y Humanísticos. N°8 Años 2003, Santiago de Chile (139-158)
- Cáceres, L; Oblitas, B., (2000) : *La Entrevista en Trabajo Social,* Buenos Aires, Editorial Espacio
- Cancino, M; Duarte, N., (1993) : *“Unidad temática: diagnóstico participativo. Tema: Técnicas e Instrumentos”,* Lectura n° 23, la entrevista. En documento elaborado por proyecto TILNA, (convenio Mineduc, PIIE y UAHC), Santiago de Chile.
- Cannobbio, L., Jeri, T., (2008) : *Estadísticas sobre las Personas Adultas Mayores: Un análisis de Género.* Santiago. SENAMA
- Celade-Eclac., (2002) : Boletín Informativo: *Los adultos mayores en América Latina y el Caribe. Datos e*

- indicadores*, Marzo, 2002.
- Cifuentes, L.,(2006) : *Derechos humanos y No discriminación de las personas Adultas Mayores*. Colección Ideas Año 7 N°61 Marzo. Fundación Chile 21
- Cyrulnik, B., (2001) : *Los patitos feos, La Resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*, Paris, Edit. Gedisa.
- Dabas, E., (1995) : *Redes, El lenguaje de los vínculos*, Argentina, Edit. Paidós
- Dirección de Previsión de Carabineros de Chile (2003) : *“Diagnóstico Sistema de Salud de la Dirección de Previsión de Carabineros de Chile”*, Santiago.
- Du Ranquet, M., (1996) : *Los modelos en Trabajo Social. Intervención con personas y familia*, España, Edit. Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- El Mercurio (2005) , *Envejecimiento cambia la estructura de las familias*, Santiago de Chile.
- Feldman, J., (1999) : *Semejanza y diferencia: Material pedagógico para trastornos de la Comunicación: Ejercicio para Análisis/Síntesis Visual*, Argentina, Ediciones Puma,
- Fernández-Ballesteros, R., (2000) : *Gerontología Social*, España, Ediciones Pirámide.
- Florenzano, R., (n/d) : *Familia y Salud de los jóvenes*, Santiago de Chile, Facultad de Medicina Oriente.
- Frankl, V. (1987) : *El hombre en busca de sentido*, Editorial

- Herder, 8° edición, Barcelona, 1987.
- Guzmán, J., Huenchuan, S., Montes de Oca, V., (2003) : Redes de apoyo social de personas mayores: marco teórico conceptual
En *Simposio Viejos y Viejas. Participación, Ciudadanía e Inclusión Social 51 Congreso Internacional de Americanistas*, Santiago de Chile, 14-18 de julio de 2003 (35-70)
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1966) : *Metodología de la Investigación*, México, Edit. Mc. Graw-Hill.
- INTA, (n/d) : MINSAL, BID, Organización Panamericana de la Salud Proyecto SABE- Chile: *Salud, Bienestar y Envejecimiento*, Santiago, Chile
- INE (2002 (a)) : Instituto Nacional de Estadísticas (INE), *Boletín Informativo Número 8*, 28 de Agosto del 2000.
- INE (2003 (b)) : *INE Boletín Informativo Número 16*, 17 de Octubre de 2003.
- Kornfeld, R. (1999) : “*El Adulto Mayor ¿problema o recurso?*”
Revista Universitaria N° 65, tercera entrega. Universidad Católica de Chile.
- Labrín J, Lagos C, Dougnac P, Falcón I, Carrasco G., (2006) : *Más Diversidad igual Más Democracia: Primer Informe de la Sociedad Civil Sobre Diversidad y No Discriminación*. Fundación Ideas. Chile.
- Lolas, F., (2003) : *El Proceso de envejecer y la Calidad del Ciclo Vital*, Revista Ars Medica: Estudios Médicos y Humanísticos. N°8 Años 2003, Santiago de Chile (75-82)
- Lomnitz, L., (1994). : *Redes social, cultura y poder: ensayo de*

