"Estudio de las causas de inserción de los Adultos Mayores autovalentes a establecimientos de larga estadía: Una experiencia en la Comuna de Viña Del Mar, Quilpue y Casablanca"

Seminario de Título para optar al Grado Académico de Licenciado en Trabajo Social y al Título Profesional de Asistente Social.

Profesora Guía: Sra. Marta Bustos

Alumnas: Letizia Gaete Jiménez
Natalia Olivos Providel

-2008-

ÍNDICE GENERAL

1. Presentación General…….. 1
2. Contextualización de la Experiencia…… 4
3. Marco de Referencia……... 16
4. Diseño de la Investigación …… 62
5. Análisis y Resultados …… 76
6. Conclusiones y Sugerencia…… 121
7. Bibliografía…….. 134
8. Anexos…… 138
9. Transcripción de Instrumento de recolección de datos. CD-ROOM

ÍNDICE DE GRAFICOS

Grafico 1: Pirámide de Envejecimiento…… 6

Grafico 2: Proyección del Envejecimiento 2000-2020…… 20

Grafico 3: Sexo del adulto mayor…….. 87

Grafico 4: Edad del adulto mayor…… 88

Grafico 5: Estado civil del adulto mayor …… 88

Grafico 6: Ingreso económico del adulto mayor antes de ingresar al establecimiento …… 89

Grafico 7: Tipo de familia con que vivía el adulto mayor antes de ingresar al establecimiento …… 91

Grafico 8: Presencia de enfermedad …… 92

Grafico 9: Apoyo económico de los familiares del adulto mayor…. 93

Grafico 10: Apoyo afectivo de los familiares o amigos…… 94

Grafico 11: Participación del adulto mayor en actividades sociales antes de ingresar al establecimiento …… 94

Grafico 12: Comodidad con grupo de pares …….. 95

Grafico 13: Sentimiento de discriminación o rechazo …… 96

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Establecimientos de Larga Estadía …… 80

Tabla 2: Tabla Comparativa de Hogares con fines de lucro y de Beneficencia…….. 119

PRESENTACIÓN GENERAL

El escenario a nivel mundial y nacional esta marcado por fuertes transformaciones que están directamente relacionadas con el envejecimiento demográfico, el aumento de la expectativa de vida de los chilenos y chilenas y el progresivo aumento de personas mayores de 65 años y más.

Esta situación trae consigo una serie se consecuencias que afecta a uno de los sectores de mayor riesgo social y vulneración que son los adultos mayores. A través de muchos años se ha tratado a nivel mundial de poner en el tapete esta problemática, focalizando los estudios y acuerdos en instaurar políticas que protejan los derechos de los adultos mayores y que estos no sean vulnerados en diversas situaciones.

Esta situación tiene directa relación con un aumento en las demandas de atención especializada; políticas y programa que propendan por la integración y participación de los adultos mayores con su entorno y sus pares; aumento de centros o establecimientos que presenten servicios de ayuda y cuidado. Considerando que los adultos mayores poseen diversos perfiles relacionados con el nivel de funcionalidad, pasando de la autovalencia, dependencia y postrados.

Es en este escenario donde el grupo familiar cumple un rol primordial, ya que es esta la única que puede prestar los servicios y afectos necesarios para el desarrollo positivo de los adultos mayores. Pero la transformación de la estructura familiar trae consigo una serie cambios que afectan directamente a población adulta, estos son:

- Disminución de personas entre los 15 y 60 años de edad
- Participación femenina en mercado laboral
- Existencia de una segregación familiar (divorcio, migración de integrantes del grupo familiar a otras ciudades o países, etc.)

Considerando que la familia es aún la principal proveedora de cuidados para los Mayores, la salida de la mujer al espacio laboral y social, y otros

cambios, incluido el incremento de los divorcios, la salida de los hijos a otras ciudades o países, son factores que contribuyen al aislamiento y a la soledad de los adultos mayores

Por consecuencia de esto, el cuidado de los adultos mayores se ve alterado y estos queden en una situación de desamparo, ya que el número potencial de cuidadores de personas mayores va descendiendo. Como efecto de esta realidad los adultos mayores deben acudir a temprana edad y sin considerar el nivel de funcionalidad a instituciones externas que presenten servicios especificados.

