



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO
FACULTAD DE EDUCACIÓN Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

Envejecimiento y abandono:

*“Personas Mayores que viven en la Residencia de Larga
Estadía San Francisco de Asís de la comuna de El
Carmen”.*

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE TRABAJADOR SOCIAL.

AUTORAS: MORA ECHEVERRÍA, LINDE TEINA
RIFFO SAN MARTÍN, MARÍA PAZ

PROFESOR GUÍA: GARCÍA ARANEDA, NELSON ROBERTO

CHILLÁN, 2011

Poesía de los Ancianos.

Que pena es llegar a viejos.
Sin tener quien nos comprenda.
Los Hijos nos ven de lejos.
Los nietos no nos recuerdan.
Y con las piernas arrastras.
Y una terrible ceguera.
Caminamos paso a paso.
Arqueando las caderas.
Yo pido a la providencia.
Haber si de mí se acuerda.
Por que ya no puedo más.
Con estas horribles cadenas.
Los hijos ya no nos quieren.
Los nietos ya nos desprecian.
Sin pensar que poco a poco.
Correrán la misma senda.
Nadie nos puede tener.
Tienen la casa pequeña
Pequeño es su corazón.
Y maltrecha su conciencia.
Y si por nosotros preguntan.
Ellos alegres contestan.
Llenos de satisfacción.
Están en la Residencia.
Es nuestra segunda casa.
Puesta por la providencia.
En ella vivimos unidos.
En la alegría y la pena.
Esperando una visita.
De cariño que no llega.
Y si llega, llega tarde.
Y el reloj parado queda.
Nos vamos para el otro mundo.
Agotados por la pena.

Felicidad, 2008

DEDICATORIAS.

A mi madre por su gran esfuerzo y preocupación, por siempre estar ahí cuando necesite una palabra de aliento para poder seguir adelante en este largo camino que hoy llega a su fin...

A mis hermanas, por su paciencia todo este tiempo...

A mis amigos/as que siempre tuvieron una palabra de aliento cuando el camino se tornaba más difícil...

A mi compañera de tesis que a pesar de las dificultades logramos salir adelante con este trabajo...

A todas las personas que se dieron el tiempo de desearme lo mejor y entregarme sus buenos deseos para que no me diera por vencida jamás....

A todos aquellos que son parte fundamental de mis logros...

María Paz

*Quiero agradecer a mi familia por su apoyo incondicional en estos cinco años académicos,
en especial a mi madre que ha estado conmigo siempre en las buenas y en las malas...*

Agradecer a mi compañera de tesis por su paciencia y comprensión...

Y por último al Profesor Nelson García Araneda, por su apoyo durante todos estos meses

Linde

AGRADECIMIENTOS.

Agradecemos de corazón, a la Residencia de Larga Estadía "San Francisco de Asís" de la comuna de El Carmen, a su administrador, cuidadores y funcionarios por ser tan amables y abrirnos las puertas de su casa para trabajar de forma tan desinteresada y amable...

A las Personas Mayores quienes se mostraron abiertos a contarnos sus historias y quisieron ser parte de este estudio...

A nuestro profesor Nelson García quien nos apoyo constantemente para sacar adelante este proyecto y nos dio las fuerza necesaria cuando creíamos que no lograríamos cumplir nuestra meta...

A todas aquellas personas que en alguna etapa de este proceso aportaron con un granito de arena para poder terminarlo...

A nuestras respectivas familias, por su apoyo y cariño incondicional que nos han brindado durante todo este tiempo, por su dedicación para formarnos como personas íntegras y por su paciencia cuando este proyecto nos absorbió por completo y no pudimos compartir aquellos momentos que ya se han ido...

A Dios por permitirnos terminar este proyecto para cumplir nuestra anhelada meta de ser profesionales, por permitirnos compartir este momento tan feliz con las personas que más amamos y que nos apoyaron en los momentos más difíciles. Gracias...

María Paz - Linde

RESUMEN.

Conocer la realidad sobre el envejecimiento y abandono en personas mayores que viven en Residencias de Larga Estadía es una tarea compleja, para la cual se procuró recopilar el mayor número de antecedentes que permitieran abarcar las distintas dimensiones que pueden llevar a la existencia de este fenómeno.

Es así como el estudio comprende la perspectiva cualitativa, cuyo énfasis se efectuó en comprender la visión de las propias Personas Mayores entrevistadas, con el fin de dilucidar las condiciones que los llevaron a su realidad actual.

La investigación se realizó en base de la Residencia de Larga Estadía San Francisco de Asís de la comuna de El Carmen, provincia de Ñuble, cuyas Personas Mayores accedieron a ser entrevistadas y permitieron que las investigadoras recabaran información útil y fiable para el estudio.

De acuerdo a las conclusiones que arroja el estudio, se permite demostrar que el abandono hacia Personas Mayores en la Residencia de Larga Estadía estudiada se encuentra presente de parte de sus familias, al menos en la muestra seleccionada, sin embargo, queda una serie de incógnitas en relación a la magnitud del fenómeno que merecen profundizarse en investigaciones a futuro.

Palabras claves:

Envejecimiento - Abandono – Persona Mayor – Residencia de Larga Estadía

ABSTRACT.

To know the reality of aging and neglect in older people living in Long Stay Retirement Communities is a complex task for which it was collected the highest number of records that cover the different dimensions that can lead to the existence of this phenomenon.

Thus, the study includes qualitative approach whose emphasis was taken in order to understand the view of the interviewed older people themselves, so as to elucidate the conditions that led to their current reality.

The research was conducted on the basis of the Residencia de Larga Estadía San Francisco de Asís (*San Francisco de Asís Long Stay Retirement Community*) in the municipality of El Carmen, Province of Ñuble, whose seniors agreed to be interviewed and allowed the researchers to collect useful and reliable information for the study.

According to the conclusions that the study shows, it is possible to demonstrate that the neglect of the elderly in the Long Stay Retirement Community studied, is part of their families, at least in the selected sample. However, there are unknown reasons in relation to the magnitude of the phenomenon that deserves further developed in future researches.

Keywords:

Aging - Abandonment - Seniors - Long Stay Community

INDICE.

INTRODUCCIÓN	10
PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA	12
2.1.- Planteamiento del problema.	12
2.2.- Justificación	14
2.3.- Preguntas de investigación, primarias y secundarias	16
2.4.- Objetivos, general y específicos	17
2.5.- Supuestos / Hipótesis	18
MARCO REFERENCIAL / TEORICO	19
3.1.- Antecedentes empíricos	19
3.2.- Antecedentes conceptuales.	24
3.2.1 Definiciones sobre la vejez	24
3.2.2 Definiciones sobre el tipo de envejecimiento	26
3.2.3 Conceptualización sobre maltrato, abandono, negligencia y soledad en las Personas Mayores	28
3.2.4 Conceptualización Residencia de Larga Estadía	32
3.3.- Antecedentes teóricos	33
3.3.1 Antecedentes del proceso de envejecimiento	33
3.3.2 Proyecciones envejecimiento en Chile	38
3.3.3 Políticas sociales para la vejez en Chile	40
3.3.4 Programa de salud para las Personas Mayores	44
3.3.5 Envejecimiento y salud	45
3.3.6 Envejecer y ser dependientes	48
3.3.7 Apoyo que reciben las familias que tienen bajo su cuidado personas mayores dependientes	51
3.3.8 Instituciones de Larga Estadía para Personas Mayores en Chile	52
3.3.9 Residencias de Larga Estadía en la provincia de Ñuble	55
3.3.10 Traslado para una residencia	58
3.3.11 Los cuidadores de personas mayores	59
3.3.12 Abandono como reflejo de maltrato	60
3.3.13 La soledad en los mayores	63
3.3.14 Teorías sobre el Envejecimiento	68
3.3.15 Teorías sobre el Maltrato Personas Mayores	71
3.3.16 Ciclo vital familiar y envejecimiento	75
3.3.17 Las relaciones interpersonales	79
DISEÑO METODOLOGICO	90
4.1.- Diseño	90
4.2.- Enfoque epistemológico – teórico	91
4.3.- Método	93

4.4.- Población y muestra / Sujetos de estudio	94
4.5.- Técnicas de recolección de la información.	96
4.6.- Instrumentos	97
4.7.- Análisis de datos.	98
4.8.- Validez y confiabilidad	100
4.9.- Aspectos éticos	101
 PRESENTACION DE RESULTADOS	
5.1.- Historia social de las personas mayores entrevistadas en la Residencia de Larga Estadía San Francisco de Asís de la comuna de el Carmen	102
5.2.- Interpretación de los resultados	109
5.2.1 Malla temática: Definiciones de categoría de análisis	110
5.2.2 Relaciones Sociales/Lazos Afectivos	112
5.2.3 Ingreso a la Residencia de Larga Estadía	122
5.2.4 Abandono	123
 CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	127
6.1.- Conclusiones	127
6.2.- Sugerencias	132
 BIBLIOGRAFIA	133
7.1.- Bibliografía	133
7.2.- Webgrafía	137
 ANEXOS	139
8.1.- Pauta Entrevista Personas Mayores	139
8.2.- Pauta Entrevista Administrador Residencia Larga Estadía	141

I. INTRODUCCIÓN.

Desde hace ya un tiempo, la prolongación de la vida ha sido una de las metas de la humanidad. Hoy en día, casi todos los países del mundo, han aumentado la esperanza de vida al nacer, produciéndose un incremento de la proporción de Personas Mayores a nivel mundial.

En el país (CASEN, 2009), las estadísticas demuestran que este no se encuentra ajeno a la realidad mundial, de la población total un 15,0% son Personas Mayores; en el caso de la Octava Región un 14,7% lo que indica que estamos casi a la par de la realidad nacional.

Actualmente el aumento de la proporción de Personas Mayores en el país, ha llevado a que la institucionalización de estas se haga un tema relevante de analizar, en la provincia de Ñuble existen 30 Residencias de Larga Estadía, de las cuales 20 se encuentran autorizadas por el Servicio de Salud.

La realidad que viven a diario las Personas Mayores, dentro de la residencia, es desconocida, ya que no se cuenta con estudios que reflejen este acontecer. Asimismo se desconoce la conexión que estas personas mantienen con su entorno familiar, y la conexión que tienen con el mundo exterior.

Lo anterior, llevo a la realización de este estudio, con el fin de dar a conocer la realidad, de una de las Residencias de Larga Estadía de la provincia, con el fin de dar los primeros indicios de una realidad desconocida por la sociedad.

El presente informe se constituye en cinco capítulos: El primero de ellos corresponde a la presentación del problema, a donde se da cuenta el planteamiento y justificación del estudio, así como también las preguntas de investigación y los objetivos. El segundo capítulo presenta el marco referencial de esta investigación estructurado en base a los objetivos de esta. En el capítulo tres se dan a conocer la metodológico utilizado, considerando el diseño, población y

muestra, técnica de recolección de información análisis de datos valides y confiabilidad.

Finalmente, se dan a conocer los principales hallazgos obtenidos mediante el análisis de datos dando origen a las conclusiones del estudio y las sugerencias.

II. PRESENTACION DEL PROBLEMA.

2.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El reconocimiento de la existencia de una mayor proporción de Personas Mayores en el mundo, conlleva a un gran interés por abordar las diversas problemáticas que les aquejan. Encontrándose aquellas principalmente ligadas al ciclo de vida por el cual estos atraviesan, siendo visto como algo primordial en esta etapa contar con el apoyo familiar y de sus pares.

La transición demográfica ha conllevado cambios en el núcleo familiar, en la antigüedad las personas mayores eran valoradas como personas con experiencia, y sabiduría familiar. Los grupos familiares eran extensos, siendo algo común que varias generaciones vivieran bajo el mismo techo.

Actualmente debido a las características de la sociedad actual, las familias jóvenes optan por vivir solo con sus hijos, por factores asociados a la dinámica familiar, factores económicos, entre otros. Lo que ha llevado a un cambio de percepción respecto al rol de la Persona Mayor, siendo percibidos por sus familias como una “carga”, que solo representan problemas y dificultades al interior del núcleo familiar.

Estos cambios han conllevado a que una considerable cifra de Personas Mayores se encuentren viviendo solos en casa, o simplemente en una residencia donde la familia los ha dejado olvidados y no tienen mayor contacto, mas que con sus pares con quienes comparten aquel hogar.

Si bien, las Residencia de Larga Estadía, cubren las necesidades fisiológicas y otorgan los cuidados básicos para las personas mayores, no desarrollan espacios donde se fomenten las buenas relaciones entre los residentes, lo que (Vega, 1996) se considera *“imprescindibles para la salud y el bienestar de las personas mayores”*, por lo que al no generarse estos espacios puede influir en que la Persona Mayor experimente un sentimiento de soledad y abandono dentro de la institución.

Es aquí donde se describe el abandono y soledad que puede darse en esta etapa de la vida, siendo interés de parte de las investigadoras profundizar en la temática, con el fin de conocer la experiencia de vida de las personas mayores de la Residencia de Larga Estadía San Francisco de Asís de la comuna de El Carmen.

2.2.- JUSTIFICACION DEL PROBLEMA.

Actualmente los medios de comunicación juegan un rol fundamental en la vida cotidiana, convirtiéndose en el mejor medio para conocer las distintas problemáticas sociales que aquejan al país.

Es precisamente por este medio, que se dieron los primeros indicios que dejaban entrever que la sociedad estaba frente a una realidad desconocida, de la cual no existen mayores antecedentes.

Ya hace un par de años; específicamente el año 2006, el país fue testigo del abandono extremo en el cual se encuentran algunas personas mayores, sin embargo, aun no existe plena conciencia de esta problemática, siendo considerado tanto por las autoridades como por la sociedad civil como casos aislados que no tienen mayor relevancia.

Lo anterior, incita a querer indagar con más profundidad esta realidad, siendo en el caso de la comuna de El Carmen, según antecedentes recopilados en el Hospital local, una realidad existente en la comuna, el año 2009 existieron tres casos de abandono extremo en personas mayores, donde existiendo familiares no se contó con mayor preocupación de su parte, teniendo como institución la misión de coordinar con residencias para poder insertar a estas personas en una Residencia donde se les entregaran todos los cuidados necesarios.

Otra realidad que se vivencia en la actualidad en torno a la bibliografía y estudios sobre el tema del abandono de las personas mayores, es que no existe material bibliográfico enfocado exclusivamente a esta temática.

De acuerdo a lo explicado anteriormente, es que con el presente estudio se pretende obtener información valiosa sobre las personas mayores que sufren abandono por parte de su familia una vez que ingresan a una Residencia de Larga Estadía, ya que constituirán un marco de referencia para futuras

intervenciones que se lleven a cabo con Personas Mayores y con Residencias de Larga Estadia.

Además, la realidad de la residencia para personas mayores existente en la comuna, ratifica lo anterior, existiendo 24 residentes de los cuales ninguno tiene actualmente un lazo continuo con su familia.

Por ende, la relevancia del estudio radica en dar a conocer la experiencia de vida de las personas mayores, para comprender una realidad de la cual no se cuenta con mayores antecedentes.

2.3.- PREGUNTAS DE INVESTIGACION.

2.3.1.- PREGUNTA PRIMARIA

¿Cómo es el proceso del ciclo vital familiar de las personas mayores que viven en la Residencia de Larga Estadía San Francisco de Asís de la comuna de El Carmen?

2.3.2.- PREGUNTA SECUNDARIA

¿Por qué las Personas Mayores ingresaron a la Residencia de Larga Estadía?

¿Qué relaciones familiares establecieron las personas mayores pertenecientes a la Residencia de Larga Estadía San Francisco de Asís durante su vida?

¿Cuáles son las diversas manifestaciones de abandono que enfrentan las personas mayores en la Residencia de Larga Estadía San Francisco de Asís de la comuna de El Carmen?

2.4.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.

2.4.1.- OBJETIVO GENERAL

Describir el proceso del ciclo vital familiar de las personas mayores que viven en la Residencia de Larga Estadía San Francisco de Asís de la comuna de El Carmen.

2.4.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conocer por que las personas mayores ingresaron a la Residencia de Larga Estadía San Francisco de Asís durante su vida.

Identificar las relaciones familiares establecidas por la persona mayor perteneciente a la Residencia de Larga Estadía San Francisco de Asís durante su vida.

Describir las diversas manifestaciones de abandono que enfrentan las personas mayores pertenecientes a la Residencia de Larga Estadía San Francisco de Asís de la comuna de El Carmen.

2.5.- SUPUESTOS

Supuesto 1: Las personas mayores que viven en una residencia de larga estadía durante su ciclo de vida mantuvieron una relación cercana con sus familiares la que se fue debilitando debido a factores tales como el deterioro en su estado de salud.

Supuesto 2: Los vínculos afectivos que sostienen las personas mayores que viven en la residencia de larga estadía con sus familias se encuentran debilitados en la actualidad.

Supuesto 3: Las personas mayores que viven en la residencia de larga estadía manifiestan abandono de parte de sus familias, quienes no los visitan acrecentando la soledad y debilitamiento de vínculos sociales en estos, lo que influye en la calidad de vida de las Personas Mayores.

III.- MARCO REFERENCIAL / TEORICO.

3.1.- ANTECEDENTES EMPIRICOS.

La reducción de la natalidad y el incremento de la expectativa de vida, hacen que muchos científicos concentren sus esfuerzos en el campo del envejecimiento. Convirtiéndose en los pioneros en desarrollar estudios en esta área.

Los primeros trabajos que han contribuido a crear la línea del pensamiento en temas de desarrollo y envejecimiento se remontan a finales del siglo XVIII en donde el español Arnaldo de Villanova (1235-1311) escribió el libro “La defensa de la Edad y la recuperación de la juventud”.

En 1922 G.S Hall publico un estudio sobre el envejecimiento titulado “Senescencia”, en 1939 Cowdry publico un libro sobre los problemas del envejecimiento y 1959 Birren publico el primer manual sobre el envejecimiento, centrado en el envejecimiento psicológico y biológico del individuo constituyendo un punto crítico para las ciencias sociales y el comportamiento.

A través de los años surgió la necesidad de seguir investigando las diferentes áreas relacionadas a las personas mayores, es así como en 1975 en Europa se identifica por primera vez, en la revista científica británica, el maltrato hacia las personas mayores, donde se publico el artículo denominado “abuelita golpeada”, a partir de esta publicación crece el interés por investigar sobre el tema, lo que provoco que el maltrato y sus diversas manifestaciones se convirtiera en un fenómeno con relevancia a nivel mundial.

La preocupación por el fenómeno del maltrato en las personas mayores se ha incrementado en los últimos años, el crecimiento de la proporción de personas mayores ha influido en el surgimiento de mayor conciencia de parte de la población, que se dará en los próximos decenios a nivel mundial. Según las

predicciones, en el año 2025 la población mundial de 60 años o más aumentará a más del doble, de 542 millones en 1995 a cerca de 1.200 millones¹.

La investigación sobre malos tratos en personas mayores se inició hace tres décadas, centrando su atención principalmente en; maltrato físico, sexual, psicológico, económico, abuso y negligencia, abandono y soledad, maltrato estructural, entre otros.

Por lo relatado en el apartado anterior, se ha dificultado encontrar estudios científicos relacionados solamente con la temática central de esta investigación que es el abandono, por lo tanto los estudios y publicaciones que a continuación se darán conocer están vinculados al maltrato en su forma global.

A continuación se darán a conocer algunos estudios existentes sobre el maltrato y soledad hacia las Personas Mayores.

Dentro de los países que han investigado de forma continua sobre el maltrato hacia Personas Mayores encontramos a los siguientes:

En España el reconocimiento de malos tratos hacia las Personas Mayores, se inició en 1990, en un Congreso realizado en Toledo (Marín, 1990). En 1995 se celebró un simposium (Peralta y Riera). En 1995 en Almería se realizó la Primera “Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado”.

Según datos obtenidos en la “encuesta de soledad” realizada en España y presentada por el IMSERSO en 1998, entre sus principales resultados se sostuvo que los mayores viven en general con su parejas, manteniendo relaciones diarias con familiares, vecinos y amigos. Además, aproximadamente un 10% del total de mayores vive con sus hijos u otros familiares, y un 15% viven solos. La mayoría de los mayores que viven solos son mujeres y sus hijos viven cerca de su casa, manteniendo con ellos contactos frecuentes, tanto en persona como telefónicos, además de disfrutar de visitas de nietos y otros familiares. A estas visitas se suman las relaciones diarias con amigos, con vecinos y con otros mayores

¹ OMS, Organización Panamericana de la Salud, El maltrato de las personas mayores, http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_5.pdf

pertenecientes a alguna asociación. De todas formas y aun considerando que vivir solo es una opción personal, también se trata en muchos casos de una obligación derivada de las circunstancias personales y familiares.

Siguiendo con España en el año 2008 el observatorio de personas mayores realizó un estudio cualitativo sobre “La Soledad en las Personas Mayores: Influencias personales, Familiares y Sociales.” Con la finalidad de investigar los factores que influyen en la soledad de las personas mayores, en un ámbito que abarca el terreno personal, familiar y social desde una metodología cualitativa que permite extraer del discurso de las propias personas mayores los sentimientos impresos en el consciente y en el subconsciente, tomando como elementos primordiales de partida el impacto que produce en la vida cotidiana la jubilación y la pérdida del cónyuge.

En Latinoamérica, aunque todavía de manera insuficiente, en algunos países de la región se han ido generando instancias, mecanismos y registros que intentan detectar la frecuencia e incidencia de maltrato contra las Personas Mayores. Sin embargo, se trata de fuentes muy diversas, con mediciones no siempre rigurosas, son sobre todo locales y usan diversidad de conceptos y tipologías, por lo que no es posible comparar ni agregar resultados. Aun no existe un estudio nacional de incidencia y frecuencia en los países de América Latina.

En Argentina (Aguas y otros, 1995,1996) una investigación acerca de la “percepción de malos tratos en la vejez”, mediante un cuestionario de preguntas abiertas y semi cerradas realizada a 203 Personas Mayores residentes de tres diferentes lugares del país. Arroja que el 74,4% reconocía lo que era maltrato, al que identificaban como insultos, faltas de respeto, indiferencia, negligencia. El 42,2% mencionó haber sido objeto de maltrato alguna vez, siendo el tipo psicológico el que prevalece.

En Cuba en 1998 se realizó un estudio con 200 Personas Mayores del medio rural, entre las cuales se identificó la existencia de maltrato directo en un 34%. El tipo de agresión predominante fue psicológica. La conducta asumida por las Personas Mayores ante los incidentes de agresión fue pasiva o indiferente.

Manifestaron su deseo de que se divulgue el maltrato a través de los medios de comunicación social y de los médicos y enfermeras de la familia. Similar estudio se realizó en el medio urbano en el mismo año. Con una muestra de 70 sujetos, mostró un 38,6% de maltrato, predominando el psicológico.