- antropología latinoamericana*, México, Edit. Miguel Ángel Porrúa.
- Maslow, A.H., (1975) : *“Motivación y personalidad”*, Barcelona, Editorial Sagitario.
- Matlin, M.W.; Foley, H.J; (1996) : *Sensación y Percepción*, México, Editorial Prevetice Hall Hispanoamericana, 3° Edición.
- Max-Neef, M., Elizalde, A., Hoppenhayn, M., (n/d) : *Desarrollo a Escala Humana*, Ecoportal.net: el directorio ecológico natural.
- Minuchin, S., Fishman, H., (1981) : *“Técnicas de la Terapia Familiar.”* Barcelona, España, Ediciones Paidós
- Minuchin, S., (1997) : *Terapia Familiar*, Barcelona, Editorial Gedisa S.A.
- Montes de Oca, V., (2000) : *Relaciones familiares y redes sociales, Envejecimiento demográfico en México: retos y perspectivas*, México, Consejo Nacional de Población (CONAPO)
- Morandé, P., (1998). : *Sociedad y familia*, Chile, Editorial Universitaria.
- Papalia, D; Wendkos, A. y Duskin, R; (2003) : *Desarrollo Humano*, Colombia, Editorial McGraw Hill, 8° Edición
- Pakman, M., 1995 : *Redes: Una metáfora para práctica de intervención social*
- Pérez, G., (1998) : *Investigación cualitativa. Retos e Interrogantes. Técnicas y Análisis de Datos*,

- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en Chile (2002) : Madrid, Editorial La Muralla, 2^{da} Edición. Desarrollo Humano en Chile Vol. 2. Nosotros los chilenos: *Un desafío Cultural*, Santiago, Editorial Lom. 1^o edición.
- Quintero, A., (1997) : *Trabajo Social y Procesos familiares*, Argentina. Editorial Lumen Humanitas
- Quintero, M., (1994) : Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica N° 546 *La atención de las personas ancianas: un desafío para los años noventa*.
- Rodríguez, G., (1966) : *Metodología de la Investigación Cualitativa*. España, Editorial Aljibe.
- Ruiz, J., (1999) : *Metodología de la Investigación Cualitativa*, Serie Ciencias Sociales, Vol. 15, Universidad de Deusto, Bilbao, España. 2^{da} edición
- Sánchez, C., (2000)a). : *Gerontología Social*, Buenos Aires, Espacio Editorial.
- Sánchez, C., (1996)b) : *Sistema de apoyo y familiares de pacientes de Alzheimer*, San Juan Puerto Rico.
- Sánchez, M., (1994) : *El apoyo social informal. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa* Publicación científica, N° 546, Washington D.C., O.P.S.
- SENAMA, (2005) : *Catastro Nacional de Organizaciones Sociales de Adultos Mayores, Redes Comunes*
- Sierra, R., (2001) : *“Técnicas de la investigación social. Teoría y Ejercicios”*, Madrid, España, Editorial

- Paraninfo.
- Silva, J., (2004) : *Revista electrónica Expansiva: Inseguridades Sociales y Tercera Edad.*
- Silva, J., Acevedo, P., Cot, P., (2005) : *Protección Social para los adultos mayores: Documento síntesis del ciclo de Diálogos Democráticos: Construyendo la nueva Agenda Social desde la Mirada de los Determinantes Sociales de la salud.* Santiago, Chile.
- Taylor y Bogdan., (1994) : *Introducción a los métodos cualitativos de investigación,* Barcelona, España, Editorial Paidós.
- Von Bertalanffy,L., (1968) : *Teoría General de los Sistemas.* España, Editorial Cosmoprint.

PÁGINAS ELECTRONICAS

- Dirección de Previsión de Carabineros de Chile (n/d) : Dipreca,
<http://www.dipreca.cl/inicio/main.asp>
(Consultado el 15/08/2007)
- FONASA (n/d) : http://www.fonasa.cl/prontus_fonasa/antialone.html?page=http://www.fonasa.cl/prontus_fonasa/site/edic/base/port/auge.html
(Consultado el 05/02/2009)
- INE (2002) : Censo 2002,
<http://www.ine.cl.cd2002/sintesis censal.pdf>
(Consultado el 25/11/2007)
- INE (n/d) : http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/estadisticas_sociales/culturales/adultosmayores/pdf/mayor2000.pdf
(Consultado el 01/10/2008)
- MIDEPLAN (n/d)a : Adulto Mayor, más años a la vida: Más vida a esos años,
http://www.risolidaria.cl/http://www.educared.cl/images/ficheros/articulos/10855/libroriscl_amayor.edf
(Consultado el 22/09/2008)

