



DISEÑO DE ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN E INTERVENCIÓN SOBRE EL MALTRATO HACIA LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR EN LA REGIÓN DE VALPARAÍSO.

*INFORME FINAL DE PROYECTO DE TÍTULO PARA OPTAR AL
GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL Y EL
TÍTULO PROFESIONAL DE TRABAJADOR SOCIAL*

Estudiantes:

- ✓ Alison Mena Villalobos
- ✓ Cristina Mieres Rojas
- ✓ Hiandry Molina Astudillo
- ✓ Karen Vega Álvarez

Profesor Guía:

- ✓ Héctor Díaz Vidal

Año:

- ✓ 2016

Índice

Presentación General	5
I. CAPÍTULO UNO: CONTEXTO INSTITUCIONAL	6
Presentación	7
ANTECEDENTES GENERALES	8
Identificación de la Institución	8
Tipo de Institución	8
Cobertura	8
Antecedentes Históricos	10
MARCO ESTRATÉGICO	10
Misión de la Institución	10
Objetivos de la Institución	11
Ejes Temáticos de la Institución	11
Política de la Institución:	11
Programas de la Institución	13
Comité Consultivo:	21
Organigrama:	23
Adulto Mayor en Chile	24
Buen trato al adulto mayor.	28
Programa Buen Trato al Adulto Mayor	30
II. CAPÍTULO DOS: MARCO TEÓRICO	34
Presentación	35
Adulto mayor	36
Envejecimiento	39
Envejecimiento Individual	39
Formas de Envejecimiento	40
Envejecimiento poblacional.	43
Envejecimiento Mundial.	43
Envejecimiento en América Latina y el Caribe.	45
Envejecimiento Nacional.	49
Envejecimiento Regional.	50
Teorías del envejecimiento.	51
_____	52
Teorías Biológicas del Envejecimiento	52
Teoría Psicosociales del Envejecimiento	54
Teoría Sociales del Envejecimiento	56
Teoría de los roles:	56
Derechos Humanos en la Población Mayor.	58
Promulgación De Ley N° 19.828.	61
Política Integral De Envejecimiento Positivo.	61
Ley de Violencia Intrafamiliar.	61
El Maltrato en Chile.	62

Tipos de Maltrato	63
Maltrato Físico	63
Maltrato Psicológico:	63
Abuso Patrimonial o Económico:	63
Negligencia:	64
Abandono:	64
Abuso Sexual:	64
Maltrato estructural o Societal:	64
Agentes Ejecutores de Maltrato	66
Teorías De Maltrato	66
Teoría Del Estrés De el/la Cuidador/a	67
Teoría de la dependencia o discapacidad de la persona mayor:	83
Teoría De Violencia Transgeneracional	87
III. CAPÍTULO TRES: DISEÑO METODOLÓGICO	90
Presentación	91
Fundamentación Metodológica	92
Investigación Cuantitativa	92
Investigación Cualitativa	92
Investigación Exploratoria	96
Investigación Descriptiva	97
Fundamentación Del Problema De Investigación	99
Formulación Del Problema De Investigación	101
Diseño Metodológico	101
Objetivos de Investigación	101
Criterios de Inclusión	101
Colectivo y Universo de Investigación	102
Muestra de Investigación	103
Técnicas de Recolección de Investigación	105
Criterios de Rigor	106
Categorías de Análisis	110
Análisis de Datos	110
IV. CAPÍTULO CUATRO: RECOPIACIÓN, CATEGORIZACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.	112
Presentación:	113
Análisis de la información:	114
Análisis Por Dimensión	116
Análisis integrado:	143
V. CAPÍTULO QUINTO: HALLAZGOS Y CONCLUSIONES	145
Presentación:	146
Hallazgos	147
Conclusiones	150

Conclusión final	156
Bibliografía	158
Linkografía	162
VI. ANEXOS	163
Entrevista A Profesionales De La Red De Protección Del Adulto Mayor	164
Encuesta Temática: Maltrato en el Adulto Mayor.	165
Manual de Estrategias Gerontológicas para Detectar el Maltrato en la Población Adulta Mayor.	168

Presentación General

El presente documento se encuentra enmarcado en el proceso académico de finalización de estudios superiores de las estudiantes de quinto año de la carrera de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso, Alison Mena Villalobos, Cristina Mieres Rojas, Hiandry Molina Astudillo y Karen Vega Álvarez, las cuales se encuentran desarrollando su proyecto de título en el Servicio Nacional del Adulto Mayor, específicamente en el programa Buen Trato.

Dicho documento recibe por nombre ***“Diseño de estrategias de atención e intervención sobre el maltrato hacia la población adulta mayor en la región de Valparaíso.”***

A continuación se presentan los capítulos del proyecto de título, los cuales buscan reflejar el proceso de investigación llevado a cabo durante el año 2016, proceso que se encuentra supervisado académicamente por el docente guía Héctor Díaz Vidal, además de la supervisión institucional de las profesionales Sras. Rosa Henríquez Farías, Asistente Social encargada del programa “Buen Trato al Adulto Mayor” y María Eugenia Arenas, Psicóloga encargada de Programas de la institución.

El primer capítulo corresponde al *Marco Institucional*, el cual contextualiza al Servicio Nacional del Adulto Mayor, ya que, es la institución en la cual se desarrollará la investigación de la temática.

El segundo capítulo, *Marco Teórico* consiste en el levantamiento de información sobre la temática, la cual permite establecer las bases desde las cuales se planteará y abordará la investigación.

En el tercer capítulo *Marco Metodológico*, se establecen los lineamientos metodológicos a utilizar en el proceso de investigación, así también los tipos de metodologías e investigación a emplear.

El capítulo cuatro corresponde a la *Recopilación, Categorización y Análisis de Datos*, de la información recabada de los/as profesionales a lo largo de la investigación para realizar un análisis exhaustivo de ésta cuya finalidad es levantar información nueva que servirá para la confección del *Manual de Estrategias Gerontológicas para Detectar el Maltrato en la Población Adulta mayor*.

Para terminar esta investigación se presentará el capítulo de *Hallazgos y Conclusiones* de ésta, desde sus ejes temáticos.

I. CAPÍTULO UNO: CONTEXTO

INSTITUCIONAL

Presentación

El presente documento, corresponde al Marco Institucional, cuya finalidad consiste en contextualizar la institución en la cual se desarrollará dicho proyecto, el Servicio Nacional del Adulto Mayor, específicamente el programa Buen Trato.

En este capítulo se proporcionarán antecedentes de la institución y el área de investigación profesional en el cual las estudiantes de proyecto de título desarrollarán el proceso investigativo.

ANTECEDENTES GENERALES

Identificación de la Institución

- **Nombre:** Servicio Nacional del Adulto Mayor
- **Ubicación Geográfica:** Avenida Brasil N° 1265, piso N° 5 Valparaíso.
- **Director Nacional:** Rubén Valenzuela Fuica.
- **Coordinadora Regional de Valparaíso:** Marcela Dupré.
- **Teléfono:** 800 400 035
- **Correo:** oirs@senama.cl
- **Sujeto de Atención:** Todas las personas de 60 años o más, naturales o jurídicas que requieran algún tipo de información y/o atención.
- **Recursos:** SENAMA cuenta con el apoyo económico del Estado Chileno, el cual brinda un monto aproximado de \$1.400.000.000.- para los gastos de los programas del servicio durante todo el año.

Observación: El Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA, es un servicio público creado por medio de la promulgación de la Ley N° 19.828, el 17 de Septiembre de 2002. Comenzó sus funciones en enero del 2003.

Tipo de Institución

SENAMA se crea como un servicio público, funcionalmente descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, que se encuentra sometido a la supervigilancia de la Presidenta de la República a través del Ministerio de Desarrollo Social, a cargo del Ministro Marcos Barraza Gómez.

Cobertura

SENAMA atiende a todos y todas los/as Adultos/as Mayores, siendo estos/as definidos en la ley N° 19.828 que crea el Servicio como: *“(...) toda persona que ha cumplido los 60 años, sin diferencia entre hombres y mujeres.”*

La principal tarea, que compromete a todo el equipo de SENAMA, es contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas mayores del país.

- **Radio de Acción:** El Trabajo de SENAMA se realiza a través de módulos por Provincias, donde en cada una hay encargados/as. Además, a nivel provincial se efectúan mesas de Trabajo, cuyo objetivo es levantar y visibilizar las necesidades de cada comuna que

integra cada una de las presentes provincias: Valparaíso, San Antonio, Petorca, Quillota, Marga-Marga, Los Andes-San Felipe, Isla de Pascua.



Mapa Político región de Valparaíso

Antecedentes Históricos

En enero de 1995, siendo Presidente de la República Eduardo Frei Ruiz-Tagle, fue creada la Comisión Nacional para el Adulto Mayor, órgano asesor del Presidente en la formulación de las políticas, planes y programas para el adulto mayor.

La Comisión, presidida por la señora Marta Larraechea de Frei, estuvo integrada por 38 personas pertenecientes a diversos ámbitos públicos y privados de la sociedad, tales como parlamentarios, representantes de organismos públicos, académicos, miembros de organizaciones sociales y gremiales. El trabajo realizado por dicha Comisión da paso a la creación del Comité Nacional para el Adulto Mayor, el cual fue el encargado de coordinar y articular la Política Nacional para el Adulto Mayor.

En julio de 2002 el Congreso Nacional aprueba el Proyecto de Ley de Creación del Servicio Nacional del Adulto Mayor, cuya ley N° 19.828 es promulgada el 17 de Septiembre de 2002. En enero de 2003, SENAMA inicia sus funciones.

La dirección de este Servicio a través del tiempo ha estado a cargo de:



MARCO ESTRATÉGICO

Misión de la Institución

Fomentar el envejecimiento activo y el desarrollo de servicios sociales para las personas mayores, cualquiera sea su condición, fortaleciendo su participación y valoración en la sociedad, promoviendo su autocuidado y autonomía, y favoreciendo el reconocimiento y ejercicio de sus derechos; por medio de la coordinación intersectorial, el diseño, implementación y evaluación de políticas, planes y programas.

Objetivos de la Institución

- Fomentar la integración y participación social efectiva de las personas mayores.
- Articular una red de servicios sociales dirigida a personas mayores en situación de vulnerabilidad y/o dependencia.
- Inducir un cambio cultural que promueva la valoración positiva de las personas mayores.
- Fortalecer la gestión territorial de SENAMA.

Ejes Temáticos de la Institución

Los ejes estratégicos de SENAMA son:

- Proteger y garantizar los derechos de las personas mayores.
- Fomentar la participación social de quienes pertenecen a este grupo etario.
- Fortalecer el sistema de protección social dirigido a los/as adultos/as mayores.
- Avanzar hacia un cambio cultural que reconozca a las personas mayores como sujetos de derechos.
- Fortalecer la gestión territorial y descentralización de SENAMA

Política de la Institución:

En Chile a partir de la década de los setenta se comienza a promulgar decretos con respecto a la población adulta mayor, sin embargo, en donde realmente cobra importancia es en la década de los noventa, donde se transita desde un enfoque asistencialista a un enfoque de derecho. Para la protección social de estos sujetos la institución que se encarga de coordinar las políticas públicas es el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), la cual fue promulgada en 2002 bajo la ley N° 19.828, donde se proponen las políticas orientadas a alcanzar la integración familiar y social efectiva de los/as adultos/as mayores y la solución de los problemas que les afectan.

Dicha creación ha beneficiado los diversos ámbitos en el cual se desenvuelve el/la adulto/a mayor en el país, lo que ha provocado que hasta la fecha se hayan promulgado nuevas leyes que han sido de especial ayuda en la garantía de los derechos de los/as adultos/as

mayores, entre ellas se ha llevado a cabo la Política Integral de Envejecimiento Positivo, propuesta en el año 2011, con proyección hasta el 2025.

El programa “Buen Trato al Adulto Mayor”, que se encuentra bajo el amparo de SENAMA, es el que está a cargo de promocionar, prevenir y proteger los derechos de el/la adulto/a mayor, es por esto que toma como lineamientos atender, gestionar y coordinar casos y consultas de maltrato enfocado en la Ley 20.427 que incorpora a la población adulta mayor dentro de la Ley de Violencia Intrafamiliar (20.066).

La Política Integral de Envejecimiento Positivo:

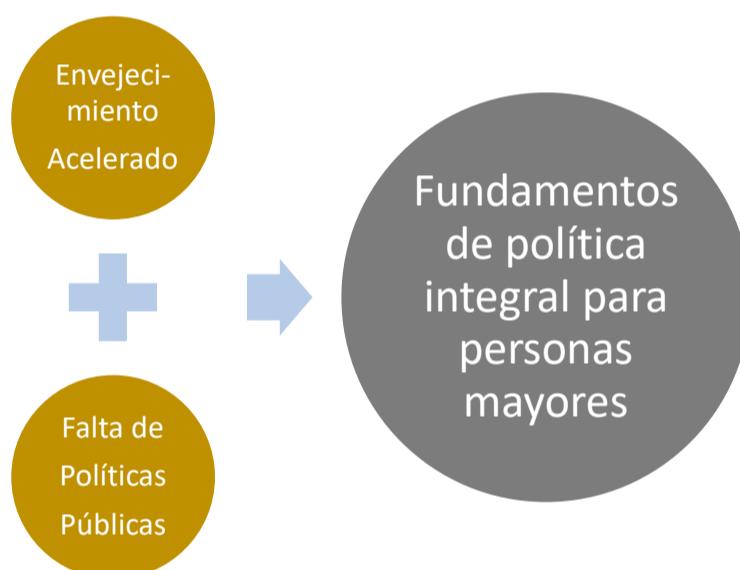


Diagrama elaboración propia.

A través de esta política, SENAMA aborda el envejecimiento y la vejez en toda su magnitud, desde el Estado, en conjunto con la sociedad civil y las familias. Esta iniciativa no sólo resume y potencia el trabajo realizado hasta hoy por los/as distintos/as actores/as involucrados/as en el tema, sino que genera las sinergias necesarias para abordarlo adecuadamente con una perspectiva de futuro.

La Política Integral de Envejecimiento Positivo para SENAMA busca crear iniciativas que mejoren la calidad de vida de los/as adultos/as mayores y donde se cumplan tres objetivos generales:

- **Proteger la salud funcional de las personas mayores:** Promoviendo la auto-valencia, pero sin desconocer la importancia del apoyo que requieren quienes presentan dependencia.
- **Mejorar su integración y participación en distintos ámbitos sociales:** Favoreciendo una sociedad para todos/as, donde las

personas mayores mejoren su integración y participación en los ámbitos sociales, económicos, culturales y espaciales, a través de generación de planes y programas que fomenten la asociatividad, el trabajo y la participación ciudadana.

- ***Incrementar, de forma transversal, el bienestar subjetivo de las personas mayores:*** Buscando que la Política Integral de Envejecimiento Positivo, en cada una de sus etapas, contribuya a que las personas mayores evalúen la calidad de sus vidas de forma favorable y positiva.

Programas de la Institución

Los principales programas sociales de SENAMA son:

Fondo Nacional Del Adulto Mayor

Este programa consiste en apoyar a las personas mayores a través del financiamiento de iniciativas presentadas por organizaciones de los/as propios/as adultos/as mayores o instituciones que trabajen con ellos/as.

El objetivo de este programa es: *“Favorecer la autonomía, autogestión e independencia de los mayores y además entregar servicios de calidad para la atención de personas en situación de dependencia y/o vulnerabilidad”* (Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2016).

Es un programa del Estado de Chile, establecido en la Ley 19.828, ejecutado por el Servicio Nacional del Adulto Mayor, el cual financia proyectos ideados, formulados y ejecutados por organizaciones de adultos/as mayores de todo el país.

El Fondo busca contribuir a la promoción, protección de los derechos y la participación social de las personas mayores, fomentando su autonomía, autogestión y asociatividad. Además de mejorar la calidad de vida, por medio de su integración social, considerando no solo las carencias, sino también las potencialidades de los/as adultos/as mayores, como activos/as participantes en todos los ámbitos de la vida social.

El Fondo Nacional del Adulto Mayor opera a través de tres componentes: Fondo Auto-gestionado, Fondo para Ejecutores Intermedios y Convenios Institucionales.

Voluntariado Asesores Seniors

Programa de voluntarios/as mayores que brinda apoyo escolar a niños y niñas de familias en riesgo social.

El objetivo es: *“Contribuir a la integración social y al fortalecimiento de una imagen positiva de las personas mayores, a través del ejercicio de nuevos roles, fomentando el respeto de sus derechos.”* (Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2016).

El Programa consiste en que personas mayores voluntarias les entreguen apoyo socioeducativo a niños/as, pertenecientes a familias en situación de vulnerabilidad del Sistema de Protección Social.

Los/as voluntarios/as son principalmente profesores/as jubilados/as o personas con habilidades comunicacionales y capacidad para establecer relaciones interpersonales, quienes trabajan para que los/as estudiantes mejoren su rendimiento escolar y refuercen su autonomía, fomentando hábitos de estudio e involucrando a sus familias en el proceso educacional.

Vínculos

El objetivo del programa es *“entregar herramientas a personas mayores en situación de vulnerabilidad social para que logren vincularse con la red de apoyo social de su comuna y con sus pares.”* (Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2016). Programa ejecutado en conjunto con el Ministerio de Desarrollo Social.

Se trata de un acompañamiento continuo para los/as mayores de 65 años que ingresan al nuevo Subsistema de Seguridades y Oportunidades, Ingreso Ético Familiar y se le entregan herramientas psicosociales que permiten fortalecer su identidad, autonomía y sentido de pertenencia.

Vínculos favorece también la articulación de redes formales e informales (municipalidad, grupos organizados, vecinos, amigos, familiares, entre otros), de manera de constituirse una red de protección social de las personas mayores ante el abandono, entregando bonos de protección y prestaciones monetarias.

Turismo Social

El objetivo consiste en *“Brindar la oportunidad de acceder a espacios de recreación y esparcimiento, que fortalecen sus redes de apoyo, para adultos mayores vulnerables que no tienen acceso a satisfacer esta necesidad por sus propios medios”* (Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2016).

El programa contempla el financiamiento de viajes por el día que incluyen: traslado, alimentación, entradas a museos y guía de turismo.

Facilita el acceso a lugares de interés turístico y cultural, según requerimientos específicos, con la entrega de servicios de calidad en cuanto a alimentación y traslado, cuyos estándares son definidos por SENAMA. Además, incluye la implementación de iniciativas que fomenten la integración social y que propicien actividades significativas para ellos/as.

Está dirigido a personas mayores (60 años y más) que viven en hogares o Establecimientos de Larga Estadía sin fines de lucro. También, pueden viajar quienes participan en el Programa Vínculos o viven en condominios sociales para adultos/as mayores y también para personas de dicho grupo etario que están en condiciones de vulnerabilidad, pertenecientes hasta el sexto decil, según instrumento de estratificación vigente. Los/as adultos/as mayores son seleccionados/as por la municipalidad donde residen, de acuerdo a los requisitos definidos por SENAMA.

Fondo de Servicios de Atención al Adulto Mayor

Programa que brinda soluciones habitacionales y servicios de apoyo a personas mayores en situación de vulnerabilidad y con diferentes grados de dependencia.

El objetivo consiste en “*Generar acciones que permitan proveer servicios integrales de vivienda y cuidados socio-sanitarios a personas mayores de 60 años, de acuerdo a su nivel de dependencia y vulnerabilidad*”. (Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2016).

Se enmarca en el convenio suscrito entre el Ministerio de la Vivienda y Urbanismo (MINVU) y el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Cuenta con dos líneas de acción: Establecimientos de Larga Estadía (ELEAM) y Condominios de Viviendas Tuteladas (CVT).

-Establecimientos de Larga Estadía (ELEAM): Se encarga de proporcionar servicios de cuidados de larga duración, que sean de calidad y especializados, de acuerdo a los niveles de dependencia de los/as adultos/as mayores. Para esto, existen residencias donde se provee atención directa a las personas mayores, tanto en aspectos socio-sanitarios, como en integración socio-comunitaria, promoviendo la participación de los/as residentes en la red local y en el barrio.

-Condominios de Viviendas Tuteladas (CVT): Proporciona viviendas adecuadas para personas mayores, con integración socio-comunitaria y apoyo social. Se aplica un plan de intervención comunitario, se promueve

el acceso de los/as beneficiarios/as a la oferta programática local y se los/as conecta con la comunidad.

Buen Trato al Adulto Mayor.

Este programa busca contribuir a la promoción y ejercicio de los derechos de las personas mayores, a través de la prevención, asesoría y coordinación con las redes locales para abordar el maltrato que afecta a dicho grupo etario.

El objetivo de este es *“Contribuir al reconocimiento, promoción y ejercicio de los derechos de las personas mayores, a través de la prevención y del maltrato que los afecta, mediante la asesoría y coordinación con las redes regionales y locales.”* (Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2016).

El programa consiste en promover el buen trato a los/as adultos/as mayores, mediante instancias de promoción de derechos y prevención del maltrato, desde una mirada intersectorial, integral y psico-socio-jurídica.

El Programa atiende a cualquier persona natural y/o quien se presente al Servicio a través de cada Coordinación Regional de SENAMA, del mismo modo, atiende a todas las personas derivadas por los distintos canales de atención del Servicio, ante consultas y casos de maltrato a las personas mayores.

Unido a lo anterior, se desarrolla un trabajo intersectorial y de coordinación con los dispositivos locales y territoriales, especialmente con Municipalidades, Centros de Salud Familiar, Servicios de Salud, Autoridades Policiales, Organismos Auxiliares de Justicia, entre otros, tanto para la coordinación de abordaje de situaciones de maltrato, como para acciones de prevención, visibilización y sensibilización.

Si bien SENAMA no cuenta con la facultad legal de representación judicial, mantiene convenios con la Corporación de Asistencia Judicial.

Programa Participación y Formación (Escuela de formación dirigente mayor)

El programa presenta como objetivo *“Promover la información, participación y formación de dirigentes e integrantes de organizaciones de personas mayores, a fin de contribuir al ejercicio de su ciudadanía activa.”* (Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2016).

Principales componentes

Las personas mayores que participan en las actividades del programa se informan sobre sus derechos y los desafíos que plantea la etapa de la vejez, a través de metodologías participativas, diálogo e intercambio de experiencias. Los principales temas se relacionan con el envejecimiento activo, los liderazgos participativos, las políticas públicas y programas que benefician a las personas mayores.

El programa cuenta con las siguientes líneas de trabajo:

- a) **Jornadas participativas territoriales:** Instancias masivas de información, participación e intercambio de experiencias. Se realizan en todas las provincias del país al menos dos veces al año.
- b) **Actividades de los consejos asesores regionales de mayores** (Decreto N° 8/2008): En cada región existe un Consejo, formado por dirigentes mayores y elegidos por sus pares democráticamente. Los Consejos trabajan en alianza con SENAMA, se vinculan con las organizaciones de mayores, y aportan al Servicio información sobre las necesidades y propuestas de las personas mayores.
- c) **Jornadas regionales:** Una vez al año SENAMA rinde cuenta pública participativa de su accionar, ante dirigentes mayores y autoridades de gobierno de la región.
- d) **Escuelas regionales de dirigentes mayores:** Como una experiencia piloto, se han realizado a partir del año 2015, escuelas en tres regiones, con el fin de fortalecer las organizaciones y promover el surgimiento de nuevas agrupaciones de mayores. Diseñadas por SENAMA, son implementadas por una universidad, durante 96 horas académicas, por tres meses.

El programa se propone llegar no sólo a sus usuarios/as directos/as (participantes en las jornadas y actividades) sino también, a través de ellos/as, a los socios y socias de las organizaciones que representan y a otras personas adultas mayores que conozcan y que no estén organizadas, las cuales serían las beneficiarias indirectas del programa.

Envejecimiento Activo

El objetivo del presente programa es *“Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores, con acciones que mejoren el envejecimiento activo desde un enfoque biopsicosocial.”* (Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2016).

El Programa busca proporcionar conocimientos y oportunidades para el desarrollo personal, cognitivo, biológico, físico y de participación social, para lo cual se requiere fomentar y equilibrar la responsabilidad personal, el encuentro, la solidaridad intergeneracional y la creación de entornos favorables, que aporten a la calidad de vida y retrasen los niveles de dependencia.

El programa se divide en dos áreas de trabajo: Fortalecimiento de habilidades en la vejez y Espacio mayor. Ambos componentes buscan contribuir y potenciar la oferta gratuita de servicios a las personas mayores, así como generar una oferta de acuerdo a la realidad territorial, permitiendo el acceso igualitario a los/as adultos/as mayores.

- **Beneficiarios/as**

El programa está dirigido a hombres y mujeres de 60 años y más, preferentemente no organizados/as.

El programa dispone de infraestructura (Casas de Encuentro del Adulto Mayor), en algunas regiones del país, donde se desarrollan talleres, encuentros y charlas. En aquellas regiones donde no se dispone de inmuebles, se utiliza la estrategia de articulación con otros servicios públicos e instituciones que permite convocar a una mayor cantidad de adultos/as mayores.

[Programa Centros Diurnos del Adulto Mayor](#)

Espacios donde se ofrecen servicios socio-sanitarios durante el día para personas mayores con dependencia leve, que pertenezcan a los tres primeros quintiles de vulnerabilidad. También entregan apoyo familiar preventivo, actividades socioculturales y de promoción para un envejecimiento activo.

El Programa Centro de Día tiene como objetivo *“Promover y fortalecer la autonomía e independencia de las personas mayores, para contribuir a retrasar su pérdida de funcionalidad, manteniéndolos en su entorno familiar y social, a través de una asistencia periódica a un centro diurno, donde se entregan temporalmente servicios socio-sanitarios.”* (Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2016).

Público Objetivo: Las personas mayores usuarias de los centros de día deben cumplir con las siguientes características:

- Ser mayor de 60 años.

- Con dependencia leve, deterioro cognitivo o depresión leve.
- Que residan en la comuna donde se implementa el programa.
- Que pertenezcan hasta el sexto decil de vulnerabilidad, según Registro Social de Hogares.

Los centros diurnos ofrecen atención especializada, a través de un equipo profesional multidisciplinario, que elabora y dirige un plan de intervención integral individualizado.

Los centros cuentan con, al menos, los/as siguientes profesionales:

- Coordinador/a del Proyecto (profesional del área sanitaria o social)
- Terapeuta Ocupacional
- Trabajador/a Social
- Kinesiólogo/a
- Psicólogo/a

Operación: Está a cargo de instituciones públicas o privadas sin fines de lucro que acrediten experiencia en acciones dirigidas a personas mayores en situación de dependencia leve. Los organismos ejecutores pueden postular a un fondo especial destinado a financiar estos proyectos y deben estar inscritos en el Registro de Prestadores de Servicios Remunerados o no Remunerados a Adultos Mayores de SENAMA. Cuentan con la asesoría y orientación técnica por parte de SENAMA.

Cuidados Domiciliarios

A través de este programa se busca mejorar la calidad de vida de las personas mayores en situación de vulnerabilidad y dependencia y la de el/la cuidador/a.

SENAMA implementó el programa de cuidados domiciliarios, donde la figura de el/la cuidador/a es fundamental, ya que ofrece un respiro a éste/a.

A través de este programa se busca mejorar la calidad de vida de las personas mayores en situación de vulnerabilidad y dependencia y la de el/la cuidador/a. Un grupo de asistentes domiciliarios/as capacitados/as entregan un conjunto de servicios de apoyo socio sanitarios a los/as adultos/as mayores en su hogar, manteniéndolos/as en sus casas el mayor tiempo posible, insertos/as en su comunidad y ejerciendo sus roles familiares y sociales.

La prestación es individual y se planifica de acuerdo a la situación personal, familiar y social de el/la adulto/a mayor beneficiario/a. Entre las prestaciones están: Acompañamiento y ayuda en las actividades de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria cuando se requieren; Técnicas de confort e higiene; Técnicas y manejo de administración de Alimentos; Control de signos vitales: presión, pulso, frecuencia cardíaca; entre otras.

De esta manera el Servicio Nacional del Adulto Mayor busca avanzar hacia un sistema de servicios socio-sanitarios con el fin de fortalecer la prestación de los servicios sociales para las personas mayores, en especial para aquellas que sufren algún tipo de dependencia.

Pueden acceder a este beneficio personas de 60 años o más, que estén en situación de dependencia moderada a severa; que pertenezcan hasta el sexto decil de vulnerabilidad según Registro Social de Hogares; que cuenten con un/a cuidador/a principal, entendiendo por éste/a a el/la familiar, amigo/a o vecino/a que presta cuidados en forma regular y permanente, acreditado mediante un informe social.

Por otro lado, el programa está dirigido a instituciones sin fines de lucro con experiencia en el desarrollo de iniciativas y/o acciones dirigidas a las personas mayores en situación de dependencia moderada y severa, las que postulan a un fondo especial destinado a financiar proyectos de cuidados domiciliarios.

Finalmente, los organismos ejecutores, deben estar inscritos en el Registro de Prestadores de Servicios Remunerados o No Remunerados de SENAMA y contar con personalidad jurídica vigente de derecho público o privado. Así mismo, deberán presentar un proyecto de intervención que considere las dimensiones sanitarias y sociales definidas por SENAMA y especificar el tipo y el número de prestaciones que otorgará.

[Fondo de Subsidio para establecimientos de larga estadía \(ELEAM\)](#)

Este programa busca generar acciones que permitan aumentar la cobertura de atención y mejorar los servicios de cuidado a los adultos mayores en situación de dependencia y vulnerabilidad, que residen en Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM), administrados por instituciones públicas y privadas sin fines de lucro. (Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2016).

Está destinado a las Instituciones que administren uno o más Establecimientos de Larga Estadía y pueden postular al Fondo Concursable de Establecimientos de Larga Estadía para Adultos/as Mayores, presentando proyectos de iniciativas de apoyo directo, que incluyan como beneficiarios/as a personas mayores residentes que cumplan con los siguientes requisitos:

- Que se encuentren en situación de dependencia de moderada a severa, y que no cuenten con redes socio-familiares afectivas.
- Que se encuentren en situación de vulnerabilidad, acreditada a través del Registro Social de Hogares.
- Que tengan 60 años o más de edad.

Se accede a este Fondo, a través de concursos públicos mediante la presentación de proyectos de iniciativas de apoyo directo al/la adulto/a mayor y, se transfieren los recursos de acuerdo a convenios entre SENAMA y la Institución adjudicada.

El monto total de los recursos a transferir será por plaza residencial adjudicada y ocupada, de acuerdo al tipo de plaza residencial y al nivel de dependencia de el/la adulto/a mayor.

Los proyectos de iniciativas de apoyo directo a los/as adultos/as mayores residentes deben considerar la satisfacción de necesidades básicas tales como alojamiento, alimentación, atención médica, estrategias de integración a la comunidad, protección de sus derechos, y en general, servicios de promoción del envejecimiento activo, especialmente en las áreas física, cognitiva y social.

Comité Consultivo:

Se encarga de asesorar al Director Nacional del Servicio en temas referidos a planes y programas para las personas mayores. El comité debe sesionar a lo menos una vez al mes.

Sus acuerdos no son obligatorios, pero constituyen recomendaciones para el Director Nacional.

Integrantes:

- Director Nacional del Servicio, quien además lo preside.
- Siete académicos de universidades con amplia trayectoria en materias relativas a el/la adulto/a mayor. Ellos/as son elegidos/as por la Presidenta de la República.

- Cuatro personas provenientes de asociaciones de adultos/as mayores, inscritas en un registro que tendrá el Servicio. Ellos/as también son elegidos/as por la Jefa de Estado.
- Cuatro representantes de personas o instituciones que trabajen para los/as adultos/as mayores. Ellos/as son elegidos/as como representantes por estas mismas instituciones.

DIRECCION NACIONAL
Rubén Valenzuela Fuica

Gabinete de Dirección
Alejandra Roncagliolo

SIAC
Pamela Acevedo Vera

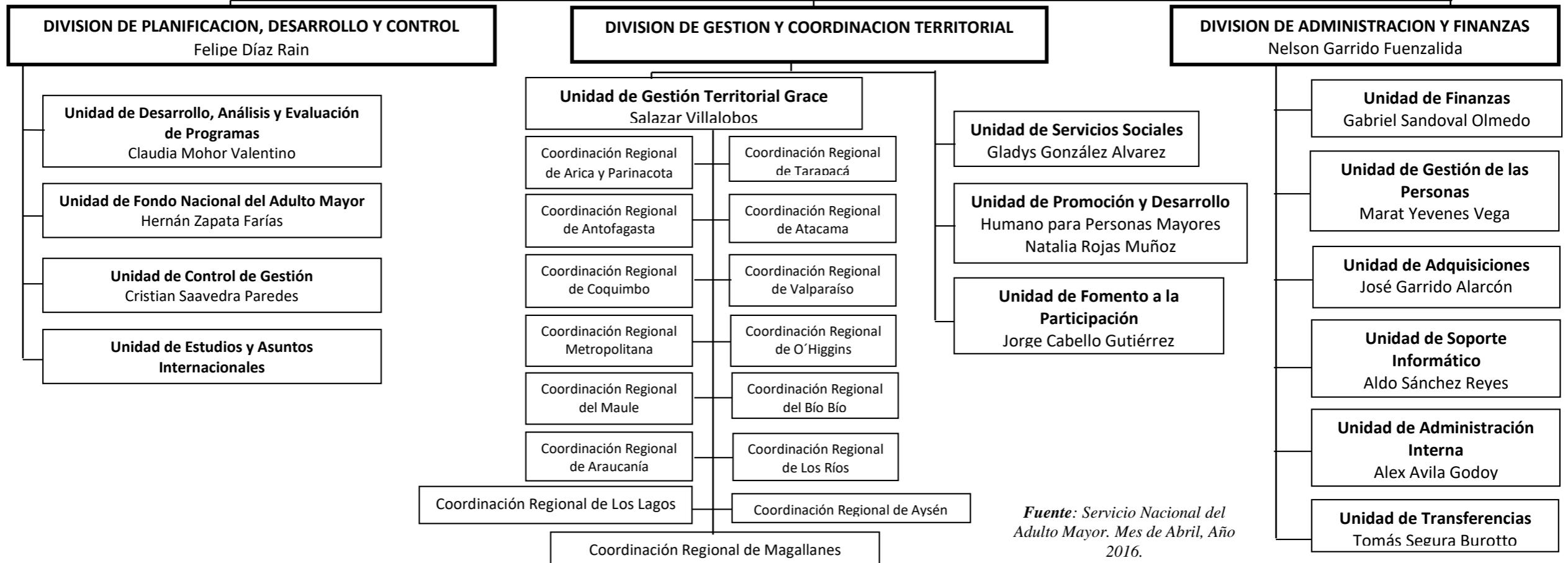
Unidad Jurídica
Tania Mora Biere

Comité Consultivo

Unidad de Comunicaciones
Eva Moreno Segovia

Unidad de Auditoría Interna
Victor Moraga Nuñez

Organigrama:



Fuente: Servicio Nacional del Adulto Mayor. Mes de Abril, Año 2016.

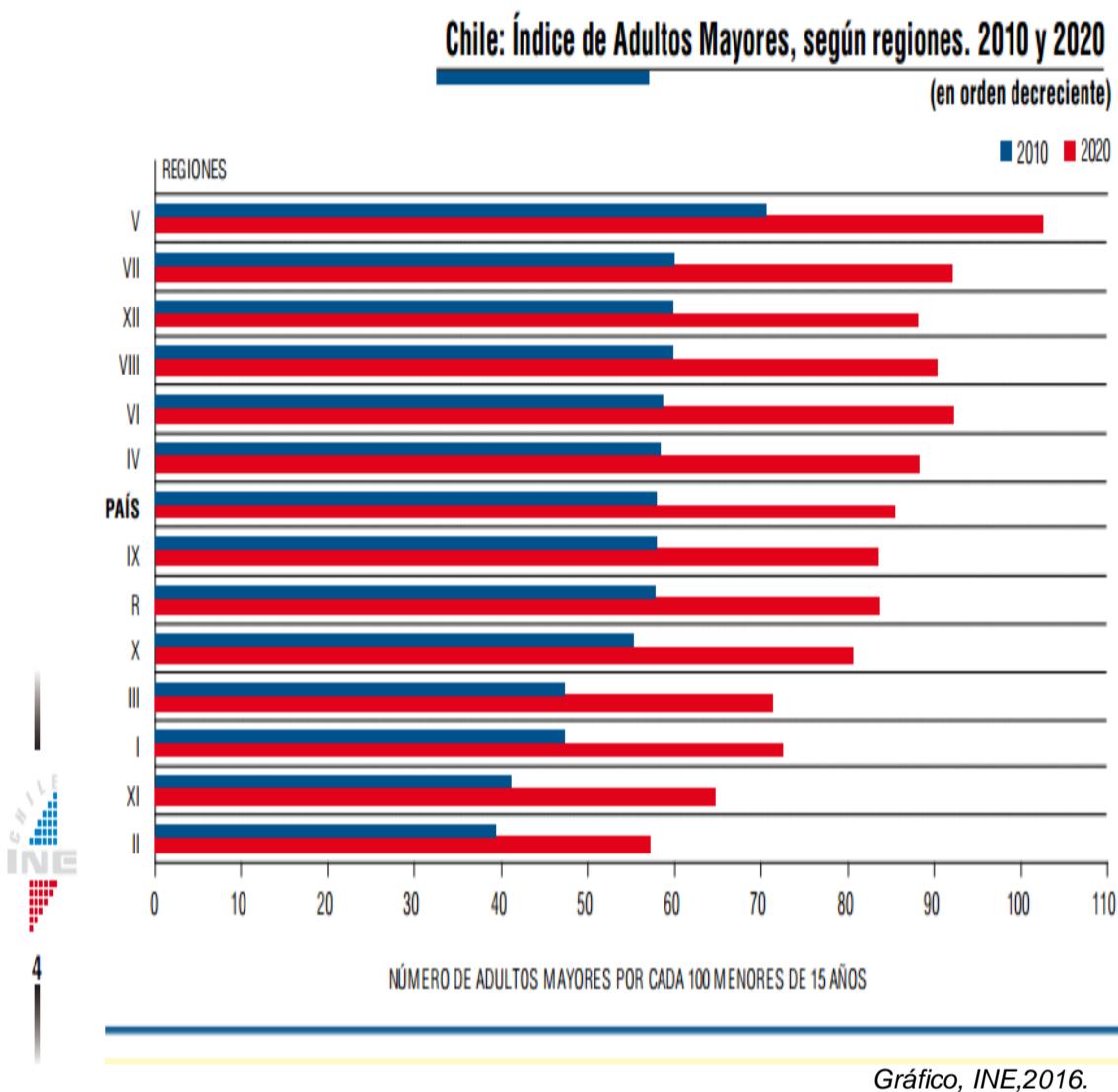
Adulto Mayor en Chile

El tema de la adultez mayor en Chile cada día es más frecuente, ya que, se está viviendo una etapa avanzada de transición al envejecimiento demográfico de éste grupo etario, en la actualidad Chile es el segundo país más envejecido de Latinoamérica, lo que se ve reflejado en la modificación de la estructura poblacional, lo cual según un estudio de proyección a nivel nacional, implica una disminución constante del aporte porcentual de los individuos menores de 15 años, en la población Chilena. Actualmente dos de cada diez personas pertenecen al grupo de Adultos/as Mayores, y se espera que para el 2025 esta proporción sea uno de cada cinco. Lo anterior está influenciado por tres razones que explican la rapidez del envejecimiento

1. *“Los avances tecnológicos han logrado alargar la expectativa de vida a pasos agigantados. La esperanza de vida media de los chilenos es de 79 años, de 82 para las mujeres y 72 para los hombres.”*
2. *“Se ha disminuido la tasa de mortalidad en los niños.”*
3. *“Disminución de la tasa de fecundidad de las mujeres. En la actualidad es de 1,81, no alcanzando la tasa de reemplazo que tendría que ser sobre 2; es decir, que una mujer tenga dos hijos para que cada uno reemplace a su madre y a su padre.”*
(Seminario: Derechos del Adulto Mayor, 2012, Santiago. Página 50)

El proceso de envejecimiento de la población genera múltiples impactos en la sociedad, no solo en el área de educación y salud, sino también en la economía y en la fuerza de trabajo.