En México (Márquez, Riquert y Aracena, 2002) se realizó un estudio exploratorio sobre la base de una muestra de 3.600 hogares de los municipios de Cuernavaca, Hermosillo y Villahermosa, con el fin de establecer si hay predominio de la violencia familiar contra las Personas Mayores. Los datos arrojan una frecuencia de 8,2% de maltrato. El tipo más frecuente fue el psicológico (al 50% le han gritado; al 22,2% lo han amenazado; al 11% lo han insultado).

En Chile, como en otros países latinoamericanos, la investigación en esta temática recién está comenzando, sin embargo se reconoce de parte de las autoridades la existencia de este problema social.

SENAMA, realizó un estudio en el año 2009 titulado "las personas mayores en Chile: situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez" en uno de sus apartados definieron los factores que influyen para que exista el maltrato al interior de la familia: entre los que mencionaron: el miedo a ser conceptuados como merecedores del abuso, el miedo a perder el poco afecto al cual pueden acceder y el miedo a la venganza por exponerse a otra situación que pueda ser peor. El perfil es, en general, el de una persona muy sola y aislada, con escasas alternativas de acceder a una realidad mejor.

El estudio realizado por Quiroga y otros en 1994, en una muestra representativa de 294 Personas Mayores estratificadas por edad, nivel socioeconómico y educativo, la mayor frecuencia de maltrato (46,9%) se da entre los 65 y 69 años de edad.

También en Chile, otra investigación corresponde a un estudio exploratorio realizado por la Asistente Social y Gerontóloga Jenny Lowick R., a partir de una muestra de Mujeres Mayores, participantes del Proyecto Adulto Mayor C.E.C. de la Municipalidad de Renca, en el año 1998. En donde se demostró que el 34,2%

de las Mujeres Mayores estaba siendo objeto de uno o más tipos de maltrato, afectando en una proporción más alta a aquellas de 65 a 74 años.

3.2.- ANTECEDENTES CONCEPTUALES.

Con el propósito de entregar un soporte teórico al estudio es preciso considerar algunas nociones y antecedentes relevantes, relacionados con la problemática del abandono en personas mayores.

A continuación se mencionan aquellos conceptos relevantes considerados para la investigación.

3.2.1.- DEFINICIONES SOBRE VEJEZ.

La vejez es un fenómeno natural que se refiere a los cambios que ocurren a través del ciclo de la vida y que resultan en diferencias entre las generaciones jóvenes y las viejas.

La vejez es un hecho biológico y una construcción social. Durante este período en el ciclo de vida de la persona se producen numerosos cambios, estos cambios son en parte determinados por el ambiente social y cultural en el cual está inmersa la persona mayor.

La determinación histórico – social de la vejez se expresa no sólo a nivel individual en la personalidad de cada ser humano, sino también a nivel social. La sociedad la asigna un lugar a este segmento de la población, le atribuye cualidades específicas en sus representaciones y le brinda o niega espacios sociales.

No ha sido fácil formular una definición de la vejez que sea satisfactoria, porque es posible definirla situándose en diversos puntos de vista según el campo en que esté inserto quien la defina, tales como la biología, medicina, psicología, sociología, trabajo social, entre otras. Han sido muchos los autores que han ofrecido definiciones sobre la vejez y el envejecimiento, algunas de éstas pueden ser:

- Handler (1960) definió: “envejecer es el deterioro de un organismo maduro resultante, esencialmente de cambios irreversibles, intrínsecos a todos los miembros de una especie, en dependencia con el tiempo, tal que con el paso del tiempo, se verían incapaces de forma creciente, para asimilar los factores del medio, incrementando de esta forma la probabilidad de muerte”².
- Una definición que se desprende de la gerontología en su estado actual es: “la vejez es el estado de una persona que, por razón de su crecimiento en edad, sufre una decadencia biológica de su organismo y un receso de su participación social”³.
- Carmen Delia Sánchez (1995), considera el envejecimiento como “un proceso biológico, individual, longitudinal, continuo e irreversible, de cambios a ritmo variable que comienza en la concepción y termina en la muerte, cuyos aspectos fundamentales son de orden biofísico, psicológico y social”.

² SAEZ, Narciso, VEGA, José Luis. Acción Socio- educativa en la Tercera Edad. Ediciones CEAC S.A. Barcelona. 1989.

³ LAFOREST, Jacques. Introducción a la Gerontología; El Arte de Envejecer. Editorial Herder. Barcelona. 1991.

3.2.2.- DEFINICIONES SOBRE EL TIPO DE ENVEJECIMIENTO.

El envejecimiento es un proceso de cambios y transformaciones, que se presenta en forma gradual en distintos niveles del individuo, estos son a nivel biológico, psicológico y social, para tener una mejor comprensión del envejecimiento en estos niveles, a continuación se hará referencia a ellos.

a) Envejecimiento Biológico:

Se refiere a los cambios físicos que reducen la eficiencia del sistema de órganos del cuerpo, tales como pulmones, corazón o sistema circulatorio. La causa principal del envejecimiento biológico es la declinación en la duplicación de células según el organismo envejece cronológicamente. Otro factor es la pérdida de cierto tipo de células que no se reproducen.

Según (Strehler, 1977) lo que distingue al envejecimiento de otros procesos biológicos es que el envejecimiento físico llega gradualmente desde dentro del organismo en lugar del ambiente externo. Además, tiene un efecto negativo en el funcionamiento físico y es universal, ya que los cambios físicos acontecen en todas las personas

b) Envejecimiento Psicológico:

Trata de los cambios que ocurren en los procesos sensoriales y perceptuales, funcionamiento mental (ejemplo: memoria, aprendizaje e inteligencia), la personalidad, los impulsos, emociones y las motivaciones. La edad cronológica, fisiológica y psicológica raramente coinciden y esto añade una dimensión que acentúa las diferencias entre los individuos en cuanto al fenómeno de envejecimiento.

El envejecimiento cognitivo se refiere a una disminución de las habilidades para asimilar información nueva y la dificultad en aprender nuevas conductas. El envejecimiento afectivo se refiere a la reducción en las

capacidades de adaptación del individuo en relación al ambiente cambiante. Esto varía de persona a persona, no ocurre a cierta edad o tiempo en las personas.

c) Envejecimiento Social:

La dimensión sociológica del envejecimiento se vincula a la sociedad en que ocurre este proceso, la influencia que la sociedad ejerce en las personas según envejecen y el poder que a su vez, éstas tienen en la sociedad.

El envejecimiento social se refiere a los hábitos sociales, roles que van cambiando y a las relaciones sociales, sean éstas relaciones con familiares y amigos, relaciones del trabajo y/o en organizaciones de tipo religioso, recreativo y grupos políticos. Según las personas envejecen cronológica, biológica y psicológicamente, sus funciones y relaciones sociales también se alteran. Usualmente la persona experimenta una reducción en sus interacciones sociales importantes. El medio social, el cual varía considerablemente, determina el significado de la vejez para una persona y si esa experiencia de envejecer será positiva o negativa.

Cada una de las dimensiones biológica, psicológica y social, están interrelacionadas entre sí en la vida de las personas mayores.

3.2.3.- CONCEPTUALIZACION SOBRE MALTRATO, ABANDONO, NEGLIGENCIA Y SOLEDAD EN LAS PERSONAS MAYORES.

Si bien la temática central de esta investigación es el abandono, se considero necesario contextualizar la temática, siendo el abandono considerado un tipo de maltrato.

El maltrato a las Personas Mayores es un grave problema social, con raíces culturales y psicológicas. Sin importar el nivel económico y educativo de quien lo ejerce o lo padece. El maltrato vulnera los derechos fundamentales de las personas, por eso es un problema de todos. Durante la década de los 80 se han utilizado muchas definiciones de negligencia y el maltrato hacia las personas mayores, en general las investigaciones publicadas ponen de manifiesto que el problema de alcanzar acuerdos sobre la definición de malos tratos a personas mayores está plagado de dificultades y el reconocimiento generalizado de que carecen de claridad y precisión.

A continuación se darán a conocer algunas definiciones de maltrato:

Las primeras definiciones de malos tratos se referían a necesidades no atendidas de una Persona Mayor. De alguna manera este razonamiento proviene de los estudios acerca de la situación de necesidad que afectaba a los más marginados, dentro de los cuales se encontraban las Personas Mayores. Dada su amplitud, el concepto fue abandonado rápidamente ya que podía referirse a muchas y diversas necesidades de las Personas Mayores que aún, a la fecha, no han sido atendidas.

En la década de los 90 el concepto se ha ido acotando, dentro de las muchas definiciones, algunas lograron tener gran aceptación entre los investigadores y personal a cargo de las Personas mayores. La autora Jenny

Lowick – Russell Avalos⁴ cita las siguientes definiciones de maltrato a hacia las Personas Mayores.

Una definición es la siguiente: “ El maltrato se puede definir como aquellas situaciones no accidentales en los cuales un anciano sufre daños físicos, de privación de sus necesidades básicas o daños psíquicos como resultado de un acto o una omisión por parte de quienes deben cuidarle” (Valentine y Cash,1986; Milner, 1990.)

El maltrato a las personas mayores es definido por Rosalie Wolf en 1991 como " una conducta destructiva la cual es dirigida a una persona mayor, ocurre en el contexto de una relación de confianza y es de suficiente intensidad y/o frecuencia para producir daño físico, psicológico, social, y/o efectos financieros de innecesario sufrimiento, heridas, dolor, pérdida y/o violación de los derechos humanos y disminución de la calidad de vida para el adulto mayor".

Actualmente la definición que se utiliza es “El maltrato a las Personas Mayores es un acto único, reiterado o una omisión que causa daño o aflicción a una Persona Mayor y que se produce en cualquier relación donde exista una expectativa de confianza”. El concepto implica que el daño o aflicción que se le provoca a una Persona Mayor afecta “Su bienestar e impide que la persona ejerza su derecho de ser tratada con respeto” (Action on Elder Abuse, 1995). En definitiva, la violencia contra las Personas Mayores debe ser tratada en forma amplia, con una perspectiva que va desde lo epidemiológico hasta los derechos humanos⁵.

Se debe mencionar que existen distintos tipos de maltratos hacia las personas mayores entre los que se encuentran y se consideran relevantes para la investigación los siguientes:

⁴ Jenny Lowick – Russell Avalos, Maltrato en la Vejez. Op. Cit. Pág.17.

⁵ CEPAL, CELADE, OPS, UNFPA, OIT, BID, La Situación de las Personas Mayores. Op. Cit. Pág.222.

A) DEFINICIONES DE NEGLIGENCIA.

La negligencia constituye una frecuente manifestación de maltrato a las Personas Mayores, ya sea en el contexto familiar o institucional. Es por ello que se dan a conocer algunas definiciones que expliquen dicho concepto.

La negligencia es definida como “el rechazo o fracaso de cumplimentar cualquier parte de las obligaciones o responsabilidades por parte de la persona hacia la Persona Mayor”⁶.

Otra definición postula que la negligencia “Es no atender las necesidades de las personas de edad, tanto a nivel físico, psíquico, afectivo como espiritual” (Beauchemin J.P, 1990)⁷.

B) DEFINICIONES SOBRE EL ABANDONO Y LA SOLEDAD.

Montero, López y Sánchez Sosa, 2001 han conceptualizado la soledad como mecanismo de retroalimentación que tiene como función adaptativa informar a la persona de la cantidad y calidad de las interacciones sociales recibidas.

Para este estudio se utilizara la definición de soledad de (Montero, López y Sánchez Sosa, 2001) *“como fenómeno multidimensional psicológico potencialmente estresante; resultado de carencias afectivas, sociales y/o físicas, reales o percibidas, que tiene un impacto diferencial sobre la salud psicológica y física de la persona”*

De acuerdo al SENAMA el abandono se produce cuando cualquier persona o institución no asume la responsabilidad que le corresponde en el cuidado

⁶ Quiroga, Pilar y Rohde, Gustav, Psicogeriatría, Bases Conceptuales. Clínica y Terapéutica Integral. Op. Cit. Pág.403.

⁷ Jenny Lowick – Russell Avalos, Maltrato en la Vejez. Op. Cit. Pág.16.

del adulto mayor, o que habiendo asumido el cuidado o custodia de una persona mayor lo desampara de manera voluntaria.

3.2.4.- CONCEPTUALIZACION RESIDENCIA DE LARGA ESTADÍA.

Según el decreto N° 14, publicado en 2010, por el MINSAL se considera como Establecimiento de larga estadía⁸ para personas mayores a aquel en que residen mayores que por motivos biológicos, psicológicos o sociales, requieren de un medio ambiente protegido y cuidados diferenciados para la mantención de su salud y funcionalidad, el cual cuenta con autorización para funcionar en esa calidad otorgada por la Secretaría Regional Ministerial de Salud competente del lugar en que se encuentra ubicado.

⁸ Reglamento de Establecimiento de Larga Estadía para Adultos Mayores, Decreto 14 publicado en Diario Oficial en Agosto 2010.

3.3.- ANTECEDENTES TEORICOS.

3.3.1.- ANTECEDENTES DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO.

Con el fin de contextualizar la situación actual del envejecimiento tanto a nivel mundial como en el país, se debe explicitar que según (Sánchez, 2000), envejecimiento será aquel “fenómeno natural que se refiere a los cambios que ocurren a través del ciclo de la vida y que resultan en diferencias entre las generaciones jóvenes y viejas.”

Los cambios demográficos ocurridos en los últimos años se insertan en el denominado proceso de transición demográfica, concepto que tiene su origen en el intento de explicar la relación entre los cambios demográficos y los cambios socioeconómicos en Europa durante el siglo XVIII, su uso se ha extendido hasta el presente, tanto porque se refiere a procesos demográficos identificables aun en diferentes situaciones históricas, como por el hecho de que constituye una propuesta -siempre vigente- de explicación de la dinámica demográfica a la luz de sus interrelaciones con los factores sociales, económicos y culturales (Zabala de Cosío, 1992).

La transición demográfica ha sido descrita como un proceso de larga duración, que transcurre entre dos situaciones o regímenes extremos: uno, inicial, de bajo crecimiento demográfico con altas tasas de mortalidad y fecundidad, y otro, final, de bajo crecimiento pero con niveles también bajos en las respectivas tasas. Entre ambas situaciones de equilibrio se pueden identificar dos momentos principales. El primero, en el que la tasa de crecimiento de la población aumenta como consecuencia del descenso de la mortalidad, y el segundo, en el que dicho crecimiento disminuye, debido al descenso posterior de la fecundidad. En qué magnitud y a qué velocidad cambia la tasa de crecimiento, dependerá de la velocidad y del momento en que comienzan a descender la mortalidad y la fecundidad (Chesnais, 1986).

En el marco de este esquema tradicional, América Latina se encuentra, como señalaron Chackiel y Martínez (1993), "transitando la fase de disminución

de la fecundidad, que se ha producido en forma rápida, después de haber experimentado cambios importantes en la mortalidad desde antes de la segunda mitad del siglo -aunque todavía con un amplio margen de posible reducción-, con el resultado de una tasa de crecimiento en descenso".

La transición demográfica es, sin embargo, un proceso complejo, y los países difieren en cuanto al momento de inicio y al ritmo de los cambios en la fecundidad y la mortalidad.

Por su contribución para comprender la situación de América Latina, se ha adoptado la tipología elaborada en CELADE (1992), que indica las etapas de la transición demográfica en que se encuentran los países, a continuación se indican:

- Grupo I. Transición incipiente: son países con alta natalidad y mortalidad, con un crecimiento natural moderado, del orden de 2.5%. Los países de este grupo son Bolivia y Haití que, por su elevada fecundidad, tienen una estructura por edades muy joven y una alta relación de dependencia.
- Grupo II. Transición moderada: son países de alta natalidad, pero cuya mortalidad ya puede calificarse de moderada. Por este motivo su crecimiento natural es todavía elevado, cercano al 3%. Los países de este grupo son El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay. El descenso de la mortalidad, sobre todo durante el primer año de vida, se ha traducido en un rejuvenecimiento de la estructura por edades, lo que también lleva a una elevada relación de dependencia.
- Grupo III. En plena transición: son países con natalidad moderada y mortalidad moderada o baja, lo que determina un crecimiento natural moderado cercano al 2%. Los países de este grupo son: Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Perú, República Dominicana y Venezuela, y en el Caribe, Guyana, Suriname y Trinidad y

Tabago. Como el descenso de la fecundidad es reciente la estructura por edades se mantiene todavía relativamente joven, aun cuando ya ha disminuido la relación de dependencia.

- Grupo IV. Transición avanzada: estos son países con natalidad y mortalidad moderada o baja, lo que se traduce en un crecimiento natural bajo, del orden del 1%. Los países de este grupo son: Argentina, Chile, Cuba y Uruguay, y en el Caribe, Bahamas, Barbados, Guadalupe, Jamaica, Martinica y Puerto Rico. Entre éstos se pueden distinguir dos subgrupos: los que han tenido fecundidad y mortalidad bajas por un largo período (Argentina, Uruguay y, en menor medida, Cuba) y que, por lo tanto, tienen un crecimiento y una estructura de edades similares a los de países desarrollados, y los que, si bien recientemente han alcanzado tasas muy bajas de fecundidad y mortalidad, tienen aún tasas de crecimiento más elevadas debido a su población relativamente joven.

Asimismo Ron Lesthaeghe y D.J. van de Kaa (1986) acuña el termino de la Segunda Transición Demográfica para referirse a los patrones de cambio en la constitución y reproducción de las familias después de la segunda guerra mundial. Esta segunda transición demográfica se caracterizaría principalmente por:

- Nivel de fecundidad inferior al nivel de reemplazo (el estándar en el nivel de reemplazo es de 2,1 hijos por mujer en el modelo de transición demográfica, no así en el modelo de la revolución reproductiva que puede ser claramente inferior).
- Incremento de la soltería
- Alargamiento en la etapa previa a la formación de la familia.
- Postergación del primer hijo
- Expansión de las uniones consensuales (parejas de hecho)
- Expansión de los nacimientos fuera del matrimonio
- Alza de las rupturas matrimoniales (separación y divorcio)
- Diversificación de las modalidades de estructura familiar

- Uso generalizado de los métodos anticonceptivos antes de la maternidad en la primera transición demográfica la anticoncepción se utilizaba después del nacimiento de los primeros hijos.

Si en la teoría de la transición demográfica se trata de las variables de fecundidad y mortalidad, en este modelo de la segunda transición demográfica se valoran, en un escenario de estabilidad de la fecundidad y mortalidad, las transformaciones profundas en materia de nupcialidad, calendario de fecundidad y sistemas de consolidación familiar.

Es así, como dos de los cambios demográficos más extraordinarios y significativos ocurridos en el universo contemporáneo han sido el aumento en el número, así como en la proporción de personas de 65 años o más en relación a la población total. 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 todos 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.

Las proyecciones de población para este grupo de edad en el siglo XXI son de un crecimiento acelerado, se proyecta un incremento mundial de la proporción del grupo de población definido como personas de edad del 10% en 1998 al 15% en 2025. Este aumento será más notable y más rápido en los países en desarrollo, en los que se prevee que la población de edad se cuadruplicará en los próximos 50 años. Por tanto, se espera un aumento considerable en su tamaño y en la proporción que representa de la población total. Cabe destacar, sin embargo, que estas proyecciones advierten un crecimiento poblacional más acelerado en los países en vías de desarrollo que el esperado en los más desarrollados.

De las tres grandes regiones geográficas del mundo en desarrollo, a saber: Asia, África y América Latina, la primera se proyecta como la región geográfica que experimentará el mayor crecimiento de personas mayores, seguida de América Latina y por último África. En Asia y América Latina, la proporción del grupo clasificado como personas de edad aumentará del 8% al 15% entre 1998 y 2025, mientras que en África se prevé que esa proporción aumente sólo del 5% al 6% durante ese período, y que después se duplique para el año 2050. En el África el porcentaje llegará a la mitad de ese nivel.

En Europa y América del Norte, entre 1998 y 2025 la proporción de población clasificada como personas de edad aumentará del 20% al 28% y del 16% al 26%, respectivamente.

La edad promedio de la población de América Latina y el Caribe casi se duplicará entre 1950 y 2050. En tan sólo un siglo, los rápidos cambios poblacionales harán que el rostro del continente envejezca y la región deberá afrontar importantes desafíos para adaptarse a una nueva realidad. Según estimaciones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), los mayores incrementos en la edad promedio se materializarán entre 2000 y 2050, pasando de 28 a 40 años durante este período. Del mismo modo, la población de 60 años y más se triplicará en este mismo período, en tanto que la población menor de 15 años pasará de más del 30% del total a menos del 20%. Según la transición demográfica en Chile en el año 2009 alcanzo según la encuesta casen 2009, el 15% de de la población mayor de 60 años equivalente a 2.541.607, siendo considerado en América latina un país con envejecimiento avanzado, se pueden apreciar los datos en la Tabla:

Tabla Nº 1 Evolución de porcentaje de personas mayores a través del tiempo:

1990	1996	2006	2009
10.1%	10.5%	13%	15%

Casen 2009

Las variables demográficas que intervienen en este proceso de envejecimiento son el fuerte descenso de la fecundidad, el incremento de la esperanza de vida, el descenso de la mortalidad y las migraciones.

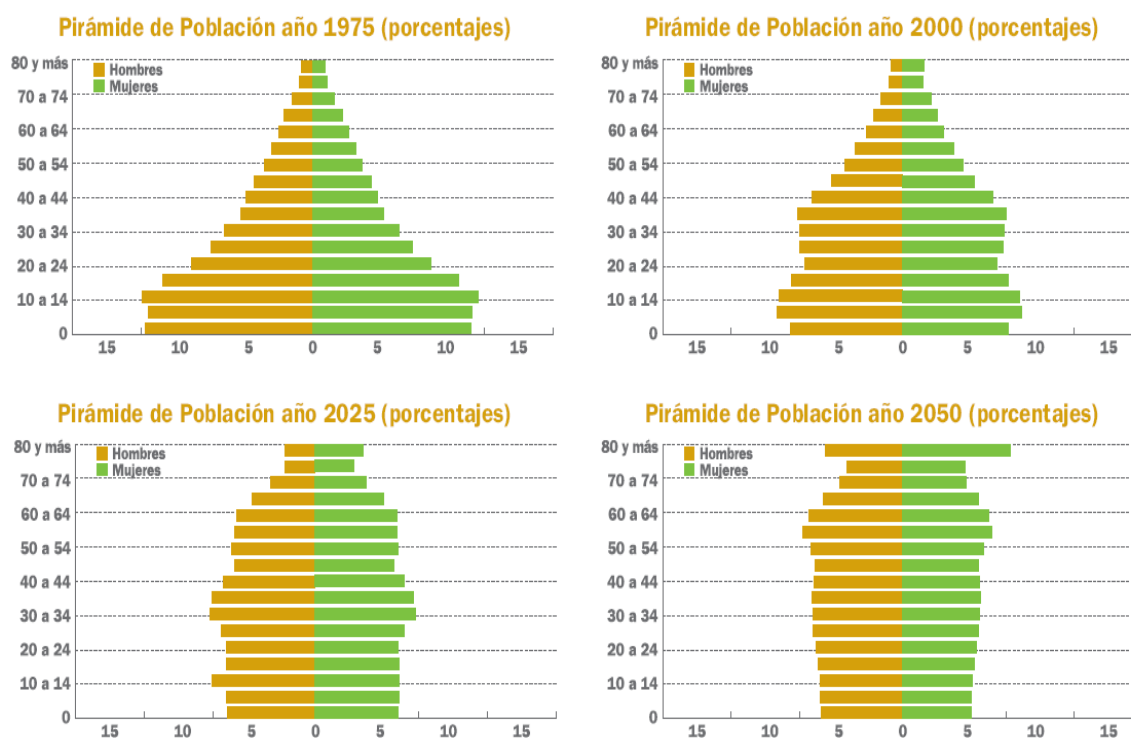
3.3.2.- PROYECCIONES ENVEJECIMIENTO EN CHILE.