Estas instituciones son los establecimiento de larga estadía que son" aquellos en que residen Adultos Mayores que, por motivos biológicos, psicológicos o sociales, requieren de un medio ambiente protegido y cuidados diferenciados para la manutención de su salud y funcionalidad, el cual cuenta con autorización para funcionar en esa calidad otorgada por la Secretaría Regional Ministerial de Salud competente del lugar en que se encuentra ubicado"[1].

Es en esta concepción se hace referencia a que estos establecimiento están destinados a personas con niveles de dependencia, pero en la realidad esta situación no se cumple a cabalidad, ya que existe un importante numero de adultos mayores autovalentes que ingresan a estos hogares por diversos motivos, que tienen directa relación con lo expuesto anteriormente

Es en esta plataforma donde se inserta la tesis para optar por el titulo académico, investigación- descriptiva que identificara las causas que motivan a los adultos mayores autovalentes a ingresar a establecimiento de larga estadía.

Este estudio fue realizado a un universo 41 hogares pertenecientes a la comuna de Viña del Mar, Quilpué y Casablanca que correspondiendo a una muestra de 35 adultos y adultas mayores institucionalizados.

Y por último, este seminario de titulo se dividirá en siete capítulos, los cuales se clasifican en:

- Contextualización de la Experiencia

[1] Reglamento de Larga Estadía para Adultos Mayores, DTO. N° 134 DE 2005, Ministerio de Salud(ANEXO)

- Marco de Referencia
- Diseño de la Investigación
- Análisis y Resultados de la Investigación
- Conclusiones y Sugerencias
- Bibliografía
- Anexos

CAPITULO I

Contexto de la Experiencia

PRESENTACIÓN

En este primer capitulo, se expondrán las transformaciones correspondientes al envejecimiento demográfico, aumento de la expectativa de vida y de personas mayores de 60 años de edad.

A continuación, se presentara el contexto mundial y nacional en que se encuentran inmersos los adulos mayores. Las políticas públicas que se ha creado a lo largo de los años entorno a la protección de los derechos de los adultos mayores.

En el plano internacional las Naciones Unidas ha sido una de las entidades que se ha encargado de la realización de distintos acuerdos y principios en diversas Asambleas en torno al envejecimiento, de las cuales han emanados variados estudios que se han instaurado en los países desarrollados y que se han pretendido establecer en nuestro país.

Y finalmente, en plano nacional se establecerá el desarrollo de las diversas políticas e instituciones que se han preocupado de la temática de los adultos mayores a lo largo del tiempo.

1.- CONTEXTUALIZACIÓN DEL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO A NIVEL MUNDIAL

En la actualidad, el panorama a nivel mundial revela un progresivo envejecimiento demográfico[2], lo que ha producido un fuerte impacto en la composición de la población y en la sociedad en general. Este proceso esta constituido por la disminución de la natalidad y el progresivo aumento de la esperanza de vida de las personas lo que repercute directamente en la composición por edades de la población. La natalidad y mortalidad de la población mundial han tenido un considerable descenso particularmente durante la segunda mitad del siglo pasado. La natalidad disminuyó entre los años 1950 y 2000 de 37.6 a 22.7 nacimientos por cada mil habitantes; mientras que la mortalidad pasó de 19.6 defunciones por cada mil habitantes a 9.2, en el mismo periodo. Esta transformación, que ha adoptado el nombre de transición demográfica[3], ha provocado un progresivo aumento del tamaño de la población mundial y, simultáneamente, su envejecimiento.