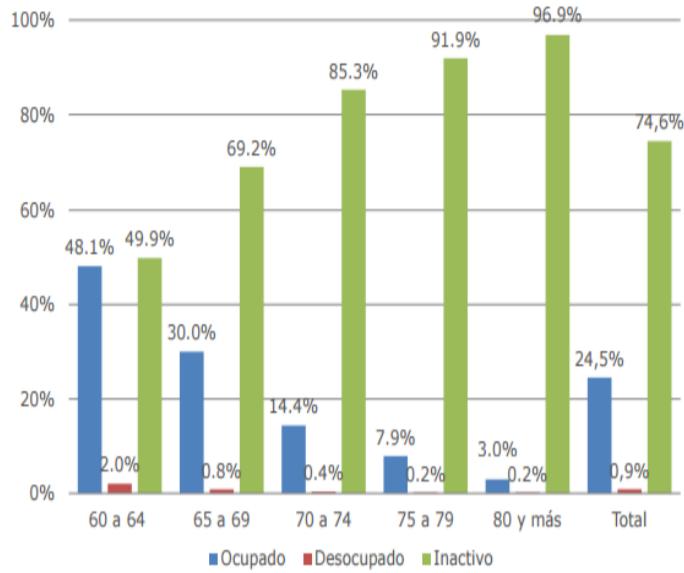
A modo de complementar lo anterior se presenta el siguiente gráfico, sobre la proyección en el año 2020:



A raíz de lo anterior es que SENAMA está desarrollando un plan de acción donde incentiva el Envejecimiento Activo de los/as Adultos/as Mayores, que según *“La organización Mundial de la Salud define el envejecimiento activo como el proceso en que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. El envejecimiento activo permite que las personas realicen su potencial de bienestar físico, social y se centra en las personas mayores y en la importancia de dar una imagen pública positiva de este colectivo”* (Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional, 2012), es decir, este tipo de envejecimiento implica entender a esta etapa como un ciclo de crecimiento personal, consistente en **“Añadir vida a los años y no años a la vida”**

ADULTOS MAYORES OCUPADOS, DESOCUPADOS E INACTIVOS 2011

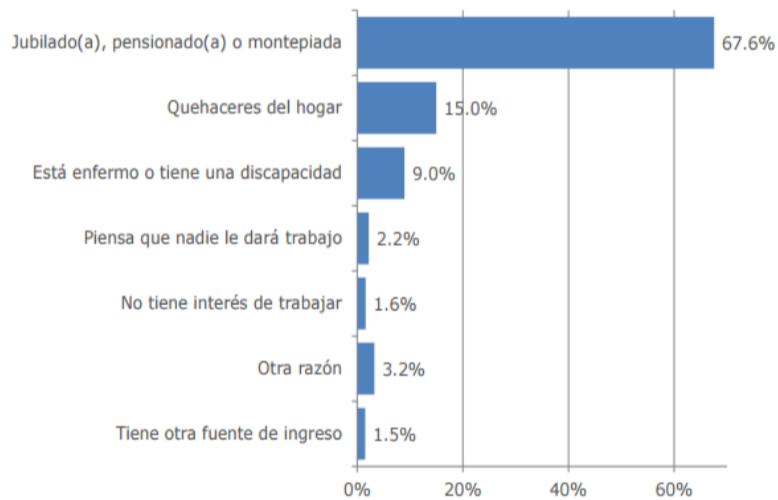
(Porcentaje)



Fuente: Casen 2011.

PRINCIPALES RAZONES DE INACTIVIDAD EN ADULTOS MAYORES 2011

(Porcentaje)



Fuente: Casen 2011.

Fuente: Censo, 2011.

Los gráficos anteriores muestran los porcentajes que fundamentan el trabajo de promoción del envejecimiento activo de este grupo etario, los cuales al dejar su fuente de trabajo pierden su independencia y junto con ella se presenta la posibilidad de que aparezcan problemas en cuanto al ámbito cognitivo, biológico, psicológico, entre otros; Es por ello que se estima que las relaciones e interacciones con otras personas y el entorno, son los elementos mediante los cuales se hace frente al posible deterioro en la calidad de vida de la población adulta mayor.

Finalmente, estos datos son la base sobre la cual se debe intervenir, de tal manera de generar una disminución que garantice la mejora en este ámbito, elemento que se encuentra amparado bajo la Política Integral de Envejecimiento Positivo 2011-2025.

Así también, SENAMA se encuentra trabajando de manera activa en la Unidad de Protección de Derechos de las Personas Mayores a lo largo de todo el país, los cuales están fundamentados en los Principios de Las Naciones Unidas sobre el/la Adulto/a Mayor, los cuales son ejes que hablan de las **Condiciones Básicas**, como transporte, vivienda, alimentación, atenciones de salud, vestimenta, entre otras. También **Condiciones Sociales** como participación, integración, seguridad, protección, acceso a servicios sociales y jurídicos. Otra condición relevante de estos Principios es la **Recreación** de el/la adulto/a mayor, acompañado con el **Trato digno y la Libertad** hacia este grupo etario.

SENAMA y La Cámara de Diputados consideran que hay un cambio de paradigma desde el punto de vista de los derechos, ya que, actualmente se conocen dos tipos de derechos: **Primera y Segunda Generación**. Estos dos tipos constituyen aquellos derechos que todas las personas tienen garantizados, como por ejemplo los políticos y los sociales.

Complementando lo anterior, cabe señalar que se están desarrollando y profundizando los **Derechos de Tercera Generación**, siendo éstos de carácter fundamental, los cuales deben proteger, reconocer y fomentar a grupos, especialmente como lo son el grupo de los/as adultos/as mayores.

Los derechos de esta nueva generación son:

1. Igualdad y no discriminación.	2. Derecho a la vida y la integridad física, psíquica, emocional y un trato digno.	3. Derecho a participar en la vida social, cultural y política.
4. Derecho a un nivel de vida adecuado, es decir, el derecho de acceso a los servicios de salud, educación, vivienda, y a un entorno saludable, derecho al trabajo y a la seguridad social.	5. Participación o ciudadanía activa.	6. Formar movimientos y asociaciones.

Buen trato al adulto mayor.

La edad avanzada no implica pérdida de derechos, ni tampoco significa que debe haber un trato diferente. Los/as adultos/as mayores son sujetos activos y con potencial a desarrollar en diversas actividades, es por ello que estos elementos deben ser valorados y considerados al momento de velar por la óptima calidad de vida de dicho grupo etario, es decir, se debe colocar principal atención en la promoción de condiciones dignas y el disfrute de su autonomía e independencia.

Este último derecho no es particular de los/as adultos/as mayores, si no que de todos/as los/as ciudadanos/as. No se puede olvidar, que las personas mayores son sujetos de pleno derecho, y cualquier tipo de trato inadecuado es una evidente violación a sus derechos. *“El Buen Trato se define en las relaciones con otro (y/o con el entorno) y se refiere a las interacciones (con ese otro y/o con ese entorno) que promueven un sentimiento mutuo de reconocimiento y valoración. Son formas de relación que generan satisfacción y bienestar entre quienes interactúan. Este tipo de relación, además, es una base que favorece el crecimiento y el desarrollo personal.*

Las relaciones de Buen Trato parten de la capacidad de reconocer que existe un YO y también que existe un OTRO, ambos con necesidades

diferentes que se tienen en cuenta y se respetan..." (Mena, Molina, Vega, & Mieres, 2016)

El buen trato no es solo no maltratar, sino dar un trato digno, igualitario, con enfoque de derechos, un espacio para su expresión, una equidad etaria, oportunidades laborales, de educación, de salud, de esparcimiento y no solo medidas asistencialistas.

Es necesario promocionar y fomentar una Cultura de Buen Trato en la totalidad de la sociedad, impulsando la solidaridad intergeneracional, desarmando los estereotipos negativos y los prejuicios, contribuyendo a la construcción de una imagen positiva hacia la vejez.

Una de las Campañas Nacionales del Buen Trato hacia los/as adultos/as mayores presenta como principales objetivos:

- Fomentar acciones que propicien buenos tratos hacia los/as adultos/as mayores.
- Brindar información y capacitación acerca de los derechos de las personas mayores.
- Empoderar a las personas mayores para el ejercicio pleno de sus derechos

“Los Adultos Mayores son protagonistas y transforman la realidad”

El 15 de junio se conmemora el “Día Internacional contra el Abuso y Maltrato hacia el Adulto Mayor”, iniciativa fomentada por Las Naciones Unidas. Esto es de gran relevancia, ya que, las personas mayores hoy en día, siguen sufriendo una serie de abusos y malos tratos, pero no solo de carácter físico o psicológico, sino también negligencia o abandono en los cuidados y el abuso patrimonial.

Cuando se habla de colaborar en el mejoramiento de la calidad de vida, se debe considerar los factores que hacen de el/la adulto/a mayor una persona vulnerable frente al maltrato:

- Pérdida de rol social
- Baja autoestima
- Niveles de dependencia, derivada de algunas patologías.
- Bajos niveles de ingreso, lo que les obliga a vivir con otros/as o a depender económicamente de ellos/as.

Programa Buen Trato al Adulto Mayor¹

¿En qué consiste el programa?

En acciones para promover el buen trato a el/la adulto/a mayor, mediante instancias de promoción de derechos y prevención del maltrato, desde una mirada intersectorial, integral y psico-socio-jurídica.

Complementariamente, desarrolla atención, gestión y coordinación de casos y consultas de maltrato que afecten a las personas mayores, especialmente en violencia intrafamiliar que ingresan a SENAMA, en coordinación con los dispositivos y actores locales como SERNAM, Municipalidades, CESFAM y Programa Apoyo a Víctimas de Delitos Violentos, entre otros.

El programa cuenta con un/a abogado/a en cada capital regional para la atención y orientación judicial, gracias a un convenio con la Corporación de Asistencia Judicial (CAJ).

¿Cuál es su objetivo?

Contribuir al reconocimiento, promoción y ejercicio de los derechos de las personas mayores, a través de la prevención y del maltrato que les afecta mediante la asesoría y coordinación con las redes regionales y locales.

¿Qué debo hacer ante un caso de abuso, violencia, maltrato o abandono de una persona mayor?

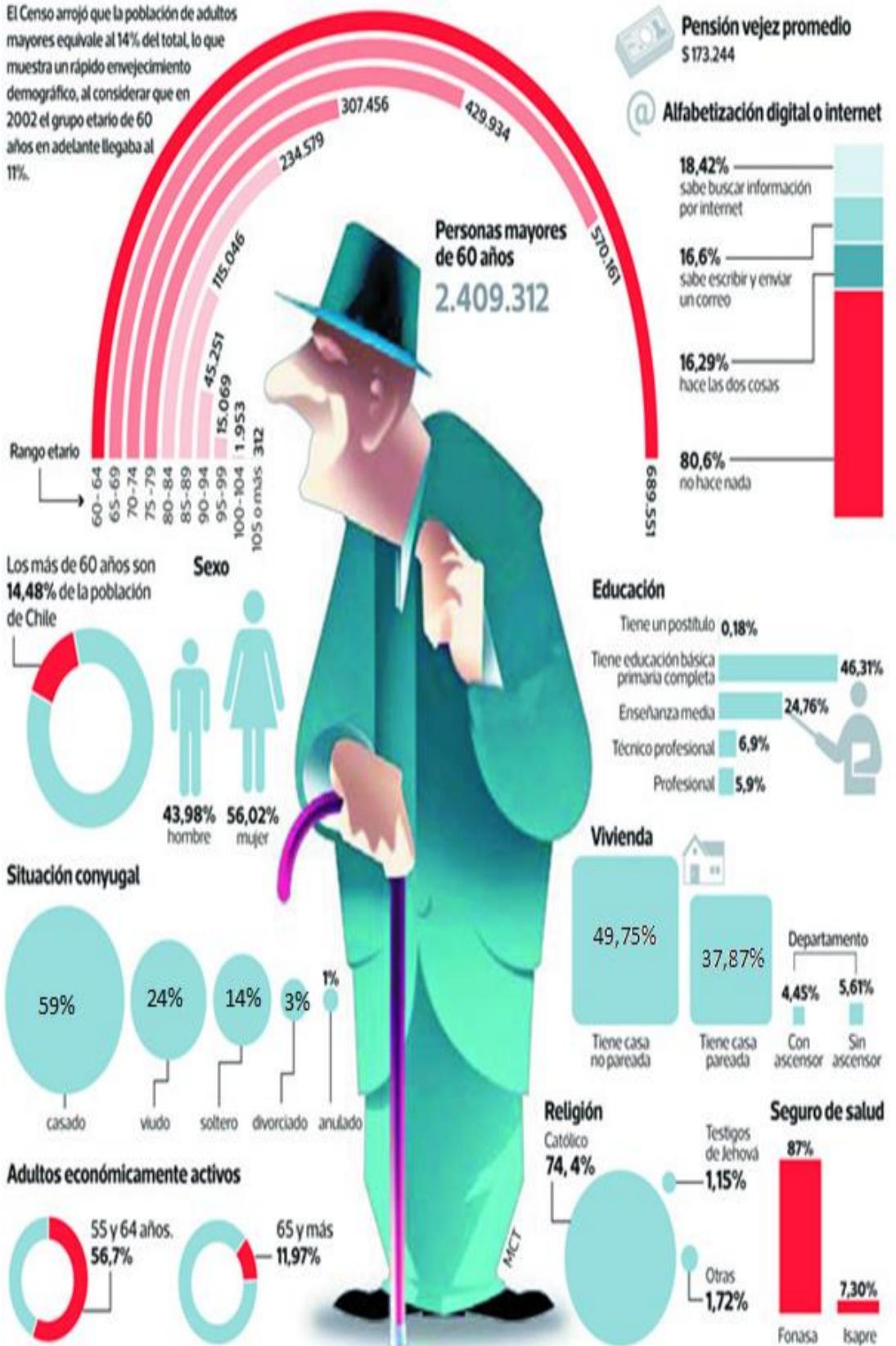
Al tomar conocimiento que una persona mayor está siendo víctima de algún tipo de maltrato por un/a familiar u otra persona, o se encuentra en situación de abandono, puede acercarse a las oficinas de SENAMA en su región e informar de la situación detectada con la mayor cantidad de datos posibles de el/la afectado/a. En las oficinas de SENAMA se le entregará asesoría y orientación, para enfrentar la situación, también se puede llamar al fono mayor de SENAMA 800400035, o acudir a Carabineros de Chile, Policías de Investigaciones, Tribunales o Fiscalías locales.

A continuación se presentará una Radiografía de la situación actual de el/la Adulto/a Mayor en Chile.

¹ La información expuesta en este apartado, fue recopilada desde la página oficial del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) específicamente del programa Buen Trato, 2016.

RADIOGRAFIA DEL ADULTO MAYOR CHILENO

El Censo arrojó que la población de adultos mayores equivale al 14% del total, lo que muestra un rápido envejecimiento demográfico, al considerar que en 2002 el grupo etario de 60 años en adelante llegaba al 11%.



FUENTE: INE, Casen, Minsal, Senama

INFOGRAFIA: Heglar Fleming - LA TERCERA

La imagen anterior da cuenta de la presencia que tienen los/as adultos/as mayores en las temáticas anteriormente mencionadas, permitiendo reflexionar acerca del abordaje de éstas, para que el desarrollo de este grupo etario en cada ámbito sea lo más óptimo posible, dando claridad para definir cuáles serán los focos de atención en un futuro no muy lejano.

Para entender el rol que la población adulta mayor tiene actualmente en una sociedad que cada vez envejece con mayor rapidez, es necesario contextualizar la importancia que tiene este grupo etario para el futuro del país, ya que son ellos/as los/as protagonistas de la transformación de la realidad, es por esto que sus necesidades y vulneraciones deben ser abordadas en la actualidad de tal manera de que Chile se encuentre más preparado para enfrentar este fenómeno social.

Si bien como gobierno se han puesto en marcha algunas medidas y proyectos en donde el centro es la población adulta mayor, como es la creación de la Comisión Nacional del Adulto Mayor en 1995, para luego dar origen al Comité Nacional del Adulto Mayor y así finalmente, tras años de trabajo, en el 2002 se crea el Servicio Nacional del Adulto mayor, el cual busca **contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas mayores del país**. A partir de lo anterior SENAMA a través de su funcionamiento ha desarrollado una serie de programas con el objetivo de potenciar la participación e integración de las personas mayores en la sociedad, otro de los aspectos que aborda SENAMA en colaboración con el Ministerio de Desarrollo Social, es la Política Integral de Envejecimiento Activo y en lo que respecta a la temática de maltrato, existe el Programa Buen Trato hacia el Adulto Mayor, **el cual centra su atención en el reconocimiento, promoción y ejercicio de las personas mayores, a través de la prevención y del maltrato que los afecta, mediante la asesoría y coordinación con las redes regionales y locales**. A pesar de lo anterior, todavía falta avanzar en aspectos culturales como es la imagen negativa que las generaciones menores tienen de la vejez, sin embargo, esto no es nada en relación a las decisiones que a nivel mundial se deben desarrollar a modo de que el envejecimiento de la población sea un fenómeno para el cual todos los países estén preparados, y el inicio de este camino comienza con la declaración de los derechos de las personas mayores, de la cual Chile ya se hizo parte de esto ratificando la Convención Interamericana Sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, encontrándose a la espera

de que el Congreso Nacional empiece a crear leyes en razón de lo anterior.

En el capítulo posterior se expondrán teorías acerca del proceso de envejecimiento sociodemográfico de la población adulta mayor tanto a nivel internacional como nacional. Debido a lo anterior y para dar sustento a la investigación sobre el Maltrato hacia las personas mayores, es que se darán a conocer las teorías relacionadas sobre la temática, haciendo hincapié en el por qué se manifiesta dicho fenómeno.

II. CAPÍTULO DOS: MARCO TEÓRICO

Presentación

El presente documento, corresponde al Marco Teórico, el cual tiene por finalidad reflejar el proceso de levantamiento de información sobre la temática de la Adultez Mayor, de tal manera de establecer las bases teóricas desde las cuales se fundamenta el proceso de investigación llevado a cabo.

Este capítulo cuenta con dos tipos de teorías, en primer lugar aquellas referidas al proceso de envejecimiento y en segundo lugar aquellas directamente relacionadas con la temática del maltrato. Además cabe destacar que cada uno de estos conceptos han sido abordados desde una mirada general a una particular.

Adulto/a Mayor

“Se entiende por adulto mayor a quienes pertenecen al grupo etario que comprende personas que tienen 60 años o más”. (Edukavital, s.f.)

Todo/a adulto/a mayor se encuentra viviendo un proceso de envejecimiento, el cual se caracteriza por un conjunto de cambios que afectan tanto al ámbito biológico como al psicológico de la persona, así también, se produce una transformación en el papel social que cada uno/a de ellos/as desempeña.

A continuación se presentan los principales cambios producidos en la población adulta mayor.

CAMBIOS BIOLÓGICOS	CAMBIOS PSICOLÓGICOS	CAMBIOS SOCIALES
<ul style="list-style-type: none"> • Disminuye la agudeza visual. • Disminuye la sensibilidad gustativa. • Dificultad para discriminar los olores. • Deterioro en la capacidad para distinguir palabras y comprender conversaciones. • Aparición de arrugas. • Cabello canoso. • Postura erguida. • Pérdida de masa muscular. • Corazón bombea menos sangre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimiento de Inseguridad. • Refugio en el pasado. • Rigidización de los rasgos de la personalidad. • Conductas de atesoramiento y apego a sus bienes. • Mayor rigidez para aceptar los cambios tecnológicos y sociales. • Cambio en la percepción del tiempo. • Pérdida de autonomía. • Alteración de la imagen corporal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución o ausencia de actividades sociales. • Desvinculación del entorno cercano (familia y amigos/as). • Menor frecuencia de relaciones sociales. • Abandono de ciertos roles. • Disminución de la red social. • Concientización de la muerte. • Transición del trabajo a la jubilación. • Readaptación al nuevo estilo de vida.

Fuente: Elaboración propia. Año 2016

Según el psicoanalista Erik Erickson, la población adulta mayor se encuentra en la última etapa de vida, la cual antecede al fallecimiento. Por lo general los/as adultos/as mayores son personas que han dejado de trabajar y se encuentran jubilados/as, por lo que sus ingresos económicos tienden a reducirse, lo cual en conjunto con otras problemáticas, generan efectos significativos en la vida de este grupo etario. Dentro de los cuales hay un componente importante, que es la imagen negativa que se tiene de el/la adulto/a mayor, la cual se fundamenta en la consideración de este grupo como inoperantes o incapaces, enfermos/as o simplemente viejos/as que no pueden cumplir con las tareas más básicas, generándose estereotipos, que no tienen relación con la realidad, por ejemplo, de acuerdo al estudio realizado por el Observatorio Social de la Vejez y el Envejecimiento, de la Universidad de Chile, los/as estudiantes consideran que el 47% de los/as adultos/as mayores son dependientes, mientras los datos disponibles por MINSAL señalan que sólo el 4% son dependientes, lo cual da cuenta que se tiene una valoración peyorativa acerca de los/as adultos/as mayores.

Lo anterior está relacionado con una actitud de negación en donde la sociedad reniega cualquier proceso biológico, psicológico y social, que se relacione con la vejez y el proceso de envejecimiento, esto basado en la asociación que se hace entre vejez y decadencia, provocando que las generaciones más jóvenes nieguen el hecho de que llegarán a esta etapa de la vida. Por el contrario se detecta un alto nivel de aceptación de esta etapa en los/as niños/as y personas mayores, ya que, asocian este proceso como una etapa positiva de la vida, que contiene experiencias, sabiduría y el conocimiento necesario para comprender el desgaste físico e inclusive mental que puede presentarse, pero aun así valorando las nuevas relaciones interpersonales y de desarrollo personal, que pueden darse en esa etapa.

Cabe destacar que para cambiar la imagen negativa que se posee de los/as adultos/as mayores, es necesario cambiar la cultura y los estereotipos negativos en torno al envejecimiento y la vejez, ya que, es la sociedad en su conjunto la que abusa de los/as mayores, mediante el maltrato estructural, específicamente, a través de la imagen negativa prevaleciente de la vejez, concebida estereotipadamente como una etapa de pérdida, deterioro e involución y que tiene en la base prejuicios como “el viejismo”, donde las situaciones más extremas se encuentran en el ámbito familiar e institucional.

Es por lo anterior que los gobiernos y municipios han intentado crear políticas y centros especializados que se preocupen especialmente de este grupo etario, a través de beneficios en los servicios sociales y de salud, además de actividades especialmente creadas para mantener a esta población activa y participe de la sociedad, buscando así el envejecimiento activo.

Cabe destacar, que la expresión “Tercera Edad” es un término antrópico-social que hace referencia a la población de personas mayores, es decir, se trata de un grupo de la población que tiene 60 años o más. En la actualidad este término ha dejado de utilizarse por los/as profesionales y es más utilizado el término “Personas Mayores”, como es el caso de España y Argentina y “Adulto Mayor” en América Latina. Este grupo etario ha estado creciendo de manera constante en la pirámide de población, debido principalmente a la baja en la tasa de mortalidad, la cual se fundamenta en la mejora de la calidad y esperanza de vida en muchos países.

Las características transversales de la Vejez y el Envejecimiento son:

- **Universal:** Propio de todos los seres vivos.
- **Progresivo:** Es un proceso acumulativo.
- **Dinámico:** Implica constantes cambios y evoluciones.
- **Irreversible:** No se puede detener, ni revertirse; es definitivo.
- **Declinante:** Las funciones del organismo se deterioran en forma gradual hasta conducir a la muerte.
- **Intrínseco:** Ocurre en el individuo a pesar de que está influido por factores ambientales.
- **Heterogéneo e individual:** Es un proceso que no sigue un patrón establecido. Cada especie tiene su propia característica de envejecimiento y varía enormemente de sujeto en sujeto, y de órgano en órgano dentro de la misma persona.

Envejecimiento

Envejecimiento Individual

En múltiples ocasiones al hablar de envejecimiento se confunde con el concepto de vejez, debido a que no existe un paradigma único que dé cuenta de la distinción que existe entre ambos conceptos, tratándose más bien de construcciones heterogéneas basadas en aportes teóricos provenientes de distintas disciplinas.

La vejez *“hace referencia a una condición temporal y, concretamente, a una forma de tener en cuenta el tiempo y la consecuencia del tiempo en el individuo, es decir, a la edad.”* (Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2009) Bajo esta consideración se entenderá que la vejez está en función del tiempo que transcurre para un determinado sujeto, el cual se mide según la edad cronológica, es por esto que la vejez constituye la última etapa del ciclo vital de las personas, caracterizada por el dinamismo y los múltiples cambios generados, destacándose como principales los asociados al retiro laboral, cambio de las relaciones sociales, pérdidas vinculares e inactividad y dependencia. Impactando directamente en la valoración negativa que los/as adultos/as mayores y las otras generaciones poseen al respecto.

Cabe destacar que el concepto de vejez se encuentra intervenido por múltiples y diversos factores internos y externos, es por esto, que no es posible hablar de la existencia de **una vejez**, sino de muchas, puesto que, depende de la experiencia particular que cada adulto/a mayor tiene respecto del proceso de envejecimiento, proceso en el cual influye el contexto histórico y las condicionantes psico-sociales que han permitido o facilitado el desarrollo de oportunidades y destrezas determinantes en la configuración de esta etapa y la percepción que se tenga de esta misma.

Por otro lado, se entiende *“Por envejecimiento individual el proceso que se inicia con el nacimiento y termina con la muerte, que conlleva cambios biológicos, fisiológicos y psico-sociales de variadas consecuencias. Este envejecimiento se haya inscrito en el ciclo vital de las personas y, por tanto, está determinado por los contextos en que el individuo se ha desarrollado, sus estrategias de respuesta y adaptabilidad y los resultados de dichas estrategias.”* (Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2009)

Existen factores protectores que inciden en el envejecimiento, los cuales conducen a una buena calidad de vida, buscando alcanzar el envejecimiento pleno, entre ellos se encuentran: buen nivel educacional, conductas saludables, oportunidades de acceso, promoción de la salud y prevención de enfermedades, buscando la auto-dependencia.

También hay factores de riesgo que dificultan el alcance del envejecimiento pleno, destacándose: presencia de enfermedades crónicas no controladas, edad muy avanzada, ingresos escasos, entre otros.

Formas de Envejecimiento

Hay que tener en consideración que existen distintas formas de envejecer, según factores genéticos, del medio ambiente y de las experiencias propias de cada individuo, de los cuales se pueden identificar los siguientes:

Envejecimiento normal: Corresponde a aquel proceso que experimentan la mayoría de las personas sin enfermedad o sin limitaciones. Supone una pérdida progresiva de la funcionalidad del organismo, pero estas limitaciones no impiden llevar una vida autónoma, así también, no interfieren con la mayor parte de los roles sociales. Cada sociedad tiene un envejecimiento normal según el grado de desarrollo, sanitario, económico y social.

Envejecimiento patológico: Consiste en la aparición de una o más enfermedades o limitaciones que reduzcan la funcionalidad del individuo y por tanto disminuya su calidad de vida. Este tipo de envejecimiento está directamente relacionado con la pérdida de salud física, psíquica y/o social.

Envejecimiento óptimo: Este tipo de envejecimiento supera al normal, ya que, combate las posibles limitaciones y obstáculos antes de que éstos aparezcan, potenciando de esta manera, la funcionalidad de la persona, ya sea en lo físico, psíquico y/o social. El objetivo de este envejecimiento consiste en que la edad no sea un factor limitador en el desarrollo de sus distintos roles sociales.

Por tanto este envejecimiento busca evitar al máximo la aparición de enfermedades y/o limitaciones, tratando de mantener la mejor calidad de vida hasta la muerte.

Envejecimiento exitoso: Constituye un concepto multidimensional que incluye un nivel relativamente bajo de enfermedad y discapacidad, un alto funcionamiento físico y mental y un compromiso activo con la vida.

Los factores protectores que existen para alcanzar este tipo de envejecimiento son: nivel educacional, ejercicio mental y físico, hábitos alimenticios, realización de actividades significativas que ocupen el tiempo y despejen la mente, relaciones interpersonales con intercambio afectivo, percepción de autoeficacia y capacidad de enfrentar situaciones estresantes.

Envejecimiento activo: Es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, es decir, la capacidad de las personas para utilizar las oportunidades que le ofrece la sociedad. El término activo, se refiere a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, y no solo a la capacidad para estar físicamente activo/a o participar en la mano de obra. El objetivo de este envejecimiento consiste en ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida para todas las personas, a medida que envejecen, incluyendo a aquellas personas frágiles, discapacitadas o que necesitan asistencia.

Los factores protectores que influyen en este envejecimiento son: oportunidad de acceso a sistemas sanitarios y servicios sociales, adopción de conductas y estilos de vida saludables (actividad física, alimentación sana, uso adecuado de medicamentos y evitar consumo de sustancias nocivas), factores personales genéticos y psicológicos, entorno físico amigable, y entorno social favorable (apoyo social, oportunidades y protección).

Los factores de riesgo en este envejecimiento son: la soledad, aislamiento social, bajos ingresos económicos, analfabetismo, falta de educación, abuso contra adultos/as mayores, falta de oportunidades laborales, baja protección social.

Es preciso señalar que los últimos tres envejecimientos, buscan mejorar la calidad de vida de las personas mayores. Considerando que *“La calidad de vida es aquella que hace referencia a los recursos internos y externos, que puede poseer o no una persona y que son necesarios para responder satisfactoriamente a sus necesidades personales y a las expectativas que otros tienen de ella.”* (Forttes, pág. 13)

A partir de lo anterior, se entiende que la calidad de vida toma en cuenta componentes tanto objetivos como subjetivos. Respecto al componente objetivo se destacan aquellas condiciones, referidas a las circunstancias materiales en la que se desenvuelve la persona, destacando las dimensiones de salud, funcionamiento físico y situación económica. Por su parte el componente subjetivo incluye la apreciación de sentirse o encontrarse bien o satisfecho/a y la noción de bienestar. Es por esto que al hablar de este concepto se tiene presente la categoría multidimensional en la que se desenvuelven los sujetos.

Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida es *“la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive, en relación con sus expectativas, sus normas e inquietudes”* (Platas, s.f.). De este modo al tratar este concepto se debe tener en cuenta la influencia de la salud física del sujeto, el estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales y la relación con elementos esenciales de su entorno.

Las dimensiones de calidad de vida son las siguientes:

- **Percepción de salud:** Tiene relación con el grado de satisfacción que el/la adulto/a mayor posee respecto a su condición física, bienestar mental y/o emocional.
- **Autonomía para el desarrollo de las actividades cotidianas:** Facultad que presentan los/as adultos/as mayores para desarrollar las actividades cotidianas y sociales, sin mayor dificultad física y emocional.
- **Satisfacción vital:** Grado de satisfacción de los/as adultos/as mayores en el ámbito familiar, sexual y físico, según las distintas expectativas que ellos/as mismos/as poseen.
- **Disponibilidad de apoyo social:** Recepción de ayuda económica y emocional, por parte de la familia, entorno e instituciones.
- **Participación comunitaria:** Razón por la cual participan en organizaciones sociales.
- **Práctica de acciones de autocuidado:** Frecuencia con la cual practican deporte o actividad física y mantienen una alimentación saludable.
- **Calidad de vida de la vivienda:** Grado de satisfacción con la privacidad de la vivienda.

Envejecimiento poblacional.

El desarrollo en las ciencias médicas y las innovaciones tecnológicas producidas en el siglo XX han traído consigo efectos importantes en el área de salud de las personas, reduciendo la mortalidad y aumentando la expectativa de vida, así también, reduciendo la tasa de natalidad y fecundidad. Lo anterior da origen al envejecimiento poblacional o también llamado demográfico, el cual se entiende como *“proceso de transformación demográfica de las sociedades, caracterizado por el crecimiento de la proporción de individuos de edades avanzadas respecto de los más jóvenes.”* (Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2009, pág. 9)

Envejecimiento Mundial.

El envejecimiento de la población a nivel mundial es un proceso intrínseco de la transición demográfica, es decir, el paso de niveles altos de mortalidad y natalidad a otros niveles bajos y controlados. La disminución de la natalidad y el progresivo aumento de la esperanza de vida de las personas son dos factores que impactan de manera significativa en la composición por edades, llegando a reducir el número de personas de edades más jóvenes por sobre el aumento de los sectores con edades más avanzadas.

La natalidad y mortalidad de la población mundial han tenido un considerable descenso, con gran significación durante la segunda mitad del siglo pasado, en términos porcentuales, se establece que entre los años 1950 y 2000 la tasa de natalidad disminuyó de 37,6% a 22,7%, mientras que la tasa de mortalidad pasó de 19,6% a 9,2%, es a este proceso al que se llama transición demográfica, y de acuerdo a esto se presenta un progresivo aumento del tamaño de la población mundial y, simultáneamente, su envejecimiento.

A partir de lo anterior se establece que la vida promedio de la población está aumentando y lo seguirá haciendo en las décadas por venir, ya que, los cambios en la mortalidad de la población mundial dan

cuenta de una mayor sobrevivencia, la cual a través de los años irá creciendo, llegando a la edad promedio de 80 años.²

La población mundial actualmente se encuentra avanzando hacia un proceso acelerado de envejecimiento, es decir, se observa la disminución de los grupos más jóvenes de la población y el aumento de la población adulta mayor, a lo cual se agrega la mayor esperanza de vida de las mujeres, específicamente. Lo anterior da cuenta de que a nivel mundial una de cada cinco personas serán adultas mayores, a modo de ejemplificar, en el año 2000 la población adulta mayor era del 10%, sin embargo, en el 2030 se estima que dicho porcentaje ascenderá a 16.6 % y en el año 2050 a 21.4%. Un dato importante a destacar, es que el grupo de adultos/as mayores que más ha crecido es el rango etario de los 70 años y más.

La transición demográfica se presenta de distintas maneras en las regiones del mundo, actualmente **los países de mayor desarrollo** se encuentran en sus etapas finales, es decir, la pirámide poblacional se ha invertido. El nivel de fecundidad actual es de 1.6 hijos/as por mujer, dato que se encuentra muy por debajo del número necesario para lograr el reemplazo generacional de 2.1 hijos/as, en cambio, sus esperanzas de vida son cada vez más elevadas, superando los 80 años.

Respecto a **los países en desarrollo**, la tasa de crecimiento anual es de 1.5%, lo que refleja un ritmo de crecimiento de nivel considerable, en cuanto a la tasa de fecundidad, ésta asciende a 2.9 hijos/as por mujer, mientras que la esperanza de vida alcanza los 63 años.

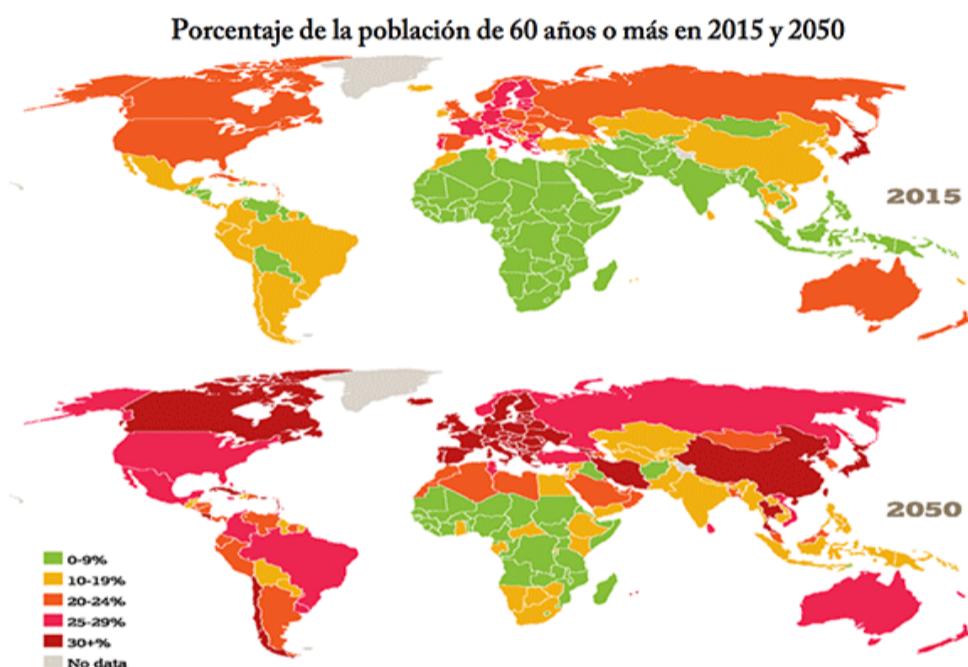
En cuanto a **los países menos desarrollados** el crecimiento de la población es aún muy elevado con una tasa anual de 2.4%, su nivel de fecundidad es el más alto del planeta, con una tasa global de fecundidad promedio de 5.1 hijos/as por mujer, sin embargo su esperanza de vida es menor a 49 años promedio.

Es importante tener claridad que todos los países, en menor o mayor medida, enfrentarán un proceso de envejecimiento en las próximas décadas, esto implica que todos los países van en camino hacia mayores proporciones de población adulta mayor, en términos numéricos en el año 2000 uno de cada diez países tenía una población de adultos/as mayores que superaba o igualaba al 20%, mientras que en año 2050 se espera

²http://www.achc.org.co/hospital360/contextos/demografico/Envejecimiento/Envejecimiento_d_e_la_poblacion_mundial.pdf

que seis de cada diez países se encuentren en la situación mencionada anteriormente, excepto los países africanos, donde la transición demográfica se encuentra en un proceso inicial.

A continuación se presenta un mapa con el Índice de Envejecimiento a nivel mundial.



El mapa anterior refleja los grandes cambios demográficos que se presentarán en el mundo, producto del aumento constante del índice de envejecimiento, lo que se puede observar en la imagen, en donde actualmente los países del mundo tienen un porcentaje de población adulta mayor entre 0 y 24%, pero que cambiará en el año 2050 a porcentajes entre el 25 y 30+%. A consecuencia de esto surge la necesidad de que los países se preparen para enfrentar este fenómeno demográfico de la manera más adecuada.

[Envejecimiento en América Latina y el Caribe.](#)

De acuerdo a los estudios realizados por la CEPAL, el panorama demográfico de América Latina y el Caribe está cambiando de manera acelerada, esto como producto de las transformaciones económicas y sociales en la región, así también de las tasas de mortalidad y fecundidad. La rapidez de este proceso se refleja en los datos manejados por dicha comisión, los cuales dan cuenta que el nivel de envejecimiento que Europa adquirió en dos siglos, la región Latinoamericana lo alcanzará en cincuenta años, y la cual también estima la presencia de otros problemas entre ellos el poco tiempo para adaptar los respectivos sistemas a este nuevo escenario.

“Sin embargo, debería preocuparnos que el rápido envejecimiento ya no sea un fenómeno de los países ricos y que muchas naciones más pobres lo estén experimentando pero en gran parte sin el dinero y la planificación anticipada para enfrentar los desafíos sociales y económicos de este profundo cambio” **Daniel Cotlear, coautor del informe y economista principal de la Red de Desarrollo Humano del Banco Mundial.**

La diversidad en la estructura etaria de los países de la región da cuenta de los distintos contextos sociales, culturales y políticos por los cuales está pasando cada país, ya que, en décadas pasadas las familias eran más numerosas, las mujeres tenían altas tasas de fertilidad, bajo nivel de educación y escasas oportunidades laborales, lo cual ha variado con el tiempo.