Chile se encuentra inserto en el proceso de transición demográfica hacia el envejecimiento de la población, generando indudablemente, un impacto considerable en la sociedad.

Según estimaciones de población realizadas por el Instituto Nacional de estadísticas (2005), la población chilena hacia la mitad del siglo llegará a 20.205.000 habitantes. Hacia el año 2010 la población estimada será de 17.094.000 personas y en el año 2020, aumentará a 17.865.000.

Respecto a la expectativa de vida de las personas en el quinquenio 2045 – 2050 sería para ambos sexos de 82,1; las mujeres con un promedio de edad de 85,4 y los hombres de 79,0 años. Los siguientes datos se pueden observar en el grafico N° 1

Grafico N°1 Comparación de Pirámides Poblacionales 1975, 2000, 2025 y 2050



Fuente: Elaboración propia a partir de datos INE-CEPAL, Observatorio Demográfico N° 3. 2007.

La principal característica que muestra la evolución de la población es la composición por sexo y edad de esta. La distribución de estos grupos de edad ha variado significativamente desde el siglo pasado hasta la actualidad.

En 1950 los menores de 15 años representaban el 36,7% de la población total, los de 15 a 64 eran el 59,0% y los/as mayores/as de 65 alcanzaban al 4,3%. En el año 2005 estos porcentajes son de 24,9%, 67,1% y 7,9% de la población total, respectivamente. Se estima que al final del periodo de la proyección (2050) estos grupos serán: 16,6%, 61,8% y 21,6% lo que supone un sostenido envejecimiento de la población chilena (INE –CEPAL, observatorio Demográfico N°3. 2007)

Otro aspecto interesante de analizar en las proyecciones, es el índice de renovación, el cual representa la dinámica del envejecimiento de la población. Según los estudios, en el año 1950 existían 18,7 personas mayores por cada cien niños, en el 2005 esta relación aumenta a 46,1 y será superior a cien en el año

2025 (103,1). En 2050 alcanzaría a 170,0 personas mayores por cada cien niños, o sea, por cada diez personas mayores habrá solo seis menores de 15 años.

3.3.3.- POLITICAS SOCIALES PARA LA VEJEZ EN CHILE.

a) Sistema de protección social.

Este sistema está dirigido a las personas y a las familias más vulnerables del país, es decir, los/as que están más expuestas a sufrir empobrecimiento o a empeorar sus condiciones de vida si en el núcleo familiar, algún miembro, se ve afectado por alguna enfermedad crónica o discapacidad, por la cesantía del jefe/a de familia, o por la baja escolaridad de los padres.

Este tiene como objetivo⁹ “entregar seguridad a las personas y familias, así como también posibilitar la igualdad de oportunidades a todos los habitantes, independiente de su condición social o económica”. Implementar este sistema involucra el compromiso y esfuerzo de los sectores sociales, públicos y privados, para garantizar el acceso oportuno y pertinente al sector más expuesto.

En la región del Bío-Bío quién está a cargo de implementar este sistema es el Ministerio de Planificación a través de las comunas. El Gobierno de Chile, cuenta con programas destinados a diferentes tipos de familias y personas, para las cuales se transfieren recursos a los municipios.

Este Sistema se inicio a partir del año 2002 con el programa Chile Solidario, en el año 2008 se implemento el programa Chile Crece Contigo, ambos enfocados a las familias vulnerables, personas en situación de calle y personas mayores, finalmente este concluye con la implementación de la Reforma Previsional enfocado a la protección del trabajo y el aumento de

⁹ **Profundizando nuestra política de protección social**, Documento de la ministra de Planificación, Paula Quintana, sobre las políticas sociales del Gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet, http://www.mideplan.gov.cl/index.php?option=com_content&view=article&id=2850&catid=33:noticias&Itemid=50

los ingresos de las personas mayores de 65, cotizantes y no cotizantes con el fin de mejorar su calidad de vida. Se puede visualizar la operatividad de los distintos programas a través del esquema N° 2.

Esquema N°2 Estructura del sistema de Protección Social en región del Bío-Bío



Fuente: MIDEPLAN, Protección Social Bio-Bio año 2009

Finalmente el Sistema de Protección Social a nivel global está pensando e implementado para cubrir las necesidades de las personas durante todo su ciclo de vida, otorgando seguridad y bienestar de las personas y familias.

B) Sistema de protección social y mejora de la calidad de vida en las personas mayores.

La prolongación de la vida humana ha implicado la necesidad de mejorar, desarrollar e invertir en distintas áreas y servicios públicos, enfocándose en Chile en la última década en la creación de políticas públicas para regular, proteger, prevenir, educar y promocionar los derechos de uno de los

grupos etéreos más vulnerables y desvalorizados en la sociedad chilena, las Personas Mayores.

Si bien se ha progresado sustancialmente en la protección y el reconocimiento a nivel social sobre los derechos que tienen las personas mayores aun hay una gran brecha la cual se debe superar.

En el gobierno de la presidenta Michelle Bachelet, se implementaron y crearon distintos programas enfocados a la protección social, superación de la pobreza y a mejorar la calidad de vida de las personas perteneciente al sector más vulnerable en el país, uno de las metas que se impuso a implementar en su gobierno fue el “Proyecto de Reforma Previsional”, en donde se dio énfasis a mejorar el sistema de pensiones solidarias en el cual se aumento la entrega monetaria en la pensión básica de vejez e invalidez y se amplió el perfil de las personas que pueden obtener dicho beneficio.

De lo anterior para mejorar la entrega del beneficio de forma eficiente se creo el Instituto de Previsión Social (IPS) y de los Centros de Atención Previsional Integral, con el fin de atender adecuadamente las necesidades de los chilenos.

A nivel de salud pública, el sistema de salud ha presentado mejoras, ampliando su cobertura y garantizando prestaciones, avalando la accesibilidad y la protección de las Personas Mayores. Se han implementado y diseñado programas especializados y dirigidos para la mantención, funcionalidad y seguimiento de la salud para estas. Dentro de las orientaciones y las acciones de los programas podemos encontrar:

- Brindación de apoyo a las personas que prestan servicios de cuidados a postrados.
- Reglamentación de los Establecimiento de Larga Estadía para personas mayores.
- El sistema presta ciertos componentes de un modelo gerontológico de la atención en salud.

Sobre el acceso al sistema de salud, teniendo como referencia el nivel socioeconómico, según el estudio realizado por la CEPAL a partir de datos del Censo 2002, la mayor parte de la población de 65 años y mas se encuentra en el tramo de FONASA A y B, estos grupos se encuentran en los ingresos más bajos. Dichos datos se pueden apreciar en el Tabla N°3.

Tabla N° 3 Características de las personas de 65 años y más según plan de seguro de salud.

	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	FONASA (no sabe)	FF.AA.	ISAPRES	Particular
Alcance del Plan	25%	36%	6%	9%	3%	6%	7%	6%
Ingreso Promedio	68.368	107.886	155.048	246.436	213.157	252.555	520.149	222.459
Edad Promedio	73,7	73,5	72,8	71,8	74,5	73,6	71	72,4
Personas de 75+	39%	37%	35%	28%	46%	40%	22%	30%
Promedio de años de escolaridad	3,4	5	7,1	9,3	7	8,5	11,6	7,5
Residencia en zonas rurales	36%	17%	5 %	5%	6%	2%	3%	17%

Fuente: "Equidad en la atención médica del Adulto Mayor en Chile". Revistas CEPAL 78, diciembre, 2002.

Con la finalidad de resguardar la accesibilidad al sistema de salud y cobertura financiera, se diseñó el programa de "Acceso Universal de Garantías Explicitas" (AUGE) que tiene por objetivos¹⁰:

- Mejorar los logros sanitarios alcanzados
- Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad.
- Corregir las inequidades en la salud
- Proveer servicios acordes con las expectativas de la población

¹⁰ SENAMA Las Personas Mayores : Situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez, 2009

Con la implementación del programa AUGE se incluyeron una serie de enfermedades y patologías que afectan de forma directa a las Personas Mayores, siendo en la actualidad 69 patologías en total, 44 de las cuales cubren a las personas de 65 años y más.

Dentro de las patologías encontramos:

- Tratamiento Quirúrgico de Cataratas
- Endoprótesis total de cadera en personas de 65 años y más con artrosis de cadera y limitación funcional severa.
- Neumonía Adquirida en la Comunidad de Manejo Ambulatorio en Personas de 65 años y más.
- Salud Oral Integral del Adulto de 60 Años, entre otros

El tratamiento de las patologías anteriormente mencionadas son gratis para los usuarios de la salud pública, sin embargo, el acceso a cirugías o tratamiento de mayor complejidad son engorrosos y largos, lo que puede volver agotados para las Personas Mayores, quienes en algunos casos esperan años para acceder a algún beneficio.

3.3.4.- PROGRAMA DE SALUD DE PERSONAS MAYORES.

Dentro de las políticas públicas en Chile, se cuenta con una orientada a la salud de la Personas Mayores, los objetivos de esta política son¹¹:

- Contribuir a mantener o recuperar la autonomía física, psíquica e intelectual de los mayores, para mejorar su calidad de vida
- Prevenir la mortalidad por causas evitables, contribuyendo de esta manera a prolongar la vida.

¹¹ SENAMA, Las Personas Mayores : Situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez, 2009

El ministerio de salud, para implementar la política de salud, cuenta con un programa de “Salud del Adulto Mayor”, dentro de las acciones que contempla encontramos la Prevención focalizada a realizar controles de forma anual y periódicos, según sea pertinente a cada usuario de 65 años y más. Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM), en el cual, se entrega productos alimenticios de forma gratuita, a los que estén afiliados a FONASA en los grupos A Y B. Vacunaciones anuales contra la influenza (mayores de 60) y Antineumococica (mayores de 75). A su vez contempla la Recuperación en donde se realizan Consultas de morbilidad, consta con un Programa de atención ambulatoria de especialidades, Guías clínicas para trastornos cognitivos y demencias, Unidades de Rehabilitación Integral Comunitaria, Control de salud anual o examen de medicina preventiva.

Gracias a la implementación de este programa, orientado a la salud de las personas mayores, se pudo eliminar el Copago en el sistema de salud público en el año 2006, antes, los beneficiarios debían cubrir entre una 10% y 20% del valor de la prestación.

3.3.5.- ENVEJECIMIENTO Y SALUD.

a) Enfermedades que afectan a las Personas Mayores en Chile.

Las patologías que afectan en mayor medida a las Personas Mayores, son las enfermedades degenerativas, ya que las manifestaciones y sintomatologías en la vejez difieren del resto de la población, ya que, a una avanzada edad, el organismo no responde de igual forma a la amenaza que en una persona más joven, a raíz de lo anterior, la persona mayor puede volverse más dependiente de un tercero.

Dentro de las enfermedades degenerativas podemos encontrar las Cardiovasculares como lo son Hipertensión Arterial, los accidentes vasculares encefálicos (AVE), los infartos, entre otros. La Diabetes Mellitus, problemas osteoarticulares y depresión.

En la tabla N°4 se podrá observar las enfermedades crónicas que afectan en mayor medida a las Personas Mayores.

Tabla N° 4, Enfermedades Crónicas que afectan a las Personas Mayores

Personas Mayores por Enfermedades Crónicas Seleccionadas. EDPM 2009		
Enfermedades Crónicas	Número	Prevalencia en Personas Mayores
Hipertensión Arterial (HPA)	1.044.464	62,1
Diabetes	366.162	21,8
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)	193.713	11,5
Embolia, Derrame, Ataque, Isquemia o Trombosis	64.880	3,8
Depresión	303.237	18,0
Cáncer	63.189	3,7
Osteoporosis	288.975	17,2
Artritis, Artrosis o Problemas en las Articulaciones	259.470	15,4

Fuente: SENAMA, Estudio de Dependencia año 2009

Las enfermedades crónicas con mayor prevalencia en la población estudiada son: Hipertensión Arterial (HTA) con un 62,1%, la Diabetes con un 21,8% y la Depresión con un 18,0%. En el proceso de transición demográfica avanzada hacia el envejecimiento en Chile, es importante tener presente que estas enfermedades afectaran cada vez en forma más recurrente a la población.

Desde la perspectiva de género, desglosada en la tabla N° 5, quienes padecen mayormente de enfermedades crónicas son las mujeres con un 36,3% y los hombres con un 34,7%. 3 de cada 4 personas mayores declaran tener a lo menos una enfermedad crónica.

Tabla Nº 5, Personas Mayores y Nº de Enfermedades Crónicas por Sexo

Personas Mayores y nº de Enfermedades Crónicas que Reporta por Sexo. EDPM 2009						
Nº de Enfermedades Crónicas	Hombre		Mujer		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
0	183.615	32,9	192.126	20,3	375.741	25,0
1	193.746	34,7	342.791	36,3	536.537	35,7
2	108.527	19,5	222.390	23,5	330.917	22,0
3	49.595	8,8	105.946	11,2	155.541	10,4
4	13.549	2,4	53.392	5,6	66.941	4,4
5	6.457	1,1	24.549	2,6	31.005	2,0
6	2.082	0,3	3.984	0,4	6.066	0,4
Total	557.571	100	945.178	100	1.502.748	100
Las enfermedades crónicas consideradas son: HTA, Diabetes, AVE, EPOC, Coronaria, Depresión						

Fuente: SENAMA, Estudio de Dependencia año 2009

El 32,9% de los hombres declara no tener ninguna de las enfermedades crónicas estudiadas, cifra que disminuye al 20,3% en las mujeres.

Si bien en Chile, se han implementado políticas públicas orientadas a la prevención y detección de estas patologías en el sistema de salud, aun hay un gran número de personas mayores que sufren algún tipo de enfermedad crónica y no tiene conocimiento de esta, ya que, no concurren al centro de salud del sector donde viven para realizarse el control anual que es un derecho establecido por ley en el país.

En la población Chilena aún falta educar a las personas sobre el autocuidado que debe tener cada individuo de forma personal y responsable, el llevar una vida saludable es propio de cada persona.

3.3.6.- ENVEJECER Y SER DEPENDIENTES.

Desde el punto de vista biológico, el ciclo de vida se inicia desde la gestación y culmina con la muerte, ningún individuo esta exento de envejecer, el problema radica que a medida que la persona se desarrolla y avanza en la edad se va deteriorando el funcionamiento de los órganos vitales, trayendo consigo la necesidad de solicitar asistencia médica.

Es un hecho que todos los seres humanos envejecen, también es un hecho el fallecer, lo que varia es el cómo o la forma en el que ocurren. Desde la perspectiva biológica según la esperanza de vida en Chile, se puede alcanzar perfectamente la edad de 80 años o más y ser totalmente independiente física y mentalmente, gozando de una buena salud, en el sentido de no sufrir ninguna enfermedad o patología degenerativas, pero no todas las personas tienen la misma "suerte", existen personas mayores que dependen totalmente de terceros y requieren de ciertos tipos de cuidados por parte de estos.

La organización mundial de la salud (OMS) en 1980, definió la dependencia como la disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales. En la comuna El Carmen existen 609 personas mayores que sufren algún tipo de discapacidad física o mental, que les impide desenvolverse en la vida diaria valiéndose por su propia cuenta.

En el año 2009, SENAMA, realizó un estudio para medir la Dependencia de las personas mayores en Chile, como se puede apreciar en la tabla Nº 4, un 24,1% de las personas encuestadas son dependientes.

Tabla Nº 6 Personas Mayores con Dependencia

Personas Mayores con Dependencia. EDPM 2009		
Grupos de Edad	Número	Porcentaje
Dependientes	405.539	24,1
No Dependientes	1.276.792	75,9
Total	1.682.331	100

FUENTE: SENAMA, “Estudio de la dependencia en las personas mayores, año 2009”

Existen distintos grados¹² de Dependencia que es considerada como un continuo desde lo severo hasta lo leve, implicando para las personas mayores la ayuda de un tercero que necesitan para realizar las actividades en la vida cotidiana, siendo los siguientes:

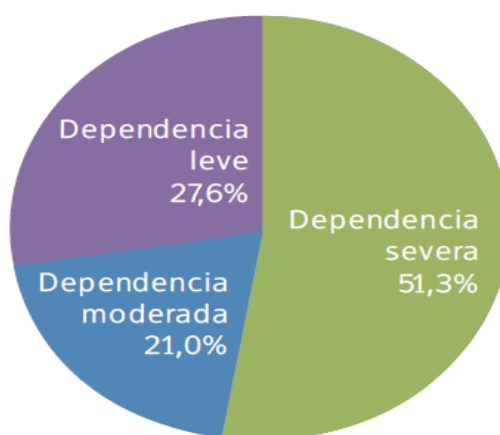
- A) Dependencia severa: son aquellas personas mayores que siempre necesitan ayuda, por ejemplo: individuos postrados, individuos que presentan algún grado de demencia, entre otros.
- B) Dependencia moderada: requieren la necesidad de ayuda humana, en el caso de existir una limitación funcional moderada que la requiera siempre o casi siempre, por ejemplo: necesiten ayuda para bañarse, caminar, alimentarse, administrar su propio dinero, entre otros.
- C) Dependencia leve: es la incapacidad para, por ejemplo, levantarse de la cama, tomar sus propios medicamentos, entre otros.

Lo otro que varía es la forma en la que se envejece lo que esta condicionado por la misma, es decir, al tipo de vida que tuvo, ligado así mismo al ambiente en que el individuo creció, a los factores de riesgos a los que estuvo expuesto, a la alimentación, a la actividad física, entre otros.

¹² SENAMA, “Estudio nacional de la Dependencia en las Personas Mayores”, www.senama.cl

Según el Estudio de Dependencia SENAMA, 2009 del porcentaje que tiene dependencia, el 51,3% tiene dependencia severa, es decir, dependen totalmente de la ayuda de un tercero para poder subsistir y desenvolverse en la vida cotidiana.

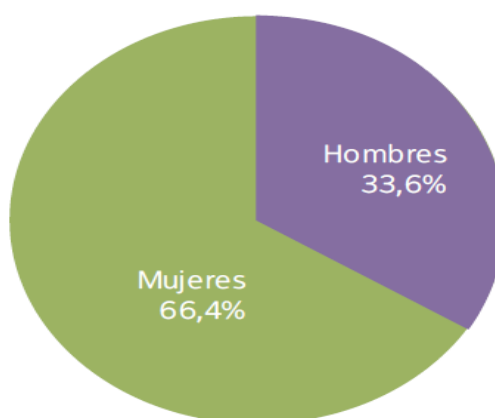
Grafico N° 3 “Distribución de los niveles de Dependencia en las personas Mayores”



FUENTE: SENAMA, “Estudio de la dependencia en las personas mayores” 2009

Existen más mujeres dependientes que hombres. 2 de cada 3 personas mayores con dependencia son mujeres alcanzando el 66,4% , se puede observar en el grafico N°4.

Grafico N° 4 “Distribución por sexo de las personas mayores Dependientes”



FUENTE: SENAMA, “Estudio de la dependencia en las personas mayores” 2009

Independientemente del grado de dependencia que tenga la persona mayor, ser capaz de realizar alguna actividad física básica como poder caminar o bañarse, marca la diferencia en la forma en que perciben la vida cotidiana, ser dependientes de alguien, es un cambio psicosocial y físico que requiere aceptación y adaptación por parte de él, el cual, no de sea ser una carga o molestia para su familia u otros.

3.3.7.- APOYO QUE RECIBEN LAS FAMILIAS QUE TIENEN A SU CUIDADO PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES.

Para poder solventar y aminorar las implicancias de los cuidados de una persona mayor con dependencia en el núcleo familiar, en Chile, se han implementados distintos programas orientados a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación para familiares cuidadores.

El objetivo es mejorar la calidad del cuidado de la persona postrada y aliviar a la familia, disminuyendo la carga del cuidador/a, siendo abordado desde la siguiente perspectiva:

- A) Capacitaciones y apoyo comunitario orientados al cuidado y autocuidado de los cuidadores/as que tienen a su cargo a una persona mayor postrada.
- B) Atención domiciliaria por el equipo de salud del consultorio
- C) Apoyo monetario de un estipendio que consta en dar \$ 20.000 al cuidador que tiene bajo su cuidado a una persona con dependencia severa, dicho beneficio se entrega a través de la red de salud pública.

3.3.8.- INSTITUCIONES DE LARGA ESTADÍA PARA PERSONAS MAYORES EN CHILE.

En Chile, de acuerdo a lo dispuesto en el Reglamento de Establecimientos de Larga Estadía para personas mayores publicado en el diario oficial en el año 2010, se considerara como establecimiento de larga estadía según el artículo 2 a aquel *“en el que residen personas de 60 años o más que, por motivos biológicos, psicológicos o sociales, requieren de un medio ambiente protegido y cuidados diferenciados que allí reciben. Dichos cuidados tienen por objeto la prevención y mantención de su salud, la mantención y estimulación de su funcionalidad y el reforzamiento de sus capacidades remanentes (..)”*

Las Residencias de Larga Estadía para Personas Mayores se pueden clasificar, según un estudio publicado el año 2000 por el observatorio de Personas Mayores, de la siguiente forma:

- a) Tiempo de permanencia y autonomía de los residentes se encuentran:
 - Residencias de permanencia temporal: Que ofrecen una recuperación funcional y psicosocial para de volver a la comunidad individuos recuperados de sus dolencias mediante estancias programadas en el tiempo.
 - Residencias para estancia permanente para validos, persona asistida y mixta: Están destinadas a Personas Mayores dependientes que necesitan un caudal considerable de cuidados.
- b) Objetivos y funciones de la residencias:
 - Preventivas: Buscan mantener la autonomía; las capacidades, evitando o retrasando la aparición o el empeoramiento de trastornos y enfermedades funcionales; los recursos y actividades sociales.