Los cambios en la mortalidad de la población mundial se reflejan en una mayor sobre vivencia, la cual aumentará considerablemente en la primera mitad de este siglo, al pasar de alrededor de 65 años en 2000-2005 a 74 años en 2045-2050. Actualmente, la esperanza de vida[4] de las mujeres (67.6) es superior en alrededor de cinco años a las que registran

[2] Es un aumento del porcentaje que representan los individuos mayores de 65 años sobre el total de la población

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

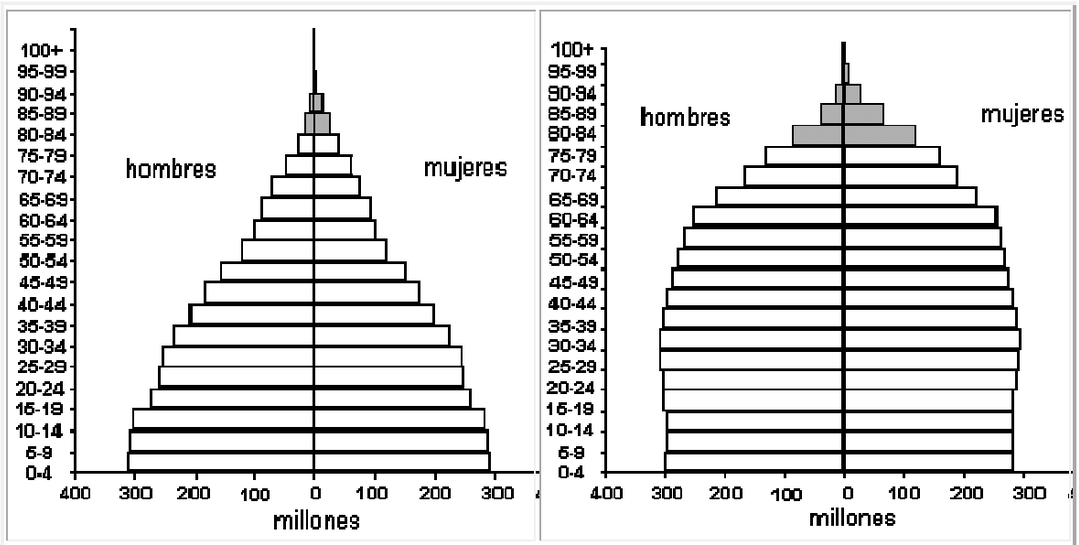
[4] La esperanza de vida es la media de la cantidad de años que vive una cierta población en un cierto periodo de tiempo. Se suele dividir en masculina y femenina, y se ve influenciada por factores como la calidad de la medicina, la higiene, las guerras, etc,

los varones (63.3). Cabe resaltar que en los países más desarrollados, la esperanza de vida al nacimiento promedio es de casi 76 años en el quinquenio 2000-2005 la cual podría aumentar a 81 años a mediados de este siglo, a la vez que en los países en desarrollo se estima que aumentará de 63.4 a 73.1, durante el mismo periodo.

Entre 1950 y 1980 el porcentaje de adultos mayores con respecto a la población total se mantuvo alrededor de ocho por ciento, mientras que en 2000 ascendió a diez por ciento. Bajo las tendencias previstas del envejecimiento demográfico mundial, se estima que en 2030 este porcentaje ascienda a 16.6 por ciento y en 2050 a 21.4 por ciento. En otras palabras, mientras que en 2000 una de cada diez personas en el mundo era un adulto mayor, a mitad de siglo será una de cada cinco.

Grafico 1

PIRAMIDE DE ENVEJECIMIENTO



Pirámide de población mundial en 1998 | Pirámide de población mundial estimada para 2050

Datos de las Naciones Unidas, División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales
http://www.popin.org/pop1998/9.htm

El momento de inicio y el ritmo de la transición demográfica han sido diferentes en las regiones del mundo; actualmente los países de mayor desarrollo se encuentran en sus etapas finales teniendo las poblaciones mas envejecidas. Sin embargo, actualmente en unas

cuantas décadas muchos países en desarrollo alcanzarán esos niveles de envejecimiento.

La mayoría de los adultos mayores se encuentra en los países menos desarrollados, a pesar de que éstos se sitúan en una fase menos avanzada del proceso de envejecimiento demográfico. En 2000, el número de adultos mayores en los países menos desarrollados alcanzó 375 millones, lo que equivale a 62 por ciento del total de adultos mayores en el mundo, pero sólo a 7.7 por ciento de la población de estos países. En cambio, 232 millones de adultos mayores residían en los países desarrollados, sólo 38 por ciento de la población mundial mayor de 60 años, pero 19.4 por ciento de su población total. Se espera que el porcentaje de adultos mayores que reside en países en desarrollo se incremente aún más en las próximas décadas, de tal forma que casi 80 por ciento de los 1 900 millones de personas de 60 años o más que habrá en 2050 residirá en los países que hoy tienen menores niveles de desarrollo.