Otro dato relevante es que la esperanza de vida a lo largo del tiempo ha aumentado alrededor de veintidos años, según el Banco Mundial (Marzo 2011).

En la actualidad la población de América Latina y el Caribe se ha triplicado, además la mayor parte de ella vive en zonas urbanas, la tasa de mortalidad ha disminuido con el avance de la ciencia, así también la tasa de fecundidad, producto del aumento en las posibilidades de acceder a una fuente laboral.

Al relacionar las tasas de fecundidad y mortalidad con el índice de crecimiento demográfico, resultan cinco grupos con diferentes situaciones a destacar, éstas son:

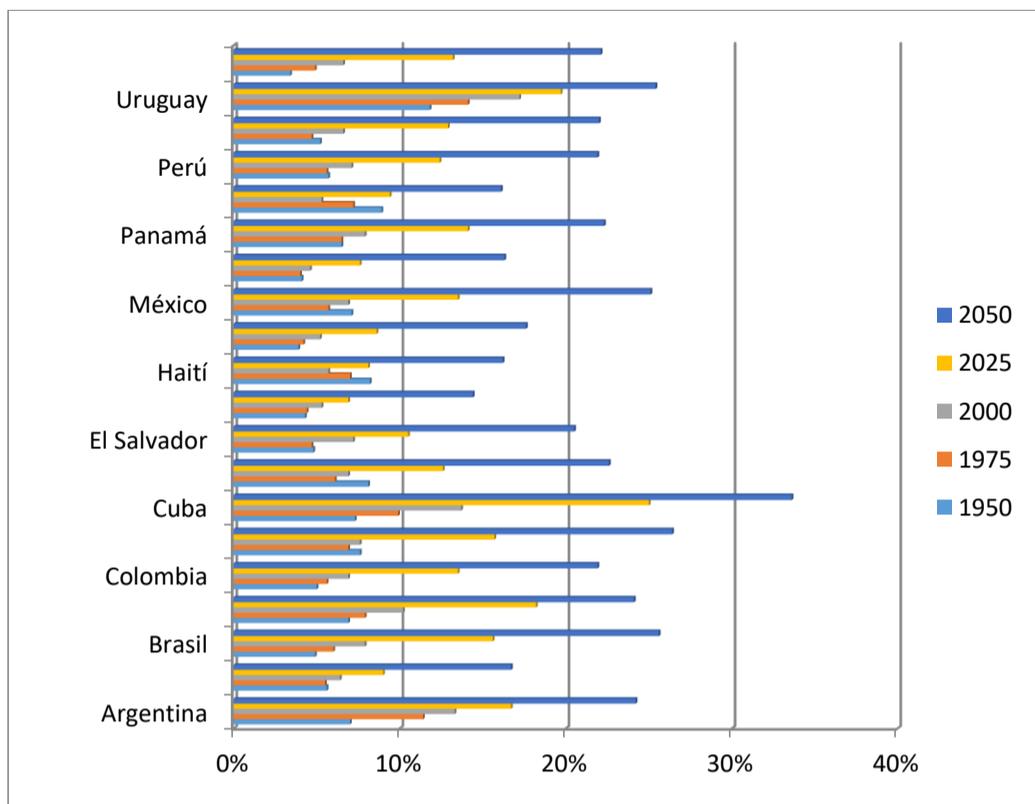
SITUACIONES			PAÍSES DE REFERENCIA
TASA DE NATALIDAD	TASA DE MORTALIDAD	ÍNDICE DE CRECIMIENTO	
ALTA	ALTA	2.5%	Bolivia y Haití
ALTA	BAJA	3%	Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay
INTERMEDIA	INTERMEDIA	2%	Ecuador, Salvador y Perú
INTERMEDIA	BAJA	2%	Colombia, Costa Rica, México, Panamá, República Dominicana y Venezuela
BAJA	BAJA	MENOR A 1%	Argentina, Brasil, Cuba, Chile y Uruguay

Fuente: *Envejecimiento en América Latina y el Caribe. 2013.*

En el 2003 se realiza un boletín demográfico llamado “**América Latina y el Caribe: El envejecimiento de la población**” este constituye uno de los escasos documentos existentes que aborda el envejecimiento de la región de manera detallada, motivo por el cual se ha elaborado un cuadro con respecto al índice de envejecimiento entre los años 1975-2050, de tal modo de contrastar esta información con las proyecciones realizadas el año 2015.

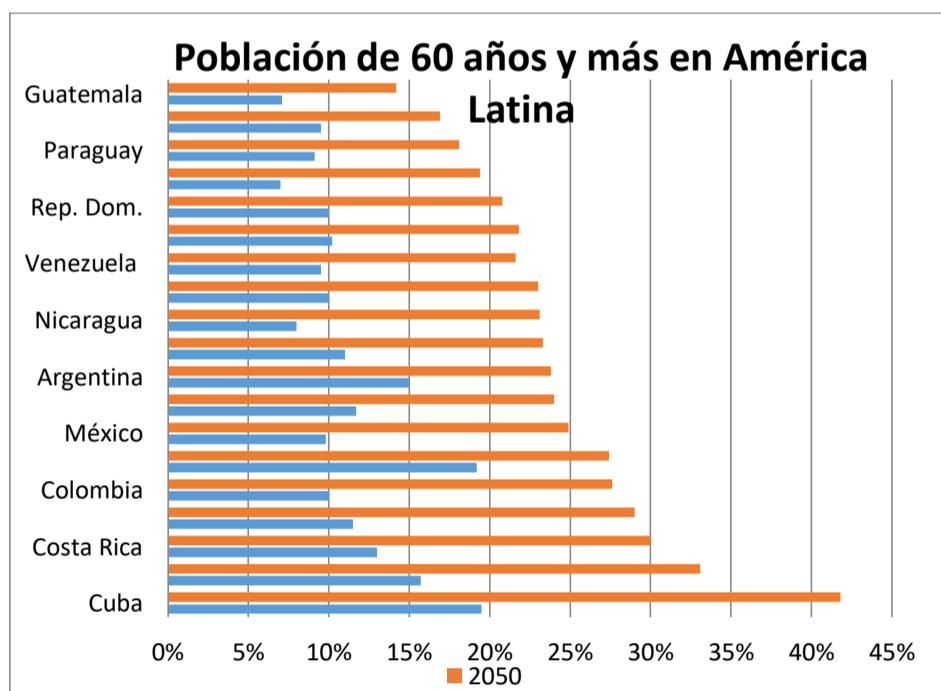
PAISES	1950	1975	2000	2025	2050	PAISES	1950	1975	2000	2025	2050
Argentina	7,0	11,4	13,3	16,7	24,2	Haití	8,2	7,0	5,7	8,1	16,2
Bolivia	5,6	5,5	6,4	9,0	16,7	Honduras	3,9	4,2	5,2	8,6	17,6
Brasil	4,9	6,0	7,9	15,6	25,6	México	7,1	5,7	6,9	13,5	25,1
Chile	6,9	7,9	10,2	18,2	24,1	Nicaragua	4,1	4,0	4,6	7,6	16,3
Colombia	5,0	5,6	6,9	13,5	21,9	Panamá	6,5	6,5	7,9	14,1	22,3
Costa rica	7,6	6,9	7,6	15,7	26,4	Paraguay	8,9	7,2	5,3	9,4	16,1
Cuba	7,3	9,9	13,7	25,0	33,6	Perú	5,7	5,6	7,1	12,4	21,9
Ecuador	8,1	6,1	6,9	12,6	22,6	Rep. Dom.	5,2	4,7	6,6	12,9	22,0
El Salvador	4,8	4,7	7,2	10,5	20,5	Uruguay	11,8	14,1	17,2	19,7	25,4
Guatemala	4,3	4,4	5,3	6,9	14,4	Venezuela	3,4	4,9	6,6	13,2	22,1

Fuente: *Boletín Demográfico. CEPAL.2003*



Fuente: Elaboración Propia. 2016.

El gráfico anterior da cuenta de cómo el índice de envejecimiento va en constante aumento en todos los países de América Latina y el Caribe, destacando el notable aumento que tendrá en el año 2050, llegando a superar el 30%.



Fuente: Global AgeWatch Index 2015.

Al comparar los dos gráficos, se observa que ambos presentan una visualización similar respecto al índice de Envejecimiento en el año 2050, lo cual corrobora el fenómeno del crecimiento demográfico que ya ha sido abordado en los gráficos anteriores, los cuales también dan cuenta de

esta proyección. Además se debe destacar que Cuba corresponde al país con el mayor porcentaje de población adulta mayor, mientras Guatemala, uno de los países con menor porcentaje.

Al analizar el segundo gráfico, el cual está más enfatizado en los países del Caribe se establece que la mayoría alcanza un alza casi del doble en un período de treinta y cinco años, mientras que al observar el gráfico número uno, también se estima un crecimiento al doble pero en un tiempo de veinticinco años, lo cual da cuenta de que los países del Caribe tardarán más tiempo en llegar a la situación demográfica de Latino América.

Envejecimiento Nacional.

Chile es uno de los países que actualmente se encuentra caracterizado por la gran población adulta mayor que posee, dicha situación se fundamenta en que la expectativa de vida al nacer supera los 72 años en el caso de los varones y en cuanto a las mujeres sobrepasa los 80 años, a esto es importante agregar la marcada disminución en la tasa de natalidad y la acelerada transición demográfica hacia el envejecimiento, lo cual se refleja en el cambio de la estructura de la población, desde una forma triangular (en donde el porcentaje de jóvenes es mayor que el de personas mayores) a una forma rectangular (implica una población que se encuentra distribuida homogéneamente entre las distintas edades), esta situación con el tiempo se irá profundizando.

Es importante destacar que en la situación mencionada anteriormente influyen condicionantes relacionadas a la natalidad, mortalidad, migración y crecimiento en el país.

En los últimos años, el ritmo del crecimiento de la población, en términos generales, ha descendido, no así en el caso del grupo de adultos/as mayores que ha ido aumentando de manera acelerada y constante. A partir de estudios realizados se estima que entre los años 2000 y 2015 el crecimiento de la población chilena fue de 24.3%, mientras que la población de adultos/as mayores se incrementará hasta llegar a un 145.2%, cifra que se mantendrá en el quinquenio 2025 y 2050, según el Programa Nacional de Salud de las Personas Adultas Mayores, MINSAL. 2014.

Un elemento que da cuenta de la situación mencionada anteriormente, es el Índice de Envejecimiento Demográfico, el cual define

la razón de adultos/as mayores sobre el total de niños/as y adolescentes en una población, y que se interpreta como el número de adultos/as mayores por cada 100 niños/as y adolescentes de hasta 15 años de edad, por lo tanto un aumento de este índice significa que las personas están viviendo más años y esto generará que aumente el porcentaje de población adulta mayor, así también, puede reflejar una disminución en la tasa de natalidad o ambas. Las proyecciones con respecto a este índice hablan que en el año 2025 se espera que la población adulta mayor supere a la población infantil, alcanzando una diferencia de 103 adultos/as mayores por cada 100 niños/as y adolescentes de 15 años o menos, aumentando considerablemente esta cifra a 170 por cada 100 en el año 2050. El envejecimiento sostenido de la población es observable por medio del cruce de las curvas de la población de 0 a 14 años con la de 60 años y más, dichas curvas se superponen en el año 2025, sin embargo en los años que siguen la curva de adultos/as mayores superará a la de los/as niños/as y adolescentes, que posean 15 años o menos.

Chile actualmente se encuentra inserto en el escenario conocido como “Transición Demográfica En Etapa Avanzada” con un porcentaje de crecimiento bajo el 1%.

Envejecimiento Regional.

El Instituto Nacional de Estadísticas (INE) entregó los datos correspondientes al año 2013, año en el cual habitaban aproximadamente 67 adultos/as mayores por cada 100 niños y niñas de 0 a 14 años, sin embargo al observar los avances por regiones, se arroja un aumento considerable en algunas de ellas, entre las cuales se encuentra la región de Valparaíso, liderando la tabla, ya que, el índice de envejecimiento demográfico de ésta ha alcanzado el 81.7%, situándola como la región más envejecida.

Al revisar la documentación del Instituto Nacional de Estadísticas, se obtienen datos claves respecto a la pirámide poblacional de dicha región en el año 2013, en la cual la tasa de fecundidad (13.0% de un promedio de 13.8%) y el crecimiento poblacional natural (6.7% del promedio 8.1%) se encuentran bajo la cifra promedio, mientras la mortalidad se encuentra por sobre el promedio (6.6% de un promedio 5.7%).

El siguiente cuadro da cuenta del porcentaje de población adulta mayor en relación a la población total y además con respecto a la variable género,

la cual da cuenta de la preeminencia del envejecimiento en las mujeres por sobre los hombres.

POBLACIÓN ADULTA MAYOR POR GÉNERO		
	N°	%
MUJERES	192.283	58.5
HOMBRES	136.874	41.5
POBLACIÓN ADULTA MAYOR	329.857	18.8

Fuente: SENAMA. 2013.

La siguiente tabla da cuenta de la distribución de la población adulta mayor en la región de Valparaíso, de acuerdo a los sub-rangos etarios, destacando la diferencia que existe entre un sub-rango y otro, constituyendo el mayor porcentaje el grupo etario de 60-64 años.

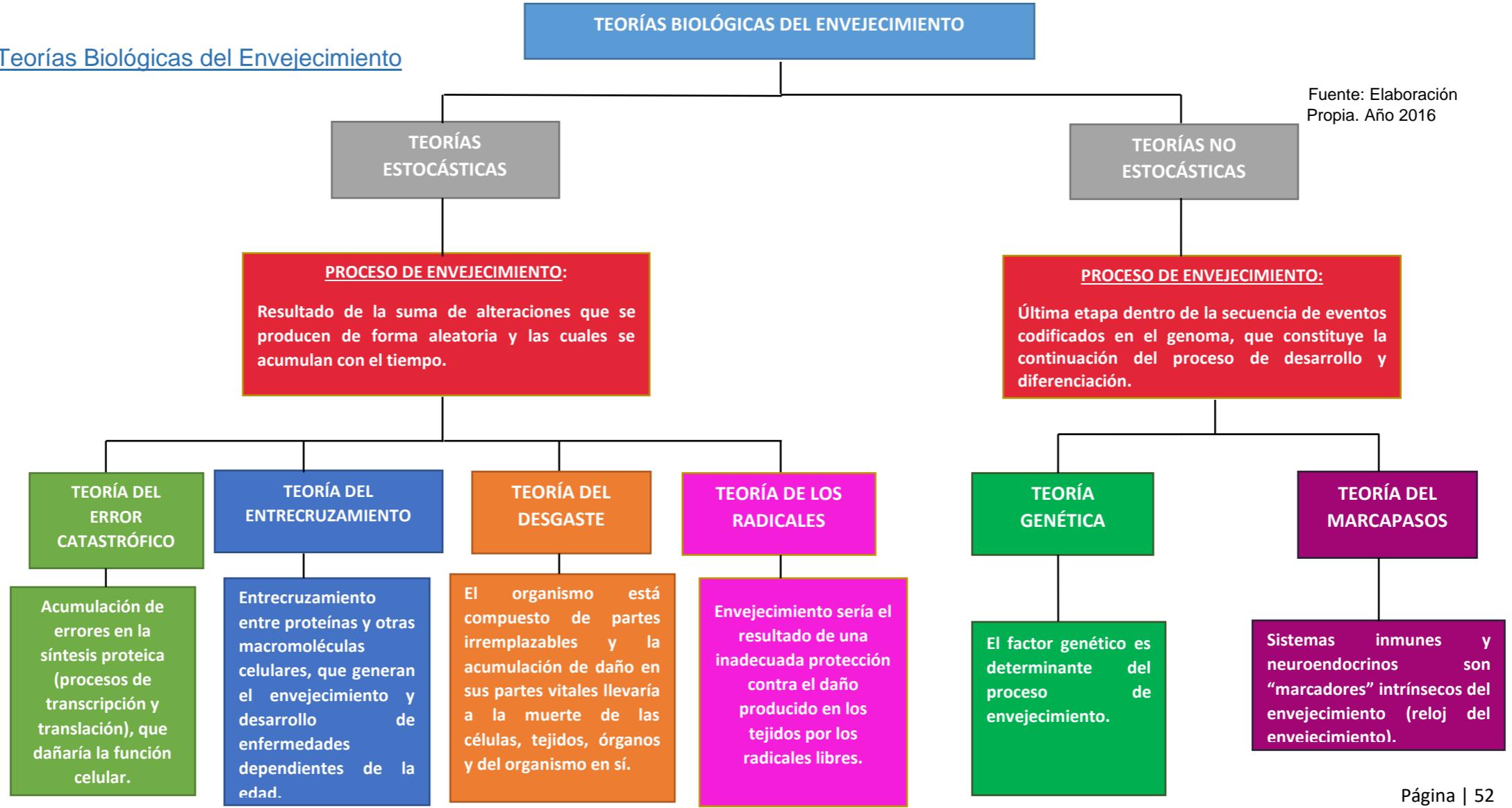
	60-64 años	65-69 años	70-74 años	75-79	80 y más
N°	92.338	81.464	52.979	39.420	63.656
%	28.0	24.7	16.1	12.0	19.3

Fuente: SENAMA. 2013.

Teorías del envejecimiento.

El envejecimiento es uno de los fenómenos biológicos, sociales y demográficos que ha ido cobrando importancia a través del tiempo, producto de las modificaciones sociales, económicas y culturales que ha ido generando, producto de esto, es que se han ido construyendo múltiples teorías acerca de este fenómeno, las cuales se identificarán a continuación.

Teorías Biológicas del Envejecimiento



Fuente: Elaboración Propia. Año 2016

Teoría de los Radicales Libres

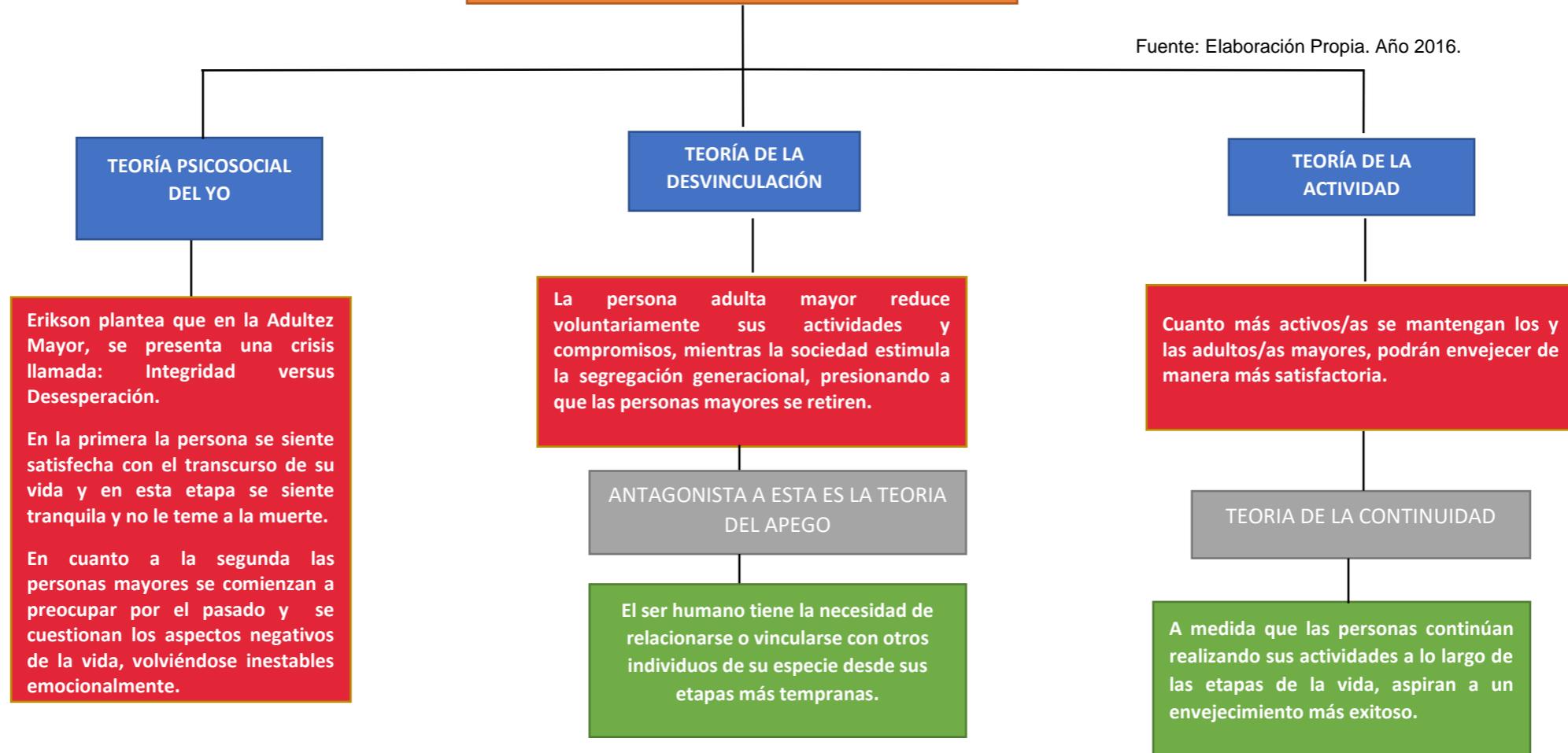
Dentro de las teorías biológicas se considera como la más relevante la Teoría de los Radicales Libres, de Michael Brooks, ya que, es una de las teorías más populares. La cual propone que el envejecimiento sería el resultado de una inadecuada protección contra el daño producido en los tejidos por los radicales libres. Los individuos viven en una atmósfera oxigenada, y por lo tanto oxidante, donde el oxígeno ambiental promueve el metabolismo celular, produciendo energía a través de la cadena respiratoria (enzimas mitocondriales). Considerando que la utilización y manejo del O₂ no es perfecta, se producen radicales libres, entre ellos el radical superóxido. Los radicales libres son moléculas inestables y altamente reactivas con uno o más electrones no apareados, que producen daño a su alrededor a través de reacciones oxidativas. Se cree que este tipo de daño podría causar alteraciones en los cromosomas y en ciertas macromoléculas como colágeno, elastina, mucopolisacáridos, lípidos, etc. La lipofucsina, llamada también "Pigmento del Envejecimiento", corresponde a la acumulación de organelos oxidados. Se ha encontrado una buena correlación entre los niveles celulares de superóxido dismutasa (enzima de acción antioxidante) y la longevidad de diferentes primates. Además, estudios en ratas sometidas a restricción calórica han mostrado un aumento en la longevidad de éstas, lo que se cree es debido a una menor producción de radicales libres. Pero, por otro lado, no hay estudios que hayan demostrado que animales sometidos a dietas ricas en antioxidantes logren aumentar su sobrevivencia.

Cabe destacar que hacen falta más estudios para lograr comprender más a fondo el rol de los radicales libres en el proceso de envejecimiento. Lo que sí es claro, es el importante papel que juega el daño producido por la liberación de radicales libres en ciertas patologías relacionadas con el envejecimiento, tales como las enfermedades cardiovasculares, cáncer, cataratas, enfermedad de alzheimer, y otras. Según la evidencia con la que se cuenta hasta el momento, si se logra disminuir la generación de radicales libres o neutralizar su daño, se podría disminuir estas enfermedades. Por lo cual se lograría prevenir una muerte precoz por estas patologías. Finalmente lo que no es claro, es si logrando disminuir el daño por radicales libres, se podrá aumentar la longevidad.

Teorías Psicosociales del Envejecimiento

TEORÍAS PSICOSOCIALES DEL ENVEJECIMIENTO

Fuente: Elaboración Propia. Año 2016.



Teoría de la Continuidad

Dentro de las teorías psicosociales se encuentra la Teoría de la Continuidad de Robert Atchley, la cual se basa en la Teoría de la Actividad. Atchley estima que la vejez es una prolongación de las etapas evolutivas de la vida, mientras que el comportamiento de los individuos estaría condicionado por las habilidades desarrolladas anteriormente. En esta etapa de vida la capacidad de respuesta de los/as adultos/as mayores, así como la adaptación a nuevos procesos y el estilo de vida que llevan, están determinados, por diversos factores, como los hábitos y la manera en que se han comportado a lo largo de su vida.

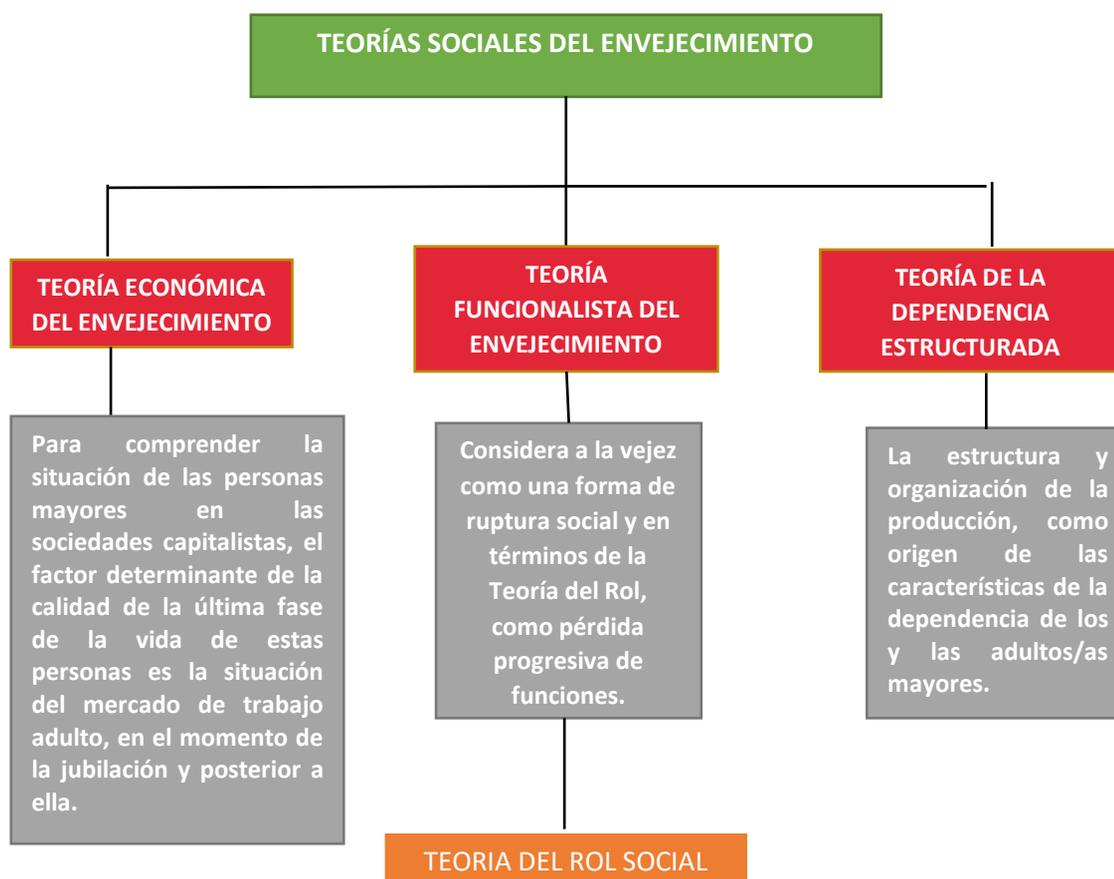
La Teoría de la Continuidad considera a las personas en constante desarrollo, considerando que la llegada de la jubilación no genera la paralización o cese del crecimiento humano y social, sino que, se mantiene la capacidad para enfrentar o sobreponerse a experiencias complejas surgidas desde los distintos ámbitos que integran al individuo, es decir, en la salud, en lo social o en lo psicológico.

El aumento o mantención de las actividades desarrolladas en la adultez mayor se vuelve una garantía para obtener una exitosa vejez, lo que lleva consigo la satisfacción que alcanzan los individuos, a lo cual, también influye la mantención de las costumbres anteriores y el vínculo entre los elementos que proporcionaron la consistencia personal y la situación presente. Por lo tanto, es posible afirmar que la seguridad y autoestima generadas en las etapas anteriores, son un sustento para cuando se actualizan en la vejez.

Debido a lo anterior es que la actitud de las personas mayores al enfrentarse a cambios propios de la vejez, dependerá de la personalidad que poseían los individuos antes de esa etapa. Así también cabe destacar que el proceso de adaptación a los cambios se alcanza de manera exitosa en la medida en que se haya continuado en actividad, es por lo mismo, que se considera que la continuidad es la clave y es posible considerarla como un objetivo a lograr.

En 1973 la socióloga Patricia Maddox propone que tras la jubilación, las personas deben mantener sus actividades y, si es imposible que éstas puedan continuar con ellas, se aconseja sustituirlas por otras.

Teorías Sociales del Envejecimiento



Fuente: Elaboración Propia. Año 2016.

Teoría de los roles:

Esta teoría, es una perspectiva de la sociología y la psicología social, la cual se fundamenta en dos conceptos claves: Socialización y Rol. Se entenderá por **Socialización**: *“Interiorización de normas y valores sociales que contribuyen a conformar la personalidad del individuo y su imagen social.”* (Maroto & Cáceres) En cuanto al **Rol**, este se define como: *“Conducta que la sociedad espera de uno de sus miembros en una situación determinada.”* (Maroto & Cáceres) Con respecto a este último concepto, se debe considerar que existen distintos roles, sin embargo, para efecto de la investigación se utilizará el rol social, cuya definición es: *“Conjunto de funciones, normas y comportamientos, deberes y expectativas que se esperan que una persona cumpla o ejerza dentro de un grupo social”* (Hernández, 2014); estas funciones dependerán del grupo en el cual cada persona se desenvuelva, ya que, de manera consciente e inconsciente siempre las personas desarrollan más de algún rol.

La fuente desde la cual se asignan los diferentes roles proviene de la estructura de los grupos familiares, de la ocupación profesional y de la dedicación a determinadas actividades. En función de esto surgen dos tipos de roles: Adscritos y Adquiridos, los primeros constituyen *“Aquellos roles que determinados individuos juegan y que, sin embargo, ellos no han intervenido en la adquisición de dicho rol. No han mediado su esfuerzo ni su intencionalidad para conseguir dicho rol”*, (Conceptos de Sociología) por ejemplo, los roles que provienen de categorías como la raza, la edad, la cuna, es decir, ser viejo, joven, príncipe, infanta, entre otros. Los roles adquiridos son *“Roles a los que el individuo espera libremente y llega a conseguirlos a través de su esfuerzo y de su trabajo”*, (Conceptos de Sociología) son la mayoría de los roles que existen en las sociedades industriales o post-industriales, por ejemplo, empresario, profesor, entre otros, mientras que en las sociedades tradicionales priman los roles adscritos. La tipología anterior corresponde a los roles principales, sin embargo existen otros como: rol clave, complejo, general y simple. Sin embargo todos los roles son parte de alguna de éstas tres categorías:

- Orientados a la tarea
- Orientados a las relaciones socio-emocionales.
- Roles personales

La teoría de los roles, tiene como particularidad la relación que se establece entre posición, status y actores, identificando que cada persona tiene un rol asignado que debe desarrollar de acuerdo al grupo de derechos y obligaciones que regulan las interacciones entre las personas con las cuales se relacionan, dando origen a la categoría que se tiene al interior del grupo social al cual se pertenece.

Irving Rosow elaboró la Teoría de Roles aplicada al proceso de envejecimiento, en función de los conceptos abordados anteriormente, planteando que a lo largo de la vida de una persona, la sociedad va asignándoles diferentes papeles o roles, como por ejemplo: hijo/a, estudiante, padre/madre, trabajador/a, entre otros. De esta forma cada persona va adquiriendo un status o posición social a la vez que conforma su autoimagen y autoestima personal.

Estos roles por los que atraviesa una persona van cambiando según las distintas etapas de su desarrollo cronológico, es decir, los roles se van modificando acorde al proceso de evolución de la vida.

Con la jubilación, como hito importante en el proceso de envejecimiento, se produce una pérdida progresiva de roles sociales que la persona adquirió en el transcurso de su vida, por lo que se genera una reducción del papel de las personas mayores en la sociedad hasta quedar desposeídas de ciertos roles.

Según esta teoría, las personas que envejecen deben ir asumiendo nuevos roles acorde a su edad, de modo de evitar la desaparición de éstos, y potenciar el desarrollo de nuevos roles, lo cual da cuenta de la adaptación positiva a su proceso de envejecimiento, es decir, una mayor satisfacción en la vejez, por cuanto más adaptado/a se esté, mayor es el compromiso social que se tiene.

La interacción social de los roles contribuye no sólo a definir la situación social, sino que, al mismo tiempo, permite definir los roles que entran en juego, por tanto, el rol social no depende exclusivamente de la persona que lo ejecuta, así tampoco del contexto, sino que también requiere de la situación que entre todos los elementos propician, siendo esta la razón por la que se puede afirmar que *“los roles sociales son interdependientes”*. (Hernández, 2014)

A partir de las teorías revisadas anteriormente, se entiende que el proceso de envejecimiento puede ser comprendido y abordado desde distintas perspectivas, como por ejemplo la psicológica, social, biológica, cultural, entre otras; Sin embargo de las teorías anteriores, se destacan las Biológicas, ya que son las primeras en estudiar este proceso y las cuales abordan este desde su esencia, es decir, desde sus inicios, respetando el carácter NATURAL del proceso, así también entendiendo que la expresión genética y la capacidad funcional de la célula son dos aspectos elementales al momento de entender el envejecimiento, pues la interferencia en el primer aspecto (patrones genéticos) y la pérdida del segundo (capacidad funcional) son la explicación fundamental del proceso abordado con anterioridad.

Derechos Humanos en la Población Mayor.

La Declaración de los Derechos Humanos ha reconocido el respeto intrínseco hacia la persona, sin condicionar el rango etario de dichos sujetos, reafirmando las libertades fundamentales, así como también, eliminando todo tipo de discriminación, en especial la discriminación ocasionada por motivos de edad.

Resaltando que las personas mayores tienen los mismos derechos humanos y libertades fundamentales que las demás personas, incluida el no verse sometidas a ningún tipo de violencia.

Sin embargo esta convención, la cual está vigente en gran parte de la orbe, no engloba lo necesario para proporcionar la total protección hacia las personas mayores, es por ello que posteriormente se ha priorizado la protección más especializada en relación a este grupo etario, por lo que en el año 2015 en América se ha publicado la Convención Interamericana Sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, la cual *“contribuirá significativamente a promover, proteger, y asegurar el pleno goce y ejercicio de los derechos de las personas mayores, y a fomentar un envejecimiento activo en todos los ámbitos”* (Organización de los Estados Americanos., 2015)

Una de las temáticas que aborda esta convención, es la prevención del maltrato, el cual dentro de la población adulta mayor ha presentado un auge, el que se entiende como *“Cualquier acción u omisión que produce daños y que vulnera el respeto a su dignidad y el ejercicio de sus derechos como persona. El cual puede realizarse de manera intencionada o no intencionada”* (Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2012)

El concepto mencionado anteriormente se engloba dentro de uno más general que es la violencia, definida como *“el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.”* (Organización mundial de la salud, 2003)

Algunos de los artículos importantes a resaltar de la Convención mencionada anteriormente, acerca de la protección de la población mayor son:

- **ARTÍCULO 5:** *Igualdad y no discriminación por razones de edad. Queda prohibida por la presente Convención la discriminación por edad en la vejez. Los Estados Parte desarrollarán enfoques específicos en sus políticas, planes y legislaciones sobre envejecimiento y vejez, en relación con la persona mayor en condición de vulnerabilidad y aquellas que son víctimas de discriminación múltiple.* (Organización de los Estados Americanos., 2015)

- **ARTÍCULO 9:** *Derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia. La persona mayor tiene derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia, a recibir un trato digno y a ser respetada y valorada, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la cultura, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen social, nacional, étnico, indígena e identidad cultural, la posición socio-económica, discapacidad, la orientación sexual, el género, la identidad de género, su contribución económica o cualquier otra condición.* (Organización de los Estados Americanos., 2015)
- **ARTÍCULO 10:** *Derecho a no ser sometido a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.* (Organización de los Estados Americanos., 2015)

A nivel de región Latinoamericana se ha implementado el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, que insta a los países a *“adaptar a sus realidades nacionales con el fin de responder eficazmente a las necesidades e intereses de las personas mayores, propiciando la creación de condiciones que favorezcan un envejecimiento individual y colectivo con seguridad y dignidad.”* (Sirlin)

Por otro lado, también se encuentra la Conferencia Intergubernamental Regional sobre Envejecimiento en Latinoamérica y el Caribe, la cual plantea *“los desafíos y/o oportunidades del envejecimiento en las próximas décadas poniendo real ímpetu en los conceptos de una sociedad para todas las edades y en la protección basada en derechos.”* (Sirlin)

Chile ha participado en las tres convenciones mencionadas anteriormente, faltando aún por implementar mejores medidas sociales basadas en éstas, lo que ayudará a que la población adulta mayor sea una comunidad más visibilizada, siendo sujetos de pleno derecho. Es por esta razón que el Estado Chileno ha puesto en vigencia tres ejes políticos relacionados con la protección de los/as adultos/as mayores, los cuales se detallarán a continuación.

Promulgación De Ley N° 19.828.

En Chile a partir de la década de los setenta se comienzan a promulgar decretos a favor de el/la adulto/a mayor, sin embargo, en donde realmente cobra relevancia es en la década de los noventa. Es en ese momento en donde se transita desde un enfoque asistencialista a un enfoque de derecho.

Para efectos de una protección social para estos sujetos, la institución encargada de coordinar las Políticas Públicas es el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), la cual fue promulgada en **2002 bajo la ley N° 19.828.-**, con el fin de ***“proponer las políticas destinadas a lograr la integración familiar y social efectiva del adulto mayor y la solución de los problemas que lo afectan.”***

La creación de este Servicio ha beneficiado en diversos ámbitos el desenvolvimiento de la población adulta mayor en el país, lo que ha dado pie para que hasta la fecha se hayan promulgado nuevas leyes, que han sido de especial ayuda en la garantía de los derechos de los/as adultos/as mayores.

Política Integral De Envejecimiento Positivo.

En colaboración con el Ministerio de Desarrollo Social y el Servicio Nacional del Adulto Mayor, se ha llevado a cabo una Política Integral del Envejecimiento Positivo, la cual fue propuesta bajo el mandato de Sebastián Piñera en el año 2011, con proyección hasta el 2025. Dicha política no se limita a solucionar problemas, sino busca que Chile sea un futuro deseable para los/as adultos/as mayores, enfrentando desafíos socio-demográficos y estructurales donde puedan desplazarse sin impedimentos, integrándose a los distintos ámbitos de la sociedad generando más población adulta mayor autovalente.

Ley de Violencia Intrafamiliar.

Se han mostrado avances en los últimos años para prevenir y abordar el maltrato hacia el/la adulto/a mayor, modificando el artículo cinco de la Ley de Violencia Intrafamiliar presente en la Legislación Chilena, el cual define la violencia intrafamiliar contra el/la adulto/a mayor como *“todo maltrato que afecte su vida, su integridad física o psíquica, cuando el ofensor sea o haya sido su cónyuge o*

conviviente, o bien su pariente por consanguinidad en toda la línea recta (bisabuelo/a; abuelo/a; padre/madre; hijo/a; nieto/a; bisnieto/a) o en la colateral hasta el tercer grado inclusive (tío/a sobrino/a).” (Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2011)

Por otro lado, la ley constituye que se considerará violencia hacia el/la adulto/a mayor, cuando éste se encuentra bajo el cuidado o dependencia de cualquiera de los/as integrantes de su grupo familiar, sin importar parentesco o su grado.