- Rehabilitadoras: Su objetivo es recuperar las capacidades alteradas (sociales, físicas y mentales).
- Terapéuticas: Se dedican a atender en la enfermedad y en la convalecencia.
- Sustitutorias: Dan soporte, ayudan en las funciones alteradas o pérdidas; favorecen e o impulsan las relaciones sociales.
- Paliativas: Buscan disminuir los dolores y sufrimientos tanto físicos como Psíquicos.

c) Según las áreas de atención asistencial:

La concepción que se tiene de las funciones que le compete cumplir a las residencias tiene reflejo en los modelos de organización para la atención asistencial. Según Pérez, F., *et al.* (1995) se deben diferenciar cuatro áreas:

- 1) Área geriátrica: Incluye a todos los pacientes portadores de distintas patologías geriátricas. El objetivo siempre es devolverles a su propio domicilio, si ello es posible.
- 2) Área psicogeriátrica: Considera que la incidencia de patologías psicogeriátricas justifica la necesidad de un área específica.
- 3) Área de cuidados paliativos: El autor dice que *“si en un grupo etario tienen razón de ser los cuidados paliativos, éste es el de nuestros mayores”*. Trae a cuento un aforismo del siglo XV: *“Curar, a veces. Aliviar, a menudo. Cuidar, siempre”*.

- 4) Área de rehabilitación: Afirma que el objetivo inicial de la atención geriátrica es la rehabilitación. Este área estaría interconexionada con las otras tres, dada.

a) Según el tamaño:

- 1) Pisos o viviendas tuteladas: Con capacidad para seis u ocho personas y de carácter familiar.
- 2) Miniresidencias: Con no más de cuarenta cupos.
- 3) Pequeñas residencias: Con capacidad entre cuarenta y cien cupos.
- 4) Medianas residencias: Con capacidad entre cien y doscientos cupos.
- 5) Grandes residencias: Con capacidad superior a doscientos cupos.

3.3.9.- RESIDENCIAS DE LARGA ESTADIA EN LA PROVINCIA DE ÑUBLE.

a) CARACTERIZACION DISTRIBUCION RESIDENCIAS DE LARGA ESTADIA DE LA PROVINCIA DE ÑUBLE.

En la provincia de Ñuble existen 30 residencias de larga estadía de las cuales solo 20 cuentan con la autorización del Servicio de Salud Ñuble.

TABLA Nº 7 Distribución de Residencias de Larga Estadía, por Comuna, Provincia de Ñuble, 20010

	Nombre	Comuna
Autorizadas		
1	Corazón de María	Coihueco
2	G.H. Quirihue	Quirihue
3	San Francisco de Asís	El Carmen
4	Bergen	Chillan
5	Las Amapolas	Chillan
6	Las Acacias	Chillan
7	J.A. Gómez	Chillan
8	Jesús de Nazareth	Pinto
9	San José	Ranquil
10	N. Sra de la Merced	Yungay
11	Catedral	Chillan
12	Divina Providencia	Coelemu
13	L. de la Fuente	San Gregorio
14	Las Margaritas	Chillan
15	Andalué	Chillan
16	Vilmany	Chillan
17	Jardin en el Edén	Chillan
18	Santa Emilia	Chillan
19	Bello Amanecer	Chillan

20	Las Carmelitas	Chillan Viejo
No Autorizadas		
21	A.Ebensperger	Santa Clara
22	San Ignacio	San Ignacio
23	San Miguel	Portezuelo
24	San Juan Bautista	San Carlos
25	Bersalles	Chillan
26	Buen Pastor I	San Carlos
27	Buen Pastor II	Chillan
28	Pasitos Lentos	Chillan
29	San José	San Carlos
30	Sueños Dorados	San Carlos

Elaboración: Autoras

b) RESIDENCIA DE LARGA ESTADIA “SAN FRANCISCO DE ASIS” DE LA COMUNA DE EL CARMEN.

En la Comuna de El Carmen existe una Residencia de Larga Estadía la que se rige bajo los artículos del reglamento, fue fundada en el año 1990 recibió el nombre San Francisco de Asís, se creó con el objetivo básico de “Proteger y servir a los ancianos abandonados de El Carmen, procurando un lugar donde acogerlos”. Hasta la fecha la Residencia de Larga Estadía, San Francisco de Asís, acoge a 24 personas mayores bajo su cuidado, cuyas edades fluctúan entre los 60 y 97 años, cabe destacar que la residencia proporciona los cuidados básicos necesarios que requiere cada residente, trabajando en conjunto con entidades públicas que apoyen sus gestión.

PRIMER LOCAL: Bajo la resolución N° 714 22-05-91, el Servicio Salud Ñuble, por gestión de la Hna. María Cortés, cedió en Comodato Indefinido el local del hospital de El Carmen había ocupado hasta la fecha por traslado a sus nuevas instalaciones.

DEPENDENCIAS ACTUALES: El 10 de abril de 1991 la Sra. Matilde Chavarría Herrera transfiere en carácter de donación a la Parroquia de El Carmen un predio de 1.148 m² con la finalidad que se construya en el una residencia de larga estadía para personas mayores.

El 12 de mayo del año 2000 la parroquia de El Carmen entrega al Hogar de Ancianos San Francisco de Asís en Comodato indefinido la propiedad mencionada en el punto anterior para que “se construya allí el edificio del hogar y acoja a los abuelos y ancianos de la comuna como su Casa Hogar”

En enero del año 2001 se integra al Directorio la Srta. Miho Nosué, nutricionista de intercambio con Japón, quien inicia los contactos con la Embajada de Japón en Chile solicitando los aportes para la construcción de un local definitivo. De esta forma la Embajada de Japón hace un aporte equivalente aproximadamente al 70 % del costo total de la obra, el saldo se construye con el aporte de la totalidad de la Comunidad Carmelina.

La inauguración del actual local se realizó el 07 de abril del 2002. La atención de las personas mayores residentes en el Hogar esta a cargo de personal administrativo y cuidadoras capacitadas. La atención médica está a cargo del personal del hospital de El Carmen.

El Objetivo actual es: Obra social con inspiración cristiana sin fines de lucro creado para acoger ancianos más desvalidos pobres y en estado de abandono de nuestra comuna y lugares cercanos, entregándoles una atención integral e individualizada.

Desde su inauguración el hogar ha acogido a 120 adultos mayores

3.3.10.- TRASLADO A UNA RESIDENCIA.

Para muchos cuidadores de personas mayores llega un momento en el que el cuidado que pueden proporcionar a su familiar en casa comienza a parecer insuficiente, en otras ocasiones se da el caso, en que consideran la idea de que sus fuerzas han llegado al límite y que no pueden seguir ejerciendo la tarea del cuidado. Cuando se presentan algunas de estas situaciones, puede llegar el momento de tener que decidir trasladar al familiar a una residencia, ésta es una de las decisiones más difíciles de enfrentar para los cuidadores.

Las razones que llevan a tomar la decisión de trasladar al familiar a una residencia, varían dependiendo de las circunstancias particulares que rodean a cada situación de cuidado. Estas podrían ser las siguientes:

- La persona que cuida se siente sobrecargada y sin fuerzas para continuar afrontando las responsabilidades de los cuidados físicos de su familiar.
- Ningún miembro de la familia ayuda al cuidador principal y existe mucha tensión familiar.
- Surgen complicaciones derivadas de la enfermedad que dificultan el cuidado, y que puede poner incluso en riesgo la vida de la persona cuidada, y que pueden requerir cuidados médicos más específicos.
- El comportamiento de la persona cuidada está muy alterado y es muy perturbador para la vida familiar, como comportamientos agresivos que ponen en riesgo la seguridad de la persona cuidada o de otros miembros de la familia, o problemas de incontinencia que superan la capacidad de enfrentarlo para la persona que cuida.

3.3.11.- LOS CUIDADORES DE PERSONAS MAYORES.

Tradicionalmente la familia es la que asume los cuidados de las personas mayores, cumpliendo con la función de apoyo, seguridad y bienestar. Sin embargo, en la actualidad la familia es insuficiente para cumplir con esta función, por lo que, otros sistemas u organizaciones de la comunidad deben asumir ese rol.

Proporcionar cuidados es un acontecimiento familiar normativo, ocurre en todas las familias en algún momento del ciclo vital familiar. En algunos casos puede conllevar a una carga familiar produciéndose estrés tanto en la familia o en la persona que cuida.

Según (Vega, 1996) “los cuidados que se reciben varían con la edad y la situación de la persona. Durante la vejez, nuevos acontecimientos como la viudedad, la jubilación o la institucionalización, hacen peculiares los cuidados que se recibirse. A ello contribuyen, también, el estado de salud, el bajo nivel de ingresos y de recursos educativos.”

La persona que vive hasta una edad muy avanzada suelen terminar requiriendo en alguna medida ayuda de otros miembros de la familia, amigos o vecinos para distintas actividades de la vida cotidiana. Por otra parte, cada vez va más en aumento la proporción de personas mayores, lo que significa que también irá en aumento la cantidad de personas que requieran ayuda y en consecuencia también aumentarán el número de cuidadores de personas dependientes.

3.3.12.- ABANDONO COMO REFLEJO DE MALTRATO.

Es difícil hablar o escribir sobre el abandono sin considerar la negligencia, para hacer una distinción; se va a hablar de abandono cuando el cuidador familiar no cumple con las responsabilidades del cuidado que requiere las personas mayores por ejemplo: no otorgar los cuidados básicos que requiere ya sea, alimentación, higiene personal, cobijo, entre otros. Se va a hablar de negligencia cuando un profesional (ejemplo: medico, enfermera o el cuidador responsable de una institución geriátrica.) no otorga los cuidados o los servicios que requiere la persona mayor.

Se parte desde la perspectiva en la cual la persona mayor es vulnerable y esta desprotegida, ya que, en la realidad en la que viven refleja inestabilidad en las condiciones de salud, seguridad, economía y bienestar social, además se puede agregar la desvalorización y la discriminación por parte de la población.

Chile es un país que está en vías de envejecimiento según CEPAL (CEPAL/CELADE, 2009) ha sido calificado como un país con envejecimiento avanzado en donde experimentó un rápido descenso de su fecundidad entre los años 1970 y 2000, teniendo como resultado una mayor longevidad en su población, gracias al desarrollo médico, económico y social.

En el país no existen políticas públicas que protejan los derechos de las personas mayores, recién en el presente año, se ha incluido una modificación en la Ley 20.066 de Violencia Intrafamiliar, en la cual, se considerará como víctima de maltrato a las personas mayores.

La norma de ley 20.427 que modifica la 20.066 se publicó el 18 de marzo de 2010, y corrige los siguientes artículos:

"Artículo 1º.- Modifícase la ley N° 20.066, de Violencia Intrafamiliar, en el siguiente sentido:

1) Agrégase en el inciso primero del artículo 3°, a continuación de la palabra "mujer", la frase ", los adultos mayores".

2) Intercálase en el inciso segundo del artículo 5°, a continuación del vocablo "edad", la expresión ", adulto mayor", quedando de la siguiente forma:

“Artículo 5°.- Violencia intrafamiliar. Será constitutivo de violencia intrafamiliar todo maltrato que afecte la vida o la integridad física o psíquica de quien tenga o haya tenido la calidad de cónyuge del ofensor o una relación de convivencia con él; o sea pariente por consanguinidad o por afinidad en toda la línea recta o en la colateral hasta el tercer grado inclusive, del ofensor o de su cónyuge o de su actual conviviente.

También habrá violencia intrafamiliar cuando la conducta referida en el inciso precedente ocurra entre los padres de un hijo común, o recaiga sobre persona menor de edad, adulto mayor o discapacitada que se encuentre bajo el cuidado o dependencia de cualquiera de los integrantes del grupo familiar.”

3) Agrégase, en el inciso tercero del artículo 7°, la siguiente oración final, nueva: "Se considerará especialmente como situación de riesgo inminente el hecho de que un adulto mayor, dueño o poseedor, a cualquier título, de un inmueble que ocupa para residir, sea expulsado de él, relegado a sectores secundarios o se le restrinja o limite su desplazamiento al interior de ese bien raíz, por algunos de los parientes señalados en el artículo 5°."

La modificación de la ley de Violencia Intrafamiliar, es uno de los avances que se ha tenido como país para mejorar la calidad de vida del sector etéreo más vulnerable. Si bien es necesario la inclusión y creación de políticas públicas que prevengan, protejan y regulen el maltrato hacia las personas mayores, también es necesario educar a la población chilena de forma tras-generacional, ha tener respeto y reconocimiento del rol de las personas mayores, como personas

autónomas y competentes para tomar decisiones (salvo que se demuestre lo contrario) y que como Chilenos tienen derechos como todos.

3.3.13.- LA SOLEDAD EN LOS MAYORES.

En la actualidad, los cambios sociales y culturales han hecho que las personas establezcamos relaciones interpersonales de una forma distinta. El debilitamiento de los vínculos familiares, la acentuación del individualismo y la fragmentación de los lazos sociales han llevado a que los individuos se encuentren fundamentalmente solos.

No existe una unanimidad entre los autores sobre su conceptualización de la soledad pudiéndose ser considerada como un constructo unidimensional o multidimensional. La definición más antigua de soledad es la de Sullivan que describe la experiencia de soledad como experiencia desagradable, asociada a carencia de la intimidad interpersonal. Young definió la soledad como la ausencia o percepción de ausencia de relaciones sociales satisfactorias que pueden ser acompañadas por manifestaciones de “distress”. Para Weiss, la soledad es la respuesta ante la ausencia de la provisión de una relación particular. Peplau y Perlman definen soledad como una respuesta a la discrepancia entre las relaciones interpersonales deseadas y las existentes.

El concepto de soledad se podría clasificar en función de la subjetividad-objetividad. Por un lado estaría la soledad objetiva, o aislamiento, que puede ser voluntario, y el impuesto, el no deseado, que obliga a la persona a disminuir sus contactos sociales. Por otro lado está la soledad subjetiva que la que se vivencia, el sentimiento, la percepción de las relaciones sociales.

El sentimiento de soledad puede derivar en dos polos bien diferenciados, por un lado la autopercepción de desadaptación, que suele ir asociada con la pérdida de actividad y aislamiento social, aspectos que pueden desembocar en una serie de trastornos afectivos tales como ansiedad, depresión, etc., y por otro lado, la soledad puede tener una vertiente positiva, ser el móvil que genera una reestructuración adaptativa consistente en la puesta en marcha de estrategias lo suficientemente eficaces para afrontar la soledad con éxito, o incluso obtener rendimiento de la misma.

(Weis, 1973) entiende que este constructo está compuesto por dos dimensiones: Soledad social y soledad emocional. La primera está referida a un déficit en las relaciones sociales, en la red social y en el soporte social, mientras que la soledad emocional indica una carencia de cercanía o intimidad con otro.

Otra distinción que se ha hecho es entre soledad y privacidad. La dimensión que diferencia entre tipos de personas que pueden sentirse solas según la situación de soledad sea percibida como «voluntaria» o «impuesta», recoge la distinción establecida respecto a los efectos positivos o negativos de la soledad.

Existen distintos tipos de soledad a continuación se detallan:

Diferentes autores han identificado distintos tipos de soledad en función del criterio utilizado. Si tenemos en cuenta el criterio de la evaluación subjetiva desde una perspectiva filosófica nos encontraríamos con la *soledad positiva* y la *soledad negativa*. La soledad positiva sería la deseada, aquella que implica privacidad y que necesitan algunas personas en el proceso creativo; la negativa es la impuesta, la no deseada, la que la persona siente que no puede afrontar.

Si consideramos, en cambio, la perspectiva temporal nos encontramos con la propuesta de Young. Young se centró en la duración de la soledad e identificó la *soledad crónica*, la que es permanente durando años y que va asociada a la incapacidad de establecer relaciones sociales satisfactorias; la *soledad situacional* que aparece asociada a situaciones como el fallecimiento de la pareja, familiares o amigos íntimos, la separación, entre otros. y la *soledad transitoria* que aparece ocasionalmente, que se da como cortos episodios en los cuales la persona experimenta la soledad.

Si nos centramos en las evaluaciones subjetivas específicas de las relaciones sociales en las que las personas pueden experimentar soledad

tenemos: *soledad familiar*, *soledad conyugal*, soledad social y soledad existencial.

La soledad surge, entonces, de la tendencia inmanente de todo ser humano a compartir su existencia con otros. Por eso, la soledad se nutre de una sensación de vacío y de la experiencia de una “falta de algo” que se necesita o aparece cuando el sujeto no haya un “otro” afín con el que complementarse.

Todo ser humano tiende al encuentro, a la relación vital y significativa con los demás, para ocupar sus espacios vacantes previstos para el destino de su ser relacional. Cuando la persona comprueba que no puede, que no tiene opción para establecer ese contacto humano que le permite ser quien es y que cualquier persona necesita, entonces aparece la soledad.

La vejez es uno de esos momentos en los que más fácilmente se puede experimentar la soledad. Por definición, esta etapa de la vida va acompañada de una sucesión de pérdidas, como el trabajo, el status social, el cónyuge, algunas capacidades físicas, entre otros, que facilitan la experiencia de 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 de encontrarse sin compañía y la conciencia de deseo de la misma.

En efecto, no es lo mismo estar solo que sentirse solo. Estar solo no es siempre un problema. Todos pasamos tiempo solos y nos viene bien para conseguir ciertos objetivos. A veces deseamos estar solos porque ciertas cosas no pueden hacerse si no es así. Evidentemente, la soledad deseada y conseguida no constituye un problema para las personas, incluidas las personas mayores.

Sentirse solo, en cambio, es algo más complejo y paradójico, ya que puede ocurrir incluso que lo experimentemos estando en compañía. En este sentido, la soledad es una experiencia subjetiva que se produce cuando no estamos satisfechos o cuando nuestras relaciones no son suficientes o no son como esperaríamos que fueran.

(López, 1994) indica los tres tipos de aislamiento y soledad más conocidos:

- la soledad física o habitacional
- la soledad moral
- aislamiento social.

Según el autor, al aislamiento se llega por diferentes factores que dependen de las siguientes variables:

- Factores del comportamiento, tanto de los mayores, que pueden preferirlo a pagar el precio de la relación, como de las familias, que pueden delegar el cuidado a los Servicios Sociales
- Factores sociales, que llevan al aislamiento por la imagen de la vejez como etapa improductiva y desvalorizada; por factores espaciales, siendo un fenómeno preponderantemente urbano¹³; por factores psicológicos, especialmente por el “Síndrome de Diógenes” o actitud de algunas personas mayores que les lleva a aislarse voluntariamente y abandonarse en los autocuidados; y por factores de salud, que generan dependencia, discapacidades y miedo a salir del domicilio.¹⁴

¹³ Cfr. R. RUBIO, M. ALEIXANDRE, *Prevención del aislamiento social en personas mayores*, en “Rev. Espa. Geriatria y Gerontología”, 1997(32), p. 57.

¹⁴ J.J. LÓPEZ, *Aislamiento y soledad en las personas mayores*, en “Razón y Fe”, 1994, p. 33-36.

- Otros autores, añaden factores sensoriomotores, tales como el estado visual, auditivo y locomotor, que, si constituyen carencias, dificultan claramente las relaciones sociales.¹⁵
- No falta tampoco quien habla de “Síndrome de la Soledad” definiéndolo como un estado psicológico que sucede a consecuencia de pérdidas en el sistema de soporte individual, disminución de la participación de las actividades dentro de la sociedad a la que pertenece y sensación de fracaso en su vida.¹⁶

¹⁵ Cfr. J.L. SÁNCHEZ, P. BRAZA, *Aislamiento social y factores físicosensoriales en la depresión geriátrica*, en “Rev. Esp. Geriátria y Gerontología”, 1992, p. 30.

¹⁶ E.A. ALVAREZ, *La amistad en la edad avanzada*, en “Geriátrika”, 1996 (12/6), p.51.

3.3.14.- TEORIAS SOBRE EL ENVEJECIMIENTO.

La gerontología, o el estudio de la vejez comenzó a emerger en la década del 1950, consecuencia de un considerable aumento numérico de la población perteneciente a este rango etareo, lo que conllevó a que la sociedad comenzará a prestar mayor atención a los problemas sociales que afectan a las personas mayores.

En la actualidad no existe una teoría única referente a la vejez, sin embargo, están presentes diversas teorías que vienen a dar repuestas a los distintos aspectos de este fenómeno social.

En esta investigación, se tomara como base, la teoría de la actividad, pues se cree que las Personas Mayores manteniéndose activas, pueden lograr un envejecimiento con éxito, lo que trae consecuencias positivas para la persona mayor quien al sentirse útil, logra una mejor vejez, en el caso contrario al mostrarse pasivos puede conllevar sentimientos de disconformidad con esta etapa, teniendo consecuencias negativas afectando un buen envejecer.

Otra teoría incluida en la investigación, la constituye la Teoría de la Continuidad, pues plantea que las Personas Mayores tienen las mismas necesidades psicológicas y sociológicas que en las anteriores etapas del ciclo vital, admitiendo que pueden darse determinados cambios, para adaptarse a nuevas situaciones, sin embargo, la personalidad tiende a permanecer estable después de la edad adulta y refleja el carácter general de una persona durante toda su vida, no obstante pueden haber ciertos cambios en rasgos de personalidad, pero nunca se trata de un cambio total.

- TEORÍA DE LA ACTIVIDAD

Esta teoría constituye un acercamiento teórico desde el Interaccionismo Simbólico. En la visión interaccionista simbólica de la vejez se argumenta que la interacción de factores, tales como: el ambiente, la persona y sus encuentros sociales, pueden afectar el proceso del envejecimiento.

La teoría de la actividad establece que la imagen propia se vincula a las funciones sociales que la persona desempeña. En la edad avanzada se experimenta una pérdida de funciones sociales por eventos, tales como: el retiro del empleo y la viudez. La teoría propone que para tener un sentido del yo positivo, la persona mayor debe sustituir las funciones sociales que ha perdido en su vejez. Así que, el bienestar en la edad avanzada se alcanzará por la actividad en los papeles sociales recién adquiridos y una buena vejez requiere descubrir nuevas funciones o medios de conservar las antiguas. El supuesto de que es conveniente la actividad en la etapa de la vejez justifica una proposición central subyacente en muchos programas e intervenciones con las personas mayores: que la actividad social es en sí y por sí beneficiosa y produce una mayor satisfacción con la vida.¹⁷

Esta teoría se basa en tres premisas básicas:

- La mayoría de las personas que envejecen, siguen manteniendo niveles constantes de actividad.
- La cantidad de ocupación o desocupación, está influida por los anteriores estilos de vida y por factores socioeconómicos, más que por procesos universales inevitables.
- Para lograr un envejecimiento con éxito, es necesario mantener e incluso, desarrollar, determinados niveles de actividad en las distintas esferas. Física, mental, social, etc.

El envejecimiento con éxito, consiste en ser o en comportarse, como una persona de mediana edad. Evidentemente hay roles que en la senectud se pierden a causa, por ejemplo, de la jubilación, por una mala salud, etc, pero lo importante es saber que esas actividades pueden sustituirse por otras, de manera que el individuo continúe permaneciendo activo.¹⁸

¹⁷ Sánchez, Carmen Delia, Gerontología Social, Op. Cit. Pág.93-95.