Este panorama plantea complejos retos y desafíos tanto a la sociedad como a sus instituciones. Y además repercute en todas las áreas como lo son en el ámbito educacional, laboral, salud, económico, familiar, entre otros. Demando de esta forma rotundos cambios que logren sustentar el bienestar de la población envejecida.

Las Naciones Unidas a tenido interés en estudiar las consecuencias del problema del envejecimiento de las poblaciones, tanto para el desarrollo de las naciones como para el bienestar y seguridad de las personas de edad avanzada.

Es así, como se convocó en 1982 a una Asamblea Mundial sobre el envejecimiento, la cual aprobó por consenso el "Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento" que abarca aspectos como las consecuencias socioeconómicas del envejecimiento de la población y aspectos humanitarios inherentes al envejecimiento como la salud y alimentación, la familia, bienestar social y educación entre otras.

Posteriormente, en 1991 esta misma Asamblea proclama "Los Principios de las Naciones Unidas a favor de las Personas de edad" con el fin de que los países los incorporen en sus programas nacionales y estos son: Independencia, participación, cuidados, autorrealización, donde se recomienda que las personas de edad puedan aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial y para tener acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.

La Proclamación sobre el envejecimiento fue aprobada en 1992 en una conferencia internacional sobre el envejecimiento que tuvo lugar por el décimo aniversario de la Asamblea Mundial sobre el envejecimiento y establece la orientación general para seguir aplicando el Plan de Acción y proclamó 1999 como el Año Internacional de las Personas de Edad. Este año tenía como tema unificador "Hacia una sociedad para todas las edades". La observancia de este año se llevó a cabo a través del estudio del tema en cuatro dimensiones:

- La situación de las personas de edad
- El desarrollo individual a lo largo de toda la vida
- Las relaciones entre generaciones
- La relación entre desarrollo y envejecimiento de la población

La Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (2002) celebrada en Madrid del 8 al 12 de abril de mismo años. Tuvo lugar durante la presidencia española de la Unión Europea y correspondió a España un papel activo no solo en la organización de la Conferencia sino también en la negociación de la Declaración Política y el Plan de Acción, que se denominaría oficialmente como Plan Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (MIPAA). En la Declaración Política los Estados participantes asumieron una serie de compromisos que se desarrollan en el Plan de Acción.

El Plan de Acción se configura como un instrumento para orientar las políticas hacia aquellos elementos claves y prioritarios en relación con el

envejecimiento. Se centra en tres recomendaciones que servirán de base en cuanto a las medidas a tomar:

- Relación entre las personas mayores y el desarrollo
  - Participación activa en su entorno
  - Oportunidades y mejora del empleo
  - Acceso a la educación y al conocimiento
  - Urbanización, desarrollo rural y migración
  - Relaciones intergeneracionales
  - Envejecimiento y pobreza
- Fomento de la salud y el bienestar durante toda la vida
  - Salud y bienestar durante toda la vida
  - Acceso universal a los servicios sanitarios
  - Repercusiones del VIH/SIDA sobre las personas mayores
  - Atención multidisciplinar a la salud mental
  - Discapacidad
- Creación de entornos propicios y favorables
  - Promoción de la independencia y vida activa
  - Mejora de la accesibilidad ambiental y de las viviendas
  - Prevención y erradicación de los abusos, malos tratos y violencia
  - Promoción de una imagen positiva de las personas mayores.