A partir de esta modificación, quien resulte afectado/a o visibilice violencia contra el/la adulto/a mayor, podrá denunciar ante los Tribunales de Familia, los cuales tienen la facultad de establecer medidas cautelares de protección, ante situaciones de abandono y/o maltrato hacia este grupo etario.

El Maltrato en Chile.

Existe variedad de definiciones sobre malos tratos hacia las personas mayores, una de ellas dice relación a *“aquellas situaciones no accidentales en las cuales un anciano sufre daños físicos, privación de sus necesidades básicas o daño psíquico como resultado de un acto o una omisión por parte de quienes deben cuidarle”*. (Sirlin)

Otra definición de maltrato hacia este grupo etario hace referencia a *“cualquier acción u omisión que produce daño y que vulnera el respeto a su dignidad y el ejercicio de sus derechos como persona”*. (SENAMA, 2012, pág. 5)

Para efectos de la investigación a realizar, el equipo de trabajo decide optar por la segunda definición, puesto que es más completa que la primera.

La presente temática en Chile, no ha recibido la atención suficiente en comparación con otros grupos etarios que sufren algún tipo de maltrato, solo se ha avanzado en materia legal; por lo tanto, no existe un Estudio Nacional que permita estimar la magnitud acerca del maltrato hacia las personas mayores, no obstante, existen investigaciones a nivel regional respecto a la temática. Una de ellas señala que entre el 20 y 30% de los/as adultos/as mayores han sido víctimas de maltrato en cualquiera de sus tipos.

Una de las razones que originan el maltrato hacia los/as adultos/as mayores está relacionada con el deterioro de las relaciones familiares. Asimismo, se destaca el estrés de el/la cuidador/a que puede derivar en abuso, especialmente cuando se trata de la atención de una persona enferma y dependiente, que constituye una carga para el/la maltratador/a y principalmente cuando es escaso e inexistente el apoyo del entorno.

Una de las principales consecuencias del maltrato, son los problemas de salud mental asociados a la depresión.

Tipos de Maltrato

“La violencia contra las personas de edad puede adoptar muchas formas y se produce en todas las esferas; social, económicas, étnicas y geográficas, por tanto está mucho más cerca y presente de lo que imaginamos.” (Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2012).

Para efectos de esta investigación, se abordarán siete tipos o formas de maltratos, los cuales se detallarán a continuación:

Maltrato Físico

Una definición acerca de este tipo de maltrato es el *“Uso de la fuerza física en contra de un adulto mayor que daña su integridad corporal, puede provocar dolor, lesión y/o discapacidad temporal o permanente y en casos extremos la muerte.”* (Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2005)

Maltrato Psicológico:

El Servicio Nacional del Adulto Mayor define éste como *“Acciones que pueden producir angustia, estrés, sentimiento de inseguridad, baja autoestima o atentan contra la identidad, dignidad o autonomía de la persona maltratada.”*

Dentro de la región de Valparaíso este tipo de maltrato, es el que más denuncias presenta por parte de los/as adultos/as mayores.

Abuso Patrimonial o Económico:

Para el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, el abuso patrimonial *“Son medidas u omisiones que afecten la sobrevivencia del adulto mayor. Por ejemplo, despojar, destruir o hacer uso ilegal o inapropiado de sus bienes personales, propiedades y/o recursos”.*

Otra definición, según la cartilla de prevención y atención de SENAMA es *“La utilización de la pensión o jubilación del adulto mayor o una parte de ella, en beneficio propio, así como también la apropiación de bienes, propiedades o el patrimonio en general, mediante fraude, engaño o amenaza”*. (Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2012) ,como por ejemplo, la realización de actos ilegales como lo son firmar documentos, donaciones, entre otras.

Este maltrato se evidencia en el significativo deterioro en el ámbito socioeconómico de los/as adultos/as mayores.

Negligencia:

“Consiste en no entregar los cuidados o supervisión necesarios de alimentación, vestuario, higiene y cuidados médicos apropiados que un adulto mayor requiere”. (Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2012)

Otra definición del concepto de negligencia *“Es la deficiencia por parte del cuidador para prevenir, mantener o proporcionar el estado de salud o estabilidad psíquica que otorgue una buena calidad de vida. Así como el aporte de alimentos adecuados que evitan daño físico, funcional, o pueda provocar un estado de angustia o daño mental”*. (Armas, 2013)

Abandono:

“Se produce cuando cualquier persona o institución no asume la responsabilidad que le corresponde en el cuidado de una persona mayor con algún grado de dependencia, o que habiendo asumido su cuidado o custodia lo desampara de manera voluntaria”. (Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2012)

Abuso Sexual:

Es la *“Realización de actos sexuales con una persona mayor sin consentimiento, empleando fuerza, amenaza o aprovechándose de que existe un deterioro cognitivo que lo incapacita para dar dicho consentimiento.”*

Maltrato estructural o Societal:

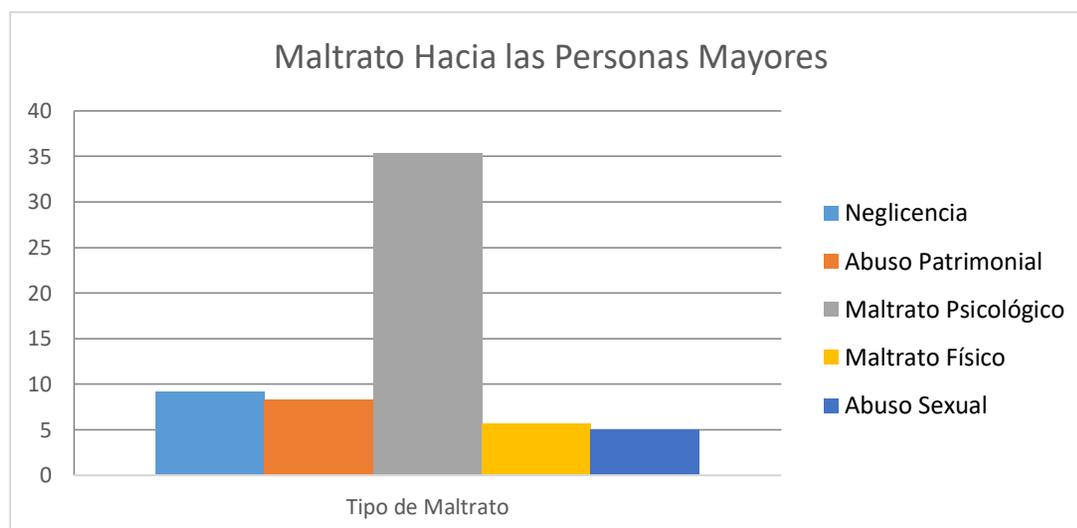
“Ocurre cuando no se han generado las condiciones para la adecuada satisfacción básica de las personas, afectando el ejercicio de los derechos humanos y ciudadanos.” (Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2012)

La Comisión Económica para Latinoamérica y el Caribe –desde ahora CEPAL-, define el maltrato estructural hacia el/la adulto/a mayor como *“Aquel que*

ocurre desde y en las estructuras de la sociedad mediante normas legales, sociales, culturales, económicas que actúan como trasfondo de todas las otras formas de maltrato existente.”

La temática del maltrato hacia la población mayor presenta diversas complejidades. Es por esto, que SENAMA ha realizado diversos estudios para levantar, analizar y comprender, a través de datos, este fenómeno.

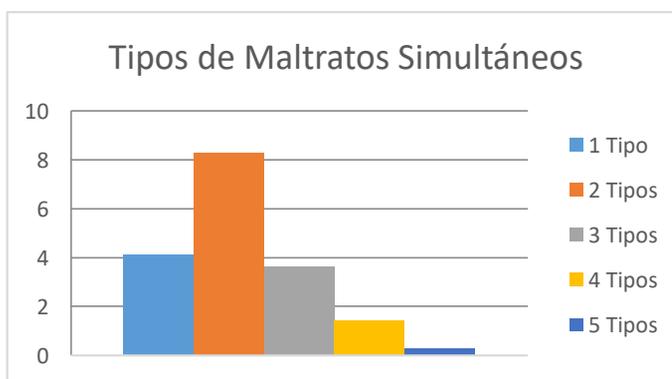
Según un estudio realizado en la región de Valparaíso, las cifras de los maltratos más frecuentes son los siguientes:



Fuente: *El Maltrato hacia las Personas Mayores en la Región Metropolitana de Chile. 2013.*

Pese a los altos porcentajes visualizados en el gráfico anterior respecto a la temática de maltrato, Carabineros de Chile declara que sólo el 1% de la población mayor denuncia algún tipo de maltrato. “Las bajas tasas de denuncia estarían explicadas por el temor de la víctima, las posibles represalias o el miedo a la pérdida de la vinculación emocional, afectiva o de dependencia con el agresor, lo que lo inhibe a denunciar.” (Servicio Nacional de Adultos Mayores, 2013)

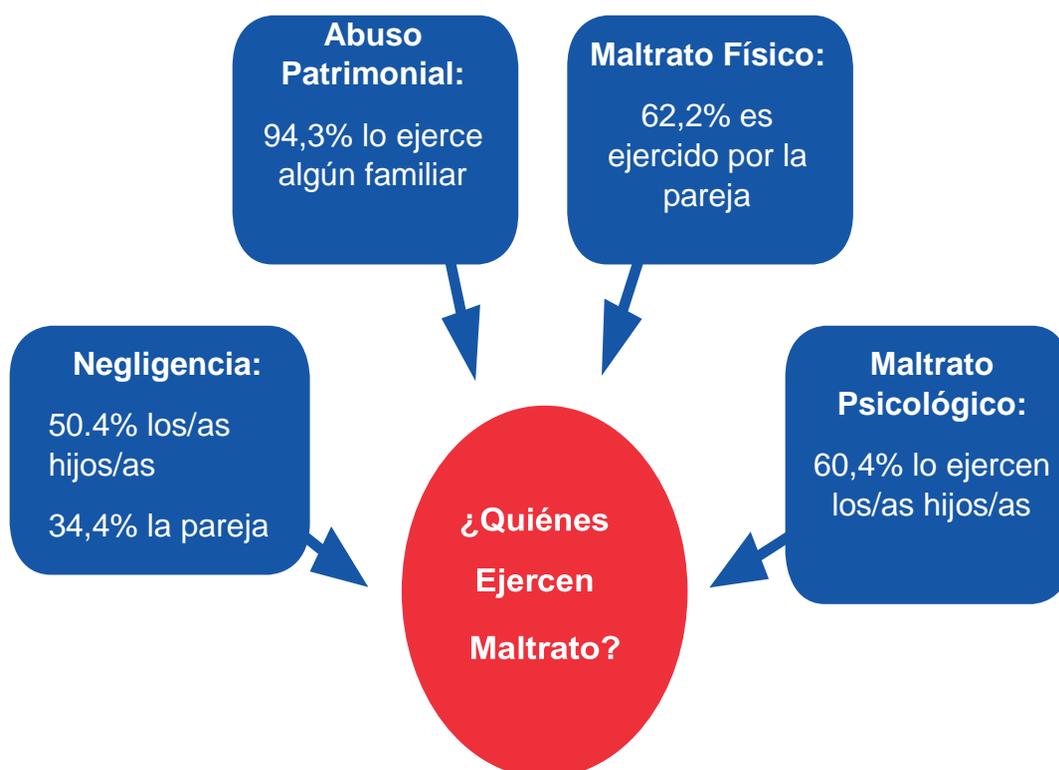
Por otra parte, según las denuncias realizadas en esta institución, se pueden establecer las siguientes cifras, según la cantidad de maltratos recibidos simultáneamente:



Fuente: *El Maltrato hacia las Personas Mayores en la Región Metropolitana de Chile. 2013*

Agentes Ejecutores de Maltrato

Los principales agentes que efectúan maltrato hacia los/as adultos/as mayores son los/as familiares directos/as. Como muestra la gráfica siguiente en los cuatro tipos de maltrato más recurrente.



Fuente: El Maltrato hacia las Personas Mayores en la Región Metropolitana de Chile. 2013. Estudio Centrado en la Región de Valparaíso

Teorías De Maltrato

Existen varias teorías que hacen referencia al maltrato hacia el/la adulto/a mayor, las cuales han sido expuestas con anterioridad en bibliografías que tienen relación con la presente temática, sin embargo para efectos de esta investigación se abordarán tres de ella, poniendo énfasis en la Teoría del Estrés, ya que, ésta estudia diversos factores que influyen en los individuos que participan de los cuidados de las personas mayores, siendo estos factores fundamentales para el entendimiento del maltrato. Las otras cumplirán un papel complementario.

Teoría Del Estrés De el/la Cuidador/a

El/La Cuidador/a

*“Cuidar será siempre indispensable
para la perpetuidad de la sociedad”*

De acuerdo a lo expuesto en las páginas previas, el envejecimiento es un elemento natural de la vida, el cual ha aumentado con el proceso de transición demográfica. Una estadística importante a destacar es el aumento acelerado de la población adulta mayor, alcanzando un 11.4% a nivel mundial, considerando que el 15% de los/as adultos/as mayores alcanza los ochenta años y más. Sin embargo el escaso mejoramiento de los estilos de vida saludables conlleva a un aumento de los/as adultos/as mayores postrados/as o con dependencia severa, destacando Chile entre un 4% y 7%, lo que contribuye a la necesidad de contar con ayuda de otras personas o instituciones, para satisfacer las demandas y/o enfermedades de este grupo etario, específicamente de aquellos y aquellas que presentan una pérdida de autonomía.

Con la pérdida de autonomía en la población adulta mayor, se hace cada vez más presente la necesidad de contar con una persona o institución que pueda colaborar con la subsistencia de esta población, cumpliendo con los siguientes principios:

a. El Escrupuloso Respeto a la Autonomía del Otro.

Este principio consiste en potenciar la autonomía personal, con la finalidad de ayudar a otro/a, para que *llegue a donde el/ella quiere y puede llegar*. Por otro lado el/la cuidador/a cumple un rol de guía, cuyo objetivo es exponer su punto de vista respecto a las decisiones de el/la otro/a, más no imponerlo.

b. El Conocimiento y la Comprensión de las Circunstancias del Sujeto Cuidado.

A través de este principio se realza el contexto en el cual se desenvuelve el sujeto, entendiéndolo como un factor elemental para comprender el por qué y cómo actúa el/la adulto/a mayor, lo cual hace referencia a un conjunto de factores biológicos, sociales, económicos y psicológicos.

c. Análisis de sus Necesidades.

Consiste en colaborar con el/la adulto/a mayor, para que encuentre las herramientas necesarias, tanto internas como externas, para que el/ella mismo/a sea capaz de responder a aquellas sin la intervención de un/a cuidador/a, entrelazándose con el/la cuidador/a, ya que, también busca potenciar la autonomía de éste/a.

d. Cuidar es Preservar la Identidad del Otro.

“Cuidar de alguien, es cuidar de un sujeto con derechos” (Larbán Vera)

Toda persona a través de su desarrollo va forjando una identidad y personalidad propia, que por causa de una patología o enfermedad puede ver reducidas tanto sus capacidades cognitivas como sus posibilidades de expresión física, no obstante, es una persona dotada de dignidad intocable e intrínseca. Es por ello que el/la cuidador/a tiene como finalidad respetar y promover lo anterior, en la medida de lo posible.

CUIDAR comprende un conjunto de *“comportamiento y acciones que envuelven conocimientos, valores, habilidades, y actividades emprendidas en el sentido de suministrar las potencialidades de las personas para mantener o mejorar las condiciones humanas en el proceso de vivir y morir.”* (Larbán Vera, 2009)

Otro concepto relacionado al término CUIDAR: *“Hace referencia a proporcionar a una persona aquellos aspectos que están mermados o que carece de ellos.”* (Steele Britton, 2010)

El ejercicio anterior es desarrollado por una persona y/o institución denominada CUIDADOR/A, por la cual se entenderá *“Aquellas personas que, por diferentes motivos, coinciden en la labor a la que dedican gran parte de su tiempo y esfuerzo a permitir que otras personas puedan desenvolverse en su vida diaria, ayudándolas a adaptarse a las limitaciones que su discapacidad funcional (entendida en sentido amplio) les impone.”* (Villamar Pinargote, 2014)

El Psiquiatra y Psicoterapeuta de Niños, Adolescentes y Adultos Juan Larbán Vera, define a el/la cuidador/a como *“Una persona de la familia, un profesional, u otra persona, que asume primariamente la responsabilidad de abastecer acciones de soporte, que asiste o ayuda a otra persona o grupo, con necesidades evidentes o anticipadas, visando una mejora en la condición humana o estilo de vida.”*

Tipología de Cuidadores.

Actualmente existe una dificultad al establecer una clasificación general y certera acerca de los tipos de cuidadores que existen, sin embargo para fines de la presente investigación y para su mayor comprensión, se clasificarán en tres tipos.

a. Cuidador/a Primario/a.

“Es la persona encargada de la mayor parte del cuidado del paciente. Por lo general, este vive en el mismo domicilio o muy cerca. Es mayoritariamente familiar en primer grado del paciente.” (Villamar Pinargote, 2014, pág. 13)

Este tipo de cuidador/a se encarga de proveer múltiples cuidados al sujeto que por diversas razones ha perdido su autonomía, atendiendo principalmente las necesidades físicas y emocionales; Generalmente este rol lo cumple su cónyuge e hijo/a.

b. Cuidador/a Secundario/a.

“Es aquella persona o personas con una formación adecuada para cuidar al paciente y que recibe una remuneración.” (Villamar Pinargote, 2014, pág. 13)

Uno de los roles que posee este tipo de cuidador/a es proteger la sobrecarga a la cual está expuesto/a el/la cuidador/a primario/a, que posteriormente puede comprometer la integridad física y psíquica de éste/a.

Mayoritariamente este trabajo es desarrollado por los y las profesionales del área socio-sanitario de las dependencias institucionales.

Esta tipología de cuidadores/as también se conoce como *formales*, los/as cuales deben tener en cuenta las siguientes necesidades.

- Necesidades Emocionales

El grado de la enfermedad y/o discapacidad que presenta el/la adulto/a mayor, generará en la familia un mayor o menor desgaste de energía para organizarse, por lo que es necesario poseer apoyo emocional para enfrentar dichos cambios. Dicho apoyo debe ofrecerse o darse de manera individual y grupal (nivel familiar).

- Necesidades de Información

Corresponde a la cantidad de información adecuada y/o necesaria, para afrontar la enfermedad y/o patología que presenta el/la adulto/a mayor. Para lo anterior es importante entregar a la familia las herramientas necesarias, para que ésta encuentre información acertada, práctica y actualizada del padecimiento que afecta a su familiar.

- Necesidades Económicas

Toda enfermedad y/o patología conlleva un gasto económico importante, para el desarrollo posterior de la dinámica familiar, ya que el/la familiar que cumple el rol de cuidado directo de el/la adulto/a mayor con determinada enfermedad, suele dejar de trabajar, de tal manera de atender con total plenitud y disposición al familiar.

- Necesidades de una Red Social

La enfermedad y/o patología generalmente reduce la interacción y acercamiento con la red de apoyo que mantenía la familia de el/la adulto/a mayor, lo que conlleva a poseer menos contacto con la familia extensa, amigos/as, vecinos/as, entorno social en general.

c. Cuidador/a Terciario/a.

“Son aquellas personas en su mayoría familiares y amigos muy allegados, que forman parte de su sistema o entorno y colaboran en mayor o menor medida en la atención y cuidados al paciente.” (Villamar Pinargote, 2014, pág. 14)

También llamados/as cuidadores/as *informales*, los/as cuales no siempre poseen una coordinación previa y estipulada para realizar el cuidado, ya que, esto se produce de manera espontánea o ante una emergencia, no obstante tienen una misión importante, tomando en cuenta la reducida autonomía que puede tener el/la adulto/a mayor. Por lo general este rol, lo desempeñan vecinos/as, amigos/as, voluntarios/as.

Tanto el/la cuidador/a primario/a como terciario/a se engloba dentro de los/as cuidadores/as informales, el/la cual se caracteriza principalmente por no ser remunerado/a por dicha labor, y tener un alto grado de compromiso hacia ésta.

Caracterización del cuidador informal según variables sociodemográficas.

Variable	Ítems	Porcentaje
Sexo	Femenino	91
	Masculino	9
Estado civil actual	Soltero/a	31,3
	Casado/a	50,7
	Conviviente	1,5
	Separado/a	6
	Divorciado/a	7,5
	Viudo/a	3
Edad (años)	15-25	1,5
	26-35	0
	36-45	13,4
	46-55	29,9
	56-65	27,4
	>65	29,9
	Media	58,6
Horas diarias de cuidado	0-5	6
	6-10	13,4
	11-15	9
	16-20	25,4
	21-24	46,3
Vinculación	Cónyuge	23,9
	Hijo/hija	49,3
	Hermano/a	6
	Nuera/yerno	6
	Sobrino/a	6
	Otro	9

Fuente: Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar adulto mayor con dependencia severa.

Perfil Del Cuidador.

*“Cuando tus pies no te lleven, cuidaré de ti
Cuando tus ojos solo vean noche, cuidaré de ti
Cuando tu voz no se oiga, cuidaré de ti
Cuando yo esté triste, Tú cuidarás de mí”*

“La forma de ser del cuidador y su función cuidadora del otro, (...) depende de la personalidad, biografía, formación, experiencia, circunstancias y contexto de los cuidados del cuidador así como de la relación cuidador-cuidado.” (Larbán Vera, 2009, pág. 21)

Tal como se plantea en la cita anterior un aspecto importante del ejercicio de cuidar y por el cual debe velar el/la cuidador/a es la relación entre el/la cuidado/a y el/la responsable de su cuidado.

La siguiente tabla da cuenta de aquellas características que deben estar presentes en la interacción de los dos individuos mencionados anteriormente.

CARACTERÍSTICAS	DEFINICION
Comunicación	Comunicarse realmente (cognitiva y emocionalmente) con la otra persona.
Personalización de la relación y comunicación	Personalizar la interacción con la otra persona. Sentirse tratado/a como persona singular, con nombre propio.
Adaptación	Sentirse aceptado/a, casi incondicionalmente con la otra persona.
Confianza	Poder confiar en el/la otro/a y en el proceso de ayuda construido con la otra persona.
Acogida	Acoger, sentirse acogido/a por el/la otro/a.
Comprensión	Comprender, sentirse comprendido/a empáticamente por el/la otro/a.
Autenticidad	Ser genuino/a o verdadero/a. Ser lo que se dice ser. <u>Base de la confianza mutua.</u>

Fuente: “Ser cuidado; El ejercicio de cuidar” Año 2009.

Importante es responder a la pregunta **¿Cuándo una persona se convierte en cuidadora?** La respuesta a dicho cuestionamiento no es fácil, ya que, convergen distintas situaciones y/o acontecimientos que generan una

adaptación en la vida cotidiana de la familia, independientemente del nivel socioeconómico que ésta posea, invirtiendo gran cantidad de tiempo y dedicación a esta nueva situación.

Existen tres formas a través de las cuales se puede dar inicio al rol de cuidador/a de una persona mayor:

- Al existir una enfermedad aguda y un período de hospitalización que requiera cuidados especiales.
- Luego de un tiempo de inestabilidad física, relacionado a un envejecimiento biológico normal, que cada vez exige más ayuda.
- Producto de una enfermedad degenerativa que presentaba ciertas evidencias anteriores.

No se ha establecido un modelo determinado y/o específico respecto a las personas que cumplen con la tarea de cuidar a otras. Sin embargo para efectos de la investigación llevada a cabo, se contrastará el perfil de el/la cuidador/a de España con el de Chile.

Perfil de el/la Cuidador/a de un/a Adulto/a Mayor Dependiente (ESPAÑA)

El 83% son mujeres.
De estas mujeres, el 43% son hijas, seguidas por parejas en un 22% y finalmente 7.5% son nueras de la persona cuidada.
La edad media es de 52 años.
El 77% de los/as cuidadores/as es casado/a.
El 60% de los/as cuidadores/as comparte domicilio con la persona cuidada.
El 80% de los casos no recibe remuneración por cuidar a otra persona.
El 85% de los/as cuidadores/as prestan ayuda diaria a la persona cuidada.
El 60% de los/as cuidadores/as no recibe ayuda de otras personas.
El 20% recibe relevo en el cuidado de la persona.
El cuidado que ejerce es permanente.
Un 17% de los/as cuidadores/as comparte su labor de cuidar, con otros roles familiares.

Fuente: "Guía para personas cuidadoras: Perfil de la persona cuidadora."

Perfil de el/la Cuidador/a de un/a Adulto/a Mayor Dependiente (CHILE)

El 81% de los/as cuidadores/as son mujeres.
Del porcentaje anterior, el 44% es hijo/a, el 23.8% esposo/a, 8.1% otro/a familiar y 6.7% yerno/nuera o nieto/a.
El promedio de edad de los/as cuidadores/as está entre los 50 y 59 años.
Generalmente los/as cuidadores/as tienen baja escolaridad.
El 90% no recibe remuneración por cuidar a otra persona.
El 44% de los/as cuidadores/as menciona algún grado de síntomas depresivos.
Relacionado a la sobrecarga del trabajo, el 19% presenta un nivel ligero y el 25% nivel intenso.
La gran mayoría cuida a su familiar más de doce horas diarias.
El 66.6% de los/as cuidadores/as no han tomado vacaciones hace más de cinco años.
El 55.7% no recibe ayuda en el cuidado de otra persona.
El 50.7% de los/as cuidadores/as es casado/a.

Fuente: "Cuidados y Dependencia en Chile, acciones y modelos de intervención"

SENAMA.2012.

A partir de los cuadros anteriores se puede decir que en ambos casos el mayor porcentaje de personas que cumplen con la labor de cuidar, son las mujeres, así también, con respecto al parentesco que existe entre el/la cuidado/a y el/la cuidador/a, se destaca que el principal es el de padre/madre-hijo/a, seguido de la pareja, en el caso de Chile aparecen otros familiares antes que las nueras y yernos, los cuales se encuentran a la par con nietos/as, siendo este último actor invisible en España.

Por otro lado, en ambos casos la mayoría de los/as cuidadores/as son casados/as, con una marcada diferencia de 50.7% en Chile y 70% en España. Otro aspecto a destacar, desde lo similar de los casos, es que, en ambos no hay un pago de remuneración a aquellas personas que se responsabilizan del cuidado de otras.

Finalmente es relevante resaltar que en Chile hay un 44% de cuidadores/as que han presentado síntomas depresivos, entre los que se destacan el estrés, depresión, cansancio y problemas de salud.

En conclusión se establece que existe mayor nivel de similitud que de diferencias entre ambos países, lo cual da cuenta de una situación que no es particularmente de Chile, entendiéndolo éste como un país en vías de desarrollo, sino que también es una realidad que se presenta en los países desarrollados como es el caso de España, lo cual se ve reflejado en la estrecha diferencia que existe entre los porcentajes mencionados anteriormente.

Un dato relevante a considerar en el proceso investigativo es aquel que se presenta específicamente en el caso de Chile, respecto a la SOBRECARGA que muestran los/as cuidadores/as, destacándose que el 19% presenta un nivel de sobrecarga ligero, más un 25% declara que es de nivel intenso. A partir de esta situación surgen una serie de factores, destacándose como principal el ESTRÉS, por el cual se entiende *“Exigencia a las capacidades de adaptación de la mente y el cuerpo, ya que representa aquellas condiciones bajo las cuales los individuos se enfrentan a situaciones que no pueden satisfacer física o psicológicamente y que provocan alguna alteración en uno y otro de estos niveles.”* (García Romero, 2011)

El estrés involucra la interacción del organismo con el medioambiente en el cual se desarrolla. A partir de lo anterior, se le define de tres formas:

a. Como un estímulo.

Fuerza que actúa sobre un individuo y que da lugar a una respuesta.

b. Como una respuesta.

Manifestación fisiológica o psicológica del individuo ante un estresor ambiental.

c. Como un estímulo- respuesta.

Consecuencia de la interacción de los estímulos ambientales y la respuesta idiosincrásica del individuo.

Las tres definiciones anteriores tienen como similitud, el impacto que producen en las personas, siendo éstos:

- IMPACTO FISIOLÓGICO:

Las reacciones corporales no ocurren conscientemente a través del sistema nervioso central, sino que son respuestas automáticas, las cuales pueden incluso llegar a dañar el organismo si su duración es prolongada, ya que, están diseñadas para que desaparezcan transcurrida la situación de urgencia. Estas pueden afectar distintas partes del cuerpo, generando problemas, tales como:

- a. Gastrointestinal, los cuales se expresan a través de náuseas, vómitos, sequedad bucal, dolores abdominales, diarrea y cambios de apetito.
- b. Cardiovasculares, se manifiestan en presión sanguínea alta, manos y pies fríos, latidos del corazón acelerados y sudoración.
- c. Problemas respiratorios, se pueden evidenciar en la falta de aliento y dificultad para respirar.
- d. Músculos-esqueléticos, se expresan a través de tics nerviosos, dolor de espalda y calambres.

Con respecto al impacto fisiológico, es necesario destacar, que existe una relación directa entre estrés y enfermedad, ya que *“múltiples estudios han confirmado que las respuestas emocionales al estrés pueden disipar un proceso fisiológico que incrementa directamente la susceptibilidad a la enfermedad.”* (García Romero, 2011) Es por lo mismo que es importante tener conciencia respecto a que el estrés puede ser relacionado con la disminución de las defensas del cuerpo.

- IMPACTO PSICOLÓGICO:

Este impacto se divide en tres categorías, las cuales serán abordadas a continuación.

- a. **Impacto Psicosocial:**

Las respuestas se generan al invadir la vida cotidiana de la persona en diferentes ámbitos, tales como el familiar, laboral, social y educativo. Al ocurrir esto resulta más complejo que el individuo posea recursos para enfrentar el estrés.

Mientras más apoyo social tengan las personas, sus respuestas inmunológicas serán mejores, y disfrutarán de buena salud y calidad de vida.

b. Impacto Cognitivo:

Las respuestas son en base a la percepción de situaciones perjudiciales, como también a las amenazas en acontecimientos específicos, generando la incapacidad para concentrarse, trastornos en la ejecución de tareas cognitivas y aparición de pensamientos intrusivos y repetitivos. Así también cabe señalar que a medida que esta situación aumenta se va perdiendo el contacto con la realidad, utilizando principalmente un razonamiento lógico-matemático, excluyendo las categorías humanas del entorno, lo cual genera pérdida de memoria, problemas de razonamiento y expresión verbal.

c. Impacto Afectivo:

Para evaluar el nivel de estrés se utiliza el estado emocional de las personas, que no solo se puede apreciar en la activación fisiológica sino que también en otros aspectos de naturaleza cognitiva y evaluativa, que se relaciona con el contexto social y cultural de las personas.

En el proceso emocional hay dos filtros que actúan entre la activación y la expresión emocional, en primer lugar está la **evaluación valorativa**, la cual *“modulará su experiencia subjetiva, sentimientos, expresión corporal, tendencia a la acción y respuestas fisiológicas. Será responsable del reajuste de las emociones a las demandas del entorno, pero también, puede ser responsable de que las emociones pierdan su valor adaptativo y sean entonces, perjudiciales para la salud.”* (García Romero, 2011, pág. 46) En segundo lugar se encuentran, los **mecanismos socioculturales de control emocional**, los cuales influyen en los estilos de afrontamiento que cada persona utiliza para responder ante las emociones.

- **IMPACTO CONDUCTUAL:**

Las respuestas dependen de la percepción del sujeto y del acontecimiento que produce el estrés. Existen tres formas básicas de responder, las cuales son: *aproximación (lucha), evitación (huída) e inmovilización.*

Cuando una persona es sometida a niveles altos de estrés disminuye su capacidad intelectual y el modelo de su pensamiento comienza a ser repetitivo, suben sus niveles de indecisión y aumentan los tiempos de pasividad e indiferencia.

Si el estrés es prolongado y supera los niveles óptimos disminuye la energía, deteriorando el desempeño, lo cual genera frecuentemente un sentimiento de inutilidad y subestima los propósitos a alcanzar, generando que el estrés continuo conlleve a la ansiedad.

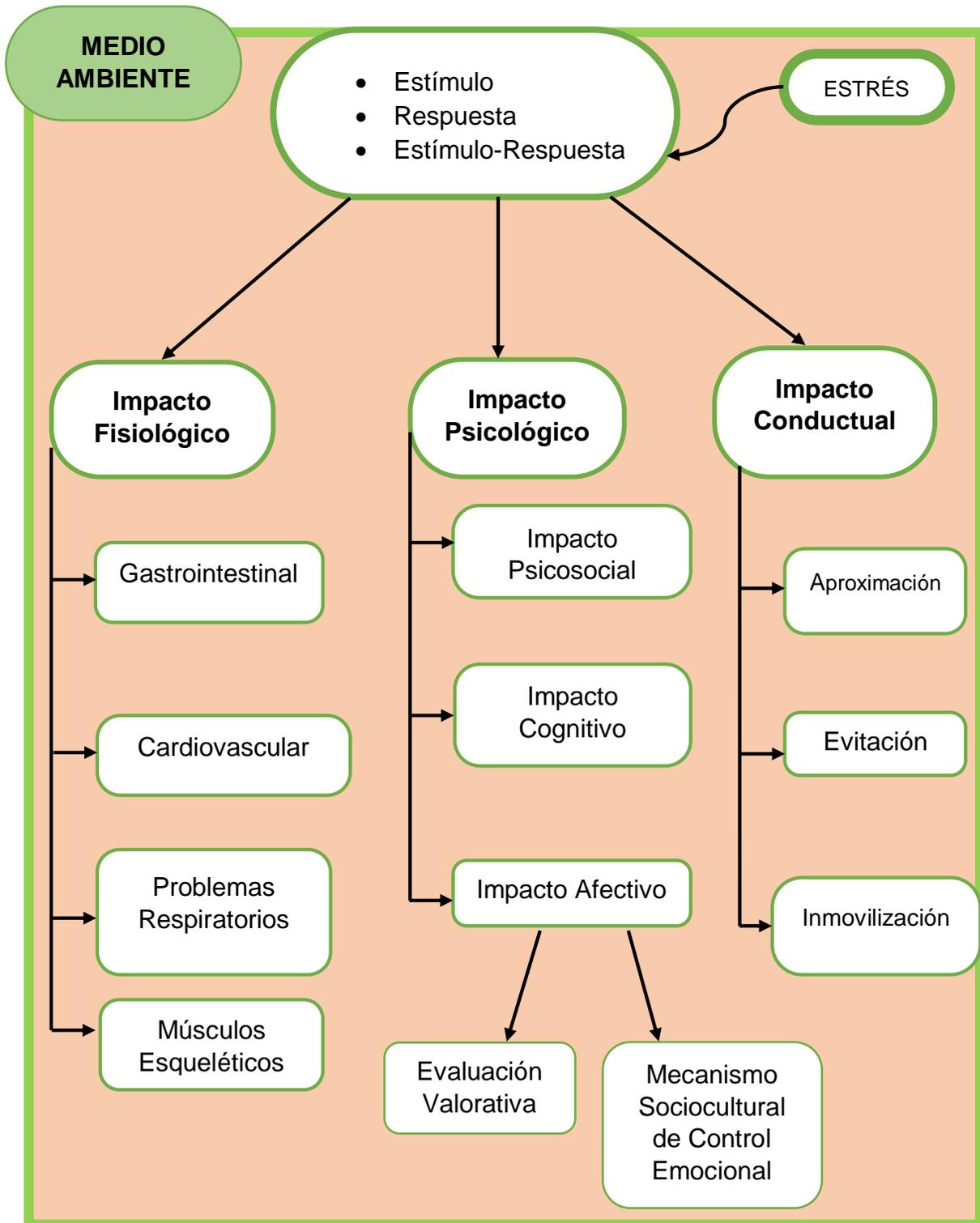
A partir de lo anterior, se puede establecer que el/la cuidador/a presenta estrés cuando alguno de estos síntomas aparecen:

<ul style="list-style-type: none"> -Sentimiento de abrumación. -Dormir demasiado o muy poco. -Aumento o pérdida de peso. -Sensación de cansancio persistente la mayor parte del tiempo. -Desinterés en actividades que solía disfrutar. -Enojo fácilmente. 	<ul style="list-style-type: none"> -Sentimiento de preocupación constante. -Sentimiento de tristeza frecuente. -Dolor de cabeza frecuente. -Dolor corporal u otros problemas físicos. -Abuso del alcohol y drogas, incluidos los fármacos recetados.
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fuente: Elaboración Propia. Año 2016.

A modo de resumir lo previamente expuesto, se presenta un esquema con los conceptos claves:

Esquema de Resumen



Esquema: Elaboración Propia. Año 2016

Síndrome De El/La Cuidador/a

Un gran porcentaje de adultos/as mayores, requieren de constantes y particulares cuidados, producto de la etapa en la que se encuentran, caracterizada por deterioros, pérdida o disminución de ciertas capacidades, debilitamiento, entre otras variables, las cuales fundamentan la importancia de que este grupo etario cuente con la colaboración y ayuda de otras personas (familiares, vecinos/as, amigos/as, entre otros) que puedan tomar la responsabilidad de estos cuidados. Esta responsabilidad constituye una labor con gran compromiso, la cual acorde a los estudios realizados por distintas instituciones y agrupaciones, específicamente Servicio Nacional del Adulto Mayor, revelan el alto nivel de estrés que resulta como consecuencia de esta labor. Es por lo anterior que el estrés de el/la cuidador/a constituye una importante temática a tratar, pues cada vez el número de cuidadores/as aumenta, llegando a transformarse en uno de los sujetos más intervenidos, específicamente por profesionales como por ejemplo, psicólogos/as.

El estrés de el/la cuidador/a “Consiste en la tensión emocional, que puede llegar a producir depresión, y dificultades físicas provocada por brindar cuidados a terceros/as que puede manifestarse en ansiedad, irritabilidad, disforia, violencia, tanto en el ámbito social como profesional y/o familiar. En relación a la parte somática, se manifiestan en migrañas, fatigas crónicas, asma, hipertensión, colon irritable, úlceras entre otros.” (Mena, Molina, Vega, & Mieres, 2016)

Lo anterior constituye un aspecto relevante a considerar, ya que, el estrés de el/la cuidador/a puede afectar a la salud de éste/a, lo cual se fundamenta en las investigaciones realizadas respecto al tema, las cuales establecen que tienen más probabilidades de poseer depresión o ansiedad, sufrir enfermedades cardíacas, cáncer, artritis, diabetes, entre otras. Así también presentan mayores niveles de obesidad y pueden tener un riesgo mayor de tener un deterioro mental, como por ejemplo problemas de memoria y atención.

“En un estudio de investigación se halló que las personas ancianas que se sentían estresadas mientras cuidaban a su cónyuge discapacitado tenían 63% más de probabilidades de morir en un plazo de cuatro años, que los cuidadores que no manifestaban estrés.” (Departamento de Salud y Servicios Humanos, la Oficina para la salud de la Mujer)

Tal como se mencionó anteriormente, a la sobrecarga emocional y física se le conoce también como **SÍNDROME DEL CUIDADOR**, el cual consiste *“En un trastorno que se presenta en personas que desempeñan el rol de cuidador principal de una persona dependiente. Se caracteriza por el agotamiento físico y psíquico. La persona tiene que afrontar de repente una situación nueva, para la que no está preparada y que consume todo su tiempo y energía. Se considera producido por el estrés continuado (no por una situación puntual) en una lucha diaria contra la enfermedad, y que puede agotar las reservas físicas y mentales del cuidador.”* (Hospitales Nisa, s.f.)