¹⁸ Sáez, Narciso, Rubio Ramona, Docil Macuña Agustín, Tratado de Psicogerontología, Promolibro, Valencia España 1996. Pág 111.

En conclusión se entiende que la mayoría de las personas no se desconectan de la sociedad cuando envejecen, y manteniéndose activas estarán más satisfechas con sus vidas y mejor adaptadas a su ambiente social.

- TEORÍA DE LA CONTINUIDAD

La premisa básica de esta teoría es que los individuos en etapas previas de su vida van desarrollando actitudes, valores, metas, hábitos y comportamientos que retiene en mayor grado la vejez. Por lo tanto la vejez no implica un cambio drástico en la vida de las personas, sino que, es una extensión de la vida previa de éstas y difiere sólo en que muestra signos de un declinar en las actividades. A excepción de cambios biológicos y de salud, las personas mayores son igual, y tienen esencialmente las mismas necesidades que en la edad mediana.¹⁹

La teoría de la continuidad se basa en dos supuestos:

- Las personas tienden a mantener su personalidad particular, a través del tiempo.
- La única dimensión interna de la personalidad que cambia con la edad, es la tendencia a experimentar una mayor introversión al reorientar su atención e interés hacia sí mismo.²⁰

Es así como los hábitos, gustos y estilos personales adquiridos y elaborados durante toda la vida, persisten y se mantienen en la vejez. La gente, sea joven o vieja, tiene preferencias y estilos de vida diferentes, además, la personalidad juega un papel fundamental en la adaptación a la vejez.

Una idea central de esta teoría es que las personas de edad mediana y mayor, al hacer nuevas adaptaciones intentan preservar las estrategias

¹⁹ Sánchez, Carmen Delia, Gerontología Social. Op. Cit. Pág.100.

²⁰ Sáez, Narciso, Rubio Ramona, Docil Macuña Agustín, Tratado de Psicogerontología. Op. Cit. Pág.114.

internas y externas existentes, ellas prefieren lograr los nuevos ajustes mediante la continuidad. Por ende, las personas determinan sus propias reglas para una vejez exitosa, en vez de tratar de acomodarse a una norma común.

De modo que la pérdida de funciones sociales o actividades, se puede manejar mediante la consolidación y redistribución de las mismas. Esta teoría se opone a la idea de que las funciones sociales perdidas deben ser reemplazadas. De ahí argumenta que la propia existencia creará ciertas predisposiciones que la persona mantendrá mientras le sea posible. Esto incluye los estilos de vida y las preferencias personales. La continuidad supone una evolución, lo cual permite que se integren cambios en la historia previa de las personas sin causar necesariamente un desequilibrio.²¹

3.3.15.- TEORIAS SOBRE EL MALTRATO A PERSONAS MAYORES.

Aun no existe consenso respecto a las explicaciones teóricas del maltrato a las Personas Mayores, sin embargo, a continuación se expondrá una aproximación de aquellas más relevantes para la investigación:

A) EL MODELO SITUACIONAL.

La premisa básica de este modelo hace referencia a que "...el aumento del estrés, en el posible responsable de maltrato, asociado a ciertos factores situacionales/estructurales, aumenta la probabilidad de que se produzca el maltrato hacia las personas mayores, percibidos como la fuente de estrés...". Las variables situaciones que influirían en el maltrato a personas mayores incluyen:

- Factores relacionados con la persona mayor como, la dependencia emocional y física, mala salud, estado mental deteriorado y personalidad.

²¹ Sánchez, Carmen Delia, Gerontología Social. Op. Cit. Pág.101.

- Factores estructurales como tensiones económicas, aislamiento social y problemas ambientales.
- Factores relacionados con el cuidador como crisis vitales, burnout o agotamiento del cuidador de la persona mayor, problema de abuso de sustancias y experiencias previas con la violencia.

B) TEORÍA DEL INTERCAMBIO SOCIAL

La teoría del Intercambio se concentra principalmente en las pautas de refuerzo, la historia de las recompensas y los costes, que dirigen la actuación de las personas. Lo fundamental, es que las personas continúan haciendo lo que les ha dado recompensa en el pasado. Y a la inversa, dejan de hacer lo que ha sido costoso. Para comprender su conducta es necesario entender la historia individual de las recompensas y los costes.

La teoría del intercambio social está basada en la idea de que la interacción social supone el intercambio de premios y castigos entre al menos dos personas y que todos los individuos buscan maximizar los premios y minimizar los castigos en sus interacciones con los demás. En la mayoría de las relaciones, las personas tienen grados diferentes de acceso a los recursos, y las capacidades diferentes de proporcionar los servicios a otros, lo que hace a algunas personas más poderosas que otras.

Como su nombre lo sugiere, la teoría del intercambio se ocupa no sólo de la conducta individual, sino también de la interacción entre las personas que entrañan un intercambio de recompensas y costes. La premisa es que las interacciones suelen continuar siempre que exista un intercambio de recompensas. Y a la inversa, es menos probable que sigan existiendo las interacciones que son costosas para una o ambas partes actantes²².

²² Ritzer, George, Teoría Sociológica Clásica. Op. Cit. Pág. 81 y 82.

En esta perspectiva, el intercambio social ha definido que, cuando las personas envejecen, ellos se ponen más impotentes, vulnerables y dependientes de sus cuidadores; estas características los ponen en riesgo para el abuso. Las Personas Mayores permanecen sólo en la relación abusiva con tal de que la satisfacción de sus necesidades exceda los costos del maltrato²³.

C) EL INTERACCIONISMO SIMBÓLICO

Una tercera perspectiva teórica formulada para dar explicación al maltrato hacia las Personas Mayores es el “ Interaccionismo simbólico”.

Mead creía que mediante la interacción social llegamos a aprender cual es “nuestro lugar” en el mundo social. Inclusive la identidad de una persona es una creación social. Su intención en esta afirmación era que llegaríamos a conocernos ampliamente contemplando cómo los demás reaccionan hacia nosotros. Para que ocurra todo este aprendizaje social, la comunicación es esencial y toda comunicación humana encierra símbolos. Esto ocurre porque los pensamientos y sentimientos de una persona no son directamente asequibles a los demás. Primero deben ser codificados en símbolos tales como las palabras, los gestos, las expresiones del rostro y los sonidos no lingüísticos que luego los demás pueden interpretar.

El enfoque de la perspectiva interaccionista consiste en que la gente se dirige y responde a otras personas, dependiendo de la forma como ellos interpreten la situación social²⁴.

La interacción social es un proceso entre al menos dos individuos que :

- Ocurre en el tiempo
- Está constituido por fases identificables recurrentes, que están interrelacionadas y secuenciadas de modo flexible, y

²³ Peter Decalmer- Frank Glendenning, El maltrato a las personas Mayores. Op. Cit. Pág. 45.

²⁴ Light, Donald, Sociología , McGraw-Hill, 1991. Pág. 21.

- Requiere de una negociación y renegociación constantes para establecer un “consenso de trabajo” ...acerca del significado simbólico de los encuentros.

Esto tiene que ver con los procesos cognitivos, la adopción e improvisación de roles y su atribución y consolidación, la reciprocidad y la compatibilidad. Cuando se produce un desfase surge la posibilidad de entrar en conflicto y terminar la relación.

En tal contexto, el maltrato a Personas Mayores, puede conceptualizarse como una asunción y un ejercicio inapropiados e inadecuados de los roles²⁵.

²⁵Peter Decalmer- Frank Glendenning, El maltrato a las personas Mayores. Op. Cit. Pág.46.

3.3.16.- CICLO VITAL FAMILIAR Y ENVEJECIMIENTO.

Las familias poseen características socioeconómicas y demográficas que varían a través de las distintas etapas que atraviesan durante su vida, este proceso por el que atraviesan las familias es el denominado Ciclo Vital Familiar, cabe destacar que los elementos claves de este concepto reconocen que: el envejecimiento ocurre desde el nacimiento hasta la muerte, el envejecimiento envuelve procesos sociales, psicológicos y biológicos, las experiencias de la vejez están moldeadas por los factores históricos de los cohortes o generaciones.

Por otra parte, en la actualidad producto de los cambios culturales se han producido modificaciones en el curso normal del estudio de este concepto, comienza a ser frecuente que la secuencia; Matrimonio solo, hijos menores, hijos mayores, nido vacío, familia post jubilación y viudedad, hoy se vea sustituida por estas otras alternativas; cohabitación prematrimonial, soltería reciente, matrimonio estable o matrimonio roto por el divorcio o separación, pareja con hijos o sin ellos por decisión voluntaria, familias nucleares y familias extensas, ancianos autónomos y económicamente independientes de sus hijos, ancianos sin recursos asistidos por sus familias y finalmente ancianos en instituciones o servicios públicos.

En base a las transformaciones experimentadas por la familia a lo largo de su ciclo vital, cada uno de sus miembros y todos en su conjunto deben realizar ajustes para que el paso de una etapa a otra no se vuelva algo problemático, ya que se deja entrever que situaciones inconclusas en etapas anteriores trae como consecuencia problemas en el futuro, lo que lleva a afectar la dinámica familiar.

Las personas mayores que formaron parte del estudio se encuentran en la sexta etapa del ciclo vital, la cual es la “Etapa media y terminal de la familia”. Cronológicamente este periodo inicia en la segunda mitad de la vida de la pareja, su límite inicial se fijado cuando uno de los hijos abandonado el hogar paterno.

A) NIDO VACIO O FAMILIA POST-PATERNAL

Latinoamérica en la actualidad se caracteriza principalmente por su visión tradicional respecto a la familia, la que es vista como la institución base de toda sociedad, teniendo como principal característica la prolongación de los hijos en el hogar, esto debido a factores asociados a la dificultad de encontrar un trabajo estable que les permita mantenerse solos y la creencia de lo duro que será vivir fuera del hogar, lo que lleva a que los hijos tarden mucho más tiempo en independizarse.

Cuando estos deciden buscar su independencia y abandonar el hogar, se produce en los padres un fuerte sentimiento de pérdida frente al cual requieren adaptarse. Por lo que en ocasiones sucede que los padres dificultan la separación de los hijos del seno familiar, por temor a que no puedan llevar una vida de manera independiente, otros en cambio favorecen esta situación pues confían en las capacidades de sus hijos para llevar una vida de forma independiente. Los padres en ocasiones dificultan esta separación manteniendo, por temor, a sus hijos en una vinculación de dependencia. Sin embargo otras familias logran superar esta crisis y facilitan la desvinculación.

Asimismo cabe destacar que hay otros factores que pueden generar situaciones críticas en el núcleo familiar además del retiro de los hijos, que complican el ajuste y adaptación de los padres, según (Marín, 1993)

- La mujer vive la menopausia y debe superar los síntomas que la acompañan.
- El hombre vive el momento máximo de rendimiento profesional, pero a la vez, siente la competencia de los más jóvenes que trabajan con el.

Frente a esta situación es primordial que las personas mayores realicen tareas relacionadas con el ajuste en la pareja, aprendan a mejorar el uso y calidad de su tiempo libre y a asumir nuevas tareas.

Las parejas matrimoniales que logran adaptarse, superar y enfrentar la crisis logran pasar a la siguiente sub-etapa la cuales es “ La familia post-jubilación”

B) FAMILIA POST JUBILACIÓN.

Con la jubilación del hombre se da inicio a esta etapa, también denominada por algunos autores como los “Años dorados”, la que se caracteriza principalmente por que las mujeres ya han superado la crisis menopáusica y han recobrado el sentido de vivir, con menos responsabilidades en el hogar y sintiéndose útiles en que su experiencia aportara a las familias de sus hijos.

Los individuos que jubilan y que han trabajado permanentemente, en ocasiones toleran de manera negativa el tiempo libre, en el hombre se produce una sensación de vacío y de inutilidad, al no saber invertir adecuadamente su tiempo libre. Los vacíos pueden ser “llenados” por intereses compartidos mutuos en la pareja o realizar actividades comunitarias y de participación social.

C) FAMILIAS ANCIANAS: MUJER SOLA.

La pérdida de uno de los cónyuges, quiebra la vida matrimonial, según estudios demográficos, en Chile, demuestran estadísticamente que los hombres fallecen antes. Se inicia una etapa de duelo en donde el cónyuge sobreviviente debe decidir entre vivir solo, aceptar la invitación de uno de sus hijos para integrar su grupo familiar o vivir en una institución con otras personas mayores.

Según (Marín,1993) “cuando las personas mayores se deciden por una institución de servicio público o pagada, muchos hijos sienten que han abandonado a sus padres y estos, que viven ya en la ancianidad, pueden sentir soledad y necesidad de ser atendidos por los suyos”

Por el contrario, si la persona mayor decidió vivir con uno de sus hijos significaría adaptarse a la dinámica familiar de su progenie, la persona mayor debe vencer el miedo de estorbar, tratar a la vez de sentirse útiles ayudando a los cuidados de los nietos o participando en algún club social.

Esta etapa se vuelve compleja cuando la persona mayor se ve en la obligación de ingresar a una residencia de larga estadía, consecuencia de no contar con apoyo de familiares que quieran compartir la vida con ellos, lo que repercute en sentimientos negativos que finalmente terminan afectando su salud física y emocional.

3.3.17.- FAMILIA Y PERSONAS MAYORES.

La estructura familiar ha sufrido cambios en la sociedad moderna, lo que ha conllevado las modificaciones de los lazos que se mantiene con las personas mayores. Según (Vega,1996) refiere que *“las modificaciones en el ciclo de vida familiar y en la estructura familiar, y el hecho de que el estado asuma funciones de cuidados que eran característicos de la familia tradicional, están contribuyendo a las relaciones de las personas mayores con sus familias”*

En una primera instancia se creía que las nuevas estructuras familiares contribuían al aislamiento de las personas mayores. Sin embargo, a pesar de las distancias, los lazos siguen manteniéndose. Las funciones de la familia en relación con sus mayores, se han redefinidos, asumiendo los hijos nuevas tareas de cuidado, por lo tanto los hijos ejercen el rol de mediadores entre las necesidades de los cuidados de sus padres y los sistemas formales de ayuda.

A) LA ORGANIZACIÓN DE LA FAMILIA

Los miembros en la familia tienen un sentido de identidad y pertenencia familiar, los cuales, posiblemente se trasmitan de una generación a otra. Dentro de ella existen individuos con roles especializados manteniendo una serie de ritos, reuniones, intercambios de regalos, entre otros. Convirtiéndose en figuras centrales en la familia. Estos roles se encuentran en algunas familias extendidas las que pueden conceptualizarse como una red social.

B) MATRIMONIO Y PERSONAS MAYORES

Las personas mayores expresan que sus matrimonios se consolidan a través de los años. Estudios demuestran que hay más hombres casados a una avanzada edad, esto debido a la tendencia que tiene el varón a volverse a casar y en algunos casos con mujeres más jóvenes.

La edad avanzada y las dolencias físicas pueden influir en el matrimonio. La capacidad para afrontar problemas y crisis en la vejez depende de la tolerancia mutua, la cual, se basa en la intimidad, la interdependencia y en el sentido de pertenencia recíproco.

En esta etapa del ciclo de vida los esposos procuran satisfacer sus necesidades como pareja, ya que, no tienen la responsabilidad de cuidar a sus hijos y ha mantener la familia.

C) LA VIUDEZ EN LAS PERSONAS MAYORES

La viudez es mucho más común en esta etapa del ciclo vital que en cualquier otra etapa, afrontar la pérdida de uno de los cónyuges es un hecho predecible que eventualmente ocurrirá en algún momento.

Las personas viudas afrontarán cambios notorios en la estructura familiar y en las relaciones interpersonales, dichos cambios tienen los siguientes efectos: aflicción y duelo, soledad, cambios en el estilo de vida y calidad de vida. El individuo que realiza la transición de persona casada a viuda debe afrontar el problema de la adaptación, en algunos casos esta no es exitosa.

La viudez es mental y físicamente perjudicial para la mayoría de las personas. El sobreviviente queda en una posición vulnerable al estado de salud, al afrontar la muerte de una persona querida.

(Sánchez, 2000), refiere que “la viudez es tres veces más común entre las mujeres que entre los hombres por las diferencias en las expectativas de vida y por el patrón de casamientos entre mujeres jóvenes y hombres mayores (...) Los efectos del estado de aflicción emocional pueden interactuar o agravar los problemas relacionados con la edad ya existentes.

Las mujeres reaccionan de forma diversa ante la viudez dependiendo de la relación marital que haya sostenido durante el transcurso de su vida. En algunas el fallecimiento del esposo representa la muerte de una persona

única y muy querida, en otras representa la pérdida de el estilo de vida económico y estatus social. Para (Sánchez, 2000) El estado civil de viuda puede ser social y psicológicamente más difícil para la mujer que para el hombre por las siguientes razones:

- El matrimonio generalmente es más importante para la mujer que para el hombre y la pérdida de el papel de esposa es mucho más perturbador para la mujer.
- La viuda suele ser mas forzada a enfrentarse sola a la viudez, por que en comparación con el hombre recibe menos estímulo de familiares y amigos para casarse de nuevo.
- La viuda se confronta con mas dificultad para sostenerse y cuidarse porque sus recursos económicos, por lo general, son menores que los que poseen los hombres.
- La existencia de más mujeres viudas que hombres viudas, y el hecho que enviudecen a una edad avanzada, hace poco probable el volverse a casar.

Culturalmente y socialmente se estimula al hombre a que vuelva a contraer nupcias y a la mujer que se dedique a mantener el recuerdo de su esposo y no vuelva a casarse. Los patrones culturales han condicionado a la mujer a depender del hombre, lo que se puede observar más en las mujeres mayores.

La viudez afecta a las relaciones familiares, en donde, la viuda pierde contacto con la familia del esposo y con sus hijos que se han independizado y que han constituidos su propias familias. Cuando las personas mayores enviudan tienen tendencia a vivir más tiempo al mantener de forma saludable sus relaciones familiares.

D) PERSONAS MAYORES SOLTERAS.

Principalmente para las mujeres solteras, las relaciones familiares son de gran importancia para ellas, ya que al no tener familia de procreación sus relaciones familiares se limitan a las de la familia de origen y estas suelen tener relaciones más intensas con sus familiares, que las personas mayores casadas. El ser soltero durante la adultez mayor trae consigo aspectos negativos como positivos. Como aspectos positivos se puede decir que poseen mayor independencia, confianza en sí mismos y están más acostumbrados a vivir solos, por otra parte no experimentan la soledad que produce el quedarse viudo. Como aspectos negativos se encuentra que comparados con los casados, viven la jubilación más negativamente y están más propensos a la institucionalización.

3.3.18.- LAS RELACIONES INTERPERSONALES.

Las relaciones sociales llegan a ser tan importantes para la persona mayor como las propias relaciones familiares, incluso en ocasiones pueden llegar a sustituir a estas últimas. Ambas son consideradas básicas e imprescindibles para la socialización y el desarrollo de las personas mayores dado que contribuyen al desarrollo de hábitos sociales y la configuración de su personalidad.

Según (Vega,1996), “las relaciones sociales, familiares y comunitarias, pueden darse entre iguales o entre miembros de diferentes generaciones” analizándolas en dos niveles:

- A nivel familiar: las relaciones entre iguales hacen referencia a las relaciones entre cónyuges, entre hermanos, entre primos, etcétera. Las relaciones intergeracionales en la familia son las que se dan en el contexto del linaje, es decir, entre hijos, padres, abuelos y nietos. Varían según sean de padres a hijos, de abuelos a nietos, o a partir de personas mayores que no han tenido hijos.
- A nivel comunitario: también tiene sentido de hablar de relaciones entre iguales e intergeneracionales. Las relaciones entre iguales se articulan frecuentemente mediante vínculos de amistad. Las relaciones intergeracionales en la comunidad pueden vehicularse también mediante la amistad e incluir, además otras funciones de socialización.

Las relaciones intergeracionales en la comunidad desempeñan un papel socializador importante, que puede convertirse incluso, en una necesidad en la edad adulta y la vejez.

Se debe considerar las relaciones sociales en la vejez en sus diferentes ámbitos, ya que, contribuyen a mejorar la salud y el bienestar de la persona mayor pues contribuyen a la estimulación de la mente y el pensamiento.

Las relaciones sociales que dan origen a la socialización en la vejez pueden analizarse desde diferentes puntos de vista haciendo referencia a una función diferente de estas; pueden delimitarse cuatro perspectivas interrelacionadas: Las relaciones interpersonales, las redes sociales, los sistemas de apoyo y los efectos de las relaciones sobre la salud y el bienestar de las personas.

(Vega, 1996), conceptualizo las cuatro perspectivas de las relaciones sociales, quedando de la siguiente forma:

- Relaciones interpersonales: tanto en su dimensión estrictamente social como afectiva, son totalmente imprescindibles para la salud y el bienestar de las personas mayores. Generan apoyo social y forman las redes sociales. Estos tres elementos son interdependientes y no están confundidos.

Las relaciones interpersonales son un componente básico de las redes sociales y de los sistemas de apoyo. Para que se consigan los máximos efectos de las redes sociales y de los sistemas de apoyo sobre la salud y el bienestar de las personas, estos se han de basar, hasta cierto punto, sobre las relaciones interpersonales y sobre la amistad.

- Redes sociales: hacen referencia a las características estructurales de las relaciones. Reflejan la actividad social. Se valoran por índices tales como la frecuencia de los contactos, el tamaño o número de las relaciones, la proximidad física, la densidad de las relaciones, etc.
- Sistema de apoyo: se refiere a la provisión de ayuda en el contexto de las relaciones interpersonales. El contexto más natural en el que se desarrollan es la familia y, por extensión, el resto de la comunidad.

Se centran en el componente de intercambio de la relación y se basan en la reciprocidad y en la solidaridad. Cumplen la función de

proporcionar confianza, compañía y orientación, además de ayuda instrumental y ayuda emocional, en la enfermedad y/o en la discapacidad.

Se pueden distinguir dos sistemas de apoyo: los sistemas formales o institucionales como la ayuda a domicilio o las organizaciones de voluntariado y los sistemas informales como la familia y los amigos.

- Por lo que se refiere a las relaciones sociales sobre salud y el bienestar, se ha encontrado que disminuyen la probabilidad de institucionalización de las personas mayores. Combaten la enfermedad y generan un sistema de protección en torno a la persona. En este sentido las relaciones sociales mejoran la salud y el bienestar.

Las relaciones interpersonales se pueden dar a distintos niveles a continuación se detallan:

a) RELACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES CON LOS HIJOS.

Independientemente de que los hijos abandonen el hogar familiar y la persona mayor no este ejerciendo su rol de padre de forma activa, los padres siguen aun siendo padres, con la única diferencia que en algunos casos se suma el rol de abuelo.