En el mismo año se realizo la Conferencia Ministerial de la CEPE sobre envejecimiento. Berlín del 11 al 13 de septiembre. En la que se adoptó la Estrategia Regional de Implementación del Plan de Acción de Madrid (RIS) para la Región Europea de Naciones Unidas

El objetivo de la RIS era afianzar e impulsar el MIPAA mediante la formulación de 10 compromisos que faciliten a los Estados afrontar la situación de envejecimiento de la población:

1. Integrar el envejecimiento en todos los ámbitos políticos con el propósito de armonizar las sociedades y las economías con el cambio demográfico para lograr una sociedad para todas las edades

2. Garantizar la plena integración y participación de las personas mayores en la sociedad
3. Promover el crecimiento económico equitativo y sostenible en respuesta al envejecimiento de la población
4. Adaptar los sistemas de protección social en respuesta a los cambios demográficos y a sus consecuencias sociales y económicas
5. Capacitar a los mercados laborales para que puedan responder a las consecuencias económicas y sociales del envejecimiento de la población
6. Promover la educación permanente y adaptar el sistema educativo de forma que se ajuste a las cambiantes condiciones económicas, sociales y demográficas
7. Garantizar la calidad de vida a todas las edades y mantener una forma de vida independiente que incluya salud y bienestar
8. Integrar un enfoque de género en una sociedad que envejece
9. Apoyar a las familias que proporcionan cuidados a las personas mayores y promover la solidaridad inter e intrageneracional entre sus miembros
10. Promover la puesta en marcha y el seguimiento de la estrategia regional de ejecución mediante la cooperación regional

2.- CONTEXTUALIZACIÓN DEL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO A NIVEL NACIONAL

De esta realidad mundial Chile no se encuentra exento. Entre los años 1950 y 2002 los adultos mayores aumentaron de un 6,8% a un 11,4% y para el 2025 se proyecta un 16%. Estos hechos tienen implicancias directas en la política pública, ya que implican que habrán nuevas demandas desde este sector hacia las políticas sociales, tanto cuantitativamente (más personas adultas mayores) como cualitativamente (nuevo tipo de necesidades que no han sido abordadas por sistemas tradicionales de protección social).

Según el Censo 2002, la población de adultos mayores en Chile es de 1.717.478 personas (56% mujeres y 44% hombres). Caracterizándose el envejecimiento en chile por un mayor porcentaje de mujeres en la población mayor. Esto se configura en una realidad donde es imprescindible considerar las relaciones de género al interior de los grupos de mayor edad para el desarrollo de políticas públicas.
De esta manera, los desafíos que nos impone el envejecimiento poblacional son, al mismo tiempo, desafíos sobre cómo avanzar hacia la equidad de género en todas las edades.

Dentro de esta perspectiva, resulta significativo señalar que en Chile, solo en años recientes ha surgido una preocupación sistemática en relación con la atención del senescente, según esto en el año 1974 se crea el Consejo Nacional de Protección al Anciano (CONAPRAN), ese mismo año se crea una comisión técnica nacional permanente de senescencia, de breve duración, bajo el alero del Ministerio de educación. Al año siguiente surge la Comisión Nacional del Anciano, dependiente del Ministerio de Salud. En este contexto el adulto mayor comienza a enfrentar diversos problemas sociales y de salud, siendo necesario, entonces, diseñar estrategias de intervención que permitan mejorar el nivel de vida de este segmento de la población. Con respecto a los servicios sociales existentes en torno a la temática de la tercera edad, ha aumentado considerablemente en numero de organizaciones publicas del ámbito ministerial que se han preocupado del

terma y que han implementado acciones tendientes a elevar la calidad de vida de los adultos mayores, tal es el caso de los ministerios de salud, educación, vivienda y urbanismo, así como también de organismos tales como: Servicio Nacional de Turismo, Instituto Nacional de Deporte, Fondo Nacional de Solidaridad e Inversión Social. Asimismo, existen iniciativas emprendidas por entidades privadas, ONG y organizaciones religiosas.