Debido a que existen múltiples consecuencias producto de asistir periódicamente a una persona, es que el Programa de la Unidad de Atención Psicológica de Barcelona, España, busca entregar apoyo a los/as cuidadores/as en base a la atención psicológica y la obtención de estrategias para que puedan mejorar su calidad de vida de acuerdo a la situación en que se encuentran.

En base a los lineamientos anteriores existen tres niveles para el tratamiento del estrés de el/la cuidador/a:

- NIVEL COGNITIVO:

Se centra en cómo el ser humano, conoce, piensa y recuerda. Se preocupa por el desarrollo de las habilidades mentales y su representación en el aprendizaje y conducta adaptativa.

Manifiesta que la sobrecarga de trabajo de el/la cuidador/a, la falta de actividades gratificantes y los problemas surgidos mientras cuida a otra persona, afectan directamente en su estado de ánimo.

Cabe señalar que el tratamiento se adaptará a cada persona en particular, pero sin embargo existen pautas generales, que serán detalladas a continuación:

- ✓ Entrenar a la persona para que logre adquirir nuevas estrategias psicológicas para enfrentar la situación en que se encuentra.
- ✓ Realizar una reestructuración cognitiva de los pensamientos negativos que surgen debido al bajo estado de ánimo de la persona.
- ✓ Encontrar técnicas específicas para que la persona pueda controlar las preocupaciones excesivas producidas por la ansiedad: disminuir el

pensamiento, establecer un tiempo limitado para dedicarse a las preocupaciones.

- ✓ Resolución de problemas.
- ✓ Descarga emocional.
- ✓ En caso de encontrarse en fase terminal de una enfermedad o muerte: preparación y acompañamiento a la muerte y superación del duelo.
- ✓ Si la relación de pareja de el/la cuidador/a se ha visto afectada, realizar terapia de pareja.

- NIVEL FISIOLÓGICO:

Este nivel hace alusión al funcionamiento de los procesos y funciones de los seres vivos, en este caso al ser humano, dichos procesos pueden ser: respiración, circulación sanguínea, audición, entre otras. Es por esto que es importante el poder reducir la ansiedad, producida por la falta de descanso, bajo estado de ánimo, etc.

Para lograr minimizar el estrés de carácter fisiológico es necesario el entrenamiento de técnicas de respiración y de relajación. El centro especializado, llamado Unidad de Atención Psicológica de Barcelona detalla las siguientes terapias:

- ✓ Relajación progresiva: *“es un método de carácter fisiológico, está orientado hacia el reposo, siendo especialmente útil en los trastornos en los que es necesario un reposo muscular intenso.”* (Universidad de Almería)
- ✓ Relajación Autógena: *“Consiste en producir una transformación general del sujeto de experimentación mediante determinados ejercicios fisiológicos y racionales y que, en analogía con las más antiguas prácticas hipnóticas exógenas, permite obtener resultados idénticos a los que se logran con los estados sugestivos auténticos.”* (Schultz)
- ✓ Relajación a través de la imaginación: *“es una herramienta muy útil para conseguir un mayor control de la mente, de las emociones y del cuerpo, así como para efectuar los cambios deseados del comportamiento.”* (Psicología Online)

- ✓ Técnicas de intervención vagal: *“son modos sencillos de estimular el nervio vago o neumogástrico, lo cual permite reducir rápidamente ciertas sensaciones corporales, especialmente el ritmo cardíaco.”* (Agorafobia)
- ✓ Entrenamiento en respiración controlada: *“La técnica de respiración controlada tiene el objetivo de conseguir una respiración lenta, regular y no demasiado profunda, generando una sensación general de tranquilidad y bienestar.”* (Monini)
- NIVEL CONDUCTUAL:

Este nivel comprende el cómo el individuo afectado por estrés lo manifiesta en sus conductas, tales como, comer más o menos, dormir demasiado o poco, aislarse de las demás personas, hábitos nerviosos, entre otros.

A raíz de lo anterior es que el tratamiento a nivel conductual se vuelve fundamental, debido a que puede transformarse en algún tipo de maltrato o negligencia hacia la persona que se está cuidando. Para disminuir el estrés de tipo conductual se deben realizar actividades gratificantes para así permitir el descanso adecuado de el/la cuidador/a. Además, es esencial que el/la cuidador/a tenga un relevo, potenciando las rotaciones y así poder dedicarse a realizar actividades de distracción.

[Teoría de la dependencia o discapacidad de la persona mayor:](#)

Envejecer conlleva el aumento de un conjunto de enfermedades y/o patologías, las cuales se manifiestan en diversos niveles de discapacidad, esto genera que el/la adulto/a mayor pueda presentar diferentes grados de dependencia.

La Organización Mundial de la Salud 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”*. (González, Massad, & Lavanderos)

Así mismo, Barthel la describe como *“Incapacidad funcional en relación con las actividades de la vida diaria”*. (González, Massad, & Lavanderos)

El Consejo de Ministros de la Unión Europea se refiere a la dependencia como “un estado en el que las personas, debido a su pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, necesitan asistencia o ayuda significativa para manejarse en la vida diaria”. (González, Massad, & Lavanderos)

El Servicio Nacional de Adulto Mayor la enmarca “dentro de las limitaciones o incapacidad para efectuar las actividades de la vida diaria”. (Flores, Rivas, & Seguel., 2012)

En un sentido operacional la dependencia se puede evaluar en base a las **Actividades Básicas de la Vida Diaria** -desde aquí en adelante ABVD- tales como vestirse, comer, asearse, entre otras; y **Actividades Instrumentales de la Vida Diaria** -ahora denominada AIVD- tales como ir de compras, utilizar teléfono, entre otras.

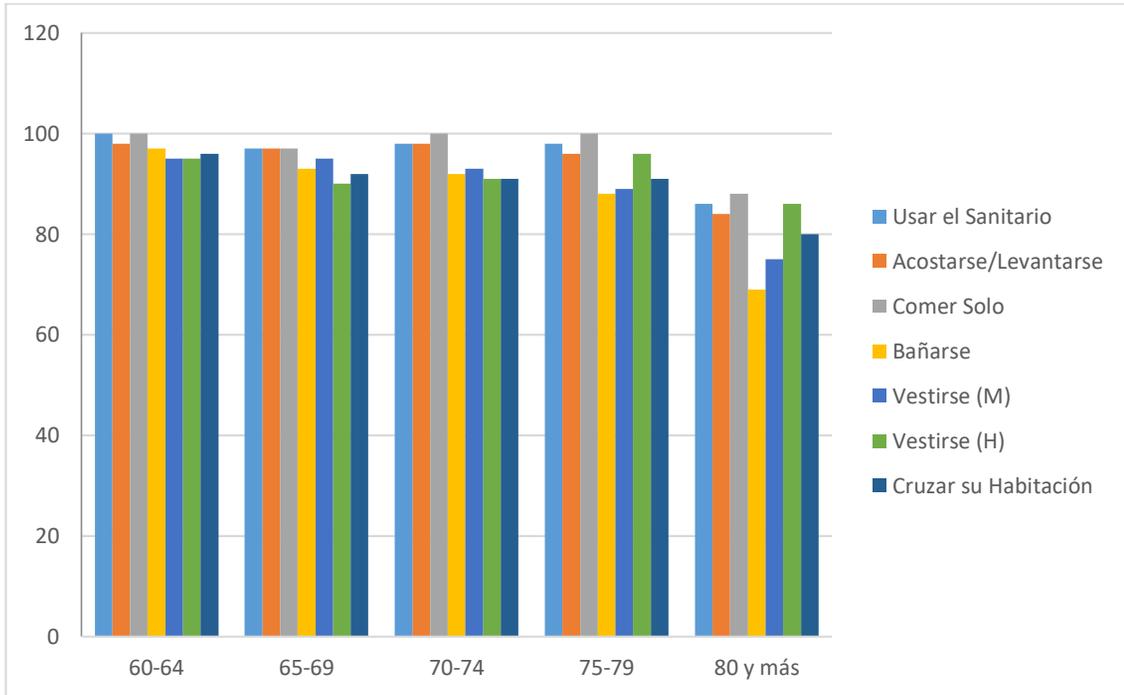
Tabla de las necesidades de ayuda de las personas dependientes, según tipo de actividad

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA
Vestirse Bañarse Comer Asearse Levantarse de la cama y acostarse Deambular (moverse dentro del hogar)
ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA
Utilizar el teléfono Comprar Cocinar Limpieza del hogar Lavar Ropa Utilizar medios de transporte Gestionar medicación Llevar cuentas

Fuente: Dependencia de los Adultos Mayores en Chile.

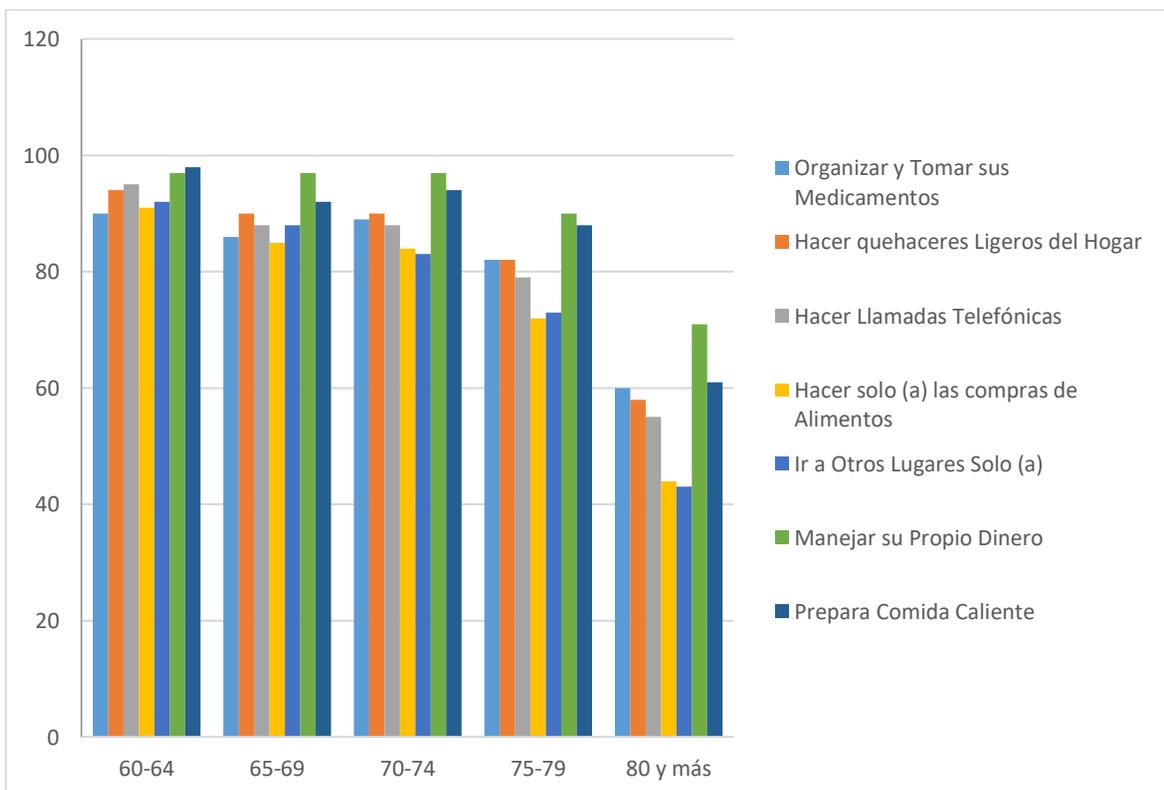
A continuación se presentan gráficas de porcentajes de los grados de dependencia, según las ABVD y las AIVD según los rangos de edad, en Chile.

✓ Gráfico de Proporción de la Población Capaz de Desarrollar Actividades de la Vida Diaria.



Fuente: Estudio de Recopilación, Sistematización y Descripción de Información Estadísticas disponible sobre Vejez y Envejecimiento en Chile. 2011

✓ Gráfico de Proporción de la Población Capaz de Desarrollar Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.



Fuente: Estudio de Recopilación, Sistematización y Descripción de Información Estadísticas disponible sobre Vejez y Envejecimiento en Chile. 2011

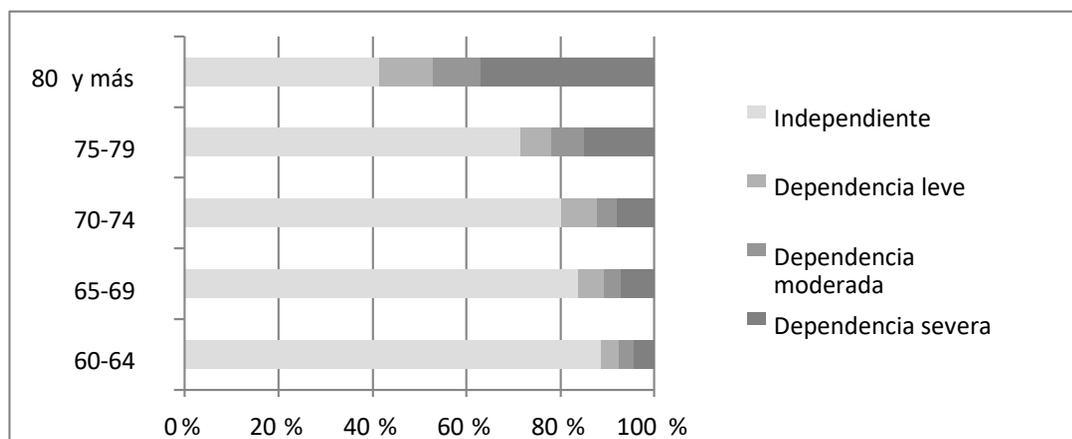
Grados de Dependencia.

El Estudio Nacional de Dependencia de las Personas Mayores visibiliza, según funcionalidad y necesidades de ayuda estudiadas, tres grados de dependencia:

- **Dependencia Leve:** Este grado de dependencia, se entiende como la incapacidad para efectuar al menos una AIVD, y también la necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar al menos una ABVD.
- **Dependencia Moderada:** Este grado de dependencia requiere ayuda humana siempre o la mayoría de las veces en las siguientes situaciones: Incapacidad para bañarse; necesidad de ayuda para efectuar al menos dos ABVD; necesidad de ayuda para efectuar al menos tres AIVD y finalmente incapacidad para efectuar al menos un AIVD.
- **Dependencia Severa:** Esta categoría se subdivide en tres ejes:
 - a) Individuos Postrados: Se denomina a aquellos/as que se encuentran confinados a su cama
 - b) Sujetos que presentan demencia de cualquier grado
 - c) Presencia de las siguientes situaciones: Incapacidad para efectuar una ABVD (excepto bañarse); Incapacidad para efectuar dos AIVD.

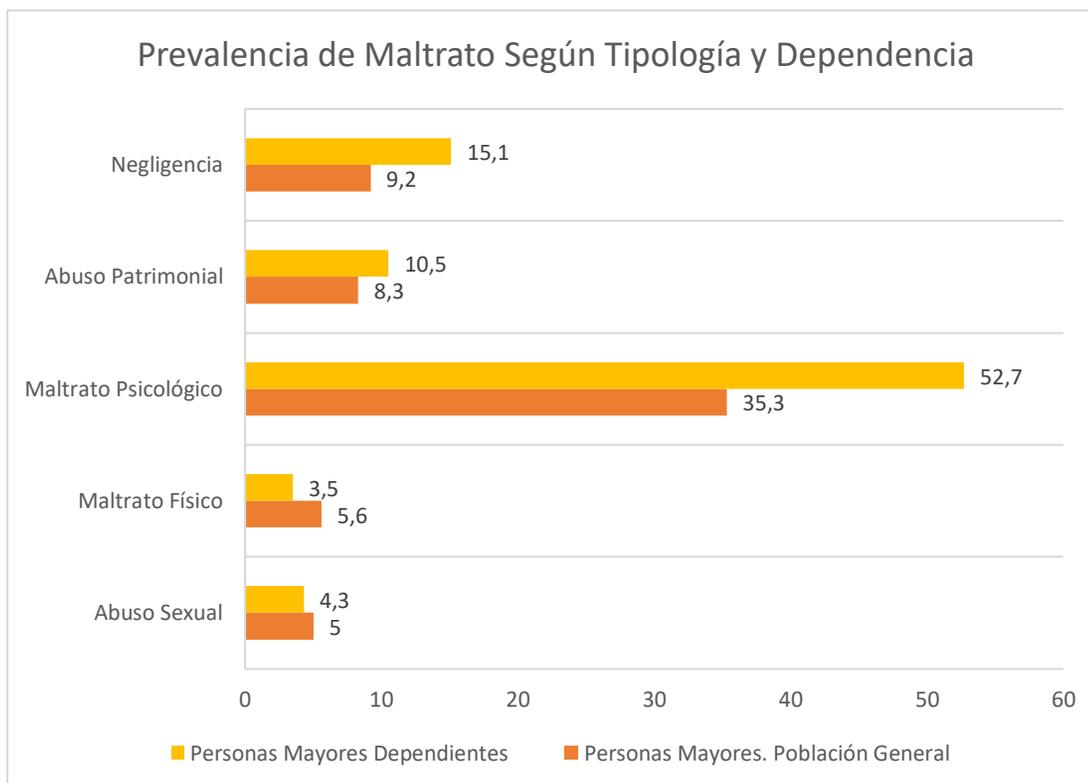
El siguiente gráfico proporciona información relativa acerca de la relación existente entre la edad de la población y los grados de dependencia de este grupo etario.

✓ Distribución de la Población Mayor por Nivel de Dependencia y Segmentos Etarios.



Fuente: *Estudio de Recopilación, Sistematización y Descripción de Información Estadísticas disponible sobre Vejez y Envejecimiento en Chile. 2011.*

✓ Prevalencia de maltrato según tipología de maltrato y situación de dependencia



Fuente: *Maltrato Contra las Personas Mayores: Una Mirada Desde la Realidad Chilena. Año 2013*

Teoría De Violencia Transgeneracional

Todo ser humano nace bajo el alero de una familia que posee lenguaje y estilos de vida diferentes a otras.

El ciclo de la vida comienza con el nacimiento de un individuo y finaliza con la muerte de éste, sin embargo este proceso no está exento de desenvolverse individualmente, ya que, toda persona se va entrelazando con cada generación que se presente en el núcleo familiar. La primera generación a la que se ve enfrentada un individuo es el Sistema Parental, es decir, desarrollando el rol de hijo/a, en segundo lugar se enfrenta este mismo sujeto con el Sistema Filial, es decir, sus hermanos/as, y por último, al Sistema Conyugal.

Cada una de estas interrelaciones, van desarrollando distintas pautas de comportamiento, es por esto que se debe tener en cuenta la historia particular de cada persona que conforma un nuevo sistema, en relación con su sistema de origen.

El principal postulado de la perspectiva transgeneracional que propone Murray Bowen, el cual estipula que las *“pautas de comportamiento se van estableciendo a lo largo de la vida. Lo aprendido en la niñez, el tipo de familia, lo que el niño haya adquirido, es con lo que se llega al matrimonio, mezclándose con el aprendizaje de su pareja, adaptándose y formando un nuevo estilo de comportamiento que a su vez transmitirán a sus hijos.”* (Perspectiva Transgeneracional)

Por otro lado, la teoría transgeneracional habla que *“los causantes de maltrato fueron víctima del mismo durante su niñez, por la víctima actual o por su cónyuge. Es un desquite en respuesta al maltrato previo, puede existir incluso una complicidad tácita por parte del adulto mayor. Dado que el causante ha experimentado maltrato en épocas pasadas, el comportamiento violento es transmitido de una generación a la siguiente y refleja la forma en que el individuo aprendió a expresar la ira y la frustración.”* (García Aldama & Medina Restrepo, 2009)

Esta teoría se basa en el aprendizaje por observación. Distintos autores señalan que los actos de violencia se aprenden siendo testigos de éstos, transmitiéndose de generación en generación.

De todo lo anterior, se concluye que al llegar a la adultez mayor existe un alto porcentaje de que se repitan comportamientos aprendidos en la niñez por sus progenitores, ya que, los individuos causantes de violencia hacia sus padres/madres, la utilizan como un medio de liberar la ira y frustración acumulada durante los años anteriores.

A raíz de lo expuesto en este capítulo en donde se contextualiza cómo el maltrato se hace presente en la vida de los/as adultos/as mayores, y en relación a las características que este grupo etario posee, se encuentran más vulnerables ante dichas situaciones, y en razón de esto es que se tipifican cuáles son las categorías de maltrato, siendo en total siete, sin embargo, algunas instituciones como lo es el Tribunal de Familia no considera algunos tipos de maltrato como tal, estos son la Negligencia y el Abandono, en donde es complicado intervenir cuando ocurren estas situaciones, porque no existen bases desde el gobierno para tomar medidas acerca de esta temática, y no sólo de estos dos tipos de maltrato si no que a nivel Nacional no existen estrategias, protocolos, flujogramas, fichas de atención, entre otras, de manera transversal para poder atender e intervenir a el/la adulto/a mayor en relación a los diferentes tipos de maltrato.

En razón de lo anterior es que como grupo investigativo la investigación llevada a cabo se centrará en adquirir información y conocimiento, de manera cuantitativa y cualitativa en relación a la temática de maltrato hacia el/la adulto/a mayor y así diseñar estrategias de atención e intervención para dicho grupo etario, en donde el universo de la investigación será la red de protección hacia el/la adulto/a mayor, y la muestra con la que se trabajará será el área municipal y el área de salud.

A continuación se presentará el Capítulo Metodológico el cuál consistirá en cómo se llevará a cabo la recolección de datos para posterior a eso comenzar a sistematizar dicha información.

III. CAPÍTULO TRES: DISEÑO METODOLÓGICO

Presentación

El presente documento, corresponde al Diseño Metodológico que será utilizado para investigar la problemática del MALTRATO DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR en la región de Valparaíso.

Se entenderá por Diseño Metodológico: *“Una descripción de cómo se va a realizar la propuesta de intervención, es decir, los pasos a seguir para generar la información que se necesita, resguardando la relación clara y concisa de cada una de estas etapas”*. (García Peña, 2009)

Dicho diseño busca dar cuenta de las metodologías que se utilizarán para efectuar la investigación, así también la estructura de éstas, de tal manera de dar cuenta de los lineamientos que regirán el proceso investigativo.

Fundamentación Metodológica

Etimológicamente, el concepto INVESTIGAR proviene del latín in (en) y vestigare (hallar, inquirir, indagar, entre otros). Este término significa llevar a cabo un proceso de búsqueda o indagación, sin embargo cuando este término se aplica a las ciencias sociales, se produce un cambio en la connotación, adquiriendo la particularidad de crear conocimientos sobre la realidad, los cambios que experimenta el sistema en su totalidad o en esos componentes.

Las formas de investigar son múltiples, sin embargo para efecto de la investigación a realizar, se utilizarán dos de ellas: METODOLOGÍA CUANTITATIVA Y METODOLOGÍA CUALITATIVA, las cuales se abordarán a continuación.

Investigación Cuantitativa

Esta tiene como objetivo adquirir información elemental que permita conocer una realidad de manera imparcial, ya que, recoge y analiza datos a través de conceptos y variables. Además filtra los factores externos, siendo así los resultados más objetivables.

Se centra en el conteo y clasificación de características y en la construcción de modelos estadísticos para explicar lo observado. Cabe destacar que este tipo de investigación solo reúne información que puede ser medida.

Esta modalidad de investigación tiene una base epistemológica positivista y funcionalista; dando énfasis en una medición objetiva, donde se demuestra la causalidad y la generalización de los resultados de esta investigación en función de la recogida de información de esta tipología, se puede decir, que es estructurada y sistemática, su análisis se caracteriza por ser fundamentalmente estadístico y el alcance de los resultados es la búsqueda de leyes generales de la conducta.

Investigación Cualitativa

La investigación cualitativa *“Está orientada al estudio en profundidad de la compleja realidad social, por lo cual en el proceso de recolección de datos, el investigador va acumulando numerosos textos provenientes de diferentes técnicas (...) El análisis de esta información debe ser abordada de forma sistemática,*

orientado a generar constructos y establecer relaciones entre ellos”. (Explorable, 2016)

Esta modalidad procura lograr una descripción holística, esto quiere decir, que analiza un asunto o actividad particular, para llegar a una general. Además intenta saber cómo se da y ocurre la dinámica y el proceso en que se desarrolla el problema.

Esta tipología presenta cinco características básicas, la primera destaca que el contexto en el cual se da el problema es la fuente directa y primaria, donde el/la investigador/a cumple un rol clave en esta modalidad. Una segunda característica trata acerca de la recolección de datos, la cual mayoritariamente es verbal. También los/as investigadores/as que realizan este tipo de investigación ponen énfasis tanto en los proceso como en los resultados. Por otro lado el análisis de datos en esta modalidad es de carácter inductivo, concluyendo que la investigación realza el significado y perspectiva en relación al problema que se investiga.

DIFERENCIAS ENTRE LAS METODOLOGÍAS		
	CUALITATIVA	CUANTITATIVA
Objetivo de la Investigación	Brinda una descripción completa y detallada del tema a investigar. Tiende a ser de carácter exploratoria.	Se centra en el conteo y clasificación de características y en la construcción de modelos estadísticos y cifras para explicar lo que se observa.
Según uso	Es ideal para las fases <u>iniciales</u> de proyectos de investigación.	Recomendable para las <u>últimas</u> fases del proyecto.
Instrumentos de recolección de información	El/la investigador/a es el principal instrumento de recolección de datos, dependiendo de la orientación o enfoque de la investigación, se emplean diversas estrategias de recolección de datos, como lo son: entrevistas individuales en profundidad, entrevistas estructuradas y	Emplea herramientas como los cuestionarios, mediciones, encuestas, entre otras, las cuales deben ser numéricas y medibles.

	no estructuradas, focos de discusión, narraciones, observación participante, entre otras.	
Tipo de Información	La información se expresa de forma oral, a través de videos, imágenes, entrevistas, entre otras.	La información se presenta a través de gráficos y tablas, principalmente.
Enfoque	Es fundamentalmente <u>subjetivo</u> .	Principalmente <u>objetivo</u> .
Base epistemológica	Centrada en la Fenomenología y Comprensión.	Basada en el Positivismo y Funcionalismo.
Orientación	Se orienta en el proceso.	Se orienta en los resultados.
Conclusiones	Se realiza más allá de los datos.	A partir de los datos.
Tipo de datos	Abundantes y profundos.	Sólidos y repetibles.
Trato de la información	No generalizable	Generalizable
Realidad	Dinámica	Estática

Fuente: Elaboración Propia, 2016

Ventajas e Inconvenientes de las Metodologías Cualitativa y Cuantitativa

MÉTODOS CUALITATIVOS	MÉTODOS CUANTITATIVOS
Propensión a “comunicarse con” los sujetos del estudio.	Propensión a “servirse de” los sujetos del estudio.
Se limita a preguntar.	Se limita a responder.
Comunicación horizontal entre el investigador y los investigados. Mayor naturalidad y habilidad de estudiar los factores sociales en un escenario natural.	
Son fuertes en términos de validez interna, pero son débiles en validez externa, lo que encuentran no es generalizable a la población.	Son débiles en términos de validez interna – casi nunca sabemos si miden lo que quieren medir-, pero son fuertes en validez externa, lo que encuentran es generalizable a la población.
Preguntan a los cualitativos: ¿Cuan particularizables son los hallazgos?	Preguntan a los cuantitativos: ¿Son generalizables tus hallazgos?

Fuente: Pita Fernández, S., Pértegas Díaz, S.

http://fisterra.com/mbe/investiga/cuanti_cuali/cuanti_cuali.asp#diferencias

De acuerdo a lo expuesto con anterioridad, se concluye que ambas metodologías poseen fortalezas como debilidades, las cuales varían en función del tema que se desee investigar, es por ello que para un mejor abordaje de la temática “El Maltrato en la Población Adulta Mayor”, convergerán estas dos tipologías, las cuales además serán complementarias entre sí, esto producto de que se utilizarán técnicas de recolección de datos, pertenecientes a estas dos modalidades y por tanto su posterior análisis será abordado desde lo cualitativo, respaldado por lo cuantitativo, contribuyendo así al desarrollo de un proceso más integral, en donde no solo la estadística cobrará importancia sino que también el significado que tiene para los/as profesionales que trabajan en directa relación con este grupo etario.

“El enfoque mixto es un proceso que recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio o una serie de investigaciones para responder un problema de investigación”. (Hernández, Fernández, Baptista, 2006) *Fuente Sitio Web Bligoo.*

Al combinar métodos, se aumenta no solo la posibilidad de ampliar las dimensiones del proyecto de investigación, sino que, el entendimiento es mayor y más rápido, es decir, *los modelos mixtos logran que “exploremos y explotemos” mejor los datos.* (Bligoo, s.f.)

Autores como Hernández, Fernández y Baptista consideran que la metodología mixta permite obtener una perspectiva más precisa respecto a la realidad, temática o problemática a abordar, incrementando la confianza en los resultados, puesto que es una representación fidedigna de lo que ocurre con lo estudiado.

Por otro lado este tipo de metodología permite clarificar y teorizar el planteamiento del problema, lo que implica la utilización de formas más apropiadas para estudiar los problemas de investigación.

Finalmente en el enfoque mixto se potencia la creatividad teórica con suficientes procedimientos críticos de valoración.

Investigación Exploratoria

El proceso de investigación será de carácter exploratorio, el cual consiste en estudiar un tema del cual no existen investigaciones previas o se tiene un conocimiento escaso al respecto, es por lo mismo, que se utiliza el término “exploratorio”. Para llevar a cabo este tipo de investigación existen diversas técnicas y medios para recolectar los datos pertinentes, tales como, la entrevista, cuestionarios, observación participante, observación no participante y seguimiento de casos.

El propósito de la investigación exploratoria es familiarizarse con la temática y adquirir nuevos conocimientos sobre ésta, además se considera que es relevante para obtener mayor experiencia, la cual será útil para el proceso de investigación.

Según Ezequiel Ander-Egg las investigaciones exploratorias *“Tienen por objeto esencial familiarizarnos con un tema desconocido, novedoso o escasamente estudiado. **Son el punto de partida para estudios posteriores de mayor profundidad.**”*

Algunos/as profesionales describen este tipo de investigación como la primera aproximación que realiza un/a investigador/a sobre su objeto de estudio, pudiendo recolectar información general como las características, aspectos, etc. Debido a lo anterior es que se le cataloga como un estudio de tipo aproximativo.

Se considera que este tipo de investigación es flexible, ya que, aborda el objeto de estudio en todas sus manifestaciones.

Para identificar si el tipo de investigación es correcta el/la investigador/a debe realizarse las siguientes preguntas:

- ¿El estudio que propone tiene antecedentes en cuanto a su modelo teórico o a su aplicación práctica?
- ¿Se han realizado otros estudios sobre el tema?
- ¿Considera que su trabajo podría servir de base para la realización de nuevas investigaciones?

El siguiente cuadro da cuenta de las ventajas y desventajas que tiene la Investigación Exploratoria.

VENTAJAS	DESVENTAJAS
Adquisición de mayor entendimiento sobre un tema determinado.	La información relevante se define de manera muy aproximada.
Uso flexible de las fuentes.	Proceso de investigación con bajo nivel de estructuración.
Contribuye al ahorro de tiempo.	Resultados tentativos, por lo que requieren de un nuevo proceso para verificar la información recopilada.

Cuadro: Elaboración propia. Año 2016

“Cuando el investigador construye un marco de referencia teórico y práctico puede decirse que este primer nivel de conocimiento es exploratorio, el cual puede complementarse con el descriptivo, según lo que quiera o no el investigador.” (Selltiz & otros, 1970)

Es por esto que, de acuerdo al elevado porcentaje de población adulta mayor, surge la necesidad de poner principal atención en este grupo etario y sus problemáticas, surgiendo a partir de esto el interés de llevar a cabo, en un primer momento, una investigación exploratoria, la cual permita adquirir antecedentes con respecto a las problemáticas presentes, destacando el maltrato hacia este grupo, y el pesquizaje que se lleva a cabo con respecto a la falta de estrategias para abordar esta temática. Lo anterior se complementará con la investigación descriptiva, ya que, un elemento esencial para desarrollar el diseño de estrategias, es conocer cómo el fenómeno del maltrato se presenta en la población adulta mayor de la región de Valparaíso y cuáles son sus características principales, de tal manera de considerar todos estos componentes.

Investigación Descriptiva

Por otro lado el proceso de investigación obtendrá la particularidad de adquirir el carácter **descriptivo**, lo cual consiste principalmente en analizar cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes, detallando éste a través de la medición de sus atributos.

La investigación Descriptiva, también conocida como Investigación Diagnóstica, consiste en un “*tipo de investigación que resume de modo sistemático las características de una población, situación o área de interés. Aquí*

los investigadores recogen los datos sobre la base de una hipótesis o teoría, exponen y resumen la información de manera cuidadosa y luego analizan minuciosamente los resultados, a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento". (VariEduca, s.f.)

El objetivo de esta tipología de investigación es conocer las situaciones, costumbres y actitudes que predominan mediante una descripción precisa de las actividades, objetos, procesos y personas; su finalidad no se basa solo en la recolección de datos, sino también en la predicción e identificación de la relación de dos o más variables.

El propósito de esta investigación es delimitar los hechos que constituyen el problema de ésta, tales como:

- a. Señalar las características demográficas de las áreas investigadas (N° de población, nivel educacional, distribución por edades, entre otros).
- b. Reconocer las actitudes y formas de conductas de los individuos presentes en el universo de investigación (Comportamientos sociales, preferencias, entre otros).
- c. Identificar comportamientos concretos.
- d. Revelar y comprobar la existencia de asociación de las variables de investigación.

Es relevante mencionar que este tipo de investigación utiliza técnicas específicas para la recolección de información, entre las cuales se encuentran: **Las entrevistas, la observación y los cuestionarios**. Cuando la población total a investigar es numerosa, la recogida de información se realiza a partir de un muestreo, ya que, con esto se puede abarcar elementos representativos de la población mayor.

A continuación se presentará un cuadro que da cuenta de las ventajas y desventajas que tiene la investigación descriptiva.³

³ El cuadro que se presenta a continuación fue elaborado por las estudiantes investigadoras, 2016.

VENTAJAS	DESVENTAJAS
Mayor riqueza de información.	La percepción de el/la observador puede desviar los datos.
Permite identificar las características del estudio.	Los datos adquiridos de la observación, pueden ser costosos y tomar tiempo.
Permite una buena percepción en cuanto al modo en que se comportan variables, factores y/o elementos.	La observación es una técnica fundamental en este tipo de investigación, por lo cual el desarrollo de ésta puede ser complejo, como por ejemplo al observar actividades personales.
El estudio se basa en un contexto de interacciones y situaciones reales.	Se debe procurar que la observación se complemente con las otras técnicas.

Fundamentación Del Problema De Investigación

Se puede establecer que en Chile *“El maltrato hacia las personas mayores constituye un problema social que no ha recibido la suficiente atención por parte de la comunidad nacional.”* (SENAMA, 2005)

Lo anterior da cuenta de la importancia que tiene el maltrato en la actualidad, puesto que constituye un problema social y cultural que se encuentra invisibilizado, lo cual queda reflejado en el bajo nivel de antecedentes que se tiene al respecto, considerando que 1 de cada 10 adultos/as mayores es víctima de algún tipo de maltrato, situación que se acompleja frente a la cifra que refleja el nivel de notificación de dicho maltrato, correspondiendo a 1 de 24, esto amparado por el temor de informar a familiares y personas cercanas. Teniendo en consideración que el maltrato a los/as adultos/as mayores es *“cualquier acción u omisión que produce daño y que vulnera el respeto a su dignidad y el ejercicio de sus derechos como persona.”* (SENAMA, 2012), es que se requiere de soluciones y medidas de acción de manera inmediata, como una manera de proteger a la población adulta mayor, ante la vulneración de sus derechos.

Lo anterior adquiere un carácter de urgencia, puesto que cada vez la población envejece con mayor rapidez, llegando a estimar que el año 2020, se tendrá a nivel mundial más de 2.000 millones de habitantes longevos/as. (SENAMA 2012)

Tanto a nivel mundial como nacional, se tiene escaso conocimiento respecto al maltrato de los/as adultos/as mayores y su prevención, fundamentalmente en países en vías de desarrollo. Aún no existe conciencia sobre la verdadera importancia de este problema social, por lo cual los datos que se tienen son limitados, lo que complica dar una verdadera solución a éste.

Con respecto a Chile, se ha identificado que el maltrato hacia los/as adultos/as mayores supera el 30%, cifra que se espera disminuir de manera considerable en el corto tiempo.

En cuanto a la región de Valparaíso, se establece que el maltrato más frecuente a las personas mayores es el psicológico, con un 35.3%, seguido de la negligencia con un 9.2%, siendo el porcentaje más bajo el de abuso sexual correspondiente a un 5%.

Es relevante considerar también como tema central, la cantidad de maltratos que se producen simultáneamente, ya que, la cifra arroja que 13.6% de la población adulta mayor sufre más de un maltrato a la vez. Es por ello que actualmente el Servicio Nacional del Adulto Mayor, ha integrado a sus programas el de “Buen Trato al Adulto Mayor, el cual consiste en promover los derechos y prevenir el maltrato hacia las personas mayores del país. Sin embargo, hasta la fecha, el programa se encuentra en proceso de establecer las bases de acción para desarrollar una correcta intervención desde los distintos organismos que se vinculan con adultos/as mayores diariamente, ya que, se encuentra carente de un modelo fijo de intervención a nivel regional, ocasionando un declive en la atención y protección hacia los/as usuarios/as. Por otro lado un tema pendiente es la atención a los/as adultos/as mayores, teniendo en consideración las características propias de dicho grupo etario, puesto que las medidas cautelares que se implementan para la población adulta mayor son similares a la que se aplica a niños/as y adolescentes, considerando que son personas que no tienen la capacidad de autovalerse por sí mismas y que necesitan de terceros/as para desarrollarse. Esto debido a que no existe un protocolo de acción frente a la violencia que experimenta la población adulta mayor.

Formulación Del Problema De Investigación

“Escasez de estrategias para la atención e intervención en las instituciones que abordan el maltrato hacia la población adulta mayor, en la región de Valparaíso”.

Diseño Metodológico

Objetivos de Investigación

OBJETIVO GENERAL N°1:

“Elaborar un diseño de estrategias para la atención e intervención en las instituciones del área de salud y/o municipales que abordan el maltrato hacia la población adulta mayor, en la región de Valparaíso”.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Recopilar **información y experiencias** provenientes del equipo de trabajo de las instituciones municipales vinculadas al maltrato hacia la población Adulta Mayor, en la región de Valparaíso.
2. Recopilar **información y experiencias** provenientes del equipo de trabajo del área de salud vinculada al maltrato hacia la población Adulta Mayor, en la región de Valparaíso.
3. Analizar la información y experiencias recopiladas con respecto al maltrato hacia la población Adulta Mayor, en la región de Valparaíso.
4. Presentar al equipo de trabajo el diseño de estrategias para la atención e intervención en las instituciones del área de salud y/o municipales que abordan el maltrato hacia la población adulta mayor, en la región de Valparaíso.

Criterios de Inclusión

Se entenderá por **criterios de inclusión**: *“Las normas para decidir a quién puede participar del proceso de investigación (...) es decir, las características que las personas deben poseer”.* (Domínguez, 2009)

Para efectos de esta investigación se establecerán los siguientes criterios de inclusión:

1. Profesionales que trabajen en instituciones que aborden la temática de maltrato hacia la población adulta mayor.
2. Profesionales que desempeñen su labor en el área salud y/o instituciones municipales.
3. Profesionales que ejerzan su función en la región de Valparaíso.
4. Personas que trabajen en la temática y a su vez quieran participar libre y espontáneamente en la investigación.