Los adultos jóvenes recién casados mantienen una estrecha relación con sus padres, generalmente disfrutan de la mutua compañía y se llevan bien. Frecuentemente se visitan y perciben ayuda económicamente y afectivamente de sus padres para el cuidado de los nietos.

Durante la edad adulta tardía, muchos hijos siguen teniendo a sus padres. Según (Vega, 1996) “en muchos casos, los hijos de edad mediana deben cuidar a sus padres. Son una generación que se encuentra a mitad de camino entre la obligación de cuidar a sus padres y la de seguir cuidando a

sus hijos” teniendo el deber de ejercer y repartir los roles, su tiempo y recursos entre ambas tareas.

(Vega, 1996) parafraseando a (Mangen, Bengston y Landry, 1998) estipula que las relaciones entre padres e hijos pueden estudiarse en función de cinco dimensiones que miden la solidaridad asociativa, afectiva, de consenso, funcional y normativa.

- 1) Aunque es poco frecuente que los padres compartan su vivienda con los hijos esto no implica que no interactúen con frecuencia. En la actualidad, se esta desarrollando un tipo de familia extendida basada en la comunicación y en las relaciones mas que en el hecho de vivir bajo el mismo techo. (*solidaridad asociativa*)
- 2) Los datos disponibles indican que se dan niveles altos de afecto entre los padres que envejecen y sus hijos, tal como lo manifiestan ambas generaciones (Rossi y Rossi, 1990). Esos niveles de afecto disminuyen ligeramente con el tiempo en función de la salud de los padres. Estos son, precisamente, quienes manifiestan niveles mas altos de afecto hacia los hijos, en ves de lo contrario. (*solidaridad afectiva*)
- 3) Los valores y creencias sobre temas externos a la familia (*solidaridad del consenso*) no convergen con la edad de las personas. En una investigación sobre valores religiosos, políticos y asociados al género, se encontró que, con la edad, los hijos influían cada ves mas sobre las actitudes de los padres (Rossi y Rossi, 1990).
- 4) La dirección del apoyo no va exclusivamente de los hijos a los padres en las actividades de la vida diaria y en apoyo de la salud. La solidaridad funcional se refiere a las tareas de los cuidados

mutuos que se comparten. En algunos estudios se ha encontrado que el apoyo económico y emocional se dirige fundamentalmente de padre a hijos.

- 5) Aunque las personas mayores no esperan recibir ayuda, se han encontrado niveles altos de responsabilidad filial en las familias contemporáneas. Existe una gran heterogeneidad en las normas de responsabilidad filial. Las expectativas sobre el contacto, el afecto, el acuerdo y la ayuda entre generaciones varían de unos grupos a otros (*solidaridad normativa*)

El periodo del nido vacío puede irse llenando con roles de apoyo a sus hijos que están fuera del hogar familiar y a los padres que lo necesiten. Sin embargo aquellos padres que no tuvieron hijos tienden a buscar apoyo social y emocional en sus hermanos o familia extensa.

b) RELACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES CON LOS HERMANOS.

Los hermanos se convierten en potenciales fuentes de ayuda para las personas mayores, sin embargo esta disponibilidad de ayuda, depende en gran medida de sus posibilidades, de la cercanía geográfica y del estado de salud de los hermanos. Se puede señalar que los hermanos durante la adultez mayor mantienen contactos telefónicos con menor frecuencia que los hijos, que las mujeres mantienen contactos más frecuentes con sus hermanos y que los hermanos sin hijos mantienen más contactos con sus hermanos que los que tienen. Los hermanos de las personas mayores se pueden llegar a convertir en un gran apoyo emocional, ya que no es frecuente que los hermanos den un apoyo tangible y material.

Las relaciones entre hermanos van cambiando a lo largo de la vida, a medida que se avanza en edad aumenta la compatibilidad y los sentimientos de proximidad, en tanto que disminuye la posibilidad de rivalidad y conflicto.

c) RELACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES CON LOS NIETOS. LA ABUELIDAD.

Se considera a los abuelos como fuentes de recursos muy valiosas para la familia, los abuelos proporcionan la continuidad con el pasado y sirven como alternativa a los modelos de rol como adulto para los niños.

(Vega, 1996) definió La abuelidad como “un rol débil que no tiene un estatus fijo y delimitado desde su comienzo hasta su final. El rol de abuelo tiene múltiples significados para cada una de las personas y este significado se refleja en el estilo con que se desempeña”

Incluso las funciones asociadas al estatus de abuelo suelen variar a través del curso vital individual. Esta variabilidad es función de la edad del abuelo, del estadio de la vida, del género, de la raza y del papel que los padres desempeñan en la situación de los abuelos (Bengston, Rosenthal y Burton, 1990).

Existen diferencias en función del género en el rol de ser abuelo, las mujeres tienden a tener relaciones más íntimas y cálidas, actuando como madres sustitutas, a diferencia de los varones. Otra tendencia es que los abuelos maternos son más cercanos a los nietos que los paternos. Finalmente la abuela materna suele ser el abuelo favorito, pero los hijos, ya que, tienden a participar más en épocas críticas.

d) LAS RELACIONES ENTRE IGUALES:

Según (Vega, 1996), “una relación interpersonal es un lazo que une a dos personas en el sentido de fuerza o acuerdo unificador, a través del cual las dos personas reconocen que están conectadas”.

Las relaciones interpersonales requieren que se de una interacción de forma continuada a través del tiempo para poder desarrollarse. Tanto a

nivel interpersonal, social y afectivo, convirtiéndose en un componente fundamental para las relaciones familiares y las que se dan fuera de estas.

Las relaciones interpersonales poseen tres elementos los cuales son la pertenencia, la interdependencia y la intimidad, estos componentes se encuentran en mayor o menor grado en todas las relaciones sociales y constituyen la base de la amistad.

- El grado de pertenencia: viene indicado por la aprobación, la aceptación, el sentido de pertenecer a un grupo, el consenso de los valores y un sentido del deber o de la responsabilidad. Esta dimensión establece la compañía.
- La interdependencia: se basa en el intercambio de recursos económicos o de otro tipo, los servicios, el consejo, el conocimiento, el esfuerzo y el tiempo.
- La intimidad o de afecto resulta del grado de atracción mutua que existe, de la confianza, del cariño del respeto y de la admiración mutuas. Gracias a esta dimensión se comportante confidencias.

IV. - DISEÑO METODOLOGICO.

4.1.- DISEÑO.

La investigación desarrollada pertenece al corte cualitativo debido a que según (Pérez, 2007), se estructura a través de “...un proceso activo, sistemático y riguroso de indagación dirigida, en el cual se toman decisiones sobre lo investigable” y donde según (Ruiz, 1996) se busca enfatizar en “...conocer la realidad desde el significado particular que a cada hecho atribuye su propio protagonista...”.

Asimismo cabe destacar que se utilizó un diseño exploratorio, que responde a la necesidad de abarcar un tema no tratado en esta población objetivo, convirtiéndose en uno de los fines de esta investigación plantearse el desafío de analizar un tema del que aun no se posee suficiente información.

Debido a esto lo que se buscó a través de este diseño es aportar a dilucidar un poco este fenómeno del abandono en las Personas mayores, desde la mirada de los propios actores, por lo que se debe aclarar que la investigación no pretende generalizar los resultados, sólo pretende aportar teóricamente a este fenómeno, tan complejo, y obtener una visión del problema desde la propia perspectiva de los involucrados, en este caso la Persona Mayor residente de una Residencia de Larga Estadía.

4.2.- ENFOQUE EPISTEMOLÓGICO – TEÓRICO.

El enfoque epistemológico utilizado fue el fenomenológico, ya que se centra en la visión personal de cada sujeto y cómo estos interpretan sus propias realidades, ya que según (Taylor y Bogdan 1987) se “... *quiere entender los fenómenos sociales desde la propia perspectiva del actor...*” o sea, partiendo de los significados que las personas involucradas tienen de los fenómenos sociales que les rodean y de los cuales forman parte.

La riqueza de este enfoque se encuentra en la obtención de las experiencias acerca del fenómeno en estudio, de la forma en que la viven los individuos, lo que asegura que, al utilizar la fenomenología como enfoque epistemológico- teórico, se puede dar respuestas veraces a las preguntas que motivan la investigación.

Al respecto, (Pasten, 2000) señala que “...*queda así manifiesta la importancia que tiene para el Trabajo Social acercarse al máximo a la percepción de los sujetos cuyas realidades problemas se deben ayudar a solucionar...*”, de ahí la gran utilidad de este paradigma, pues justifica teóricamente tal necesidad.

La investigación debe cumplir con ciertos aspectos para que sea considerada fenomenológica y por supuesto a su vez los investigadores también debían cumplir con características especiales, (Álvarez, 2005), citando a (Cresswell, 1998), establece algunos aspectos considerados como necesarios para que el trabajo de los investigadores sea considerado fenomenológico.

Esas características generales se detallan a continuación:

- “*Buscan la esencia, la estructura invariable del significado de la experiencia*”.
- “*Enfatizan la intencionalidad de la conciencia, es decir, que las experiencias contienen la apariencia externa y la interna, las cuales se basan en la memoria, la imagen, el significado*”.

- *“Realizan el análisis fenomenológico de los datos mediante una metodología reductiva, con auxilio del análisis de discursos y de temas específicos, y con la búsqueda de significados posibles”.*
- *“Apartan su propia experiencia en la más pura tradición de la investigación naturalista confiando en la intuición de la imaginación y en las estructuras universales para aprender la experiencia”.*
- *“Suspenden cualquier juicio respecto a lo que es real o lo que no lo es”.*
- *“Comprenden las perspectivas filosóficas detrás de las teorías, especialmente el concepto de estudiar cómo una persona experimenta un fenómeno”.*
- *“Elaboran preguntas de investigación tendientes a explorar el significado que las personas confieren a la experiencia, y solicitan que se les describan las experiencias vividas cotidianamente”.*
- *“Obtienen información de quienes han experimentado los fenómenos que estudian, generalmente por medio de entrevistas”.*

4.3.- MÉTODO.

De acuerdo al carácter cualitativo de esta investigación, se utilizó el método de estudio de casos, pues, se centra en la indagación de un determinado número de casos conjuntamente e implica un proceso de indagación que se caracteriza por el examen detallado, comprensivo, sistemático y en profundidad del caso objeto de interés (Rodríguez et.al, 1999).

El estudio de casos, es una técnica o método de investigación que tiene por objeto vislumbrar las conductas sociales por medio de la observación en profundidad, ya sea, de agrupaciones, de individuos concretos o de parte o partes de una organización, teniendo una gran importancia en el desarrollo de las ciencias sociales. Su mayor ventaja está en la capacidad de suministrar una aproximación entre la teoría y la práctica (Ruiz, 1996).

4.4.- POBLACIÓN Y MUESTRA / SUJETOS DE ESTUDIO.

El Muestreo utilizado en la investigación cualitativa, según (Ruiz, 1996), exige al investigador que se coloque en la situación que mejor le permita recoger la información relevante para el concepto o teoría buscada. El muestreo se orienta a la selección de aquellas unidades y dimensiones que le garanticen mejor:

- la cantidad (saturación) y
- la calidad (riqueza) de la información.

El Muestreo Intencional, de acuerdo a lo expuesto por (Ruiz, 1996), es aquel en el que los sujetos de la muestra no son elegidos siguiendo las leyes del azar, sino de alguna forma intencional.

Con el fin de recoger información relevante al objeto de estudio y de definir las unidades de análisis de la investigación, se ha optado por el muestreo intencional *“...los informantes de la muestra son seleccionados según su idoneidad, de acuerdo al criterio y necesidad de las investigadoras...”* (Ruiz, 1996).

De esta manera el equipo investigador ha establecido como criterios de selección para la conformación de la muestra, los siguientes:

- Igualdad de género en la muestra igual cantidad de hombres y mujeres.
- Que sea mayor de 60 años.
- Que lleve 1 año o más en una Residencia de Larga Estadía.
- Facultades mentales sin perturbaciones.
- Que acceda voluntariamente a participar del estudio.

Para la definición del número de entrevistados se aplicará el criterio de punto de saturación (Baeza, 2002).

Cabe destacar la muestra pertenece a personas mayores de la Residencia de Larga Estadía “San Francisco de Asís de la comuna de El Carmen”, asimismo se debe mencionar que se conto con un informante clave quien oriento la selección de los sujetos, en base a darle a conocer a las investigadoras aquellas personas mayores con sus facultades mentales sanas, con el fin que ellas decidieras los sujetos de investigación.

Durante el transcurso de investigación las investigadoras enfrentaron diversas problemáticas para cumplir con su criterio de selección para la muestra, ya que por la edad avanzada de los sujetos de investigación se vieron enfrentadas a defunciones de las personas mayores que residían en la Residencia “San Francisco de Asís, donde estaba inserta su población objetivo, siendo mayoritariamente las mujeres quienes se vieron afectadas por este acontecimiento natural de la vida, asimismo se debe tener en cuenta que contaban con menor cantidad de mujeres con facultades mentales sanas, por lo que finalmente la muestra se conformo por 4 hombres y 2 mujeres, por las razones anteriormente expuestas.

4.5.- TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Las técnicas de recolección de datos utilizada en la investigación corresponde a la Historia de vida que según (Taylor y bogdan, 2000) corresponde a una *“...descripción de los acontecimientos y experiencias importantes de la vida de una persona o alguna parte principal de ella en las propias palabras del protagonista...”*, la que se desarrolla a través de una entrevista que se define segun (Taylor y bogdan, 1987) como *“reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras”*.

Asimismo con el fin de lograr una mayor comprensión del fenómeno de investigación se utilizo la observación, la que según (Ruiz, 1996) se define como *“... el proceso de contemplar sistemática y detenidamente como se desarrolla la vida social, si manipularla no modificarla, tal cual ella incurre por si misma...”*.

Mediante estas técnicas se abarco la problemática de una manera global; siendo la historia de vida la técnica más adecuada para comprender el fenómeno del abandono en las personas mayores y en el caso de la observación permitió comprender aquellas apreciaciones no verbales de los sujetos de investigación, lo que apporto una mayor validez de los datos obtenidos.

4.6.- INSTRUMENTOS.

Se utilizó una pauta que sirvió de guía para la entrevista en profundidad que se les realizó a las Personas mayores, la que se dividió en los siguientes temas:

- Situación personal y familiar al momento del ingreso a la residencia
- Su niñez y juventud
- Vida laboral
- Su propia familia
- Permanencia en la residencia
- Sugerencias para un mejor trato a los mayores

La pauta se encuentra en el Anexo 1

Además se realizó una entrevista semiestructurada al administrador de la Residencia de Larga Estadía y a algunas cuidadoras, con el fin de conocer la vida dentro de la residencia en profundidad desde una perspectiva mas global.

4.7.- ANÁLISIS DE DATOS.

“El análisis es la representación o reconstrucción del fenómeno social. No solo reportamos lo que encontramos; creamos consideraciones de la vida social y construimos versiones de los mundos sociales y de los actores sociales. De ese modo el análisis implica una representación. (Coffey, A. & Atkinson, P., 2003, p. 12).

Para (Tesch, 1990), citado en Coffey & Atkinson, 2003), el análisis cualitativo se configura en dos áreas, la descontextualización y la recontextualización, el primero exige desfragmentar los datos de forma clara y precisa con el fin de que tengan un carácter significativo; una vez que el proceso de descontextualización se encontró acabado en esta investigación, se procede a reorganizar los datos segmentados y se clasifican como parte del nuevo proceso denominado recontextualización, es decir, se conforman categorías para dar pie al análisis e interpretación.

Los datos fueron producidos por medio de entrevistas en profundidad; para comenzar el proceso de análisis se codificó y categorizó a través del software Atlas Ti, para luego crear una malla de categorías que fue construida a posteriori, a partir del marco teórico y de los objetivos de la investigación; luego de ello se construyó otra malla con categorías emergentes las cuales fueron obtenidas a partir de los relatos de la entrevistadas. Este proceso, se sustentó en los postulados acerca de los análisis que propone Tecsh (1990, citado en Coffey & Atkinson, 2003), y se configuró en dos grandes ejes: la desfragmentación de los datos, de una forma clara, con la finalidad de extraer los aspectos significativos, y posteriormente, se realizó la categorización de los datos desfragmentados. Así se comenzó a generar el proceso de reconstruir los fenómenos sociales a través del discurso de los actores involucrados.

Luego del proceso de extracción de categorías, dimensiones y subdimensiones, el análisis de los datos, se realizó mediante una discusión entre las citas más significativas, además, de la contrastación con los aspectos teóricos y conceptuales presentados en la investigación, identificando y enfatizando en los temas que reflejan con mayor precisión los entrevistados

4.8.- VALIDEZ Y CONFIABILIDAD.

(Hansen, 1979) citado por (Pérez Serrano, 2007), señala que la validez exige lo siguiente:

- *“Estimación de la medida en que las conclusiones representan efectivamente la realidad empírica”.*
- *“Estimación de si los constructos diseñados representan o miden categorías reales de la experiencia humana”.*

Para comprobar la validez se utilizó la triangulación de datos *“consistente en la aplicación de variadas técnicas de investigación para un solo propósito”* (Pérez Serrano, 2000).

La triangulación se realizó en relación a la información obtenida a través de las entrevistas, al marco teórico- conceptual y la observación, con los cuales se pudieron obtener resultados significativos y concretos.

(Pérez Serrano, 2007), señala que *“a través de un examen cruzado de la información se pueden obtener datos de gran interés que permitan no sólo el contraste de los mismos, sino que también puede ser un medio de obtener otros datos que no han sido aportados en un primer nivel de lectura de la realidad”.*

Donde según (Kemmis, 1981), citado por (Pérez Serrano, 2007), la triangulación es *“un control cruzado entre diferentes fuentes de datos: personas, instrumentos, documentos o la combinación de éstos.*

4.9.- ASPECTOS ÉTICOS.

Al realizar investigaciones con problemáticas sensibles para la personas es fundamental tener en consideración a lo largo de toda la investigación aspectos éticos que permitieron un mejor actuar.

Por tal motivo se considera relevante mencionar los siguientes:

- Anonimato de los sujetos entrevistados, en este caso fueron denominados solo con un número de identificación.
- Que los sujetos de estudio conozcan los objetivos, los propósitos de la investigación y los pasos que se realizara con la información obtenida desde ellos. Antes de realizar las entrevistas con cada uno de los padres se le informó brevemente de lo que se trataba la investigación y cuál era su papel dentro de ésta.
- No emitir juicios ni estigmatizar a priori.
- Establecer empatía con los sujetos entrevistados.

V.- PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.

5.1.- Historia Social de las Personas Mayores Entrevistadas en la Residencia de Larga Estadía “San Francisco de Asís” de la comuna de El Carmen.

Con el fin de otorgar una mayor comprensión de las Personas Mayores estudiadas, en el siguiente apartado se dará a conocer su historia, lo que permitirá tener un acercamiento más profundo de sus vivencias y algunos acontecimientos, considerados necesarios para efectos de esta investigación.

Las Personas Mayores entrevistadas, corresponden a seis Residentes de la Residencia de Larga Estadía “San Francisco de Asís” de la comuna de El Carmen.

Entrevistada N° 1:

Sexo femenino, 82 años, escolaridad básica incompleta, residente de el Establecimiento de Larga Estadía “San Francisco de Asís” de la comuna de Carmen, desde hace un año. Originaria del sector rural de la comuna de El Carmen, se caso a los 28 años, tuvo 2 hijos y se erradico junto a su familia en la ciudad de Chillan donde realizó el oficio de Tejendera.

Fue ingresada a la residencia por un sobrino, percibe un ingreso de \$75.000 que corresponde a una pensión básica solidaria de vejez, la que es administrada por la institución, su previsión de salud corresponde a Fonasa tramo A.

Formaba parte de una familia biparental constituida por sus padres y cinco hermanos, siendo la mayor, por lo que tuvo la responsabilidad de ayudarlos a formar, no pudo continuar sus estudios por que desde muy temprana edad ayudo a sus padres en las labores de agricultura en el núcleo familiar la figura paterna ejercía un rol autoritario y de proveedor, la entrevistada manifiesta que sufrió violencia por parte de sus progenitores durante su infancia.

Después de una relación de tres años contrajo matrimonio, su familia nunca acepto a su esposo, pues ella les oculto su “noviazgo, durante el matrimonio su esposo sostenia relaciones extramaritales y se iba por periodos de tiempo prolongado, lo cual la motivo ha trabajar como tejendera oficio que aprendió de su madre, para poder solventar los gastos económicos.

Actualmente un nieto la va a ver esporádicamente a la residencia, mantiene contacto con otros familiares.

Entrevistado N° 2:

Sexo masculino, 61 años, escolaridad básica incompleta, Residente del Establecimiento de Larga Estadía "San Francisco de Asís" de la comuna de Carmen, desde hace cinco años. Originario del sector de los Puquios, lugar ubicado en el sector rural de la comuna de El Carmen, no constituyo familia, antes de ingresar al hogar no realizaba ningún oficio o actividad laboral.

Fue ingresado a la residencia por su hermana, con la que vivía en la ciudad de Rancagua, percibe un ingreso de \$75.000 que corresponde a una pensión básica solidaria invalidez, la cual es administrada por la institución, su previsión de salud corresponde a Fonasa tramo A.

Formaba parte de una familia biparental constituida por sus padres y cuatro hermanos, él era el menor de la familia, la figura paterna ejercía un rol autoritario y de respeto frente a sus hijos y esposa, su padre se dedico a la agricultura y su madre administraba una fuente de soda de la familia, él no termino sus estudios para ayudar a su madre en la administración del negocio familiar. Años más tarde, falleció su padre temprana edad, por lo que su madre decidió ir a vivir junto a él a casa de unos de sus hijos, posteriormente al fallecer la madre, su hermano no pudo mantenerlo producto de su estado de salud, por lo tanto se fue a vivir con una hermana esta ultima lo ingreso al hogar.

Actualmente recibe visita por parte de sus familiares de forma esporádica, perdió el contacto con uno de sus hermanos. Debido a una carta de compromiso y responsabilizacion en caso de accidentes, cabe destacar que el cuenta con permisos especiales en la residencia autorizados por su apoderado; en este caso su hermana, por lo que puede salir libremente durante el día de la residencia, además de contar con el permiso para asistir a la iglesia cuando él lo estime conveniente, asimismo en ocasiones sale por fines de semana para ir de visita donde familiares.

Entrevistado N° 3:

Sexo masculino, 69 años de edad, su escolaridad básica incompleta, Residencia en el Establecimiento de Larga Estadía “ San Francisco de Asís” de la comuna de El Carmen, desde hace siete años. Originario de Santa Cruz lugar ubicado en Bulnes, no constituyo familia, antes de ingresar a la residencia se desempeñaba como temporero en labores de agricultura.