Luego en el año 1995 el Presidente Eduardo Frei Ruiz Tagle dicta la creación de la Comisión Nacional para el Adulto Mayor, que tuvo como tarea elaborar una política nacional que incluyera propuestas especificas acorde a las principales problemáticas y necesidades diagnosticadas. Posteriormente el 17 de septiembre del 2002 el presidente de la republica Ricardo Lagos Escobar promulga la ley 19.828 del Servicio Nacional del Adulto Mayor y en enero del 2003 este organismo inicia sus funciones. Este se crea como un servicio público, funcionalmente descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, que se encuentra sometido a la supervigilancia del Presidente de la República

Esta institución tiene como función primordial llevar a cado la Política Nacional que plantea como objetivo general lo siguiente: *"Lograr un cambio cultural de toda la población que signifique un mejor trato y valoración de los Adultos Mayores en nuestra sociedad, lo cual implica una percepción distinta sobre el envejecimiento y la vejez, y así alcanzar mejores niveles de calidad de vida para todos los Adultos Mayores*". Y de este se desprenden los siguientes objetivos específicos:

- Fomentar la participación e integración social del Adulto Mayor
- Incentivar la formación de recursos humanos en el área
- Fortalecer la responsabilidad intergeneracional en la familia y comunidad
- Fomentar el uso adecuado y creativo del tiempo libre y la recreación
- Perfeccionar las normativas y programas referidos a la Seguridad Social

El panorama con respeto a la temática de la población mayor de 60 años a lo largo del tiempo ha sido teñido por diversos enfoques. En un primera instancia existió una mirada netamente asistencialita, con beneficiarios pasivos, acciones aisladas y considerándose al adulto mayor como objeto

de intervención social. Sin embargo y gracias a la construcción de un sistema de protección social este enfoque es cambiado ya que actualmente se busca avanzar hacia el desarrollo de políticas públicas basadas en los derechos y deberes de las personas mayores y considerando estos como beneficiarios activos y sujetos de derechos.

De esta forma los principales desafíos de las políticas públicas enfocadas a los adultos mayores en chile son:

- Avanzar hacia el empoderamiento de las personas mayores como base social para la exigencia de derechos
- Ampliación de los consensos sociales en torno a mejorar sistemáticamente la oferta de servicios hacia los ciudadanos y los mayores
- Consolidar y fortalecer la institucionalidad pública responsable de las políticas hacia las personas mayores, como también consolidar, al interior de las planificaciones sectoriales el ámbito gerontológico
- Difundir las normas en materia de derechos básicos y libertades fundamentales de las personas mayores, a los mayores y a la sociedad en su conjunto
- Mejorar la coordinación de los actores públicos, privados, de la sociedad civil y de los mayores organizados orientados a avanzar en materia de servicios.

Esto obliga a pensar que uno de los desafíos que suponen el envejecimiento de la población es la búsqueda del bienestar de las personas que sufren de la dependencia y los cuidados de largo plazo. Según esta situación los establecimiento de larga estadía presentarían un protagonismo importante debido, ya que serian estas instituciones las encargadas presencialmente del bienestar de los adultos mayores que por motivos biológicos, psicológicos o sociales, requieren de un medio ambiente protegido y cuidados diferenciados para la manutención de su salud y funcionalidad.

Las primeras acciones que dan nichos a los establecimientos de larga estadía adultos mayores fueron ejecutadas principalmente por distintas organizaciones religiosas las que actuaron por los adultos mayores desamparados que necesitaban de un cuidado y protección debido a

distintas situaciones, siendo alguna de ellas las "Hermanitas de los Pobres" la que atendió esta necesidad desde un enfoque asistencialita motivado por orientaciones caritativas y de ayuda al prójimo. Estas acciones se enmarcaron en un contexto donde no existía la necesidad de formalizar y legitimar institucionalmente la ayuda prestada hacia los adultos mayores, pero al pasar del tiempo se fue requiriendo un cambio de enfoque, por lo que comenzaron a establecerse instituciones formales que prestaran servicios a este grupo etáreo.

En este escenario se crearon los establecimiento de larga estadía los cuales se definen como lugares "en que residen adultos mayores que, por motivos biológicos, psicológicos o sociales, requieren de un medio ambiente protegido y cuidados diferenciados para la manutención de su salud y funcionalidad, los cuales cuentan con autorización para funcionar en esa calidad, otorgada por la Secretaría Regional Ministerial de Salud competente del lugar en que se encuentran ubicados".[5]

Producto que en Chile el reglamento que regula los ELEAM pone énfasis en aspectos sanitarios mínimos, se debe comprender que el proceso de envejecimiento demográfico es una realidad mundial la que plantea nuevos desafíos y formas de actuar frente a ese segmento de la sociedad el que por mucho tiempo estuvo invisibilizado, transformándose la situación de vida de los adultos mayores y su derechos en un tema emergente y relevante de la sociedad contemporánea.