Colectivo y Universo de Investigación

El Universo dentro de una investigación se entiende como los seres humanos y sus productos. O sea, son individuos, grupos, países, textos, etc., que pueden constituir materia objeto de estudio. Lo constituyen también todos los seres vivos y no vivos que existen en la naturaleza como rocas, fósiles, minerales, flora, fauna, etc. (Pastén, 2008)

Para la presente Investigación Mixta el universo se compone de **“La Red de Protección del Adulto Mayor”**, la cual desempeña sus funciones a lo largo de la Región de Valparaíso; ésta es entendida como *“Todos aquellos mecanismos e instituciones que facilitan el acceso de las personas mayores a las diferentes áreas de interés, como lo son salud, educación, vivienda, etc. éstas instituciones se encuentran en constante interacción y conectadas entre sí cuya finalidad es intervenir en las necesidades de las personas, y así mejorar la calidad de vida de estos individuos.”* (Mena, Molina, Vega, & Mieres, 2016)

La Red de Protección de el/la Adulto/a Mayor cobra relevancia, ya que, este grupo etario se encuentra más proclive a ser vulnerado en diversos ámbitos, por lo que esta red cumple la función de resguardarlos/as, con una mirada Proteccional, de Intervención y Promoción/Prevención De Derechos, para contrarrestar las oportunidades de vulneración.

Esta Red de Protección está compuesta por las siguientes Instituciones:

- Carabineros de Chile
- Policías de Investigaciones

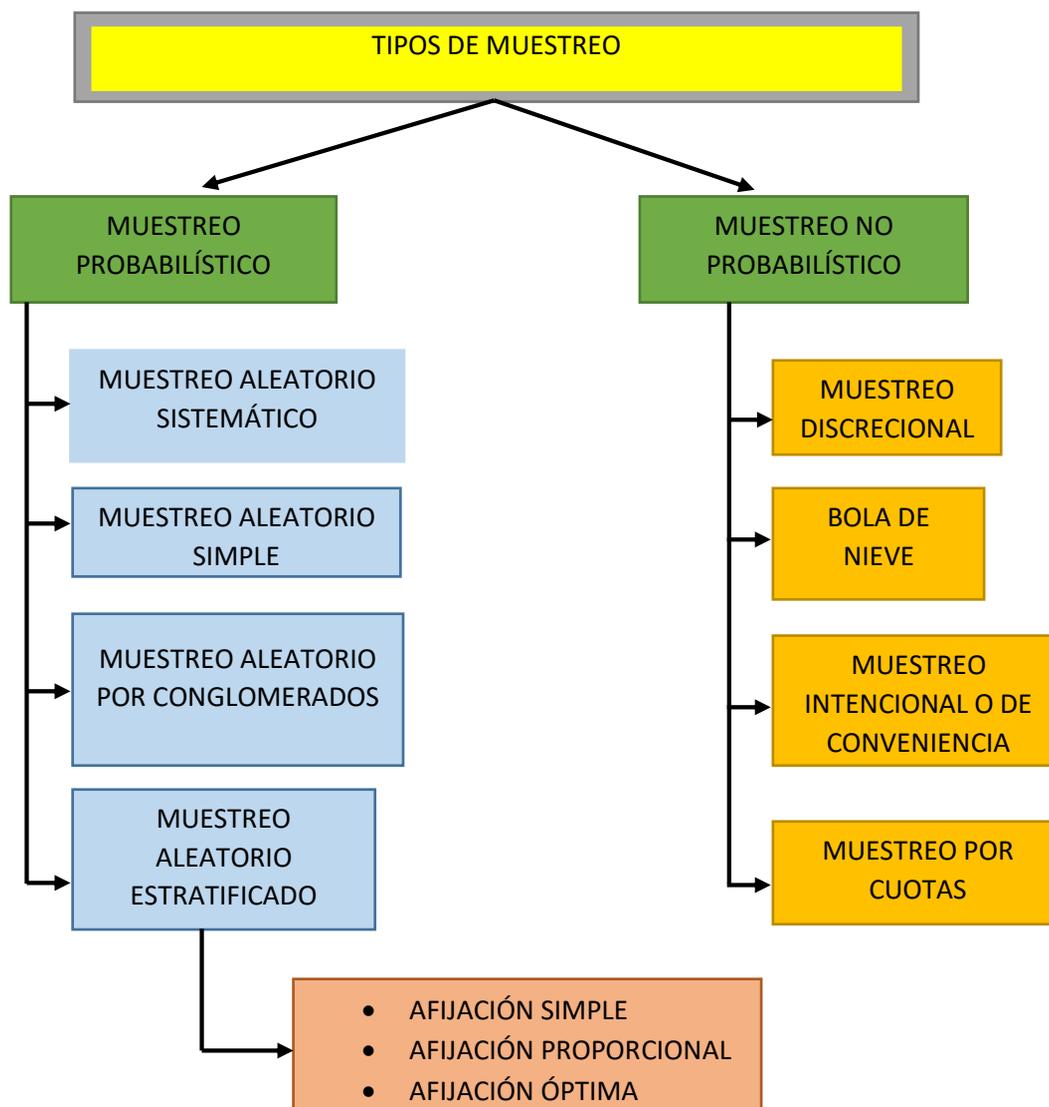
- Municipalidad
- Establecimientos de Larga Estadía
- Salud
- Poder Judicial
- Servicio Nacional de la Mujer
- Gobernación
- Instituciones o programas que las comunas consideren relevantes para el/la adulto/a mayor.

Muestra de Investigación

Para efectos de la presente investigación, y considerando la Red de Protección de el/la Adulto/a Mayor de la región de Valparaíso (Universo), se utilizará una muestra, por la cual se entiende como: *“La parte del todo o del universo que reúne las características significativas de éste con el fin de estudiarla.” (Pastén, 2008)*

El principal objetivo de ésta es inferir propiedades, comportamientos, entre otros elementos de la población, es por esto que deben ser representativas de las mismas.

La muestra de la presente investigación estará compuesta por dos áreas específicas de la Red de Apoyo del grupo etario estudiado, las cuales son Municipalidad y Salud, pertenecientes a las siete provincias de la región de Valparaíso: PETORCA- QUILLOTA- SAN ANTONIO- SAN FELIPE- LOS ANDES- MARGA MARGA- VALPARAÍSO.



Esquema de Elaboración Propia. Año 2016.

En el mundo de las metodologías existen diferentes tipos de muestreos, sin embargo, esta diversidad se aborda en dos grandes grupos: *MUESTREO PROBABILÍSTICO* Y *MUESTREO NO PROBABILÍSTICO*. No obstante para la presente investigación de Maltrato hacia la población adulta mayor, se utilizará el segundo, es decir el **MODELO NO PROBABILÍSTICO**, el cual consiste en seleccionar a los individuos que participarán en el proceso investigativo, de acuerdo a determinados criterios. Generalmente este tipo de muestreo se caracteriza por ser poco riguroso y científico, sin embargo, se utiliza para estudios exploratorios.

Dentro de este tipo de muestreo existen cuatro subcategorías, las cuales son: Muestreo por Cuota, Bola de Nieve, Muestreo Discrecional y Muestreo Intencional o de Conveniencia, siendo la última de éstas la empleada para llevar a

cabo la investigación. Esta se caracteriza porque el/la investigador/a selecciona directa e intencionalmente a los individuos de la población/universo, utilizando como muestra a las personas con las cuales se tiene mayor acceso, siendo este el caso llevado a cabo en la selección del muestreo para trabajar la problemática, puesto que del universo Red de Protección de la población Adulta Mayor, se ha elegido a las instituciones del área de la salud y municipio.

Técnicas de Recolección de Investigación

- a. **Encuesta:** *“Las encuestas son un instrumento para recolectar información. Proporciona datos cuantitativos y permite su comparación. Además, facilita la sistematización de la información proporcionada por un gran número de actores. En este caso, el cuestionario cuenta con un número fijo de preguntas y, muchas veces, las respuestas deben ajustarse a una cantidad prefijada de opciones. Este factor facilita la organización de la información, pero también puede generar que se pierdan de vista respuestas posibles.”* (Cohen y Franco, 1988)

Características de la Encuesta:	- Esclarecer qué información se espera obtener.
	- Determinar quiénes serán los/as encuestados/as
	- Redactar el cuestionario
	- Aplicar el Cuestionario
	- Sistematizar

Se debe destacar que la encuesta puede poseer preguntas abiertas o cerradas, la primera es la que el/la encuestado/a puede responder con plena libertad sin limitaciones, en cambio la segunda, es la cual cada pregunta lleva alternativas donde la persona encuestada debe elegir solo entre las alternativas disponibles. Para efectos de esta investigación se utilizarán ambas modalidades.

Es importante mencionar que en la encuesta no se tiene control directo sobre lo que se investiga, no se puede alterar, simplemente se recopila información y se presenta.

- b. **Entrevista Individual:** *“La entrevista es una forma especial de encuentro cara a cara entre el entrevistador y el entrevistado. Es una herramienta no tan compleja,*

que requiere recursos moderados. Sin embargo, para obtener la información pretendida, es necesario interiorizarse antes sobre el tema y planificar el encuentro. A través de las entrevistas es posible recabar información cualitativa que recupere la perspectiva de los actores sobre distintos tipos de cuestionarios: Hechos específicos, Procesos, Análisis, Propuestas, Reacciones a las primeras Hipótesis de los entrevistadores, entre otras. La entrevista es un instrumento flexible, ya que el entrevistador puede indagar sobre varias áreas, problemáticas a través de la selección de informantes y mediante preguntas diversas, que se muevan de lo planificado. Las principales limitaciones de este método radican en el peligro de una elección sesgada de informantes, que atente contra la validez de los resultados.” (EUROPEAN COMMISSION , 2005)

Características de la Entrevista:	- Esclarecer qué información se espera obtener.
	- Determinar quiénes son los actores claves
	- Construir la guía de entrevista
	- Aplicar la Entrevista

Fuente: Elaboración Propia. 2016

La entrevista que se ocupará para la presente investigación será *Semi-estructurada*, la cual se caracteriza por ser de guion flexible y estar abierto a temas imprevistos de ambas partes. Este tipo de entrevista puede complementarse con preguntas aclaratorias o profundizadoras del tema a tratar; además se requiere que el/la entrevistador/a posea experiencia para guiar a la persona entrevistada, para poder reconocer los temas a profundizar.

Criterios de Rigor

Se entenderá por Criterios de Rigor “*un concepto transversal en el desarrollo de un proyecto de investigación y permite valorar la aplicación escrupulosa y científica de los métodos de investigación, y de las técnicas de análisis para la obtención y el procesamiento de los datos*”. (Noreña, Alcaraz-Moreno, Rojas, & Malpica, 2012)

A continuación se presenta un cuadro en donde se expondran todos los criterios de rigor.

CRITERIOS	CARACTERÍSTICAS DEL CRITERIO	PROCEDIMIENTOS
Credibilidad Valor de la verdad/ autenticidad	Aproximación de los resultados de una investigación frente al fenómeno observado	-Los resultados son reconocidos “verdaderos” por los participantes -Observación continua y prolongada del fenómeno -Triangulación
Transferibilidad Aplicabilidad	Los resultados derivados de la investigación cualitativa no son generalizables sino transferibles	-Descripción detallada del contexto y de los participantes -Muestreo teórico -Recogida exhaustiva de datos
Consistencia Dependencia/re- plicabilidad	La complejidad de la investigación cualitativa dificulta la estabilidad de los datos. Tampoco es posible la replicabilidad exacta del estudio	-Triangulación -Empleo de evaluador externo -Descripción detallada del proceso de recogida, análisis e interpretación de los datos
Confirmabilidad o reflexibilidad Neutralidad/ Objetividad	Los resultados de la investigación deben garantizar la veracidad de las descripciones realizadas por los participantes.	-Transcripciones textuales de las entrevistas -Contrastación de los resultados con la literatura existente -Revisión de hallazgos por otros investigadores -Identificación y descripción de limitaciones y alcances del investigador -Reflexibilidad del investigador
Relevancia	Permite evaluar el logro de los objetivos planteados y saber si se obtuvo un mejor conocimiento del fenómeno de estudio	-Configuración de nuevos planteamientos teóricos o conceptuales -Comprensión amplia del fenómeno -Correspondencia entre la justificación y los resultados obtenidos
Adecuación teórico- epistemológica	Correspondencia adecuada del problema por investigar y la teoría existente	-Contrastación de la pregunta con métodos -Ajustes de diseño

Fuente: Universidad de la Sabana, Aquichan. (2012)

A continuación se presentan los tres criterios de rigor que serán utilizados en el proceso investigativo llevado a cabo por las estudiantes.

Credibilidad o valor de la verdad:

Este criterio es llamado también autenticidad, el cual permite evidenciar los fenómenos, situaciones y realidades, así también, las experiencias humanas, respetando la forma con la cual los sujetos perciben éstas. Hace referencia a la aproximación que los resultados obtenidos deben tener con el fenómeno, situación o realidad observada, logrando de esta manera evitar predicciones anticipadas sobre lo estudiado.

Éste tiene validez cuando los hallazgos de la investigación son reconocidos como verdaderos por parte de todos/as los/as participantes en dicho estudio.

Se considera que es relevante para el proceso de investigación, ya que, la información y el relato de las distintas experiencias efectuadas por los sujetos vinculados directamente con la temática, serán la base de dicho proceso, ya que, son éstas las que abarcan la realidad social en su totalidad, mucho más allá del carácter teórico, enriqueciendo de sobre manera el proceso investigativo.

Por otro lado no existe el suficiente contenido bibliográfico sobre las estrategias para abordar la temática, por lo cual el acceso a información proveniente de la primera fuente, genera que el resultado que se adquiera, tenga como fundamento las evidencias a través de las cuales se produce un mayor acercamiento a la realidad que intervienen los/as participantes.

Consistencia o dependencia:

Conocido también como replicabilidad, este criterio consiste en proporcionar estabilidad a los datos, el cual producto de la amplia diversidad de situaciones o realidades analizadas por el/la investigador/a, debe procurar una relativa estabilidad en la información que recoge y analiza, sin perder de vista la naturaleza y el contexto de la investigación, sin embargo, se debe tener en cuenta que siempre existirá un cierto grado de inestabilidad.

Para lograr lo anterior, se utilizan procedimientos como triangulación de investigadores/as, de métodos y de resultados, el empleo de un/a evaluador/a externo/a, y la descripción detallada del proceso de recogida, análisis e

interpretación de los datos. Una estrategia clave para la validación de este criterio es la comparación constante, a través de la cual, se revisan y comparan los resultados con las teorías.

Este segundo criterio de rigor, no será empleado en su plenitud, sino que más bien, se utilizarán ciertos aspectos y procedimientos, como la participación de un/a evaluador/a externo/a y la descripción detallada del proceso llevado a cabo para recoger y obtener la información, analizarla y posteriormente interpretarla, logrando de esta manera alcanzar los objetivos propuestos en el proceso investigativo.

Relevancia:

Este criterio permite evaluar el logro de los objetivos planteados en el proyecto, así también, da cuenta si se obtuvo realmente un mejor conocimiento del fenómeno y/o realidad o si hubo una repercusión positiva en el contexto estudiado, como por ejemplo, cambios en las actividades o en las actuaciones desarrolladas por los sujetos participantes. Así también este criterio hace referencia a la contribución realizada con los nuevos hallazgos y a la configuración de nuevos planteamientos teóricos o conceptuales.

Un elemento importante a considerar respecto a lo anterior, es la relevancia que tiene el proceso de verificación de la investigación, es decir, si existe correspondencia, entre la justificación y los resultados obtenidos en el proceso investigativo.

El criterio de relevancia, para efectos del proceso de investigación, tiene un papel fundamental, puesto que lo que se espera es generar un cambio con respecto a las estrategias de atención e intervención de los casos de maltrato, en las diversas instituciones que forman parte de la Red de Protección de la población Adulta Mayor en la región de Valparaíso, buscando generar una estandarización de dicho proceso.

Además este criterio permitirá comprobar si la metodología empleada fue la adecuada para alcanzar los objetivos planteados inicialmente, contribuyendo en la elaboración de un nuevo material que perfeccione los procesos de atención e intervención en la temática de maltrato.

Categorías de Análisis

Para este proyecto de investigación se entenderá por categorías de análisis los conceptos y/o temáticas que se desprenden del marco teórico y a partir de las cuales se clasifica la información y los datos obtenidos a través de las técnicas de investigación utilizadas, para potenciar significados y desarrollar ideas.

Estas categorías serán en relación a los conceptos y teorías que se mencionaron anteriormente y además de la información a recopilar en base a las encuestas que serán aplicadas a los/as encargados/as de las corporaciones municipales e instituciones del área de salud de la región de Valparaíso.

A continuación se presentan algunas de las preguntas centrales de la encuesta que se realizará:

- ¿Considera que es relevante abordar la temática de maltrato hacia la población adulta mayor?
- ¿Considera que a nivel nacional se cuenta con la información necesaria para abordar la temática de maltrato hacia la población adulta mayor?
- Al tomar conocimiento de algún tipo de maltrato hacia el/la adulto/a mayor ¿La institución cuenta con un plan de acción?
- ¿Estaría dispuesto/a a contribuir en la elaboración de un diseño de estrategias para abordar la temática del buen trato hacia la población adulta mayor?

En los anexos se incorporará la encuesta en su totalidad.

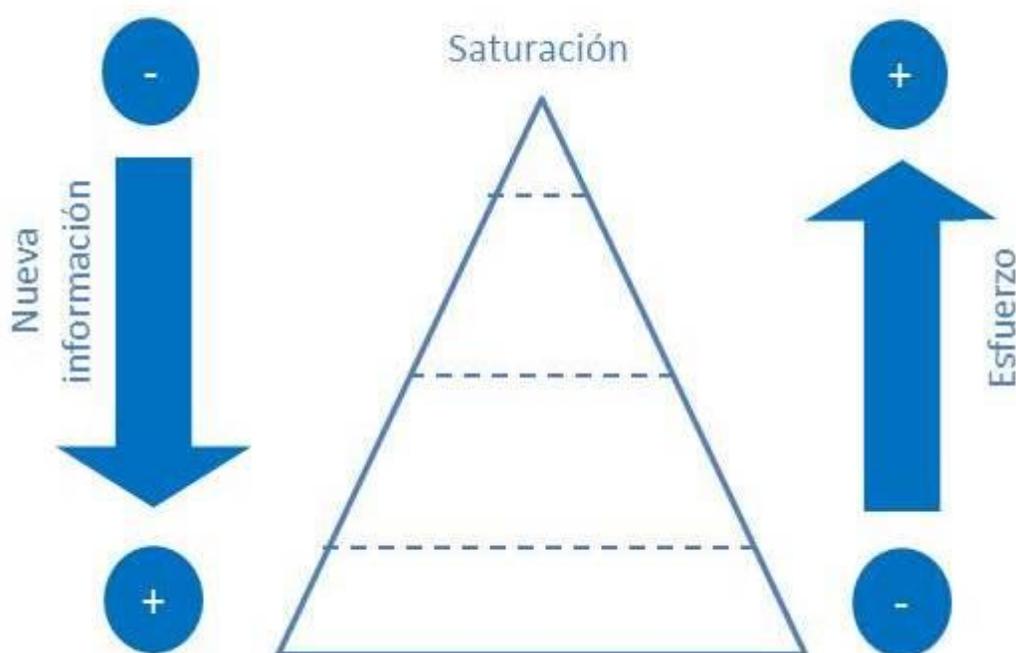
Análisis de Datos

Para analizar la base de datos, obtenida a partir de la aplicación de los instrumentos, se pueden ocupar dos criterios relevantes para enriquecer el análisis propiamente tal, estos son: Saturación Teórica y Saturación Temática. La primera busca generar nuevas teorías y la segunda busca verificar la información obtenida a través de los instrumentos de recolección de datos.

La saturación teórica *“es el proceso de la recolección de datos para generar una teoría por la cual el analista conjuntamente selecciona, codifica y analiza su información y decide qué información escoger luego y donde encontrarla para desarrollar su teoría emergente”* (Glaser, 1967)

El criterio que se utilizará en esta investigación es el de saturación temática, la cual alude al cese de recolección de datos, luego de un número determinado de entrevistas, en donde no se recaba información nueva en relación a la investigación.

Las entrevistas realizadas en primera instancia suelen ser enriquecedoras, proporcionando información que es desconocida y de gran relevancia para la investigación, avanzada ésta la información inicial se va repitiendo, por lo que no se descubren nuevos datos, llegando en un momento a realizar un gran esfuerzo para conseguir información nueva, produciéndose así la saturación temática.



IV. CAPÍTULO CUATRO: RECOPIACIÓN, CATEGORIZACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.

Presentación:

El presente documento corresponde al cuarto capítulo del Proyecto de Título, el cual tiene por finalidad recopilar todos los antecedentes obtenidos a través de las herramientas de investigación, específicamente una encuesta online y entrevista a los y las profesionales del área de salud y municipio.

Este capítulo busca categorizar toda la información recabada, para que desde esta base se pueda desarrollar un proceso de análisis, a partir del cual se podrá adquirir una mirada global acerca de la problemática de investigación: **MALTRATO HACIA LAS PERSONAS MAYORES**, y desde los resultados establecer los posibles lineamientos de acción, de tal manera de poner en práctica el trabajo sobre esta temática que cada vez se presenta en un mayor nivel.

Análisis de la información:

Mediante las encuestas y entrevistas realizadas a los y las encargados/as de programas del área municipal y de salud, se permitió apreciar como los/as distintos/as profesionales abordan e intervienen la temática de maltrato hacia el/la adulto/a mayor y el sentido que ellos/as otorgan a esta temática en función de la experiencia recolectada en su cargo, la cual se fundamenta en la consideración de esta población como sujetos de derechos con dignidad y con experiencia para aportar, dejando atrás, la percepción de tratarlos como objetos de estudios.

A partir de la información recopilada, el grupo investigativo ha identificado cuatro dimensiones de las cuales se desprenden categorías y para finalizar una codificación, en donde se sustentan los principales hallazgos de la investigación.

DIMENSIONES DE SEGUNDO ORDEN	DIMENSIONES DE PRIMER ORDEN	CODIFICACIÓN
1. LABOR PROFESIONAL ANTE EL MALTRATO HACIA LAS PERSONAS MAYORES.	Acciones profesionales	<i>Diagnóstico</i>
		<i>Planificación</i>
		<i>Ejecución</i>
		<i>Evaluación</i>
	Dificultades	<i>Falta de recursos</i>
		<i>Inexistencia de redes de apoyo</i>
<i>Dificultades en el acceso a las instituciones</i>		
2. OPINIÓN PROFESIONAL SOBRE EL MALTRATO HACIA LAS PERSONAS MAYORES.	Percepción	<i>Falta de redes de apoyo</i>
		<i>Falta de política reguladora</i>
	Sugerencias	<i>Promover enfoque de derecho</i>
		<i>Realizar protocolo de acción</i>
3. RED DE PROTECCIÓN PARA ABORDAR LA TEMÁTICA DE MALTRATO HACIA LAS PERSONAS MAYORES.	Salud	<i>Centro De Salud Familiar</i>
	Justicia	<i>Tribunales de Familia</i>
		<i>Carabineros</i>
		<i>Consultorios jurídicos</i>
		<i>Fiscalías</i>
	Instituciones que trabajan exclusivamente con las personas mayores	<i>Oficinas y Casas del Adulto Mayor</i>
		<i>Hogares</i>
		<i>Instituto de Previsión Social</i>
<i>Chile Atiende</i>		

	Programas para las personas mayores	<i>Centro Diurno</i> <i>Postrados</i> <i>Situación Calle</i> <i>Vínculos</i>
4. MALTRATO HACIA LAS PERSONAS MAYORES.	Maltrato Físico	<i>Quemaduras</i>
		<i>Bofetadas, golpes, patadas, cachetadas y mordeduras</i>
		<i>Encierro</i>
		<i>Empujones y zamarreos</i>
		<i>Agresiones con objetos</i>
	Maltrato Psicológico	<i>Agresiones verbales, insultos, amenazas y hostigamiento</i>
		<i>Críticas, humillaciones y ridiculizaciones</i>
		<i>Aislamiento, rechazo e inhibiciones</i>
		<i>Negación en la toma de decisiones</i>
	Abuso Sexual	<i>Insinuaciones, caricias, tocaciones y exhibición de genitales</i>
		<i>Violación</i>
	Abuso Patrimonial	<i>Actos ilegales</i>
		<i>Apropiación de las jubilaciones y/o pensión</i>
		<i>Abuso económico a través de publicidad engañosa</i>
	Negligencia	<i>Activa: Descuido intencional y deliberado</i>
		<i>Pasiva: Descuido involuntario</i>
		<i>Auto-negligencia</i>
Abandono	<i>Familiar</i>	
	<i>Institucional</i>	
Maltrato Societal	<i>Falta de políticas y recursos</i>	
	<i>Incumplimiento de las leyes y normas</i>	
	<i>Desvalorización de la imagen de las personas mayores</i>	

Análisis Por Dimensión

- Labor Profesional Ante El Maltrato Hacia Las Personas Mayores.

La función que cumplen los y las profesionales ante la temática de maltrato y específicamente en lo que respecta a los casos en donde el maltrato es hacia las personas mayores es de gran relevancia, entendiendo que cumplen multiplicidad de roles, como por ejemplo educador/a, promotor/a, agente protector/a, mediador/a, entre otros. Estos permiten en los distintos contextos entregar a las personas y familias a cargo de este grupo etario las herramientas, contención y guía necesarias para enfrentar dichas situaciones. Un ente protagónico en este proceso es el/la encargado/a de los cuidados de una persona mayor, conocido/a como cuidador/a, por el/la cual se entiende *“aquella persona que, por diferentes motivos, coincide en la labor a la que dedican gran parte de su tiempo y esfuerzo a permitir que otras personas puedan desenvolverse en su vida diaria, ayudándolas a adaptarse a las limitaciones que su discapacidad funcional (entendida en sentido amplio) les impone.”*⁴ A partir de lo anterior se identifica con claridad el importante trabajo que estas personas desarrollan, entendiendo que la responsabilidad que adquieren no es menor, ya que implica tener a su cargo a una o más personas que presentan distintas discapacidades y por tanto el esfuerzo que se realiza para lograr el desenvolvimiento de las personas mayores, lleva consigo una carga física y emocional que muchas veces afecta de manera directa a los/as cuidadores/as, como lo declara la Teoría del Estrés de el/la Cuidador/a, la cual se centra en el hecho de cuidar a personas que presentan un cierto grado de dependencia, manifestando que esto genera una disminución en las reservas tanto físicas como mentales por parte de el/la cuidador/a, ya que debe enfrentar una serie de situaciones nuevas, para las cuales no están preparados/as. Con respecto a lo anterior el estrés no solo se produce por el cuidado a otra persona sino que también por sobrellevar tanto problemas personales como problemas propios de la etapa del ciclo vital en la que se encuentre. Es en este punto en donde la *labor* desarrollada por los y las profesionales cobra relevancia, entendiendo ésta como el *“Conjunto de acciones organizadas que realiza un profesional con el fin de*

⁴ Esta cita se encuentra especificada en la página N° 68. Capítulo: Marco teórico.

*intervenir en aquellas situaciones donde exista maltrato hacia las personas mayores.*⁵ Respecto a lo mencionado anteriormente es interesante considerar que no existe un protocolo de acción establecido, por lo que las acciones profesionales son variadas y dependientes de la situación en la cual se interviene. Los y las profesionales fundamentan su actuar en el ciclo tecnológico, el cual en la práctica se desarrolla con cierto grado de flexibilidad, producto de que no están conscientes de seguir paso a paso este ciclo, sin embargo es una guía para contextualizar sus acciones, entendiendo además que la mayoría responde de manera espontánea a las situaciones de maltrato, sin embargo las más complejas requieren de un trabajo más profundo por lo que las acciones a llevar a cabo demandan una coordinación, no obstante no se debe dejar de lado las dificultades que se presentan en el ejercicio profesional, las cuales se relacionan directamente con la falta de recursos para atender los diferentes casos, tanto económicos como humanos para intervenir en la alta demanda de maltrato hacia la población adulta mayor, esto se relaciona directamente con las dificultades para que esta población pueda acceder a los Establecimientos de Larga Estadía (ELEAM), así también la dificultad de los/as profesionales en el acceso a aquellos/as adultos/as mayores que se encuentran inactivos/as, y viceversa, es decir, las dificultades que estos/as últimos/as presentan para poder tener acceso a las atenciones de salud. Finalmente se destaca como principal dificultad la **inexistencia de redes de apoyo**, ya sea de instituciones, entidades de protección, municipios y familiares. A continuación se presentará una cita que ejemplifica lo anterior:

“La principal dificultad es la red de apoyo, debiesen existir más entidades en donde uno pueda recurrir en caso de maltrato.”

Entrevistado CESFAM Gómez Carreño, Viña del Mar.

- Opinión Profesional Sobre El Maltrato Hacia Las Personas Mayores.

Los y las profesionales a lo largo de su quehacer profesional han ido adquiriendo un conjunto de experiencias y conocimientos teóricos-prácticos, los cuales conforme a los cambios en la sociedad se van adaptando a cada uno de los contextos en los que se desenvuelven, permitiendo con el tiempo desarrollar una mirada global y crítica, respecto a cómo han ido evolucionando las

⁵ Elaboración Propia. 2016

problemáticas de las personas mayores, destacando en el caso particular de esta investigación el maltrato hacia este grupo etario, fenómeno social que actualmente se espera enfrentar de manera integral, es por ello que los y las profesionales a partir de sus experiencias van desarrollando un análisis de éstas de tal manera de identificar las formas más adecuadas para enfrentar dicha problemática.

La opinión que cada profesional posee, entendiendo ésta como *“Juicio que realiza una persona o grupo de profesionales con conocimiento y experiencia en las temáticas relacionadas al maltrato hacia las personas mayores,”*⁶ se encuentran influenciadas por las percepciones que se tengan sobre su intervención y abordaje de ésta. En general los y las profesionales aprecian que hay una falta de redes de apoyo, específicamente en lo que respecta al funcionamiento de las redes y a la insuficiencia de éstas, lo cual se fundamenta en la alta demanda de situaciones de maltrato, que en su mayoría son provocadas por cuidadores/as y/o familiares.

Un antecedente relevante a considerar respecto a la figura de cuidador/a es que un 81% son mujeres, un 44% la desempeña un/a hijo/a, misma cifra menciona que presenta algún síntoma depresivo y un 55,7% declara que no recibe ayuda para cuidar a una persona mayor. Estas cifras reflejan la importancia que tiene el poner atención en las personas que cumplen esta tarea, es por ello que se destaca a nivel nacional dos programas: El +Capaz, que consiste en apoyar el acceso y pertenencia al mercado laboral de mujeres, jóvenes y personas con capacidad de desarrollarse en éste y que se encuentren en situación de vulnerabilidad social, mediante la capacitación técnica, habilidades transversales e intermediación laboral, que favorezcan su empleabilidad. Lo anterior se complementa con el trabajo desarrollado por el SENCE (Servicio Nacional de Capacitación y Empleo), siendo este el encargado de proporcionar al programa anterior las herramientas para que este pueda llevar a cabo su función, la cual consiste en capacitar a las personas interesadas en cuidar a esta población, de tal manera que su labor pueda ser desempeñada de forma correcta. El segundo programa llamado Cuidados Domiciliarios, se encuentra inserto en la oferta programática de SENAMA, el cual consiste en generar una red de cuidados que garantice a las personas mayores, en situación de vulnerabilidad y dependencia moderada o severa, acceder a servicios socio-sanitarios de apoyo integral, acorde

⁶ Elaboración Propia. 2016

a sus niveles de dependencia y entregados en su domicilio. No obstante, es pertinente considerar que la existencia de solo dos programas no es suficiente para abarcar la totalidad de la población.

A lo anterior se suma el rápido y constante cambio demográfico, hacia una población cada vez más envejecida, evolución que no ha sido desarrollada en el ámbito legal, lo cual se evidencia con la falta de una política reguladora que aborde elementos esenciales como por ejemplo: el cuándo derivar, dónde derivar, cuándo es o no maltrato, cuáles son las instituciones en las cuales se debe denunciar, cuáles son las facultades que deben tener los/as profesionales y cuidadores/as para tratar a esta población y abordar sus problemáticas, entre otros. A partir de lo mencionado anteriormente los y las profesionales que tienen experiencia en el trabajo con este grupo etario, mencionan como sugerencias establecer un protocolo de acción hacia el maltrato de la población adulta mayor de manera transversal en todas las instituciones que trabajen con este grupo; Este protocolo debe ser generado en base a un trabajo colaborativo entre los y las profesionales en donde se responda a las preguntas anteriores y que a su vez se enfoque en promover los derechos de los/as adultos/as mayores, incentivando con esto el enfoque de derecho de este grupo, el cual se entiende como *“empoderamiento de las personas mayores y una sociedad integrada desde el punto de vista de la edad. Esto implica que las personas mayores son sujetos de derecho (...) disfrutan de ciertas garantías y tienen determinadas responsabilidades respecto de sí mismos, su familia y sociedad.”*⁷

Con respecto a lo anterior es pertinente considerar la importancia que tiene que los/as cuidadores/as de este grupo etario estén concientizados/as respecto a que las personas mayores son sujetos de derechos, lo cual significa que cualquier acto que afecte su bienestar, implica una vulneración de sus derechos. A continuación se presentará una cita que ejemplifica lo anterior:

“Hay derechos para los adultos mayores, pero faltan mecanismos para garantizarlos, falta apoyo institucional, no hay redes que sean oportunas, ni hogares suficientes.”

Entrevista CECOSF Cerro Alegre, San Antonio.

⁷ La cita completa se encuentra en el Glosario adjunto en el capítulo de Anexos.

- Red De Protección Para Abordar La Temática De Maltrato Hacia Las Personas Mayores.

Los y las profesionales pueden tener plena claridad respecto al tipo de intervención que deben desarrollar para cada caso de maltrato, lo cual se fundamenta en sus conocimientos y experiencias, sin embargo un elemento clave en el proceso de intervención son las redes personales que una persona o grupo individualizado posee, por éstas se entiende *“Conjunto de personas, instituciones y programas asociados al cuidado y protección ante un evento de maltrato hacia las personas mayores”*⁸, así también son importantes las redes profesionales con las cuales los/as expertos/as cuentan para apoyar la intervención a realizar.

La relevancia de este elemento en las intervenciones con adultos/as mayores queda fundamentada en la siguiente cita:

“Las redes de apoyo constituyen la base sobre la que se dan las ayudas que las personas requieren; se estructuran y toman sentido los roles sociales; contribuyen al sentimiento de pertenencia y generan la integración social. En edades avanzadas evita el aislamiento (Pillemer et al, 2000) e inciden y cobran importancia en la calidad de vida de las personas mayores.” (Sirlin, Redes de Apoyo para Adultos Mayores, 2016)

En el siguiente cuadro se presentan las redes con las que cuentan las personas mayores, a las cuales se llamarán *redes personales* y *redes profesionales*, las que corresponden a aquellas con las cuales los y las profesionales realizan un trabajo conjunto.

REDES PERSONALES	REDES PROFESIONALES
Familia	Salud
Amistades	Justicia
Comunidad	Instituciones que trabajan con las personas mayores
Estado	Programas para las personas mayores

Fuente: *Elaboración Propia, en base a información recopilada en: “El maltrato al adulto mayor: una visión del instituto de normalización previsional,” INP.*

⁸ Elaboración Propia. 2016

A continuación se analizará con mayor profundidad las redes profesionales, las que se complementan con las redes personales, con la finalidad de enriquecer la importancia que éstas tienen para los y las profesionales.

➤ **SALUD**

Corresponde a la red principal de atención a las personas mayores, producto que este grupo etario va perdiendo autonomía por enfermedades y/o dificultades propias de la edad, lo que genera que requiera de los servicios que la salud ofrece. Con respecto a este punto, cabe destacar que los centros de salud familiar al incorporar políticas y programas especializados para el/la adulto/a mayor, ya sea para abordar sus problemáticas o trabajar en la promoción del Envejecimiento Activo de la población adulta mayor, se ha convertido con el tiempo en una institución que presenta los mayores índices de demanda por parte de este grupo etario, convirtiéndose en el pilar fundamental de la red de protección de las personas mayores.

A pesar de que la red de salud en comparación con otras redes, es bastante potente, aún sigue siendo escasa para la alta demanda de adultos/as mayores, lo cual se debe a la falta de recursos en la institución y además de la falta de especificidad en la atención hacia este grupo etario, ya que los y las profesionales, no atienden de manera exclusiva a las personas mayores, sino que también sus sujetos de atención lo componen los niños, niñas, adolescentes y adultos. A continuación se presentará una cita que ejemplifica lo anterior:

“Son pocas las redes, pero principalmente nos apoyamos con salud, todo lo que tiene que ver con hospitales, consultorios.

Entrevistado Casa del Adulto Mayor, Los Andes.

Además de las prestaciones que las instituciones de salud otorgan a la población adulta mayor, también los/as cuidadores/as pueden acceder a este servicio, lo cual en relación con la Teoría del Estrés De El/La Cuidador/a, permite que puedan recibir el apoyo, contención y tratamiento necesario para poder trabajar el estrés y toda afectación en su estado de salud. En función de lo anterior es relevante considerar que esta temática de maltrato es abordada por las

instituciones, lo que genera que la intervención realizada sobre ésta, sea de manera integral, ya que se trabaja con el/la adulto/a mayor y su cuidador/a.

➤ **JUSTICIA**

Producto que la población adulta mayor no está bien valorizada por la sociedad, esto genera que se pueda producir una invisibilidad del maltrato hacia este grupo etario, sin embargo algunas personas al evidenciar este tipo de daño, toma acciones y denuncia ante Carabineros o Policía de Investigaciones, siendo estos entes unos de los primeros en prestar sus servicios en ayuda a el/la adulto/a mayor afectado/a.

En lo que respecta a la denuncia, se destaca el bajo nivel de personas mayores que realizan este procedimiento, sino más bien son familiares cercanos y/o vecinos/as que vislumbran dicho maltrato y dejan constancia en las instituciones de salud o directamente en Carabineros o Policía De Investigaciones.

Una de las principales razones por la cual este grupo etario no efectúa la denuncia, se debe a que generalmente el/la agresor/a es la persona que está a cargo de sus cuidados, por lo que temen ante la posibilidad de futuras represalias.

Otro factor para no denunciar, tiene directa relación con lo emocional, en el caso que el/la agresor/a sea un/a hijo/a, considerando que éstos/as son los/as principales maltratadores/as.

Los Tribunales de Familia y Fiscalía son otros entes jurídicos, los cuales no son considerados por los y las profesionales como una red de apoyo, debido a que dificultan la intervención de éstos/as, estipulando que el abandono y la negligencia no son tipos de maltrato, se especifican estos dos ya que son las tipologías que más se presentan, lo cual se abordará en plenitud más adelante. A continuación se presentará una cita que ejemplifica lo anterior:

“No sigan mandando casos porque nosotros (Tribunal de Familia) no podemos hacer nada, porque la negligencia no está tipificada en la ley.”

Entrevistada CESFAM Boco, Quillota.

A partir de lo comentado por los y las profesionales, se estima que los Tribunales de Familia y Fiscalía, tienen como deber dar soluciones a las

problemáticas que llegan a estas instituciones, sin embargo en la práctica su labor es ineficaz, generando que no aporten ni contribuyan a la solución de ciertas situaciones, como lo son las de maltrato hacia las personas mayores. Esto se produce a consecuencia de los vacíos legales existentes en la Legislación Chilena. A continuación se presentarán dos citas que ejemplifican lo anterior:

“El tribunal y las redes en sí nos limitan y detienen.”