- MIDEPLAN (2006)b : Encuesta Casen: Síntesis de los Principales Resultados de la Situación de los Adultos Mayores, <http://www.mideplan.cl/final/categoria.php?secid=25&catid=124>
(Consultado el 28/08/2008)
- OMS (n/d) : <http://www.who.int/whr/es/index.html>
(Consultado el 20/03/2009)
- SENAMA (2006) : <http://www.senama.cl/lama.htm>
(Consultado el 30/05/2008)
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en Chile (2002) : Desarrollo Humano en Chile; <http://www.desarrollohumano.cl/indice.htm>
(Consultado el 15/09/2008)

ANEXOS

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACION

VARIABLE N°1:

Percepción de los Adultos Mayores en etapa de desvinculación laboral respecto de su salud y calidad de vida.

Definición Conceptual:

La sensación se refiere a experiencias inmediatas básicas, generadas por estímulos aislados simples (Matlin y Foley 1996). La sensación también se define en términos de la respuesta de los órganos de los sentidos frente a un estímulo (Feldman, 1999).

La percepción incluye la interpretación de las sensaciones, dándoles significado y organización (Matlin y Foley Op, Cit.). La organización, interpretación, análisis e integración de los estímulos, implica la actividad no sólo de nuestros órganos sensoriales, sino también de nuestro cerebro (Feldman, Op. Cit).

Definición Operacional:

Es la apreciación e interpretación que surge desde los Adultos Mayores acerca de su estado de salud y calidad de vida.

VARIABLE N° 2 :

Visión de los profesionales respecto de necesidades y expectativas de los Adultos Mayores.

Definición Conceptual:

Visión: Opinión, mirada, juicio que elabora el equipo de profesionales en base a su experiencia laboral acerca de las necesidades y expectativas de los Adultos Mayores

Definición Operacional:

Entenderemos la visión como la perspectiva desde la cual los profesionales, que forman parte del equipo de la Unidad de geriatría del Hospital Dipreca, evalúan las necesidades y expectativas de los Adultos Mayores que son atendidos en dicho recinto y de los factores que influyen en ellas.

VARIABLE	SUBDIMENSIONES	INDICADORES	ITEM
1. Percepción de los Adultos Mayores en etapa de desvinculación laboral respecto de su salud y calidad de vida.	<p>a) Percepción de la condición física</p> <p>b) Percepción de la autonomía para realizar actividades de la vida diaria</p> <p>c) Percepción de enfermedades crónicas o agudas</p> <p>d) Percepción del acceso a la atención de salud</p>	<p>Valoración de la condición física</p> <p>Evaluación de la Autonomía vs. Dependencia</p> <p>Enfermedades crónicas</p> <p>Enfermedades agudas</p> <p>Control médico</p> <p>Realización de exámenes</p>	<p>¿Cómo se siente físicamente?</p> <p>¿Qué actividades realiza Ud.?</p> <p>¿Posee alguna enfermedad crónica o aguda?</p> <p>¿Es expedito el sistema de horas Médicas?</p> <p>¿Tiene posibilidades de realizarse exámenes o atenciones cuando lo requiere? ¿Son elevados los costos?</p>

	<p>a) Percepción de su Vinculación o pertenencia a redes</p> <p>b) Percepción de su nivel de ingresos de acuerdo a sus necesidades y expectativas</p> <p>c) Percepción de su disponibilidad del tiempo libre</p>	<p>Nº y tipo de redes con las que sienten pertenencia o vinculación</p> <p>Grado de vinculación (permanente, ocasional, frecuente, significativo)</p> <p>Grado de satisfacción con el Nivel de ingreso</p> <p>Posee Tiempo Libre</p>	<p>¿Participa en alguna organización o grupo?</p> <p>¿Cómo es su participación?</p> <p>¿Le gusta participar en el grupo?</p> <p>¿Le alcanza su pensión para cubrir sus necesidades?</p> <p>¿Usted tiene tiempo libre?</p>
--	--	--	---