[5] Reglamento de Larga Estadía para Adultos Mayores, DTO. N° 134 DE 2005, Ministerio de Salud(ANEXO)

CAPITULO II

Marco de Referencia

PRESENTACIÓN

Este segundo capitulo dará cuenta del marco referencia utilizado en el proceso de la investigación, el cual presenta aspectos teóricos-conceptuales que enmarcan el proceso investigativo- descriptivo.

Estos se utilizaran como referentes del proceso de análisis y como respaldo teóricos para el proceso de investigación, los cuales posibilitaran la contraestación de los resultados finales.

Este capitulo contara con las siguientes divisiones:

- Definición del problema de estudio
- Fundamentación
- Delimitación del estudio
- Objetivos de investigación diagnostica
- Marco de referencia

1.- IDENTIFICACION DEL PROBLEMA DE ESTUDIO

"Necesidad de conocer las causas que producen la institucionalización de Adultos y Adultas Mayores Autovalentes en Establecimientos de Larga Estadía Acreditados en la comuna de Viña del Mar, Quilpue y Casablanca"

2.- FUNDAMENTACIÓN

Los cambios demográficos actuales generan un progresivo aumento de la población en edad avanzada, considerando que actualmente existen 1.717.478 adultos mayores sobre los 60 años que viven en Chile de los cuales el 2% viven en Establecimientos de Larga Estadía[6]. El perfil de los adultos mayores que componen estos establecimientos tiene directa relación con los distintos niveles de dependencia (física- psíquica).

Según los datos expuestos, la institucionalización afecta a una minoría de adultos mayores. Pero no es menor mencionar que las políticas sociales propician el reconocimiento de los derechos de los adultos mayores y su integración en la sociedad, las que establecen como garantías universales los principios de: autorrealización, participación, cuidado, dignidad e independencia. A raíz de estos principios básicos, se torna de gran relevancia identificar las causas que motivan a los adultos y las adultas mayores autovalentes a ingresar a este tipo de establecimientos, ya que la institucionalización provoca en el adulto mayor efectos y consecuencias negativa que atentan contra sus derechos esenciales.

En relación a lo expuesto, el estudio se centrara en la obtención de información relevante para determinar las principales causas que motivan a los Adultos y Adultas Mayores Autovalentes a ingresar a

[6] Ética y Derechos Humanos con Adultos Mayores **: Trabajo leído en el III Congreso Internacional de Derechos y Garantías en el Siglo XXI, Septiembre-2004**

Establecimiento de Larga Estadía. Dicha información permitirá comprender las transformaciones en torno a las nuevas tendencias que llevan a la población envejecida a tomar esta decisión demostrando el cambio a nivel familiar, laboral y social en el cual se enmarca este segmento etáreo.

De acuerdo con esto, el trabajo en el área de los adultos mayores se transforma en una importante instancia para el desarrollo profesional, ya que se obtendrían resultados significativos en relación a la escasez de información sobre la inserción de adultos mayores autónomos en Establecimientos de Larga Estadía, investigación que permitirá a su vez entregar lineamientos importantes para futuras aproximaciones a la temática considerando la contingencia de esta en la sociedad actual.

3.- DELIMITACION DEL ESTUDIO

Para efectos de esta investigación se trabajara con los Adultos y Adultas Mayores Autovalentes Institucionalizados en Establecimientos de Larga Estadía Acreditados en la comuna de Viña del Mar, Hogar de Cristo Padre Hurtado y Fundación las Rosas Hogar 26 María Inmaculada, los cuales corresponden a un muestra de 35 adultos y adultas mayores

4.- OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN DIAGNÓSTICA

Objetivo General:

"Investigar las causas que motivan la institucionalización de los Adultos y Adultas Mayores Autovalentes a Establecimientos de Larga Estadía en la Comuna de Viña Del Mar, Quilpue y Casa Blanca**"**

Objetivos Específicos:

- Cuantificar los adultos y adultas mayores autovalentes institucionalizados en Establecimientos de Larga Estadía

- Identificar las causales de la inserción de adultos y adultas mayores autovalentes a Establecimientos de Larga Estadía

- Caracterizar socio demográficamente los adultos y adultas mayores autovalentes institucionalizados.