Entrevistado Casa del Adulto Mayor, Cartagena.

“De vez en cuando trabajamos con consultorios jurídicos, gobernación, pero solo en el área social y en el Instituto de Previsión Social, pero lo que es Tribunales, ningún aporte de verdad.”

Entrevistado Casa del Adulto Mayor, Los Andes.

➤ **INSTITUCIONES QUE TRABAJAN CON LAS PERSONAS MAYORES**

En base al amplio aumento de la población adulta mayor en Chile, se reflejan las problemáticas para atender a este grupo etario, lo que se puede apreciar directamente en la insuficiencia de instituciones que atienden a esta población, las cuales en algunos casos son inalcanzables económicamente, así también no existe el suficiente recurso humano para entregar los cuidados necesarios que requieren los/as adultos/as mayores, ya que, son altas las demandas que reciben y escaso el tiempo para responder a ellas.

Lo anterior surge producto que no existe un interés en el ámbito estatal y el ámbito privado para mejorar estas problemáticas, ya que en las políticas públicas se priorizan otras áreas y grupos etarios y además no existe una consciencia social de la importancia de intervenir en este ámbito, debido a que Chile es un país que va envejeciendo cada vez en mayor medida y requiere de soluciones a corto y largo plazo.

Dentro de las redes de apoyo con las que trabajan las instituciones estatales respecto a la población adulta mayor se encuentran los Establecimientos

de Larga Estadía, los cuales en el ámbito público son los más relevantes para la familia y los/as profesionales, ya que, entregan las prestaciones necesarias para los/as adultos mayores a bajo costo, lo que trae consigo una disminución en las labores que deben cumplir con este grupo etario.

Cabe destacar que la institucionalización de las personas mayores en estos establecimientos estatales es el último recurso al que se opta, en primer lugar porque se prioriza que este grupo etario permanezca bajo el cuidado de personas significativas y en segunda instancia porque hay una alta demanda para el ingreso a dichos lugares, por lo cual se da relevancia a los casos de mayor urgencia. Con respecto a lo anterior es importante mencionar que una de las causas que fundamentan la alta demanda está directamente relacionada con la concepción que la familia tiene con respecto a la institucionalización de la persona mayor, como una forma de desprenderse de las responsabilidades que conlleva tener a un/a adulto/a mayor en el hogar, aún más cuando presenta un grado de dependencia. Otra causa, tiene como finalidad la preparación de la familia ante la muerte de la persona mayor, entendiendo la institucionalización como una manera de desvincularse emocionalmente, específicamente en lo que respecta al hito crucial de la muerte, es decir, el no estar presente en el momento, conlleva que ya no exista la responsabilidad de preocuparse por otra persona.

Si bien los Establecimientos de Larga Estadía son la primera red de apoyo y solución ante determinadas problemáticas que afectan a las personas mayores, es importante considerar la carga que los y las profesionales que se desempeñan en estas instituciones tienen, lo cual sumado a la larga jornada de dedicación, responsabilidad y esfuerzo empleado en la práctica, constituyen una posible puerta de entrada para las malas prácticas, es decir, para ejercer algún tipo de maltrato en las personas mayores que tienen a su cuidado, prácticas que con el tiempo han aumentado de manera considerable, como se evidencia en el siguiente enunciado de noticia del mes de septiembre ***“Fallece mujer de 96 años, tras ser agredida en hogar de ancianos de Maipú, Santiago.”***⁹ Al caso anterior se suman otros relacionados a la privación de alimentos y pensiones, agresiones físicas, entre otros casos que dan cuenta de la falta de fiscalización que existe en estas instituciones dejando desamparados/as a los/as adultos/as mayores que residen en éstas.

⁹www.Mega.cl 2016

Lo comentado anteriormente también queda evidenciado a través de los estudios realizados, destacando aquel que habla de los requerimientos para el perfil de funcionalidad de los ELEM, el cual establece que por cada veinte personas mayores autovalentes debe haber un/a cuidador/a, en el caso de los/as adultos/as mayores semi-valentes es uno/a por cada doce residentes, por último los/as postrados/as es un/a cuidador/a por cada siete, a pesar de que las cifras anteriores constituyen un requisito, esto no es respetado y cumplido por muchos ELEM, lo cual también evidencia la falta de fiscalización del buen funcionamiento de éstos. A continuación se presentará una cita que ejemplifica lo anterior:

“ [...] el problema aquí es que hay 8 hogares, particulares claro, pero no cuentan con el permiso municipal, más que nada por obras, porque se ampliaron y nunca lo regularizaron, no hay poder fiscalizador, y si hubiera no pueden cerrar esos hogares porque el municipio no sabría qué hacer con todos aquellos adultos mayores sin hogar, entonces lo dejan pasar, ahora estos hogares comienzan con hartos personal pero solo cuando van a fiscalizar, luego de eso el personal baja, de repente hay una sola persona atendiendo a más de 10 adultos mayores y si ustedes lo piensan bien también vendría siendo una forma de maltrato porque no están satisfaciendo sus necesidades. Ahora en el hogar de Cristo no hay cupo, entonces es complicado trabajar así, debiesen instaurar un ELEM para los adultos mayores. [...]”

Entrevistado Casa del Adulto Mayor, Los Andes.

Otra red de apoyo con la cual cuentan los y las profesionales entrevistados/as son las Oficinas y Casas del Adulto Mayor, las cuales proporcionan una serie de servicios generales a la persona mayor, entre éstos se destacan los relacionados a la recreación (viajes, paseos, talleres, entre otros), materiales (para mejorar la vivienda), recursos básicos (pañales, canasta de alimentación, frazadas, entre otros). Con respecto a lo anterior es importante mencionar que su foco de atención son todos/as los/as adultos/as mayores, sin embargo, hay que destacar que aquellos/as autovalentes son los/as que más acuden a estas instituciones en busca de dichos servicios, específicamente a los referidos a la recreación y el asistencialismo. Producto de lo mencionado anteriormente se considera que el rol de estas instituciones es significativo para las personas mayores, ya que a través de sus actividades planificadas las personas mayores generan sentido de pertenencia, lo cual es evidenciado por los y las profesionales a través de los niveles de participación en cada actividad y

taller. Según la percepción de la población adulta mayor, en éstas instituciones son en las cuales se sienten más considerados/as.

Los y las profesionales establecen que Chile Atiende y el Instituto de Previsión Social también constituyen redes de apoyo, ya que especialmente en la última, pueden ver una de las problemáticas centrales de la población adulta mayor, la cual se relaciona directamente con las pensiones, las cuales en su mayoría son bajas en comparación con el nivel de vida y las necesidades que esta población tiene, específicamente en lo que respecta a la constante compra de un gran número de medicamentos. Otra relevancia que tiene esta institución se fundamenta en el hecho de que muchas personas mayores no saben que pueden optar a otro tipo de pensiones como lo es la pensión básica solidaria, por tanto esta institución gestiona la obtención de éstas. Con respecto a Chile Atiende es una institución que resulta ser más accesible para la población adulta mayor, ya que existen más sucursales a lo largo del país, la cual se encarga de atender e informar a los/as adultos/as mayores acerca de los trámites y beneficios del Estado.

➤ **PROGRAMAS PARA LAS PERSONAS MAYORES**

No solo las instituciones son una de las principales redes de apoyo para los y las profesionales entrevistados/as, sino que también los programas son una fuente a la cual pueden acudir para mejorar las condiciones en las que se encuentran las personas mayores, es por esto, que dentro de una variedad de programas, se destacan:

a. Programa Vínculos:

Objetivo: Entregar herramientas a personas mayores en situación de vulnerabilidad social para que logren vincularse con la red de apoyo social de su comuna y con sus pares. (Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2016)

b. Programa Situación de Calle

Objetivo: El mejoramiento de las condiciones de bienestar de las personas en situación de calle. (Ministerio de Desarrollo Social, 2016)

c. Programa Centros Diurnos

Objetivo: Promover y fortalecer la autonomía e independencia de las personas mayores para contribuir a retrasar su pérdida de funcionalidad, manteniéndolos en su entorno familiar y social, a través de una asistencia periódica a un Centro

Diurno, donde se entregan temporalmente servicios socio-sanitarios. (Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2016)

d. Programa Postrados

Enfocado en: Mejorar la calidad del cuidado de la persona postrada y aliviar a la familia cuidadora, disminuyendo la carga de el/la cuidador/a, impidiendo de este modo la institucionalización. Para que las familias sean protagonistas en el cuidado de los/as adultos/as mayores y personas con dependencia severa de todas las edades, deben recibir apoyo externo. (Ministerio de Salud, 2009)

Los dos primeros programas, como lo enuncian sus objetivos, tienen la función de entregar a la población mayor la posibilidad de mejorar las condiciones de su entorno, como fortalecer las redes que éstos/as poseen, por lo que se enfoca en un grupo etario de adultos/as mayores autovalentes, los/as que no necesariamente tienen un/a cuidador/a que se ocupe de ellos y ellas en ciertas actividades de la vida diaria. Con respecto al programa de Centros Diurnos, si bien es cierto fortalece la autonomía de las personas mayores, lo que se puede inferir de su objetivo, es que también aliviana la carga de los/as cuidadores/as de éstos/as y se tiende a evitar vulnerar sus derechos, especialmente por el hecho de no dejarlos/as en múltiples ocasiones solos/as, lo que podría llegar a generar algún tipo de maltrato. Por último, el programa postrado, en contraste con los anteriores, no tan solo se enfoca en el/la adulto/a mayor, si no también, cobra relevancia la salud de el/la cuidador/a, ya que aliviana la carga de estrés que genera el cuidado de personas con dependencia, disminuyendo las posibilidades de maltrato hacia los/as adultos mayores. A continuación se presentará una cita que ejemplifica lo anterior:

“En el tema de maltrato yo me las he arreglado utilizando el programa de situación calle, por ahí he encontrado apoyo.”

Entrevistada CESFAM Aviador Acevedo, Belloto.

- Maltrato Hacia Las Personas Mayores

El maltrato hacia la población adulta mayor es un fenómeno que se ha dado desde edades remotas, sin embargo este suceso ha sido invisibilizado a lo largo de los años por la sociedad Chilena, lo cual se evidencia a través de las políticas,

las cuales no toman en cuenta sus intereses y necesidades; las estructuras por su lado no proporcionan adecuadas facilidades de acceso para este grupo etario. No obstante la invisibilización más peligrosa es la que proviene por parte de ellos/as mismos/as, debido a la baja autoestima que poseen, solo por el hecho de ser adultos/as mayores, lo que desemboca en la poca denuncia de tales maltratos, es por esto que en la actualidad se ha comenzado a investigar con mayor hincapié el fenómeno del maltrato hacia la población mayor, a raíz del crecimiento socio-demográfico de la población mundial, que se ve reflejado en la población del país.

Con respecto al maltrato es necesario tener claridad que no existe una ley que obligue al grupo familiar a hacerse cargo y responsable de sus personas mayores, así también no existe un cuerpo legal específico que sancione a aquellas personas que ejercen maltrato hacia los/as adultos/as mayores, sin embargo existe la ley 20.066 de Violencia Intrafamiliar, la cual engloba mujeres, niños/as, discapacitados/as y adultos/as mayores, siempre cuando se encuentren bajo la dependencia de cualquier integrante de la familia. No obstante el artículo 223 del Código Civil Chileno establece las responsabilidades de los/as hijos/as para con sus padres, enunciando lo siguiente: *“Aunque la emancipación confiera al hijo el derecho de obrar independientemente, queda siempre obligado a cuidar de los padres en su ancianidad, en el estado de demencia, y en todas las circunstancias de la vida en que necesitare sus auxilios.”* (Código Civil, Chile, 1998) En cuanto a lo anterior, es de suma importancia declarar que los y las profesionales no tienen claridad respecto al contenido de este artículo, lo cual se evidencia en los relatos entregados por los/as entrevistados/as, esto puede responder a una serie de razones, entre ellas: **hay un conocimiento, más no una claridad respecto a los mecanismos a través de los cuales se puedan validar, por otro lado falta de capacitación e instrucción en cuanto a las leyes que existen en esta temática, lo cual refleja una irresponsabilidad por parte del Estado al no entregar dichas capacitaciones, pero también de los y las profesionales al no informarse por su propia cuenta.**

Cuidar de las personas adultas mayores, sobre todo las personas semi-dependientes, o dependientes es una tarea difícil que exige mucha dedicación y paciencia. Es posible que por la intolerancia ocurran abusos y negligencias en el cuidado de los/as adultos/as mayores. (Perez, 2012) Otras causas son: la incompreensión de las necesidades que este grupo presenta, incapacidad de el/la cuidador/a para ofrecer un cuidado adecuado, problemas económicos, agobio por

el exceso de tareas que atender, problemas de salud física o mental de la víctima o de el/la cuidador/a y una relación familiar desgastada. Es relevante destacar que el 19% de los/as encargados/as de proporcionar los respectivos cuidados presentan una carga ligera, aumentando a un 25% quienes la definen como una carga intensa.

Un elemento importante a considerar es que la mayoría de los/as cuidadores/as desempeñan este rol en adultos/as mayores con dependencia, destacándose tres tipos de cuidadores/as: Primario, Secundario y Terciario, los cuales se diferencian por el nivel de cercanía y formación que tienen con las personas mayores.

Con respecto al perfil que tienen los/as cuidadores/as de personas mayores dependientes en Chile, se identifica que en su mayoría son mujeres entre los 50 años y más, donde la mayoría de éstas se encuentran casadas. Las horas dedicadas al rol de cuidador/a corresponde entre 20 y 24 horas, lo cual da cuenta que el tiempo asignado para esta labor es de tiempo completo, implicando que la vida personal de estas personas se vea menoscabada, principalmente en lo relacionado con la vida social, dando paso a un aumento considerable del estrés en el/la cuidador/a, por el cual se entiende: *“Exigencias a las capacidades de adaptación de la mente y cuerpo, ya que, representa aquellas condiciones bajo las cuales los individuos se enfrentan a situaciones que no pueden satisfacer física y psicológicamente, y que provocan alguna alteración en uno y otro de estos niveles.”*¹⁰

A partir de lo anterior, se identifica que el grado de dependencia es un elemento que influye de manera considerable en el estrés que presente el/la cuidador/a, esclareciendo que el nivel de dependencia estará determinado por las principales causas que dan origen a ésta, las cuales son: Envejecimiento, accidentes, enfermedades crónicas y disminución en las capacidades.

Los altos niveles de dependencia en las personas mayores a los cuales se enfrentan los/as cuidadores/as influye en sus capacidades para afrontar y manejar las distintas situaciones generadoras de estrés, afectando el nivel físico y psicológico, lo cual se refleja en la pérdida de la paciencia, intolerancia, cansancio, entre otras, las cuales pueden terminar en actitudes y acciones violentas en contra de quienes cuidan. Algunos de los indicadores que dan cuenta de la existencia de

¹⁰ Esta cita se encuentra especificada en la página N°75. Capítulo: Marco teórico.

violencia en las personas adultas mayores son: Olvidos o falta de concentración, irritabilidad, depresión y ansiedad, reducción de la actividad motora, desorientación, consumo excesivo de tabaco, Insomnio, rasguños, marcas (moretones) fractura, consumo excesivo de alcohol y/o café, cambios de humor y aislamiento, desnutrición, entre otras. Lo anterior da cuenta de que *cualquier persona puede ser maltratada, pero las que son física y psicológicamente dependientes son más vulnerables. El maltrato se da sin distinción de sexo, edad, raza, religión o clase social.*” (Perez, 2012)

En función de lo anterior existen una multiplicidad de formas para maltratar, sin embargo es importante considerar que los daños ocasionados por algún tipo de maltrato en la población adulta mayor generan gran impacto en ellos/as, más aún cuando se presentan más de un maltrato.

➤ **ABANDONO**

Según la encuesta realizada para efectos de esta investigación, los y las profesionales identifican que el abandono hacia las personas mayores es el maltrato más frecuente que se da en sus instituciones de trabajo con 89,5%, identificando como principales causas la **historia familiar**, esto refiere al maltrato ejercido anteriormente por el/la adulto/a mayor hacia sus hijos/as o cónyuge, lo que produce un quiebre en las relaciones familiares; también se identifica la **falta de tiempo** para preocuparse de los cuidados, específicamente esto se presenta en los/as hijos/as, los **recursos económicos familiares**, ya que los cuidados de este grupo etario, generan gastos que no pueden ser sustentados. Por otro lado los familiares al no poder hacerse cargo de los/as adultos/as mayores y al no existir residencias al alcance de éstos/as, ya sea por la falta de instituciones y de recursos económicos, se opta por dejarlos/as abandonados/as en distintos lugares, entre ellos hospitales, hogares de ancianos, sus propias residencias y en la calle. Un claro ejemplo de lo anterior es el gran porcentaje de adultos/as mayores abandonados/as en los hospitales de Puente Alto (Santiago), específicamente San José de Maipo y Sotero del Río, en donde una vez que se les da de alta no se les va a buscar quedando abandonados/as en la institución hasta por más de seis meses, trayendo como consecuencias: posible contagio de infecciones intrahospitalarias y disminución de plazas habitacionales para otras personas que requieren de una atención y/o tratamiento de mayor complejidad. Ante lo anterior es relevante mencionar que los y las profesionales de la salud no

pueden llevar a cabo ningún tipo de acciones, puesto que no existe un sustento jurídico que avale éstas.

Existen una serie de elementos que dan cuenta del alza en los niveles de abandono de la población adulta mayor, entre ellos se destaca **la pérdida de la actividad productiva de las personas mayores**, lo que produce que no genere aportes económicos a la familia, transformándose en una “carga” para ésta, ya que además de cubrir sus propias necesidades, deben también velar por los cuidados y necesidades de la persona mayor, aumentando los gastos familiares. A lo anterior se suma el hecho de no poseer una vida laboral, lo cual genera un cambio de actitud en este grupo, ocasionando que también en lo emocional constituyan un peso extra. Lo mencionado con anterioridad también se relaciona con la disminución en la toma de decisiones familiares que presenta la persona mayor, ya que los sujetos que reciben remuneraciones se sienten con más control y poder.

Otra forma de abandono principalmente en las personas dependientes, es el tiempo a solas que deja la familia a el/la adulto/a mayor, al tener que trabajar o estudiar, dejándolo/a solo/a varias horas al día, lo que genera que éste/a no cuente con el apoyo y la atención necesaria en la etapa en la cual se encuentran, sumado a la falta de contención emocional, dan cuenta de la invisibilización de la persona mayor en el propio hogar, como por ejemplo excluyéndolo/a de las comidas familiares, aislándolo/a, evitando los espacios para compartir, entre otros. A continuación se presentará una cita que ejemplifica lo anterior:

“Hay mucho abandono en la zona, de 2.000 adultos mayores, 1.500 viven solos, sin redes y no se vinculan con el entorno.”

Entrevistadas Oficina del Adulto Mayor, El Quisco.

Así como existe el abandono familiar, también existe un abandono institucional por el cual se entenderá cuando una institución desampara a una persona mayor voluntariamente, no prestando la atención adecuada, tal y como ocurre en aquellos casos en que las personas adultas mayores no pueden acudir a las instituciones porque no tienen los recursos económicos para llegar a éstas o porque se encuentran postradas, por lo cual no pueden recibir tales prestaciones,

ya que, las instituciones no muestran interés en atender tales demandas, lo que refleja que los y las profesionales se centran en cumplir sus tareas y horarios dejando de lado las múltiples necesidades y las dificultades que se presentan para satisfacerlas. A continuación se presentará una cita que ejemplifica lo anterior:

“En una ocasión el Departamento de Salud Rural no quiso atender a un adulto mayor, porque no estaba percapitado.”

Entrevistada DIDECO, Cabildo.

➤ **MALTRATO PSICOLOGICO**

De acuerdo a la información proporcionada por los/as profesionales encuestados/as, éstos/as establecen que el segundo maltrato más frecuente que afecta a la población mayor es el maltrato psicológico, con un 73,7%, el cual según estudio realizado por SENAMA es ejercido por los/as hijos/as con un 60,4%.

Cabe destacar que este tipo de maltrato es el más difícil de pesquisar, debido a que es el menos visible y el más silencioso, por lo cual se necesitan estrategias más específicas para detectarlo, considerando que los/as adultos/as mayores no denuncian este tipo de maltrato, lo cual ocurre por diversas razones, entre ellas: ¹¹

- Para proteger a el/la agresor/a de las consecuencias de sus actos
- Por amenaza de institucionalización
- Por vergüenza, miedo y deshonra
- Por una percepción errónea que hace visualizar como normal el maltrato psicológico
- Por déficit cognitivo y sensorial
- Por ser un/a adulto/a mayor dependiente
- Por desinformación / Por no saber dónde denunciar
- Por soledad, aislamiento y falta de apoyo, de redes familiares y amigos
- Porque no lo encuentran necesario

Una de las razones por las cuales el maltrato psicológico se presenta en los/as adultos/as mayores es para desahogar el estrés que sienten los/as hijos/as,

¹¹ Cartilla de prevención y atención. “Cómo prevenir y enfrentar el maltrato al adulto mayor”. SENAMA, 2012.

cuidadores/as o parejas, que se dedican a cuidarlos/as, debido a la sobrecarga que experimentan ante la alta responsabilidad de tenerlos/as a cargo, además en muchas ocasiones los/as hijos/as tienen doble labor al cuidar a sus padres/madres y a sus propios/as hijos/as.

Es por lo anterior que es necesario poner principal énfasis en este maltrato, pudiendo detectarse pronto y así evitar que tenga consecuencias mayores en el/la adulto/a mayor, sobre todo en aquellos/as que no son autovalentes, donde es necesaria una red de apoyo con los/as profesionales y terceros, donde éstos/as pueden ser los/as vecinos/as colaborando de manera preventiva para que esto no ocurra. A continuación se presentará una cita que ejemplifica lo anterior:

“Acá es clásico viejitos que se hacen cargo las vecinas, entre dos o tres vecinas lo cuidan, cuando pueden lo traen al consultorio, una se encarga de la atención del control, otra se encarga de cobrarle la pensión, son personas con bastante buena voluntad.”

Entrevistada CESFAM Aviador Acevedo, Belloto.

ABUSO PATRIMONIAL

Este tipo de maltrato es vislumbrado por los/as profesionales encuestados/as en un 68,4%, donde la mayor vulneración es referida al tema de las pensiones de los/as adultos/as mayores, esto va ligado a que los/as hijos/as o cuidadores/as se apropian de las jubilaciones de ellos/as haciendo uso personal de éstas, debido a que las personas mayores confían demasiado en sus hijos/as o cuidadores/as, en donde no piensan que puedan llegar a ser engañados/as, incluso en algunas ocasiones no tienen la capacidad física y/o mental de discernir cuando una persona quiere hacerles daño, además ha ocurrido en situaciones en que sus hijos/as se apropian de sus bienes muebles e inmuebles, haciéndolos/as firmar documentos sin el conocimiento del contenido, vulnerando así sus derechos. A continuación se presentará una cita que ejemplifica lo anterior:

“Por lo general se aprecia que los familiares solo buscan el patrimonio de los adultos mayores.”

Entrevistadas Casa del Adulto Mayor, El Quisco.

La sociedad misma tiene una imagen negativa de el/la adulto/a mayor, en la cual se ve a este grupo etario como frágil, débil, aprovechándose de este aspecto vulnerable que refleja el/la adulto/a mayor, subestimando sus capacidades para poder así engañarlos/as, estafarlos/as, robarles, etc. Esto hace referencia a la publicidad engañosa, en donde se les presenta una imagen o información la cual no es como en verdad se espera. El hecho de la publicidad engañosa trae consecuencias nefastas para los/as adultos/as mayores, como por ejemplo el caso de que los ELEAM no dan a conocer de manera correcta a los/as hijos/as de los/as adultos/as mayores cuales son los servicios básicos y específicos que ofrecen dichas instituciones o en las condiciones en que se encuentran, con la finalidad de lograr la mayor cantidad de inscritos/as.

Hoy en día los centros u hogares de acogida se han convertido en un negocio debido al aumento de la población adulta mayor generando mayores posibilidades para que dichas instituciones puedan hacerse cargo de un grupo de adultos/as mayores de manera informal, constituyéndose así los centros de acogida u hogares ilegales, destacando que estos son los lugares en que más se vulneran sus derechos. Es importante destacar que SENAMA tiene un listado con todos los centros que son formales, sin embargo estos no son fiscalizados, lo que genera que en mayor medida no se fiscalicen los centros informales, abriendo así las puertas al maltrato. Con lo anterior queda en evidencia que los ELEAM son por un lado un aporte ante el cambio sociodemográfico pero a la vez constituyen un riesgo.

A lo anterior, se suma que hay múltiples instituciones ilegales y que el Estado no puede hacer nada frente a esto, debido a que son necesarios para la población adulta mayor, y si estos llegasen a ser cerrados, quedarían todos/as esos/as adultos/as mayores abandonados/as, sin ningún lugar a donde ir, como por ejemplo, en la ciudad de Quilpué existen 33 centros de acogida, de los cuales 17 son ilegales.

A pesar que el abuso patrimonial es una tipología de maltrato que se presenta con gran preeminencia, de igual manera es una realidad ante la cual se debe intervenir de manera tajante, pues es un atentado directo al bienestar físico de la persona mayor, es decir, se produce una vulneración directa de los derechos de este grupo etario, tal lo refleja el siguiente caso:

“La policía ha tenido que desalojar al matrimonio de ancianos de Sevilla cuyo hijo dio la orden porque –asegura- la casa le pertenece.

Los ancianos aseguran que ellos compraron en los años 70, pero quien aparece en las escrituras es el hijo, artífice de este desalojo, quien asegura que compró la vivienda en 1971, cuando todavía era menor de edad, y que permitió a sus padres vivir en ella. Esta versión de los hechos fue dada por válida por un juzgado de primera instancia, y ratificada por la audiencia provincial. Llevaban 39 años viviendo en ese domicilio. Dicen que son los propietarios del piso, pero que la compra no quedó inscrita en el registro de propiedad. Por eso, 20 años más tarde, su hijo aprovechó para volver a comprar la vivienda por 24 mil euros y ponerla a su nombre. La primera orden de desalojo llegó en Enero de este año, pero un forense certificó que el anciano era incapaz de moverse. Este viernes sin embargo se ha cumplido el desahucio, aunque haya sido a rastras Joaquín Ortega baja las escaleras de su casa por última vez apoyado en unas muletas. Le precede su esposa, Josefa Rueda, que lleva sus pertenencias en una bolsa de plástico grande. Las maletas las han dejado en la vivienda, pensando que quizás algún día puedan volver a recuperar sus cosas. En el descansillo les esperan una multitud de cámaras, fotógrafos y reporteros. En la puerta, un grupo de agentes de la Policía Nacional aguarda para consumar el desalojo de este matrimonio de octogenarios que han sido desahuciados por su hijo. En el piso sólo queda el cerrajero. "Lo único que quiero es darle las gracias al juez, que ha gestionado la Justicia con tanta humanidad", dice Joaquín. De la ironía pasa a la indignación.” (Blogger, 2016)

➤ **NEGLIGENCIA**

La negligencia constituye una de las formas de maltrato que según lo expresado por los y las profesionales se presenta en un 68.4%, la cual corresponde a la misma cifra que el abuso patrimonial, siendo esto evidencia de que estas dos tipologías se encuentran en un mismo nivel de relevancia.

Al hablar de negligencia, se entenderá que existen tres tipos, sin embargo y para efecto de esta investigación se hará uso solo de dos, dejando afuera a la auto negligencia, ya que esta trata del daño que el/la mismo/a adulto/a mayor se ejerce así mismo/a. Con respecto a la primera negligencia que se abordará, ésta se denomina negligencia activa, la cual se caracteriza por ser intencional, con dolo y deliberada, es decir, básicamente consiste en privar a las personas mayores de

los cuidados básicos que necesitan, entre ellos se destaca: higiene, vestuario, alimentación, medicamentos, entre otros. La segunda corresponde a la negligencia pasiva, la cual se realiza a través de un descuido involuntario de el/la cuidador/a, es decir, no es intencional.

Estas negligencias ocurren a causa del nivel de estrés de el/la cuidador/a, manifestándose la activa, producto del cansancio y el aburrimiento que se produce en la mayoría de los casos, ya que al ser responsable de la atención de una persona que necesita cuidados específicos, genera en cierta medida una pérdida de la vida personal, por ejemplo los espacios para recrearse. Por otro lado la negligencia pasiva, se puede producir también por cansancio pero de tipo físico, por olvido o simple distracción, es decir, no existe una intención de dañar o perjudicar a la persona mayor, como sí ocurre en el tipo de negligencia pasiva.

A partir de lo anterior este tipo de maltrato hace una llamada especial a dedicar tiempo y espacios para trabajar con los/as cuidadores/as de personas mayores, de tal manera que el trabajo y la responsabilidad de éstas/os puedan ser abordados desde el inicio con una especial atención en sus capacidades y en lo que respecta al desarrollo de los cuidados, con determinadas estrategias, como por ejemplo el cuidado compartido, es decir, que se pueda trabajar con relevos, de tal manera que el peso no solo lo recepcione una persona sino que otras también puedan tomar la responsabilidad, permitiendo que cada cuidador/a pueda desempeñar sus responsabilidades y además satisfacer sus necesidades personales. A continuación se presentará una cita que ejemplifica lo anterior

“[...] son más bien maltrato por negligencia, porque también a los cuidadores les falta una red de apoyo y les falta capacitación.”

Entrevistada CECOSF Cerro Alegre, San Antonio.

Un ejemplo que da cuenta de que el maltrato y específicamente la negligencia se presentan a nivel mundial, y no solo a nivel nacional, es el caso ocurrido en España de: **“homicidio por omisión al dejar morir de hambre a su madre”**. A continuación se presenta un fragmento de la noticia:

“Un hombre de 53 años que trabaja como enfermero en el Hospital General de Castellón el cual ha sido detenido como supuesto autor de un delito de homicidio

por omisión porque, al parecer, dejó morir de hambre a su madre, una anciana de 88 años con la que convivía en una vivienda situada en la calle de La Unión. Según han confirmado fuentes de la Subdelegación del Gobierno, la víctima falleció el pasado 4 de enero aunque su cadáver fue hallado dos días más tarde, cuando el detenido, después de tratar de suicidarse con la ingesta masiva de pastillas, alertó al Cuerpo Nacional de Policía. Tras recibir la llamada, los agentes se desplazaron a la vivienda y comprobaron la delgadez extrema del cuerpo sin vida de la anciana, a la que su hijo, según declaró ante la Policía, únicamente daba de comer caldos y agua.” (Blogger, 2016)

➤ **MALTRATO FÍSICO**

A diferencia de otros tipos de maltrato, como por ejemplo el psicológico que no son visibles, el maltrato físico si es visible y de fácil detección en las personas que sufren esta tipología, si bien el daño más directo afecta al físico de la persona mayor, de igual manera se producen efectos emocionales que son de gran relevancia para su autoestima y seguridad. Los y las profesionales encuestados/as afirman que según sus experiencias en las respectivas instituciones en las cuales se desempeñan, el nivel de maltrato físico es de un 36.8%, expresando la significancia que tiene para las personas mayores en su interior, ya que este maltrato produce miedo, temor, vergüenza, tristeza, entre otros sentimientos que son los que generalmente los y las convierten en víctimas pasivas y silenciosas, pues las cifras del estudio llamado “Maltrato contra las personas mayores: Una mirada desde la realidad chilena”, dan cuenta que entre los 60 y 69 años es el rango de edad en el cual más cantidad de personas mayores sufren de este tipo de maltrato, lo cual se suma al 62,2 %, cifra que refleja que la pareja es la mayor agresora en esta tipología. La siguiente cita refleja la idea de la pasividad y silencio de este grupo en lo que respecta a la denuncia.

“[...] se denuncia aunque algunas personas prefieren no hacerlo.”

Entrevistadas Casa del Adulto Mayor, El Quisco.

Uno de los grandes determinantes de este tipo de maltrato es la dependencia que pueda tener la persona mayor, así también el rango etario en el cual se encuentre y el nivel de dependencia según los tramos de edad, lo cual tiende a relacionarse en cuanto a mayor edad de este grupo etario, mayor es el nivel de dependencia¹² y por lo tanto mayor probabilidad de maltrato físico. A partir de la idea anterior surge la vinculación con la Teoría del Estrés de el/la Cuidador/a, ya que al existir tres niveles de dependencia (leve, moderada, severa), el estrés de la persona que cumple el rol de cuidador/a, puede ser mayor o menor, es decir, una persona con **dependencia leve**, genera menor nivel de estrés en el/la cuidador/a, puesto que el/la adulto/a mayor aún conserva un cierto grado de autonomía, más en los casos de **dependencia severa**, los niveles de autonomía son nulos, en este caso se habla de personas mayores postradas o con algún grado de demencia, que genera una dificultad extrema para llevar a cabo actividades de la vida diaria (ABVD) requiriendo de la ayuda de terceras personas, aumentando en este último caso los niveles de estrés, ya que la responsabilidad es mayor. A lo anterior se suman dos agravantes: **Baja experiencia y conocimiento en situaciones similares y el estado de salud de la persona mayor.**

Con respecto a la primera agravante de la baja experiencia y el escaso conocimiento que los/as cuidadores/as tienen en estas situaciones, genera mayores niveles de estrés al no saber cómo actuar y además al no tener las capacidades necesarias para poder enfrentar las nuevas situaciones que se caracterizan por el alto nivel de responsabilidad, un ejemplo de ello es entender que la persona mayor está malhumorado/a o cuando responden de manera descortés a quien cumple el rol de cuidador/a, además de tener la capacidad para pesquisar la aparición de nuevas enfermedades, las cuales al ser tratadas con anticipación pueden controlarse a tiempo y también se da el espacio para que el/la cuidador/a pueda prepararse para entregar la atención adecuada, como también desarrollar una preparación mental para enfrentar la problemática.

En cuanto a la segunda agravante, se establece que el estado de salud de la persona mayor es un elemento que afecta de manera directa en el nivel de estrés de el/la cuidador/a, ya que la figura de éstos/as no solo hace alusión al cuidado de personas mayores con dependencia, también existe la figura que se relaciona más con el acompañamiento y contención, por lo tanto, el que exista una

¹² Fuente: Estudio de Recopilación, Sistematización y Descripción de Información. Estadísticas disponibles sobre Vejez y Envejecimiento en Chile. 2011.

dependencia complica el cuidado, por cuanto, se adquieren responsabilidades específicas como dar en determinado horario los medicamentos, resguardar por la higiene y la correcta alimentación, entre otras, afectándose de esta manera el estrés al cual están sometidos/as.

Es bien sabido que el maltrato físico puede ser detectado por medio de los siguientes signos:

Quemaduras

Bofetadas, golpes, patadas, cachetadas y mordeduras

Encierro

Empujones y zamarreos

Agresiones con objetos

➤ **MALTRATO SOCIETAL**

Dentro de la tipología de maltratos, los/as encuestados/as establecen que el maltrato societal es uno de los que se da en un menor nivel, alcanzando un 5.3%, cifra que deja en evidencia la falta de concientización por parte de éstos y éstas con respecto a este tipo de maltrato, ya que hoy en día es bien sabido que la sociedad es el agente que más discrimina a este grupo etario, lo cual se observa en las calles, en el trato e incluso en los modales frente a la población adulta mayor, entre los que se destacan no dar el asiento, pasar a llevar, ignorarlos/as, obligarlos/as a utilizar las tecnologías para determinados trámites, como por ejemplo efectuar una denuncia e inclusive en el ámbito estructural, en lo que respecta al acceso a los transportes de locomoción colectiva, entre otros.

Uno de los antecedentes proporcionados a través de las entrevistas de gran relevancia, es que los y las jóvenes son quienes más efectúan este tipo de maltrato, puesto que perciben a este grupo etario como un grupo débil, lo cual queda evidenciado en que un 47% piensa que las personas mayores son dependientes, un 38% considera que son enfermizos/as, 42% piensa que son frágiles y finalmente un 50% considera que los/as adultos/as mayores son inactivos/as sexualmente.¹³ Según la documentación obtenida de las personas mayores, dicha percepción juvenil es errónea. A continuación se presentará una cita que ejemplifica lo anterior

¹³ Fuente: Maltrato contra las Personas Mayores: Una mirada desde la realidad chilena. SENAMA. 2013.

“Sí hay un adulto mayor esperando la leche, llegan y pasan por al lado y sobre todo gente joven.”

Entrevistada CESFAM 30 de Marzo, San Antonio.

Actualmente la sociedad no valora a los/as adultos/as mayores, lo cual sumado a las precarias condiciones estructurales, afecta de manera directa a este grupo etario, ya que no se piensa en ellos/as al crear y poner en acción obras públicas, un claro ejemplo de esto es la falta de asientos entre determinados trayectos, lo cual no es percibido por los otros grupos etarios, ya que no presentan mayores dificultades para desplazarse, situación que no es así en las personas mayores, quienes en general a medida que pasan los años van presentando más problemáticas para poder transitar en una ciudad que no está preparada para ellos y ellas, lo cual se fundamenta en el deterioro físico que se va generando de manera progresiva. Es por esto que es necesario que en estos proyectos se incluya el aspecto social, de tal manera que estos respondan a las necesidades de cada uno de los grupos etarios. A continuación se presentará una cita que ejemplifica lo anterior

“Aquí llegan muchos adultos mayores reclamando porque el semáforo del paradero es muy corto y cuando van en la mitad de la calle cambia a rojo para el peatón.”

Entrevistada CESFAM Nueva Aurora, Viña del Mar.

Hoy en día la mayoría de las políticas invierten sus recursos económicos, humanos y materiales en otras áreas y grupos etarios, dejando en segundo plano a los/as adultos/as mayores, es decir, se les deja en una posición de total desprotección, aun así cuando este grupo debiese ser tomado en cuenta como prioridad, en primer lugar por el alza en el número de personas mayores y en segundo lugar por la experiencia que poseen, la cual no debiese ser menoscabada, sin embargo, la contraparte que existe en la actualidad es la desvalorización de la imagen que representan las personas mayores, es decir, no se les ve como sujetos de derecho, solo como personas beneficiarias de recursos.

➤ **ABUSO SEXUAL**

Este tipo de maltrato es el menos abordado por los/as profesionales encuestados/as, alcanzando un 5.3% de abordaje en las instituciones encuestadas, así también es el menos visible, ya que ocurre en el ámbito de lo íntimo y para poder ser detectado se requiere de una denuncia o que la persona mayor afectada reconozca tal abuso. Las maneras de llevar a cabo estas malas prácticas son a través de:

Insinuaciones, caricias, tocaciones y exhibición de genitales

Violación

Según estudio la población mayor declara que el 1.5% sufre acoso, el 1% recibe tocaciones y besos sin consentimiento, 0.8% dice ser obligado/a a realizar un acto sexual sin consentimiento, 0.3% es obligado/a a ver material pornográfico. Cabe destacar que el 78.1% de las personas que realizan este tipo de maltrato bajo las influencias de las drogas y el 21,9% bajo los efectos del alcohol.¹⁴

De acuerdo a la información recolectada se puede mencionar que este tipo de maltrato no se produce por el estrés que sufre el/la cuidador/a, sino que ocurre por múltiples causas, una de las principales según la Teoría Psicopatológica sería una desviación sexual de el/la agresor/a y las características intrapsíquicas de éste/a¹⁵, sin embargo hay ciertas variables que hacen que los/as adultos/as mayores sean más susceptibles de sufrir este tipo de maltrato, como lo es la dependencia, tanto física como psicológica, lo cual produce que la persona no pueda valerse por sí misma y requiera de otro individuo para desarrollarse, lo que genera que estas vulneraciones pasen desapercibidas si es que el agente maltratador es el/la mismo/a cuidador/a, sin embargo también pueden existir abusadores/as fuera del núcleo familiar.