Fue ingresado a la residencia por Carabineros de Chile por estar en situación de calle y en estado de ebriedad, percibe un ingreso de \$75.000 que corresponde a una pensión básica solidaria de vejez, la cual es administrada por la institución, su previsión de salud corresponde a Fonasa tramo A.

Forma parte de una familia constituida por sus padres y cuatro hermanos, su padre era alcohólico y sostenía relaciones extramaritales, su madre tuvo que trabajar para mantenerlos, no termino sus estudios debido a que comenzó a trabajar a una temprana edad, abandono el hogar materno a los 17 años de edad y se dedico a trabajar como temporero.

Después de que falleció su padre, perdió todo contacto con su familia de origen.

Contrajo matrimonio cuando tenia alrededor de 40 años, no tuvo hijos, después de 15 años de matrimonio su esposa falleció inesperadamente de un derrame cerebral,

Sus familiares no tienen conocimiento de su estancia en la institución, por lo tanto no recibe visitas por parte de ellos. Tampoco cuenta con amistades ni personas conocidas en la comuna.

Entrevistada N° 4:

Sexo femenino, 81 años de edad, estudios superiores incompletos, Residencia en el Establecimiento de Larga Estadía "San Francisco de Asís" de la comuna de Carmen, desde hace siete años. Originaria de Valparaíso, se caso a los 19 años, después de seis años de matrimonio quedo viuda a los 25 años, no tuvo hijos, no volvió a casarse. Antes de ingresar a la residencia estuvo viviendo en una casa de reposo en la región metropolitana.

Fue ingresada a la residencia por su media hermana percibe un ingreso de \$75.000 que corresponde a una pensión básica solidaria, la cual es administrada por la institución, su previsión de salud corresponde a Fonasa tramo A.

Su familia de origen estaba compuesta por sus padres y cuatro hermanos, su padre era comerciante mercante, su madre falleció después de dar a luz, posteriormente su padre volvió a contraer matrimonio con una mujer mas joven y falleció cuando ella era una adolescente, manifiesta que su madrastra le daba malos tratos a ella y sus hermanos

Entrevistado N° 5:

Sexo masculino, 68 años de edad, su escolaridad básica incompleta, Residencia en el Establecimiento de Larga Estadía "San Francisco de Asís" de la comuna de Carmen, desde hace ocho años. Originario de la zona rural de la comuna de El Carmen, no constituyo familia, antes de ingresar a la residencia se desempeñaba agricultor.

Fue ingresado a la residencia por su hermano, con el cual vivía, producto de su ceguera, percibe un ingreso de \$75.000 que corresponde a una pensión asistencial, la cual es administrada por la institución, su previsión de salud corresponde a Fonasa tramo A.

Entrevistado N° 6:

Sexo masculino, 70 años de edad, su escolaridad básica incompleta, Residencia en el Establecimiento de Larga Estadía "San Francisco de Asís" de la comuna de Carmen, desde hace ocho años. Originario de la zona rural de la comuna de El Carmen, no constituyo familia, antes de ingresar a la residencia se desempeñaba como agricultor.

Fue ingresado a la residencia de manera voluntaria, debido a que por sus constantes problemas de salud, no podía seguir trabajando. Aporta con el monto de su pensión \$75.000 y dentro de la residencia mantiene su oficio, trabajando los cueros, donde principalmente elabora cinturones los que vende, por lo que con el dinero que recauda solventa sus gastos básicos.

Actualmente inicio contacto con su hija, a quien conoció hace un tiempo, cuando se encontró enfermo y los funcionarios del Hospital de la comuna provocaron el encuentro, por lo que él intenta mantener el vinculo con el fin de fomentar lazos entre él y su familia.

Cabe mencionar que aun mantiene contacto con sus amigos con quien trabajaba a quienes visita ocasionalmente.

5.2.- INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS.

Siguiendo la línea de Análisis propuesta por Tesh, citado por Pérez (1998), se comenzará por desarrollar las categorías de análisis a partir de los datos recogidos, luego se rescatarán aquellos relatos de interés para esta investigación, todo esto con el propósito de lograr un Análisis Confirmatorio de la teoría a través de la determinación de patrones recurrentes y así analizar los datos sistemáticamente, para luego realizar un análisis interpretativo en el que se relacionarán las categorías con el Marco Teórico.

Cabe destacar que los resultados obtenidos fueron recopilados a partir de la aplicación de la entrevista en profundidad, técnica de recolección de datos, donde se realizó una triangulación a partir de la contrastación entre la información recolectada, marco teórico y observación. . Todo lo anterior respaldado en el enfoque fenomenológico, cuyas características están centradas en querer entender los fenómenos sociales desde la propia perspectiva del actor.

El análisis de los resultados se realizó basándose en las categorías, dimensiones y subdimensiones establecidas anteriormente, las que son descritas en detalle en la malla temática presentada a continuación.

5.2.1.- MALLA TEMATICA: DEFINICION DE CATEROGIAS DE ANALISIS.			
OBJETIVOS	CATEGORÍAS DE ANALISIS	DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES
Conocer por que las personas mayores ingresaron a la residencia de larga estadía.	Motivo ingreso	Voluntad propia Obligados	Estado salud residente Fallecimiento familiar cuidador
Identificar las relaciones sociales establecidas por la persona mayor durante su vida.	Relaciones sociales	A nivel familiar (origen-propia) A nivel social	Distantes Conflictivas Cercanas

	Lazos afectivos	(amigos-trabajo)	
Describir las diversas manifestaciones de abandono que enfrentan las personas mayores.	Abandono	Soledad Aislamiento social	Soledad física o habitacional. Soledad moral. Visitas familiares/amigos. Salidas al exterior de la residencia.

5.2.2.- RELACIONES SOCIALES/LAZOS AFECTIVOS.

- A NIVEL FAMILIAR: FAMILIA DE ORIGEN.
(RELACION DISTANTE/CONFLICTIVA/CERCANA)

La familia considerada una de las instituciones más importantes para la sociedad, se puede definir como un grupo social, unido entre sí por vínculos de consanguinidad, filiación o alianza, que además se caracteriza por encontrarse ligados entre sí por vínculos de solidaridad y de afecto.

Para las personas mayores sujetos de estudio, la familia de origen era considerada como aquella que les brindaba “protección, seguridad y educación”. La dinámica familiar estaba compuesta por padres, abuelos e hijos, viviendo bajo el mismo techo, lo que conlleva proporcionar ambientes de confianza, en los que predominan fuertes lazos de pertenencia, sentimientos de cohesión y solidaridad entre sus miembros, lo que se evidencia en los siguientes relatos:

“Éramos cinco hermanos, tres mujeres y dos varones, yo era la mayor (...) con todos nos llevábamos igual, pero con el menor de los hombreritos ese era mi regalón, ese ayude a criar yo...” (entrevistada N°1)

“Éramos tres hombres y una mujer, yo era el menor (..) lo que pasa es que mi hermano era mas apegado a nosotros...mi hermano mayor, siempre mas comunicativo era bien apegado a nosotros era hermanable..” (entrevistado N°2)

“Éramos cuatro hermanos, dos hombre y dos mujeres (...) yo era el menor de los hombres...” (entrevistado N°3)

De los relatos obtenidos de los sujetos de investigación se desprende que la familia de origen de las personas mayores estaban compuesta por varios integrantes, donde los lazos afectivos entre los miembros del grupo familiar se caracterizaban por ser cercanos, lo que permite comprender la importancia de las relaciones que las personas desarrollan en esta etapa, ya que contribuyen al desarrollo de hábitos sociales y a la formación de la personalidad futura.

A lo largo del ciclo vital familiar, las personas mayores se caracterizan por mantener una relación cercana y mantener vínculos afectivos con sus hermanos, lo que según Vega, (1996) contribuye a “potenciales fuentes de ayuda para las personas mayores”, sin embargo, la mantención de estos lazos se dificultan dependiendo de la lejanía geográfica y de los problemas de salud de los residentes.

“..mi hermana tiene una casa pa` haya arriba y mi hermano Raúl vivía aca, los otros tienen casa en Santiago, hay dos que están en Santiago y otro en Talca, eran 3 en Santiago pero uno murió también (...)si ya ni nos hablamos, no vienen a verme nada, los otros están relegados no pueden venirme a ver, ni por teléfono tampoco nada”
(Entrevistado n°4)

“..De las raíces pal norte vive el hermano que queda vivo(...) hablamos pero muy a lo lejos porque el también esta enfermo y yo aquí igual..” (Entrevistada n°1)

Aquí queda de manifiesto, que a pesar que las personas mayores manifiestan haber mantenido durante su vida una relación cercana con sus familias, por distintas razones estos lazos no han perdurado a través de los años, como se ve reflejado en los apartados siguientes las relaciones tanto con familiares como con amigos se han visto deterioradas de alguna forma, esto consecuencia de problemas de salud de parte de los residentes, lo que conlleva a que la familia se vea sobrepasada por la situación y tome la determinación de ingresarlos a Residencias de Larga estadía.

- A NIVEL FAMILIAR: FAMILIA PROPIA
(DISTANTE/CONFLICTIVA/CERCANA)

- RELACIÓN CON PAREJA/CONYUGE.

La teoría de la continuidad nos plantea que los individuos en etapas previas de su vida van desarrollando actitudes, valores, metas, hábitos y comportamientos que retienen en mayor grado la vejez, bajo esta perspectiva las experiencias de vida de las personas mayores se vuelven fundamentales en un buen envejecer.

La vida de pareja marca un patrón de comportamiento de la persona, quien a raíz de una buena o mala experiencia fundamenta sus relaciones futuras.

Esto se evidencia en los siguientes relatos obtenidos de los sujetos de investigación:

“Después que se caso se boto a lacho para que entiendan bien claro, se boto a enamorado vivía con las mujeres pa’ arriba y pa’ abajo”
(entrevistada N°1)

“Me case joven y enviude a los 25 años (..) mi marido era un muy buen hombre (...) falleció de un tumor cerebral, nunca mas quise volver a casarme, temía que me saliera un hombre malo...”
(entrevistada N°4)

“...yo con la única que tuve viviendo...ella me puso el gorro y yo... entonces he picado arto pero no volví a juntarme con nadie...”
(entrevistado N° 5)

En los relatos anteriores queda de manifiesto como las experiencias previas vividas por las personas mayores inciden en sus decisiones futuras, quienes mantienen en su vejez aquellos hábitos y gustos adquiridos durante toda su vida. Es así como a través de la adaptación a nuevas realidades ellos intentan preservar las estrategias internas y externas existentes realizando nuevos ajustes para lograr la continuidad. Quienes tuvieron experiencias negativas con su cónyuge/pareja optaron por no volver a formar una nueva familia luego de la separación o muerte de sus cónyuges/parejas, lo que conlleva a experimentar la etapa del ciclo vital denominada “Nido vacío” con mayor dificultad que el resto de las personas, ya que los hijos crecieron, abandonaron el hogar y ellos fueron perdiendo sus funciones sociales de abuelos y padres que mantenían el equilibrio familiar, no existiendo la evolución que se requiere para favorecer la continuidad y un buen envejecer.

- RELACIÓN CON HIJOS Y NIETOS.

La teoría del intercambio social se concentra principalmente en las pautas de refuerzo, la historia previa de recompensas y costes dirige la actuación

de las personas en el futuro. Lo que plantea que las personas continúan haciendo lo que les ha dado recompensa y a la inversa dejan de hacer lo que les ha sido costoso durante su vida. Por lo que la premisa central plantea que los individuos buscan maximizar los premios y minimizar los castigos en sus interacciones con los demás.

Independientemente de que los hijos abandonen el hogar familiar y la persona mayor no esté ejerciendo el rol de padre de forma activa, los padres aun siguen siendo padres, dándose en esta etapa el surgimiento de un nuevo rol como abuelo.

Sin embargo, cuando la historia previa entre padres/hijos se enmarca en una relación disfuncional donde los costes han sido más altos que las recompensas, es cuando comienzan las dificultades, lo que queda expresado en los siguientes relatos por los sujetos de investigación:

“...yo vivía con mi hijo mayor, con el había vivido toda la vida después se murió (...) tengo siete nietos, a todos los ayude a criar, ninguno me viene a ver son unos mal agradecidos...” (Entrevista nº1)

“....yo me fui de la casa cuando mi hija tenía nueve meses y no supe mas de ella (...) mi hija tiene 41 años ya (...) a ella la volvi a ver cuando estaba grave en el hospital...ahí me vino a ver con mis nietos (...) ni sabía que tenia nietos..., ella me ha venido a ver un par de veces, yo no la culpo (...) nunca estuve con ella (...) soy un desconocido” (Entrevistado nº5)

De los relatos anteriores se desprende la influencia de las relaciones anteriores en las actuaciones futuras, como plantea la Teoría de intercambio social, siendo la historia de recompensas y costes la que dirige las actuaciones de los hijos y nietos hacia la persona mayor, quienes durante su vida no reforzaron los lazos afectivos con su familia, en la edad adulta se convierten en personas abandonadas por sus familias llegando a vivir en Residencias de Larga Estadía, quedando en completa soledad.

- A NIVEL SOCIAL: AMIGOS

Mead plantea en la teoría del interaccionismo simbólico, que mediante la interacción social la persona aprenden a distinguir cual es “su lugar” en el mundo. La intención de esta afirmación comprende llegar a conocer ampliamente la reacción de los demás hacia la propia persona. Este aprendizaje ocurre a través de la comunicación la que se constituye de símbolos que permiten comunicarse entre las personas y mantener relaciones sociales entre semejantes.

Las relaciones sociales llegan a ser tan importantes para la persona mayor como las propias relaciones familiares, incluso en ocasiones llegan a sustituir a estas últimas. La importancia de las relaciones sociales en la vejez radica en que contribuye a mejorar la salud y bienestar de la persona mayor, pues contribuyen a la estimulación de la mente y el pensamiento.

Los sujetos de investigación en respuesta a esta categoría expresan:

“Si es que yo amigos tengo en todos los lugares... pero no los veo nunca” (entrevistado Nº 5)

“Señorita yo tuve muchos amigos... pero usted comprenderá...ya están todos muertos... o se han ido de aca...” (Entrevistado nº6)

En la edad adulta según (Vega, 1996) las relaciones sociales contribuyen a un buen envejecer, ya que ayudan a la estimulación de la mente y el pensamiento, sin embargo, según lo expresado por los sujetos de investigación, en esta etapa los lazos sociales se han perdido debido a acontecimientos naturales de la vida como la muerte o el distanciamiento geográfico por el normal curso de la vida, por lo que ellos no mantienen este tipo de relaciones lo que tiene consecuencias en su salud física y emocional, además de la pérdida comunicacional que implica no mantener interacciones con pares.

- RELACIONES SOCIALES ENTRE LOS RESIDENTES.

Las relaciones sociales que se mantienen al interior de una residencia de larga estadía, son consideradas fundamentales como se mencionaba en el apartado anterior, pues contribuían a mejorar la salud y el bienestar de la persona mayor, estimulando la mente y el pensamiento, lo que contribuye a tener un buen envejecer.

Las relaciones interpersonales que sostienen las personas mayores con sus iguales, requieren una interacción de forma continua a través del tiempo para poder desarrollarse, para (Vega, 1996), “una relación interpersonal es un lazo que une a dos personas en el sentido de fuerza

o acuerdo unificador, a través del cual las dos personas reconocen que están conectadas”.

La edad adulta se caracteriza por la pérdida de relaciones sociales, como quedo de manifiesto en el apartado anterior, los amigos que se habían mantenido durante la vida han muerto o han emigrado a otras ciudades, por lo que, la importancia de los lazos que la persona mayor puede crear dentro de la Residencia de Larga Estadía, cobran vital importancia para lograr un buen envejecer.

Al consultarles a los sujetos de investigación por la creación de lazos afectivos dentro de la residencia, expresaron lo siguiente:

“...cada quien vive su vida no mas aca...” (Entrevistado nº4).

“Son todos sordos y todavía mi cabeza esta buena... entonces uno no se haya a estar a todo grito con una persona que esta sorda y mejor estar calladita..” (Entrevistada nº2)

“...a veces me junto a conversar claro, pero realmente amigos, no tengo, realmente yo aquí vivo mi metro cuadrado y nada mas..” (Entrevistado nº5).

Las Residencias de Larga Estadía se caracterizan por ser establecimientos donde los residentes no se conocen con anterioridad, lo que según (Vega, 1996) dificulta la creación de relaciones interpersonales entre los residentes, ya que para que estas puedan desarrollarse, se requiere de una interacción en forma continua a través del tiempo. Esto se confirma en los relatos de los sujetos de investigación, quienes expresan que a pesar de poder compartir con los demás residentes no pueden denominar a esa

relación “amistad”, lo anterior, explica el deterioro en el que se encuentran las personas mayores de las residencias en el país, quienes se caracterizan por su mal estado de salud, tanto físico como emocional, ya que no cuentan con estimulación de la mente y el pensamiento que requieren en esta etapa como se menciona en el marco referencial, en el apartado de las relaciones interpersonales donde se manifestó la importancia de estas para la buena salud de las personas mayores.

- RELACION PERSONAS MAYORES Y CUIDADORES.

Tradicionalmente es la familia quien asume los cuidados de las personas mayores, cumpliendo con la función de apoyo, seguridad y bienestar necesaria para estos. Sin embargo, en la actualidad la familia no siempre cumple con este rol, considerando la posibilidad de contar con un cuidador, esta situación se puede dar dentro del hogar familiar como también considerar la situación del traslado de la persona mayor a una Residencia de Larga Estadía.

Los cuidadores para las personas mayores se convierten en su sistema de apoyo, siendo los encargados de proporcionarles ayuda emocional e instrumental, en la enfermedad o discapacidad en la que se encuentren. Por lo que, una buena relación entre la persona mayor-cuidador se vuelve fundamental en esta etapa, para contribuir a su adaptación a esta nueva realidad de requerir ayuda para sus actividades de la vida cotidiana.

Los sujetos de investigación, al ser consultados sobre la relación existente entre sus cuidadores dentro de la Residencia expresaron lo siguiente:

“...con el personal me llevo bien po, no le digo son todos muy buenos sobre todos las señoritas...” (Entrevistado nº5)

“...me llevo bien pues, no nos trata mal ninguna, comenzamos a lesear a veces como que estamos alegando pero no peleando sino que leseo...” (Entrevistada nº1)

Una buena relación entre la persona mayor-cuidador contribuye a una mejor adaptación de esta a su nueva realidad de dependencia de un tercero para sus actividades cotidianas, toda persona mayor a medida que avanza su edad llega a requerir algún tipo de ayuda de un tercero, variando los tipos de cuidado según la edad y situación individual de cada persona, como lo expresan en sus relatos los sujetos de investigación la relación que se establece dentro de la residencia entre cuidador-persona mayor serian cercanas, quienes logran interactuar en forma correcta para favorecer la vida de la persona mayor.

5.2.3.- INGRESO A UNA RESIDENCIA DE LARGA ESTADIA.

- VOLUNTAD PROPIA/OBLIGADOS

La edad adulta se caracteriza principalmente por “...factores relacionados como, la dependencia emocional y física, mala salud, estado mental deteriorado y personalidad...” lo que en ocasiones remite a que la familia o la propia persona mayor decida ir a vivir a una Residencia de Larga Estadía.

En relación a lo anterior, los sujetos de investigación, expresaron:

“...yo toda mi vida he trabajado señorita, por eso quede inservible...si mi hijo estuviera vivo...no hubiera estado aquí yo po’, si él hubiera estado vivo, hubiera estado en su casa con el..., pero me quede sola, mi nuera no quiso vivir conmigo, ya era una carga señorita..., y ahí mi sobrino me vino a dejar aquí...” (Entrevista nº1)

“...yo no tenía donde estar...ya no querían estar conmigo...bueno eran ya un matrimonio solo, habían problemas entre ellos por la culpa mía porque yo estaba con ellos y ahí estaban las cosas bien malas...por eso yo y mas que por eso mi hermana dijo porque no te vas a un hogar... además me dijo vas a quedar solo si después me muero... entonces mejor que llevo a un hogar...” (Entrevistado nº6)

Cuando las personas envejecen, se vuelven más vulnerables y dependientes de sus cuidadores, en algunos casos pueden conllevar una carga familiar produciéndose estrés tanto en la familia como en la persona que es cuidada. Esta situación se ve reflejada en los relatos obtenidos por

los sujetos de investigación, quienes manifestaban la “carga” en que se habían convertido para sus familias quienes superados por la complejidad de cuidados que requiere una persona mayor optaron por ingresarlos a una Residencia de Larga Estadía.

Aquí queda reflejado, la obligatoriedad de las personas mayores de ingresar a un establecimiento, ya que no contaron con el apoyo familiar, para seguir su vida en el seno familiar, por lo que la decisión de ingresar a la residencia, se volvió una imposición de parte de sus familiar, quienes manifestaban lo difícil que era cuidar a una persona mayor y justificaban su decisión en esta premisa.

5.2.4. ABANDONO.

- SOLEDAD

En la edad avanzada se experimenta una pérdida de funciones sociales por eventos, tales como: el retiro del empleo y la viudez, lo que lleva a que sentimientos como la soledad se experimenten en mayor medida en esta etapa. La soledad según Young (1991) será definido como “la ausencia o percepción de ausencia de relaciones sociales satisfactorias” asociada a situaciones de tristeza, pesar y melancolía producidas por la ausencia, muerte o pérdida de una persona querida.

Como lo expresan los sujetos de investigación en sus relatos;

“...primero mi esposo murió...luego mi hijo...me fui quedando sola...mi nuera no hace mucho caso de mi...mis nietos a veces me viene a ver...” (Entrevistada nº1)

“yo enviude muy joven...no tuve hijos...mi hermana me trajo para aca...se supone que viviría con ella... pero a los meses me vino a dejar a este hogar...al comienzo iba to'os los fines de semana a su casa... ahora ni siquiera me vienen a ver...” (Entrevistadas nº3)

“señorita yo no tengo a nadie...mis hermanos viven re' lejos de aquí... nadie me viene a ver...si yo soy solito en el mundo...” (Entrevistado nº2)

Las personas mayores que llegan a vivir a una Residencia de Larga Estadía como se mencionaba en el apartado anterior, llegan a vivir ahí por imposición de algún familiar, quien sobrepasado por los cuidados que requerían optan por ingresarlo a un establecimiento de este tipo, desligándose de cualquier relación con la persona mayor, lo que lleva a que sentimientos como la soledad se manifiesten en la persona mayor, la que se siente incomprendida y rechazada por los otros, en este caso su familia, como lo manifestaban en sus relatos, por lo que según (Paz, 1976) la soledad que los envuelve se convierte en un proceso que las personas mayores no logran comprender y a la cual se sintieron empujados por sus seres queridos.

- AISLAMIENTO SOCIAL.