2. Visión de los Profesionales respecto de necesidades y expectativas de los Adultos Mayores	a) Redes de Apoyo	<p>Labores Domésticas</p> <p>Actividades Sociales</p> <p>Actividades Recreativas</p> <p>Familia cercana</p>	<p>¿Qué actividades le gusta realizar?</p> <p>¿Le gusta salir con amigas o amigos?</p> <p>¿Cuándo fue la última vez que salió de viaje?</p> <p>¿Cuentan los Adultos Mayores con su familia?</p>
	b) Atención oportuna en Salud	Salud integral	¿Reciben los Adultos Mayores una atención integral y oportuna?
	c) Funcionalidad y Autonomía	Independencia	¿Es importante para el Adulto Mayor la autonomía?
	d) Factor Económico	Calidad de Vida	¿Qué importancia se le otorga al aspecto

	<p>b) Necesidad de Reconocimiento y Aceptación</p>	Satisfacción personal	<p>socioeconómico en la calidad de vida del Adulto Mayor?</p> <p>¿Es primordial para el Adulto Mayor sentirse útil e importante?</p>
	<p>a) Conservar la Autonomía</p>	validación	<p>¿Cree usted que les ayuda a mantener su autoestima realizar las actividades de la vida diaria?</p>
	<p>b) Demorar el deterioro biológico</p>	Vejez saludable	<p>¿Cómo se puede lograr una vejez más saludable?</p>

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA (Adultos Mayores)

1. ¿Qué edad tiene usted?
2. ¿Dónde vive usted?
3. ¿Cuánto tiempo hace que usted está jubilado/a?
4. ¿Dónde trabajaba usted?
5. ¿Qué labor cumplía ahí?
6. ¿Siempre trabajó ahí?
7. ¿Cómo era su trabajo?
8. ¿Cuánto tiempo en total estuvo trabajando en Carabineros?
9. ¿Podría decir usted que ahora tiene tiempo libre?
10. ¿Con quién vive usted?
11. ¿Tiene hijos usted?
12. ¿Viven cerca?
13. ¿Tiene nietos?
14. ¿La visitan sus familiares?
15. ¿Tiene hermanos o hermanas?
16. ¿Qué actividades realiza usted en la casa?
17. ¿Qué otras actividades realiza?
18. ¿Qué actividades le gustaría realizar, que no haya realizado antes?
19. ¿Con quienes le gusta compartir? ¿Le gusta salir con amigos o amigas?
20. ¿Participa usted en algún grupo o club? ¿Cómo es su participación? ¿Le gustaría participar?

21. ¿Se echa de menos el trabajo después que se jubila?
22. ¿Por qué jubiló?
23. ¿Jubiló con su sueldo completo?
24. ¿Cómo ha sido para usted este tiempo que está jubilada?
25. ¿Cómo lo ha pasado usted en estos años?
26. ¿Cómo se siente usted físicamente?
27. ¿Usted es sana o tiene alguna enfermedad crónica?
28. ¿Está en control médico?
29. ¿Toma medicamentos?
30. ¿Son caros?
31. ¿Ha estado hospitalizada alguna vez?
32. ¿Qué beneficios tiene en su sistema previsional?
33. ¿Cómo encuentra que es su previsión en carabineros?
34. ¿Ha tenido que ocupar la previsión?
35. ¿Es expedito el sistema de horas médicas o exámenes?
36. ¿Qué le cambiaría a su previsión?
37. ¿Le alcanza el monto de la pensión para todos sus gastos?
38. ¿Recibe algún aporte monetario de parte de algún familiar?
39. ¿En qué gasta su pensión?
40. Si le queda dinero ¿En qué lo gasta?
41. Si usted tuviera más dinero, ¿En qué le gustaría gastarlo?
42. ¿Cuándo fue la última vez que salió de viaje o de paseo?
43. ¿Qué cosas le preocupan hoy?

44. ¿Cómo ve usted su futuro?

45. ¿Cómo se ve en unos años más?

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA (Profesionales)

1. ¿Cuáles son para usted las principales necesidades que presentan los Adultos Mayores?

¿Es importante para ellos mantener su autonomía?

¿Cree usted que mantienen su autoestima en buena forma si pueden realizar por sí mismos las actividades diarias?

2. ¿Qué expectativas tienen a su juicio los Adultos Mayores?

3.- ¿Cree usted que la previsión de Carabineros entrega a sus Adultos Mayores una salud integral?

4. ¿Cómo cree usted que se puede lograr tener una vejez más saludable?