Hay que mencionar que este tipo de maltrato no solo ocurre en Chile, sino que se presenta en diferentes regiones de América. Para ejemplificar lo anterior, se expondrá una noticia de Abuso Sexual hacia un adulto mayor acontecido en México:

¹⁴ Fuente: Maltrato Contra las Personas Mayores: Una Mirada desde la Realidad Chilena. SENAMA.2013.

¹⁵ Fuente: María del Mar Carballo. Centro de Psicología Aplicada: Focorojolog.2015.

“Violan a adulto mayor en Ramos Arizpe:

Ni sus canas respetaron unos sujetos que no conformes con golpear y despojar de sus pertenencias a un adulto mayor lo violaron con un objeto que la víctima no alcanzo a describir, los hechos se registraron en el municipio de Ramos Arizpe.

El afectado de 60 años de edad, y con domicilio en la colonia Analco II, de dicha localidad, informó a los elementos de la Policía Investigadora, que el domingo 17 de julio, a las 06:30 horas, al caminar por el bulevar Díaz Ordaz, con dirección al Puente Peña Alta, fue interceptado por tres sujetos, uno de ellos le pidió la hora, al proporcionárselas el adulto mayor fue amagado con una pistola por uno de los hampones, quitándole su cartera con un aproximado de 800 pesos.

Acto seguido lo forzaron entre los tres y le bajaron los pantalones, el afectado narra en su declaración que sintió que le introdujeron algo vía anal, pero no alcanza a describir de qué objeto se trata.

El hombre de quien se omiten sus generales fue sometido a una cirugía en la clínica 2 del IMSS, para extraerle el cuerpo extraño, el personal médico lo reporta estable.” (Gudiño, 2016)

Análisis integrado:

Para la presente investigación se realizaron entrevistas a profesionales del área social en instituciones de salud y establecimientos municipales, las cuales arrojan como resultado que el maltrato más frecuente es el abandono y negligencia, puesto que, por lo general las personas que acuden a estos establecimientos tienden a ser personas vulneradas, tanto social como económicamente, lo que a la vez genera que las familias no cumplan con su rol de protección hacia este grupo etario, específicamente los/as hijos/as que según el Código Civil son quienes debieran responsabilizarse, caso que probablemente no ocurriría en el sector privado, donde las personas que pueden acudir tienen mayores recursos para pagar establecimientos que velen por el cuidado de los/as adultos/as mayores, por lo cual éstos/as no sufrirían abandono propiamente tal. No obstante, se debe tener en cuenta que las pesquisas podrían variar según las diferentes áreas que abordan las demandas de la población adulta mayor, por lo que irán variando los resultados al respecto, es decir, al cambiar el núcleo de investigación cambiarán también los hallazgos, por ejemplo en la Institución de Carabineros de Chile vs Organizaciones No Gubernamentales.

Otro de los resultados que se vislumbran a raíz de la investigación es la correlación existente entre las dimensiones “**Labor Profesional ante el Maltrato y la Red de Protección hacia las Personas Mayores**”. Estas se vinculan, básicamente, en el aspecto de identificar, que en su quehacer profesional sus acciones se encuentran obstaculizadas por la falta de redes de apoyo con las cuales se pueda trabajar de manera conjunta para alcanzar soluciones integrales que respondan a cada una de las necesidades y problemáticas que se presenten para abordar las temáticas en cuestión. Si bien es cierto existe una red definida en la cual el actuar profesional se puede amparar, ésta no es suficiente para la cantidad de demandas que este grupo etario requiere, dejándolos/as con un alto nivel de desamparo, provocando que los y las profesionales de las distintas instituciones municipales y del área de la salud actúen con los recursos que ellos/as poseen, los cuales son escasos para satisfacer todas sus necesidades, teniendo que recurrir cotidianamente a la autogestión y auto-coordinación para lograr más recursos y nuevas posibilidades de acceso a redes.

La relación de estas dimensiones responde netamente a las prioridades de cada municipio y centro de salud en específico, debido a que en algunas instituciones no se encuentra presente la temática de el/la adulto/a mayor, en

donde su enfoque se centra en otros grupos etarios, como lactante, adolescencia, mujeres, entre otros. Es por esto, que los recursos que posee cada establecimiento son destinados a las prioridades que ellos/as definen en su plan de trabajo.

Si bien es cierto que existen múltiples programas para la población adulta mayor, éstos no tienen especificidad en la temática de maltrato hacia este grupo etario. Por tanto, es necesario mencionar que para atender integralmente a un/a adulto/a mayor se deriva a diversos programas que tienen algún tipo de relación con las problemáticas que ellos/as presentan adaptando estos recursos para intervenir y dar solución a dicha problemática.

Otra relación que se presenta son las dimensiones de **“Opinión Profesional sobre el Maltrato hacia las Personas Mayores y los Tipos de Maltrato hacia las Personas Mayores.”** A raíz de las experiencias que los/as entrevistados/as dieron a conocer se puede establecer que a nivel país falta aún por implementar y avanzar en la temática de la adultez mayor, observando que no existe una Política Pública clara ni un marco legal regulador que sirva de sustento para que los/as profesionales realicen una intervención eficiente en relación a cada tipo de maltrato. Es por esto que hay que entender que el/la adulto/a mayor no es un mero beneficiario/a de servicios, sino que es un sujeto de derecho.

Es por esta razón que es necesario la implementación de un nuevo cuerpo legal en donde se sume el abandono y la negligencia como verdaderos tipos de maltrato, para poder realizar mayores intervenciones con respecto a dicha temática.

V. CAPÍTULO QUINTO: HALLAZGOS Y CONCLUSIONES

Presentación:

El presente documento corresponde al quinto capítulo del Proyecto de Título, el cual tiene por finalidad mostrar los nuevos resultados obtenidos a lo largo de la investigación.

Además se presentará las conclusiones a partir de los ejes temáticos de este proceso, las cuales son:

- Problema de Investigación.
- Objetivos.
- Metodología.
- Políticas Públicas
- Servicio Nacional del Adulto Mayor, Valparaíso
- Programa Buen Trato.
- Trabajo Social y Gerontología Social.

Hallazgos

Uno de los principales hallazgos que las investigadoras identificaron es la ***Falta de formación gerontológica en los/as profesionales del área de salud y municipio que trabajan con la población adulta mayor en relación a la temática de maltrato***, siendo esta formación esencial para el desarrollo de estrategias de intervención que permitirán el correcto desenvolvimiento de las personas mayores en cualquier área que éstos/as participen.

Además es importante destacar que la capacitación de los/as profesionales sobre conocimientos gerontológicos, permite desarrollar nuevas herramientas para la atención de los casos de adultos/as mayores, en los cuales es de suma relevancia llegar a comprender todos los aspectos que afectan a dicha población, para luego realizar un plan de acción que logre vincular todos éstos, generando que la atención entregada hacia este grupo etario, sea de manera integral fortaleciendo los aspectos débiles y logrando mantener los aspectos favorables.

Sin embargo en la práctica, y a raíz de la investigación realizada por las estudiantes, se observó que los/as profesionales, no poseen conocimientos acabados sobre Gerontología Social, provocando que tanto la intervención como la atención hacia la población adulta mayor se vea mermada, ya que solo poseen conocimientos básicos que en la mayoría de los casos no es suficiente para la intervención y atención integral.

Aquellos conocimientos gerontológicos que son necesarios para que un/a profesional pueda desarrollar su labor son los siguientes¹⁶:

- Conocimientos de los síndromes geriátricos más frecuentes: como lo son la demencia, el deterioro cognitivo, incontinencia urinaria, caídas, entre otros.
- Conocimientos sobre los trastornos mentales en la vejez: como ansiedad, depresión, trastornos psicóticos, entre otros.
- Conocimientos de psicofármacos utilizados: antidepresivos, ansiolíticos, neurolépticos, entre otros.
- Conocimiento sobre el acompañamiento a la muerte.

¹⁶ Información recopilada en sitio web: http://www.psiara.cat/view_article.asp?id=4223

- Conocimiento de lo Social: El cual se enfoca en los cambios relativos a los roles individuales y su relación con lo cultural, además de realizar estudios poblacionales en relación a este grupo etario.
- Conocimientos del envejecimiento activo: Rowe y Kahn mencionan tres elementos, **baja probabilidad de padecer enfermedades y discapacidades asociadas a ellas; Una capacidad funcional alta**, tanto desde el punto de vista físico como cognitivo; **Una implicación activa en la vida** (relaciones interpersonales y realización de actividades productivas).

Estos no son los únicos elementos, también se encuentran los factores del envejecimiento activo los cuáles son los siguientes:

- Realizar ejercicio físico regularmente
- Realizar actividades de tipo intelectual
- Alimentación
- Relaciones sociales
- Afectividad/sexualidad
- Participación en la sociedad

Cabe mencionar que dentro de esta disciplina existen algunos lineamientos que se deben seguir, con el objetivo de brindar una mirada global de la vejez. Estos lineamientos son:

- Dar una valorización social a la vejez, generando mayor conciencia en la sociedad.
- Entregar conocimientos a otros/as profesionales en relación a la temática de vivienda, para que éstas sean adecuadas para la habitabilidad de los/as adultos/as mayores.
- Trabajar en las relaciones familiares y los conceptos del envejecimiento.
- Intervenir en el mejoramiento de la calidad de vida de los/as adultos/as mayores.

Otro de los hallazgos identificados en el proceso de investigación consiste en la falta de voluntad política para abordar las problemáticas de la población adulta mayor, lo cual repercute en los proyectos que surgen, ya que, para que éstos se lleven a cabo deben haber recursos y espacios que sean aprobados por las autoridades, frente a esto es preciso señalar que la población adulta mayor no forma parte de las prioridades nacionales, por lo cual es dificultoso que asignen

recursos para este grupo etario, lo que complica las respectivas intervenciones que se deban realizar, generando a la vez inestabilidad en los/as profesionales que trabajan en dichos proyectos, debido a que no saben si el siguiente año le asignarán recursos para seguir trabajando, tal y como es el caso del programa piloto OPDAM, San Antonio, el cual cesará sus funciones a partir del año 2017, debido a que ya no se destinarán recursos para el funcionamiento de éste, lo cual generará una gran pérdida en la prevención y atención de vulneraciones de derechos de las personas mayores, lo cual se trabajaba en articulación con el gobierno local, los dispositivos territoriales y comunitarios.

En resumen en la actualidad hay muchos proyectos de profesionales y de instituciones que buscan en su acción, valorar y dar atención a los/as adultos/as mayores y sus demandas, sin embargo no se logran concretizar, ya que existe una falta de voluntad política, la cual es necesaria para que muchos de estos proyectos se puedan llevar a cabo, puesto que para ello se requiere de una autorización y de recursos que amparen el proceder de éstos, por tanto, ya no solo existe una problemática social, en cuanto a la falta de concientización, sino que también la política constituye una piedra de tope, sobre la cual se debe trabajar, para generar espacios de avance y mejora en la temática.

Lo expuesto anteriormente da cuenta de un panorama negativo para la población adulta mayor, es por ello que se debe comenzar a trabajar de manera consciente sobre las demandas de este grupo, para reducir los obstáculos y limitaciones tanto en el trabajo y como en proyectos sobre esta temática.

Conclusiones

1. Problema de Investigación

“Escasez de estrategias para la atención e intervención en las instituciones que abordan el maltrato hacia la población adulta mayor, en la región de Valparaíso”.

Esta investigación surge a raíz de la escasez de estrategias transversales para la atención e intervención de la población adulta mayor en relación al maltrato, debido a que como país se les da prioridad a otras temáticas y otros grupos etarios, disminuyendo así los recursos y los espacios para poder investigar, intervenir y generar nuevas propuestas en relación a el/la adulto/a mayor.

Si a nivel nacional no existe la voluntad para crear estrategias de intervención y atención a el/la adulto/a mayor, SENAMA por su parte tampoco realiza acciones para que esta situación mejore, debido a los escasos recursos que éstos poseen, tanto económico como humano. Esto se puede relacionar directamente con el bajo nivel de comunicación de SENAMA como entidad coordinadora para con las demás instituciones que trabajan con el/la adulto/a mayor, repercutiendo así la intervención de éstas, de manera que los/as profesionales se ven sobrecargados/as en sus labores estableciendo en ocasiones soluciones temporales, debido a la urgencia en la atención de casos de forma inmediata, lo que genera una acumulación extra en sus tareas al no poder dar soluciones efectivas para que así el problema sea erradicado de raíz.

Debido a los pocos espacios que tienen los/as profesionales para reflexionar acerca de lo que han realizado, se van perdiendo los recursos, herramientas, y conocimientos, adquiridos durante la intervención, no pudiendo generarse la retroalimentación correspondiente entre el equipo multidisciplinario, puesto que éstos trabajan de manera aislada, careciendo de una mirada integral.

2. Objetivos

OBJETIVO GENERAL N°1:

“Elaborar un diseño de estrategias para la atención e intervención en las instituciones del área de salud y/o municipales que abordan el maltrato hacia la población adulta mayor, en la región de Valparaíso”.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Recopilar **información y experiencias** provenientes del equipo de trabajo de las instituciones municipales vinculadas al maltrato hacia la población Adulta Mayor, en la región de Valparaíso.

Recopilar **información y experiencias** provenientes del equipo de trabajo del área de salud vinculada al maltrato hacia la población Adulta Mayor, en la región de Valparaíso.

El cumplimiento de estos dos objetivos específicos se lograron a cabalidad, ya que, se contactó a toda la red de municipio y salud, sin embargo solo algunos de ellos estuvieron dispuestos a colaborar en el proceso de encuesta y con un porcentaje menor se realizaron entrevistas. Cabe destacar que si bien se llevaron a cabo un promedio de 13 entrevistas, la información obtenida fue suficiente para realizar el Manual de Estrategias Gerontológicas para Detectar el Maltrato en la Población Adulta Mayor, debido a que se comprobó en terreno que existía saturación temática respecto al problema de investigación.

Analizar la información y experiencias recopiladas con respecto al maltrato hacia la población Adulta Mayor, en la región de Valparaíso.

Posteriormente a la recopilación de información y la obtención de resultados, se procedió a categorizar los datos para luego analizarlos y desde este proceso adquirir las ideas centrales para la elaboración del instrumento que contiene las estrategias, lo que permitió que se lograra este objetivo específico.

Presentar al equipo de trabajo del Servicio Nacional del Adulto Mayor el diseño de estrategias para la atención e intervención en las instituciones del área de salud y/o corporaciones municipales que abordan el maltrato hacia la población adulta mayor, en la región de Valparaíso.

Este último objetivo específico quedará pendiente, debido a falta de coordinación en los tiempos de las estudiantes investigadoras y el Servicio Nacional del Adulto Mayor, sin embargo, se genera un compromiso de realizar la presentación posteriormente.

En resumen por lógica lineal al lograr los tres primeros objetivos específicos se cumple con el objetivo general de realizar un manual que contenga un conjunto de estrategias para atender e intervenir el maltrato hacia la población adulta mayor en la región de Valparaíso. Cabe considerar que el no cumplimiento del cuarto y último objetivo específico, no influye en el logro del objetivo general, ya que, el instrumento se lleva a cabo, sin embargo solo falta su difusión.

3. Metodología

Según la percepción de las estudiantes investigadoras se concluye que la metodología de carácter cuantitativo y cualitativo fue la adecuada, producto que la primera permite obtener información objetiva y gráfica respecto a las cifras relevantes que envuelven a la problemática, y en complementación de lo anterior la segunda metodología entrega la mirada subjetiva de los/as profesionales, a través de la entrevista semi-estructurada, que permite recabar información importante que queda invisibilizada en los instrumentos cuantitativos, completando los vacíos generados por la primera metodología.

4. Políticas Públicas

Se considera que la política Chilena está al debe con la población adulta mayor, ya que aún no existen leyes que favorezcan a este grupo etario de manera integral, lo que queda evidenciado en que si bien el cambio demográfico se ha presentado desde siempre, un fenómeno relevante es el aumento de la población adulta mayor que viene ocurriendo hace algún tiempo, sin embargo solo hace unos años se ha empezado a trabajar en la convención de los Derechos Humanos de este grupo etario en Chile, siendo esta convención junto con la política integral de envejecimiento, las únicas específicas de la adultez mayor, sin embargo estas no son de conocimiento total de los/as profesionales, por lo tanto se ha dejado de lado su implementación.

Por otro lado la Política Integral de Envejecimiento Positivo da énfasis a que los/as adultos/as mayores son sujetos de derecho, otorgándoles una mirada positiva, tratando de disminuir los aspectos negativos de la vejez, ya que, se vuelve dificultoso erradicarlos por completo, sin embargo es preciso señalar que la Política Integral les da un espacio a este grupo etario para su participación y desenvolvimiento como sujetos de derecho en la sociedad.

Todo lo anterior genera que no exista una secuencia lógica entre las necesidades reales de este grupo etario y las resoluciones que debe desarrollar el Estado, representado en el Ministerio de Desarrollo Social, SENAMA y las instituciones que trabajan con este grupo etario, por tanto y en resumen, si el Estado no asigna real relevancia a la situación demográfica que presenta el país,

no distribuirá los recursos necesarios para trabajar en las temáticas propias de cada área y grupo etario, por lo que SENAMA como institución oficial se ve afectado y por ello, esto repercute en las acciones que éste pueda realizar, generando como consecuencias que las instituciones actúen ante las problemáticas y necesidades de acuerdo a sus medios y capacidades, dejándolas a la deriva, lo cual se evidencia en los relatos emitidos por los/as profesionales entrevistados/as, que dan cuenta de la falta de comunicación entre los sistemas macro y micro, identificando esto como una de las dificultades principales.

5. Servicio Nacional del Adulto Mayor, Valparaíso

Esta institución actualmente presenta una serie de limitaciones para poder accionar ante las distintas necesidades y problemáticas de la población adulta mayor con total libertad y de acuerdo a sus intereses, lo cual se encuentra fundamentado en la escasez de recursos asignados para cada uno de sus programas, además de llevar a cabo una serie de funciones y roles que como coordinación regional no le corresponde realizar, como por ejemplo la intervención directa de casos, lo que genera una sobrecarga de trabajo en los y las profesionales, y con ello que dejen de lado aquellas actividades que sí corresponden, produciéndose una prolongación de éstas e incrementando así el tiempo de resolución de las distintas problemáticas que se presentan.

Una de las problemáticas más esenciales de resolver a corto plazo es la creación de más Establecimientos de Larga Estadía, para de esta manera colaborar con las familias que no pueden hacerse cargo de manera íntegra de el/la adulto/a mayor que tiene bajo su responsabilidad.

De acuerdo a la información recopilada en el proceso de investigación y específicamente por medio de las entrevistas, la idea expuesta anteriormente es claramente expresada por los y las profesionales, siendo la mayoría quienes aluden a que SENAMA no ha estado presente en lo que respecta al apoyo y orientación durante los procesos de intervención, produciéndose un quiebre en las relaciones lo que repercute en los canales de comunicación, lo cual es esencial para las instituciones que trabajan con el/la adulto/a mayor, puesto que perciben que ésta no está cumpliendo con su rol como institución macro y además comentan que es la misma institución quien impone límites a los y las profesionales, cuando éstos recurren a ella en busca de orientación para las intervenciones de mayor complejidad. Es a partir de lo anterior que se estima que

SENAMA debiese redefinir de manera clara los lineamientos de acción a los cuales se adscribe, de manera tal que las instituciones que colaboran con ésta puedan tener claridad respecto a cuáles son los espacios y temáticas frente a los cuales los y las profesionales pueden recurrir a SENAMA, para de esta forma generar una intervención eficaz, y así también evitar una sobrecarga del sistema.

6. Programa Buen Trato

El Servicio Nacional del Adulto Mayor presenta una serie de programas que tienen por finalidad abordar distintas áreas de intervención de este grupo etario, sin embargo, el programa Buen Trato es uno de los que tiene menor alcance, así también es el principal frente a la temática de maltrato, puesto que es parte de su objetivo prevenirlo a través de una serie de estrategias de promoción de derechos. De acuerdo al proceso de investigación llevado a cabo, en donde queda claramente evidenciado que el maltrato es una problemática que con el tiempo se ha ido visibilizando y aumentando, frente a la cual no existen lineamientos de acción claros, se estima necesario y de extrema urgencia que cada municipio trabaje de manera directa con este programa, de tal manera de bajar la problemática a cada comuna, reduciendo la sobrecarga de los y las profesionales que integran SENAMA.

Para lo anterior es relevante que los recursos asignados a este programa se distribuyan de manera equitativa, con la finalidad de que existan medios para la promoción de los derechos, pero también para prevenir e intervenir en los casos de maltrato. Otro aspecto clave para un buen desempeño del programa es la importancia de clarificar cuáles son los lineamientos de acción que éste tiene en particular, es decir, **atención, gestión, coordinación de casos y por último consultas de maltrato**, de tal manera que existan límites ante todas las situaciones en donde esté en juego el trato de la persona mayor, evitando así un mal uso del programa y una sobrecarga de las temáticas que aborda.

7. Trabajo Social y Gerontología Social

Con el aumento de la población adulta mayor, también han aumentado los casos de maltrato hacia este grupo etario, lo cual se fundamenta en el incremento de los niveles de dependencia al cual se ve enfrentada la persona mayor, cobrando gran relevancia el rol de el/la Trabajador/a Social ante este escenario, en donde la formación académica de éstos/as ayuda a intervenir en las diversas

áreas en las cuales el/la adulto/a mayor se desempeña, ya que entregan múltiples herramientas.

Hoy en día el trabajo con la población adulta mayor, constituye un lineamiento de especialización para los y las profesionales, lo cual se debe al cambio sociodemográfico que afecta en la actualidad al mundo, requiriendo por tanto de un desempeño especial para intervenir con este grupo etario, entendiendo que sus necesidades y problemáticas son distintas a las de otros grupos, generando por tanto que para trabajar con el/la adulto/a mayor se requiera de un conjunto especializado de herramientas, capacidades, conocimientos y habilidades, esta rama de trabajo se conoce como Gerontología Social, entendida como la ciencia que estudia el envejecimiento de la población, tomando en cuenta la fisiología del individuo, la calidad de vida, la participación y la economía.

A pesar de que la población adulta mayor en Chile se encuentra desvalorizada y por tanto invisibilizada, el hecho de que exista una ciencia que se dedique en específico a abordar las diferentes dimensiones presentes en este grupo etario, deja en evidencia que existen avances que pueden generar cambios importantes a nivel Bio-Psicosocial. Aun así es relevante considerar que todavía hay muchas deficiencias, siendo por este motivo esencial que el/la Trabajador/a Social se especialice, de tal manera de aportar y disminuir éstas.

Un rol importante que juega el/la Trabajador/a Social es ser interlocutor/a entre las personas afectadas y las instituciones a las que acuden, debido a que pueden presenciar las necesidades de la población y a la vez conocen los recursos con los que se cuenta para atender a éstas, permitiendo así realizar análisis FODA para así tener una visión más amplia respecto al tema. De esta forma los/as Trabajadores/as Sociales se vuelven fundamentales al momento de la creación de Políticas Públicas, puesto que conocen la realidad y cómo intervenir en ella.

Conclusión final

Si bien es cierto Chile vive bajo los fundamentos de la democracia, esto no se ha reflejado en la población adulta mayor, debido a que no se dan los espacios necesarios para la participación social de éstos/as, producto de su invisibilización, la cual trae consigo que este grupo etario no haga valer sus derechos, dejándolos/as en una situación de menoscabo en relación a los otros grupos que conforman la sociedad. Lo anterior se debe al escaso acceso que tienen los/as

adultos/as mayores a tecnologías que les facilite información sobre las garantías que estos/as poseen, lo que conlleva que ellos/as mismos/as no sean los/as portavoces en la temática de la adultez mayor y de los verdaderos cambios a nivel nacional. Por ejemplo con respecto a la no denuncia frente a una situación de maltrato, es necesario desarrollar diversos talleres o capacitaciones, educando así a el/la adulto/a mayor con el fin de que puedan discernir qué es lo que conlleva el maltrato y que deben actuar frente a esta vulneración, conociendo así los lineamientos a seguir, sintiéndose protegidos/as, rompiendo la barrera del miedo, principalmente a las represalias, quedando esto último bajo la responsabilidad de los/as profesionales, los/as cuales son los/as encargados/as de entregarles la contención y seguridad que ellos/as requieren.

Con respecto a lo anterior, los/as profesionales, carecen de conocimientos vinculados a los derechos de este grupo etario, cayendo en faltas relevantes, minorizando las capacidades que tiene la población adulta mayor, según la información recabada en la investigación.

Otro punto importante es el desconocimiento que la sociedad posee sobre la institución SENAMA, producto a la escasa información y difusión con respecto al organismo y las funciones de éste. Además cabe destacar que los programas que imparte SENAMA, específicamente turismo, recreación, deporte y concursos públicos, están dirigidos hacia los/as adultos/as mayores activos/as, restando importancia a aquellos/as adultos/as mayores inactivos/as y/o con algún tipo de dependencia severa. Lo anterior se puede explicar por la distribución de recursos, la cual es mayor para estos programas.

Para finalizar cabe destacar que la concientización y sensibilización de la sociedad con respecto a los/as adultos/as mayores, son un aspecto relevante para poder generar cambios en la materia de las demandas de este grupo etario, ya que, actualmente no se le da una real importancia, lo que se evidencia en los pocos avances que se han vislumbrado a nivel de sociedad.

Bibliografía

- Agorafobia. (s.f.). *Agorafobia*. Obtenido de Técnicas de intervención vagal :
http://agorafobia.webcindario.com/tecnica_vagaL.txt
- Armas, K. C. (2013). *El Maltrato en el Anciano*. Universidad de Cantabria.
- Bligoo. (s.f.). *Medición del Comportamiento Organizacional*. Obtenido de
<http://mediciondecomportamientoorganizacional.bligoo.com.co/enfoque-mixto-o-multimodal>
- Blogger. (23 de Noviembre de 2016). *Hijos abusadores con sus padres ancianos*. Obtenido de <http://sonypozo1.blogspot.cl/p/hijos-abusadores-con-sus-padres.html>
- Código Civil, Chile. (26 de Octubre de 1998). *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile*. Obtenido de Ley 19.585:
<http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=126366>
- Cohen y Franco. (1988). *Técnicas*.
- Conceptos de Sociología*. (s.f.). Obtenido de
<http://intercentres.edu.gva.es/ieslesdunes/scripts/materiales/7/CONCEPTO%20DE%20SOCIOLOG%C3%8DA.pdf>
- Definiciones ABC. (31 de Mayo de 2016). *Definiciones ABC*. Obtenido de Definición de Red Social: <http://www.definicionabc.com/social/red-social.php>
- Departamento de Salud y Servicios Humanos, la Oficina para la salud de la Mujer. (s.f.). *Womenshealth*. Obtenido de
<http://www.womenshealth.gov/espanol/publicaciones/nuestras-publicaciones/hojas-datos/estres-del-cuidador.html>
- Domínguez, F. C. (2009). Criterios de Inclusión y Exclusión. En M. L. Avina, *Protocolo de Investigación* (pág. 1).
- Edukavital. (s.f.). *Blogspot*. Obtenido de
<http://edukavital.blogspot.cl/2013/03/adulto-mayor.html>
- El Departamento de Salud y Servicios Humanos, La Oficina para la Salud de la Mujer. (s.f.). *Estrés del Cuidador*.
- EUROPEAN COMMISSION . (2005).

Explorable. (22 de Mayo de 2016). Obtenido de Investigación Cualitativa y Cuantitativa: <https://explorable.com/es/investigacion-cuantitativa-y-cualitativa>

Flores, E., Rivas, E., & Seguel., F. (2012). *Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa*. Obtenido de scielo: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v18n1/art_04.pdf

Forttes, A. (s.f.). Introducción a la Gerontología Social.

García Aldama, Z. P., & Medina Restrepo, P. (2009). *Caracterización del Maltrato al Adulto Mayor, denunciando en los años 2006 y 2007 en las comisarías de familia de las localidades de Usaquén y Rafael Uribe Uribe de la ciudad de Bogotá D.C*. Bogotá: Universidad de San Buenaventura: Programa de Gerontología.

García Peña, J. J. (2009). Diseño Metodológico. En *Diseño Metodológico* (pág. 01).

García Romero, B. C. (2011). En B. C. Romero, *Estudio cualitativo del perfil del cuidador primario, sus estilos de afrontamiento y el vínculo afectivo con el enfermo oncológico infantil* (pág. 40). Barcelona.

González, F., Massad, C., & Lavanderos, F. (s.f.). *Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores*. Santiago: SENAMA.

Gudiño, A. (19 de JULIO de 2016). El Diario de Coahuila. Coahuila, Zaragoza, Mexico.

Hernández, A. (19 de Marzo de 2014). *La Teoría del Roles*. Obtenido de <https://prezi.com/4x5hhaghifvo/la-teoria-del-rol/>

Hospitales Nisa. (s.f.). *Hospitales Nisa, Servicio de Neurorehabilitación*. Obtenido de Síndrome del Cuidador: Cómo cuidar al que Cuida: <http://www.neurorhb.com/blog-dano-cerebral/sindrome-del-cuidador-como-cuidar-al-que-cuida/>

Larbán Vera, J. (2009). La crisis psicológica del cuidador profesional. En J. L. Vera, *Ser cuidador; El ejercicio de cuidar* (pág. 68). Ibiza.

Maroto, E. M., & Cáceres, R. C. (s.f.). Teorías Psicosociales del Envejecimiento.

Mena, A., Molina, H., Vega, K., & Mieres, C. (2016).

- Monini, M. (s.f.). *Maria Monini Psicóloga*. Obtenido de Respiración controlada:
<http://mariamonini.com/respiracio-controlada/?lang=es>
- Mundo Descargas. (31 de mayo de 2016). *Estadísticas*. Obtenido de Mundo Descargas: http://www.mundodescargas.com/apuntes-trabajos/matematicas/decargar_estadistica.pdf
- Noreña, A. L., Alcaraz-Moreno, N., Rojas, J. G., & Malpica, D. R. (11 de Septiembre de 2012). *Universidad de la Sabana, AQUICHAN*. Obtenido de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1824/html>
- Organización de los Estados Americanos. (15 de Junio de 2015). *Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*. Obtenido de http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp
- Organización mundial de la salud. (2003).
- Pastén, F. (2008). *Metodología de la investigación social*. Valparaíso: EDEVAL.
- Perspectiva Transgeneracional. (s.f.).
- Platas, M. G. (s.f.). *Neurodidacta*. Obtenido de <http://www.neurodidacta.es/es/comunidades-tematicas/esclerosis/esclerosis-multiple/calidad-vida-esclerosis-multiple/definician>
- Psicología Online. (s.f.). *PSicología Online*. Obtenido de Técnica de Visualización: <http://www.psicologia-online.com/autoayuda/estres-ansiedad/tecnica-de-visualizacion.html>
- Schultz. (s.f.). *Psicología Online*. Obtenido de El entrenamiento autógeno de schultz: <http://www.psicologia-online.com/autoayuda/relaxs/autogeno.htm>
- Selltiz, C., & otros, M. J. (1970). *“Métodos de investigación en las relaciones sociales”*. Madrid: RIALP.
- SENAMA. (2005). Definición y Tipificación del Maltrato al Adulto Mayor en Chile. 2.
- SENAMA. (2012). Cómo prevenir y enfrentar el maltrato al adulto mayor. *Cartilla de prevención y atención*, 5.

- Servicio Nacional de Adultos Mayores. (06 de Noviembre de 2013). *Cuadernillo temático N° 3*. Obtenido de Maltrato contra las personas mayores: Una mirada desde la realidad Chilena:
<http://l.facebook.com/l.php?u=http%3A%2F%2Fwww.flacsochile.org%2Fwp-content%2Fuploads%2F2013%2F11%2FSENAMA-Cuadernillo3-CAMBIOS-6-de-noviembre-2013.pdf&h=rAQFfZ5E1>
- Servicio Nacional del Adulto Mayor. (2005). Definición y Tipificación del Maltrato al Adulto Mayor en Chile. *Definición y Tipificación del Maltrato al Adulto Mayor en Chile*, 3.
- Servicio Nacional del Adulto Mayor. (2009). Situación, Avances y Desafíos del envejecimiento y la vejez. *Las Personas Mayores en Chile*, 9.
- Servicio Nacional del Adulto Mayor. (2009). Situaciones, Avances y Desafíos del envejecimiento y la vejez. *Las Personas Mayores en Chile*, 10.
- Servicio Nacional del Adulto Mayor. (15 de junio de 2011). SENAMA. Obtenido de SENAMA: http://www.senama.cl/n3710_15-06-2011.html
- Servicio Nacional del Adulto Mayor. (2012). Cómo prevenir y enfrentar el maltrato al adulto mayor . *Cartilla de prevención y atención* , 5.
- Servicio Nacional del Adulto Mayor. (2012). Guía de prevención del maltrato a las personas mayores. 8.
- Sirlin, C. (8 de Noviembre de 2016). *Redes de Apoyo para Adultos Mayores*. Obtenido de <http://www.bps.gub.uy/bps/file/1719/1/redes-de-apoyo-para-adultos-mayores.-c.-sirlin.pdf>
- Sirlin, C. (s.f.). VIOLENCIA, MALTRATO Y ABUSO EN LA VEJEZ . *Una realidad oculta, una cuestión de derechos*, 5.
- Steele Britton, h. (2010). *Prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador en cuidadores informales de pacientes del Hospital diurno del Hospital Nacional Psiquiátrico durante los meses de octubre y noviembre de 2009*. San José, Costa Rica: Universidad Rodrigo Facio.
- The Free Dictionary. (2007). *Diccionario Manual de la Lengua Española*. Obtenido de <http://es.thefreedictionary.com/muestra>

- Universidad de Almería. (s.f.). *UAL*. Obtenido de Programa autoaplicado para el control de la ansiedad ante los exámenes:
<http://www.ual.es/Universidad/GabPrensa/controlexamenes/pdfs/capitulo08.pdf>
- VariEduca. (s.f.). *VariEduca*. Recuperado el 7 de Junio de 2016, de Investigación Descriptiva: <http://varieduca.jimdo.com/art%C3%ADculos-de-inter%C3%A9s/la-investigacion-descriptiva/>
- Vázquez-García, C., Esperón, R., & González-Losa, M. d. (2013). Síndrome de Burnout en cuidadores de adultos mayores que trabajan en casas de asistencia social. *RIC*, 511.
- Villamar Pinargote, R. C. (2014). *Presencia del "Síndrome del Cuidador" en cuidadores de pacientes con esquizofrenia ingresados en el instituto de neurociencias de la JBG*. Guayaquil, Ecuador.

Linkografía

- http://www.ine.cl/canales/sala_prensa/noticias/2007/septiembre/boletin/ine_adulto_mayor.pdf
- <http://envejecimientoactivo2012.net/Menu29.aspx>
- <http://adultomayormaipu.blogspot.cl/2008/09/deberes-y-derechos-del-adulto-m>
- <http://www.academiaparlamentaria.cl/Archivo.aspx?idArchivo=242>
- <http://adultomayorchile.blogspot.cl/2009/03/adulto-mayor-chilebeneficios-para-el.html>
- <http://eperu.mrecic.gov.ar/en/node/7927>
- <http://1adultomayor.blogspot.cl/2012/06/dia-internacional-contra-el-abuso-y.html>
- http://www.institutodelenvejecimiento.cl/upload_img/adultomayor_casen_2011.pdf

VI. ANEXOS

Entrevista A Profesionales De La Red De Protección Del Adulto

Mayor

- **Nombre de el/la Profesional:**
- **Fecha:**

- 1.- ¿Usted nos podría señalar cuál es el cargo y las funciones que desempeña en la institución?
- 2.- ¿Cuánto tiempo lleva desempeñando dichas funciones en la institución?
- 3.- ¿Usted conoce la política integral de envejecimiento positivo?
- 4.- ¿Qué aportes/cambios realizaría a esta política pública?
- 5.- ¿Cuál es su opinión sobre los derechos de la población adulta mayor en Chile?
- 6.- ¿Cuál es su percepción respecto de cómo Chile aborda la temática de maltrato hacia el adulto mayor?
- 7.- En su institución ¿Cómo se aborda la temática de maltrato hacia la población adulta mayor?
- 8.- ¿Cuántos profesionales conforman el equipo de trabajo que aborda la temática de maltrato hacia la población adulta mayor?
- 9.- ¿Cuáles son los lineamientos de acción que ustedes utilizan para trabajar los diferentes tipos de maltrato?
- 10.- ¿Cuáles son las estrategias que se utilizan para abordar los tipos maltratos que se presentan en la comuna?
- 11.- ¿Cuáles son las redes de apoyo con las que cuenta la institución para abordar la temática de maltrato?
- 12.- ¿Podría relatarnos su experiencia abordando la temática de maltrato en la institución?
- 13.- ¿Cuáles han sido las dificultades que se han presentado en su ejercicio profesional, al abordar la temática de maltrato en la población adulta mayor?
- 14.- A raíz de su experiencia en ésta temática, ¿Qué plan de acción sugiere para trabajar en conjunto con SENAMA?

15.- Según su perspectiva, ¿Qué estrategias debe tener el plan de acción, para abordar la temática de maltrato?

Encuesta Temática: Maltrato en el Adulto Mayor.

Servicio Nacional del Adulto Mayor

1.- *Nombre completo*

2.- *Nombre de la institución a la cual pertenece*

3.- *¿Considera que es relevante abordar la temática de maltrato hacia la población adulta mayor?*

Si

No

4.- *¿Considera que a nivel nacional se cuenta con la información necesaria para abordar la temática de maltrato hacia la población adulta mayor?*

Si

No

5.- *En su institución ¿Se aborda la problemática de maltrato hacia la población adulta mayor?*

Si

No

6.- *Si su respuesta anterior fue afirmativa ¿Qué tipo de intervención se realiza? (Puede marcar más de una opción)*

Promoción

Prevención

Atención Judicial

Atención Social

Otro

7.- Si su respuesta fue afirmativa en la pregunta N° 5 ¿Qué tipo de maltrato es el que aborda con mayor frecuencia en su institución? (Puede marcar más de una opción)

- Maltrato Físico
- Maltrato Psicológico
- Abuso Sexual
- Abuso Patrimonial o Económico
- Negligencia
- Abandono
- Maltrato Societal o Estructural

8.- En su ejercicio profesional ¿Se identifica quién/es es/son el/los principales sujetos y/o instituciones que generan maltrato hacia la población adulta mayor? (puede marcar más de una opción)

- Familia
- Instituciones
- Estructura Social
- Cuidadores
- Otro

9.- ¿Cuáles son las dificultades que se presentan para abordar la temática del maltrato hacia la población adulta mayor a nivel institucional? (Puede marcar más de una opción)

- Recursos
- Falta de Capacitación en los/as profesionales
- No es prioridad institucional
- Falta de redes
- Otro

10.- Al tomar conocimiento de algún tipo de maltrato hacia el/la adulta mayor ¿La institución cuenta con un plan de acción?

- Si
 No

11.- Si su respuesta anterior fue afirmativa ¿Qué plan de acción llevan a cabo?
(Puede marcar más de una opción)

- Protocolo de derivación
 Flujograma
 Otro

12.- ¿Estaría dispuesto/a a contribuir en la elaboración de un diseño de estrategias para abordar la temática del buen trato hacia la población adulta mayor?

- Si
 No

13.- Sugerencias para abordar la temática del maltrato

Fecha de término: hasta 04 de julio 2016.

Manual de Estrategias

Gerontológicas para Detectar el

Maltrato en la Población Adulta

Mayor.