La teoría de la continuidad, según (Sánchez 2000), plantea que los estilos personales adquiridos durante la vida persisten y se mantienen en la vejez. Esto puede influir en el momento de vivir la soledad, debido a que las personas mayores se encuentran con una sociedad distinta, evolucionada y que, muchas veces no se acomoda a lo antes aprendido, por lo cual, puede generar cierto aislamiento social al momento de envejecer.

La familia ha sufrido cambio en su estructura y la existencia de un mayor mercado de cuidadores formales ha influido en el cambio de las relaciones con las personas mayores.

Tradicionalmente la persona mayor vivía su vejez dentro de su núcleo familiar, manteniéndose los lazos afectivos familiares y con sus pares, sin embargo, en la actualidad esta situación ha cambiado, la propia familia aísla a la persona mayor de su grupo familiar, llevándolo a vivir a una Residencia o si se mantiene la convivencia restándole atención a la relación con la persona mayor.

Esto se ve reflejado en los relatos obtenidos de los sujetos de investigación quienes expresaron lo siguiente:

“cuando aún vivía en casa de mi nuera me sentía un estorbo... ya no es como antes... nadie nos toma en cuenta...” (Entrevistada nº1)

“ellos tenían hartos problemas...yo creo que era por mi culpa... que yo igual estaba molestando ahí... ellos querían vivir solos... por eso siempre me quedaba en mi pieza... así no molestaba...”

Como se ve reflejado en los relatos las personas mayores expresan el aislamiento sentido de parte de sus familias, según sus propios relatos se sienten un “estorbo” para ellos. Lo anterior conlleva al aislamiento de la persona mayor del grupo familiar, para finalmente desligarse completamente de ellos cuando los llevan a una Residencia de Larga Estadía.

Aquí queda reflejado el abandono del cual son víctimas las personas mayores, lo que comienza desde que vivían en su grupo familiar, para quedar en completo abandono ya en la residencia.

Como conclusión general se establece que las personas mayores cuenten o no con familiares, viven en estado de abandono dentro de la Residencia de Larga estadía, arrastrando esta situación desde antes de ingresar a la residencia ya que cuando vivían dentro de su grupo familiar ya se daban los primeros indicios de abandono de parte de su grupo familiar.

Asimismo se logra establecer que factores comunes como: no mantener lazos con amigos, la muerte de cónyuge o hijos conllevan a que una persona mayor resida en una Residencia y no cuenten con el apoyo social que requieren en esta etapa.

VI.- CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

6.1.- CONCLUSIONES.

De acuerdo a los resultados obtenidos y expuestos en el capítulo V Presentación de Resultados, se entregan a continuación las conclusiones en base a las preguntas de investigación planteadas por las investigadoras:

¿Por qué las Personas Mayores ingresaron a la Residencia de Larga Estadía?

Los ingresos de las Personas Mayores a la Residencia de Larga Estadía “San Francisco de Asís” de la comuna de El Carmen, se dan como expresan los sujetos de investigación en sus relatos por decisiones de sus familiares quienes realizaban la labor de cuidadores y que sobrepasados por los cuidados que requerían las Personas Mayores a su cargo deciden ingresarlo a una Residencia.

Cuando las personas mayores envejecen, se vuelven más vulnerables y dependientes de sus cuidadores, en algunos casos pueden conllevar una carga familiar produciéndose estrés tanto en la familia como en la persona que es cuidada lo que explica la decisión de ingresar a una Persona Mayor a una Residencias de Larga Estadía sin su consentimiento.

Sin embargo, algunos sujetos de investigación expresaron estar de acuerdo con la decisión de ingresar a la Residencia, ya que manifestaron sentirse un problema para sus familias y creían que esta era la mejor decisión.

En ambos casos se da la similitud del abandono del que son víctimas las Personas Mayores, no encontrando diferencia entre aquellos que decidieron ingresar por su propia voluntad como aquellos que sus familiares los ingresaron, en todos los casos analizados las familias se han desligado de sus cuidados y los

han dejado en completo abandono a cuidado de los funcionarios de la Residencia donde ahora viven.

¿Qué relaciones familiares establecieron las personas mayores pertenecientes al Hogar San Francisco de Asís durante su vida?

Los vínculos y relaciones familiares establecidas por la Persona Mayor durante su vida influyen en su vejez, como se plantea en la teoría de intercambio social, la historia previa de recompensas y costes dirige la actuación de las personas en el futuro, por lo que conocer su historia pasada fue fundamental para comprender la situación actual de las Personas Mayores en la Residencia, los sujetos de investigación expresaron que durante su vida la relación con sus hijos fue cercana, sin embargo, a lo largo de su vida no reforzaron los lazos afectivos, en ocasiones se distanciaron por largos periodos - en el caso de uno de los sujetos de investigación- solo en la actualidad retomo contacto con su hija, por lo que se explica su mala relación.

Los cambios ocurridos en la salud de la persona mayor tanto física como mentalmente también influyen en la relación con sus familiares, a medida que la persona va envejeciendo va aumentando su nivel de dependencia de un tercero, por lo que en ocasiones esta situación va deteriorando la relación entre padres/hijos, quienes como se mencionaba en la pregunta anterior se ven sobrepasados por la situación, y la relación cercana que los caracterizo durante la vida se convierte finalmente en una relación conflictiva.

En la actualidad las Personas Mayores que residen en la Residencia de Larga Estadía San Francisco de Asís de la comuna de El Carmen, como ellos mismos lo expresaron en sus relatos han perdido el contacto con sus familiares, reciben visitas en forma muy esporádicas, lo que fue ratificado por los funcionarios de la institución, sin embargo, se debe destacar que las Personas Mayores, justifican esta situación, apelando a que la distancia geográfica, la vida laboral y familiar de

sus familias les impide visitarlos, quedando en evidencia el abandono y soledad que viven las Personas Mayores en esta Residencia.

Es importante mencionar como afecta esta situación la calidad de vida de las Personas Mayores, ya que según (Vega, 1996) las relaciones sociales contribuyen a un buen envejecer ya que ayudan a la estimulación de la mente y el pensamiento, y el apoyo de la familia solo contribuye a una sensación de inseguridad, aislamiento social y sensación de abandono en la Persona Mayor.

Cabe destacar que los lazos afectivos que se establecen dentro de la Residencia de Larga Estadía, tanto con los cuidadores como con los propios cuidadores, puede contribuir tanto de forma positiva como negativa

¿Cuáles son las diversas manifestaciones de abandono hacia las Personas Mayores de la Residencia de Larga Estadía?

El estilo y calidad de vida que mantienen las Personas Mayores al interior de la Residencia de Larga Estadía contribuye al aislamiento y la soledad entre los residentes, el ambiente estructurado con horarios y relaciones jerárquicas establecidas dificulta la adaptación de las Personas Mayores a este nuevo estilo de vida convirtiéndose en un cambio sustancial de la vida familiar a la vida institucional.

Las Personas Mayores como se respondió en las preguntas anteriores, al ingresar a la Residencia han perdido contacto con sus familiares quienes no se preocupan por visitarlos, lo que se convierte en abandono hacia su propio familiar. También es relevante mencionar como la Persona Mayor justifica esta situación, lo que se comprende al ser vistos como víctimas de violencia, el agredido justifica a su agresor, ya que se encuentra envuelto en reiterados episodios de violencia, siendo el abandono uno de los tipos de violencia pasivos más recurrentes hacia las Personas Mayores.

Lo anterior conlleva a que sentimientos de soledad invadan a la Persona Mayor, y que para contrarrestar esta situación se torne muy relevante las relaciones que se puedan establecer dentro de la Residencia de Larga Estadía, aquí se toman en cuenta tanto las que se establecen entre los propios residentes como aquellas establecidas con los cuidadores, ante esto los sujetos de investigación expresaron en sus relatos que las relaciones que se establecen entre ellos – los residentes – corresponden solamente a relación de compañeros, perdiendo una instancia vital donde poder desarrollar lazos afectivos, siendo la institución la que juega un rol fundamental en la integración y socialización de las Personas Mayores, sin embargo, los sujetos de investigación manifestaron que no existen instancias donde poder compartir lo que deja en manifiesto las falencias que se dan en este tipos de instituciones.

En cuanto a la relación que establecen los residentes con los cuidadores, los sujetos de investigación manifestaron tener una buena relación de respeto mutuo entre ellos, sin embargo, la principal falencia que se puede reconocer es que la dependencia emocional y física de las Personas Mayores, puede generar problemas en esta instancia donde las buenas relaciones juegan un rol fundamental para evitar problemas relacionales a futuro.

Y para concluir y dar respuesta a la pregunta general de esta investigación y como conclusiones generales de la vida de las Personas Mayores residentes de la Residencias de Larga Estadía sujetos de investigación se concluye:

- El ingreso de una Persona Mayor a una Residencia de Larga Estadía – en el caso de los sujetos entrevistados – se explica a raíz de las relaciones establecidas durante su vida, por lo que fue primordial conocer la historia de vida de cada uno para poder comprender esta situación.

- Las Personas Mayores no cuentan con lazos afectivos viviendo en estado de abandono y soledad dentro de la Residencia de Larga Estadía, esto se debe a problemas relaciones pasados como también a problemas que surgieron a raíz de los problemas de salud tanto físicos como emocionales de los que son víctimas en la actualidad, lo que conlleva a que la dependencia existente y al convertirse en cargas para sus familias, como ellos mismo lo expresaron, dañaran las buenas relaciones existentes con anterioridad.
- Dentro de la Residencia de Larga Estadía la relación entre los residentes se caracteriza como ellos mismos expresaron como una relación de compañerismo no existiendo una relación de afecto, que pueda contribuir a llenar el vacío dejado por sus familiares.
- Las Personas Mayores sujetos de investigación se encuentran en estado de abandono de parte de sus familias, lo que ha ido en desmedro de su salud emocional.

6.2.- SUGERENCIAS.

Luego de finalizar el estudio y realizadas las conclusiones, las investigadoras proponen lo siguiente:

- Que el Servicio Nacional del Adulto Mayor realice un estudio sobre el abandono y la soledad en las personas mayores que residen en la Residencias de Larga Estadía del país, con el fin de contribuir y dar a conocer a la comunidad las condiciones de vida de las Personas Mayores institucionalizadas en el país.
- Fomentar la creación de una red social de acompañamiento a las Personas Mayores que viven en Residencias de Larga Estadía, involucrando la participación de escuelas, organizaciones comunitarias, entre otras, con la finalidad de contribuir a la mantención de lazos afectivos y relaciones de las Personas Mayores.
- La generación dentro de la Residencia de Larga Estadía de instancias de recreación que permitan a las Personas Mayores, salir de la rutina, promoviendo una mejora en su calidad de vida a partir de actividad física y recreacional que vaya en directa contribución a fomentar el compañerismo y la salud mental y física de los Mayores.
- En base a la política social vigente en relación al Reglamento de Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores, procurar que las supervisiones realizadas por el Servicio de Salud se efectúen con mayor periodicidad y rigurosidad, teniendo un rol más proactivo que reactivo, de manera que genere cambios y mejoras efectivos al interior de las residencias.

VII.- BIBLIOGRAFIA.

7.1.- BIBLIOGRAFIA

AGURTO, Gabriela. Maltrato institucional a personas mayores en residencias de larga estadía provincia de Ñuble 2004, Chile 2004, Pag.239

ALVAREZ, La amistad en la edad avanzada, Revista Geriátrika, Madrid 1996

AYUNTAMIENTO DE MADRID, Aislamiento social de personas mayores en el municipio de Madrid: Aspectos preventivos y asistenciales, Madrid 2008.

BRUNA, Miguel. El abandono una problemática al adulto mayor, Pag 12

CEPAL, CELADE, OPS, UNFPA, OIT, BID, La Situación de las Personas Mayores, Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento, Santiago de Chile, 19 al 21 de Noviembre 2003.

COFFEY Y ATKINSON Encontrando sentido a los datos cualitativos: Estrategias complementarias de investigación. Editorial Universidad de Antioquia, Madrid 2005

DECALMER Peter - GLENDENNING Frank, El maltrato a las personas Mayores. Editorial Paidós, Madrid 2000

ENCUESTA CASEN, SERPLAC, Región del BioBío, Chile 2006

ENCUESTA CASEN, Adulto Mayor, 2009

GIDDENS, Anthony. Sociología. Editorial Alianza, 2007.

GILBERT, Jorge. Introducción a la Sociología. Editorial LOM, 1997

INMERSO, Vejes, Negligencia, Abuso y Maltrato. Editorial ARTEGRAF, Madrid 2004.

IÑIQUEZ, Lupicinio. Análisis del discurso: Manual para las ciencias sociales. Editorial UOC, 2006 pág. 105

J.J. LÓPEZ, Aislamiento y soledad en las personas mayores, Revista Razón y Fe, 1994

J.J, TAYLOR Y R. BOGDAN. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Editorial Paidós. Barcelona 1987.

J, TAYLOR. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Editorial Paidós- saicf. Barcelona. Buenos aires México, 2000.

LAFOREST, Jacques. Introducción a la Gerontología; El Arte de Envejecer. Editorial Herder. Barcelona. 1991.

LOWICK Jenny y Russell Avalos, Maltrato en la Vejez. Editorial Centro de Capacitacion CEC, Santiago 1999.

LIGHT, DONALD y otros, Sociología , Editorial McGraw-Hill, Colombia 1991

MARIN, Pedro. Tiempo nuevo para el adulto mayor: Enfoque interdisciplinario. Editorial Grant Educacional Sandoz, Santiago de Chile, 1993

MISHARA y RIEDEL. El proceso de envejecimiento. Ediciones Norata, 1995

PAYNE, M. (1995). *Teorías contemporáneas del Trabajo Social*. Editorial Páidos. Buenos Aires. 348p.

PEREZ, Gloria. *Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes*. Editorial La Muralla. Madrid. 1994.

PÉREZ, G.. *Investigación Cualitativa. Retos e interrogantes*, Vol. I y II, La Muralla Madrid 2000

QUIROGA, Pilar y Rohde, Gustav, *Psicogeriatría, Bases Conceptuales. Clínica y Terapéutica Integral*, Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Chile 2002.

Reglamento de Establecimiento de Larga Estadía para Adultos Mayores, Decreto 14 publicado en Diario Oficial en Agosto 2010.

RODRÍGUEZ, G, et al, *Metodología de la Investigación Cualitativa*, Málaga, Aljib, 1999

RUIZ, José. *Metodología de la investigación cualitativa*. Editorial Universidad de Deusto, España 2007

SAEZ N-Vega J.L. *Acción Socioeducativa en la Tercera Edad* Editorial CEAC S.A. Barcelona. 1989 P. 37

SAEZ, Narciso, RUBIO Ramona, DOCIL Agustín, *Tratado de Psicogerontología*, Promolibro, Valencia España 1996. Pág 111.

SANCHEZ, Carmen. *Gerontología Social*, Editorial Espacio, Argentina 2005.

SÁNCHEZ, P. *Aislamiento social y factores físicosensoriales en la depresión geriátrica*. Revista Española. Geriátría y Gerontología 1992.

SENAMA Adultos Mayores, por regiones, comunas y porcentaje, Santiago de Chile 2003

SENAMA Definición y tipificación del maltrato al adulto mayor, en Chile, Imprenta Maval, Santiago de Chile 2007

SENAMA Guía de prevención del maltrato en personas mayores, Santiago de Chile 2007

SENAMA Las personas mayores en Chile: Situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez, Imprenta Maval, Santiago de Chile, 2009

SENAMA Estudio nacional de la dependencia en las personas mayores, Editorial Grafica Puerto Madero, Santiago de Chile 2009

VEGA, José. Desarrollo Adulto y Envejecimiento, Editorial Síntesis Psicología, Madrid 1996.

Texto básico Psicosocial, 2009, Pag 28.

7.2.- WEBGRAFIA.

BCN [Documento en línea] Establece ley de violencia intrafamiliar 20.066
(documento de trabajo)
<http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=242648&buscar=ley+20066> [visitado
el 20 de Marzo de 2010]

BCN [Documento en línea] Ley 20.427 Modifica ley N° 20.066 de violencia
intrafamiliar, para incluir maltrato del adulto mayor en la legislación nacional
(documento de trabajo)
<http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1011723&idParte=8896838&idVersio>
[n=2010-03-18&buscar=ley+20066](http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1011723&idParte=8896838&idVersio) [visitado el 20 de Marzo de 2010]

BCN [Documento en línea] Decreto N° 134 Reglamento de establecimiento de
larga estadía para adultos mayores (documento de trabajo)
<http://www.enfermeriajw.cl/pdf/Larga%20estadia%20AM.pdf> [visitado el 4 de
Mayo de 2010]

ELSEVIER, [Documento en línea] R. RUBIO, M. ALEIXANDRE Prevención del
aislamiento social en personas mayores,
http://www.doyma.es/revistas/ctl_servlet?_f=7216&articuloid=13011643&revi
[staid=124](http://www.doyma.es/revistas/ctl_servlet?_f=7216&articuloid=13011643&revi) [visitado el 20 de Mayo de 2010]

INE, [Documento en línea] censo 2002 [Documento en línea] www.ine.cl

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales [Documento en línea] Personas Mayores
y Residencias, (documento de trabajo)
<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso->
[personas-01.pdf](http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-) [visitado el 06 de Mayo de 2010]

Ministerio de planificación [Documento en línea] **Profundizando nuestra política de protección social**, Documento de la ministra de Planificación, Paula Quintana, sobre las políticas sociales del Gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet, http://www.mideplan.gov.cl/index.php?option=com_content&view=article&id=2850&catid=33:noticias&Itemid=50 [visitado el 15 de Julio de 2010]

OMS, [Documento en línea] Organización Panamericana de la Salud, El maltrato de las personas mayores, [visitado el 20 de Julio de 2010] http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_5.pdf

VIII ANEXOS

8.1 .-PAUTA ENTREVISTA PERSONAS MAYORES

ENTREVISTA PERSONAS MAYORES.

TEMA 1. “Situación personal y familiar al momento del ingreso a la residencia”

- Con quien vivía antes de ingresar al hogar.
- Tenía vivienda propia.
- Lugar donde residía.
- Donde trabajaba o cuáles eran sus ingresos.

TEMA 2. “Su niñez y juventud”

- Con quienes se crio
- Donde nació
- Como fueron las relaciones con sus padres
- Como fueron las relaciones con sus hermanos
- Como fueron las relaciones con sus familiares
- Como fue su vida como niño y joven
- Cuáles son sus mejores y peores recuerdos de ésta etapa
- Tenía amigos y como se relacionaba con sus pares.

Tema 3. “Vida laboral”

- Que estudio
- A que se dedico laboralmente
- Donde trabajo
- Como fueron sus relaciones con compañeros y Empleadores

- Como era su remuneración
- Cuanto tiempo trabajo
- Cuando se desvinculo laboralmente
- Tiene previsión social/salud

Tema 4. “Su propia familia”

- Constituyo familia
- Como conoció a su pareja
- Donde vivieron
- Tuvieron casa propia, donde.
- Tuvieron hijos, cuantos, estudiaron, que hacen, donde viven, cuanto hombres y cuantas mujeres
- Situación de pareja actual (antes de ingresar al Hogar)
- Lo ayudan sus hijos/mantiene aun contacto
- Tiene nietos, cuantos, donde viven

TEMA 5. “Permanencia en el hogar”

- Quien lo trajo
- Aporta el monto de su pensión
- Quienes lo visitan
- Con que frecuencia
- Visita a sus familiares
- Tiene amigos en el hogar
- Como son sus relaciones con los otros compañeros
- Como es el trato que recibe del personal
- Como es la alimentación
- Presenta alguna enfermedad, está en control
- Como lo tratan los administradores/escuchan sus peticiones.
- Que hace en el hogar
- Describa un día cualquiera desde que amanece hasta la noche

TEMA 6. “Sugerencias para un mejor trato a los mayores”

8.2. - PAUTA ENTREVISTA ADMINISTRADOR RESIDENCIA LARGA ESTADÍA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN INSTITUCIONAL HOGAR DE ANCIANOS “SAN FRANCISCO DE ASIS”.

1. IDENTIFICACIÓN INSTITUCIONAL.

1.1. INSTITUCIÓN	
Nombre:	
Dirección:	
Comuna:	
Provincia:	
Fecha de fundación:	
Dependencia:	
Capacidad:	
Fono:	

1.2. AUTORIDAD O DIRECTOR REPRESENTANTE	
Nombre :	
Cargo :	

1.3. COORDINADOR O ADMINISTRADOR	
Nombre :	
Profesión:	

Cargo:	
Dirección:	
Fono:	
Email:	

1.4 IDENTIFICACIÓN FUNCIONARIOS	
Nº total de personas que trabajan en la institución	
Nº trabajadores planta	
Nº trabajadores contrata	
Nº trabajadores honorarios	
Nº trabajadores labores administrativas	
Nº trabajadores cuidadores capacitados (enfermeras, técnicos)	
Nº trabajadores cuidadores no capacitados	
Nº trabajadores otras labores (auxiliar de aseo, manipuladoras de alimentos, entres otros)	

2.- NIVEL DE CAPACITACIÓN FUNCIONARIOS.

Nº de trabajadores capacitados _____

¿La institución ha capacitado a los cuidadores?

Si _____

No ____ ¿Porque? _____

Fecha de última capacitación _____

¿Que empresas los han capacitado? Y ¿en que años?

¿En la institución existe un reglamento que regule la capacitación de los funcionarios?

SI ____ NO ____ ¿Por
qué? _____

3. CARACTERIZACIÓN INFRAESTRUCTURA.

¿Cuáles son los materiales predominantes en la construcción del hogar?

¿Que tipo de calefacción tiene?

¿Esta calefaccionado toda la residencia?

Cuantos espacios tiene disponible para la recreación

¿Tiene área verdes?

Dispone de tecnología:

Radio SI_____ NO_____

Televisión SI_____ NO_____

Internet SI_____ NO_____

Computador SI_____ NO_____

Teléfonos SI_____ NO_____

¿Que tipo de medidas de seguridad tiene la institución?

¿Tiene convenios la institución? Si ____ No ____

¿Que tipo de convenios?

Esta integrada a la red de larga estadía de Ñuble

Si _____ No _____

ESTADO DE SALUD DE PERSONAS MAYORES

Numero de Adultos Mayores por Sexo Femenino _____ Masculino _____

¿Tiene personas mayores postradas?

SI _____ NO _____ ¿Cuántas? _____

Nº de personas mayores autovalentes _____

¿Que tipo de previsión de salud tienen las personas mayores?

¿Donde controlan su salud las personas mayores?

¿Que medios de movilización utilizan para ir a los controles de salud?

SITUACIÓN ACTUAL PERSONAS MAYORES

¿Tienen horario de actividades diarias establecidas? ¿En que consiste?

¿Existen actividades recreativas establecidas para que realicen diariamente las personas mayores?

¿Que tan a menudo vienen familiares a ver a las personas mayores?

¿Las personas mayores visitan a familiares?

Para las fiestas de fin de año, cumpleaños, ¿Las personas mayores visitan a sus familias o son visitados por ellos?