5.- MARCO DE REFERENCIA

Todos los países del mundo están enfrentando una fuerte transición demográfica, llamado así al proceso evolutivo que está teniendo la población, causado por un descenso importante de las tasas de mortalidad y fecundidad y un aumento de la expectativa de vida. Por lo mismo es de suma relevancia entender esta situación y a su ves a comprender las características de los principales actores de este proceso.

Este panorama demográfico a nivel mundial revela un progresivo envejecimiento poblacional, realidad de la cual Chile no esta exento. Entre los años 1950 y 2002 los adultos mayores aumentaron de un 6,8% a un 11,4% de la población total, de ellos, 959.429 son mujeres y 758.049 son hombres, proyectándose para el 2025 un 16%. Ubicando a Chile dentro de los cuatro países más envejecidos de América Latina.

Según el Censo 2002, había en Chile 1.717.478 personas mayores de 60 años, las cuales mayoritariamente eran mujeres (56% versus 44%hombres), debido a su mayor esperanza de vida al nacer.

Mientras que en el año 2000 la relación de adultos mayores fue de 25 por cada cien menores de 15 años, en el 2010 será de 35 a 100,

aumentando a un 35%. Al llegar el 2020, de mantenerse estas tendencias, la proporción de senescentes frente a menores de 15 años será de casi la mitad.

De acuerdo al INE, la esperanza de vida al nacer de los chilenos es de 80,4 años para las mujeres y 74,4 años para los hombres. Este logro sitúa a Chile entre los tres primeros países con mayor esperanza de vida al nacer en América Latina: Chile con un promedio de 77,3 años, Costa Rica con 77,3 y Cuba con 76,7 años.

Por otro lado el promedio de edad de la población o Edad Media también ha sufrido transformaciones. Ya que en 1970 la edad promedio de los chilenos era de 26 años, el 2000 es de 31 años, y al 2020 aumentará a35[7]

Grafico 2

PROYECCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO 2000 - 2020

Indicador	**Censos**			**Proyecciones**		
	1970	1982	1992	2000	2010	2020
INDICE DE DEPENDENCIA(por cien personas en edad activa) (1)	79	62	56	55	50	51
INDICE DE VEJEZ(por cien menores de 15 años) (2)	13	18	22	25	35	48
INDICE JUVENIL(por cien personas de 15 años y más (3)	64	48	42	40	33	30
EDAD MEDIA (en años)	26	28	29	31	33	35
(1) Pob. (Menores 15 + 65 y más)/Pob. (15-64) * 100 (2) Pob. (65 y más)/Pob, (0-14) * 100 (3) Pob. (0-14)/Pob. (15 y más) * 100 Fuente: INE, Informe Demográfico de Chile. Censo 1992 - 1993 INE –CELADE, Chile, Estimaciones y Proyecciones						

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define envejecimiento como "un proceso fisiológico que comienza con la concepción, ocasionando cambios característicos para las especies

[7] http://www.gerontologia.uchile.cl

durante todo el ciclo de vida". En los últimos años de vida, los cambios que se producen a nivel biológico, psicológico y social indistintamente del ritmo con que estos se producen en los seres humanos- no en todos lo seres humanos es igual-, van produciendo una limitación en la adaptabilidad del organismo y en relación con el medio"[8]

Según esto la vejez es definida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como un "proceso de integración entre la persona que envejece y una realidad del entorno permanentemente en cambio, que motivan esfuerzos de la persona por equilibrar sus propios procesos a los cambios externos"[9].

La disciplina de la Gerontología Social, reconoce tres concepciones de envejecimiento:

- **Vejez Cronología**: Se encuentra determinada por la edad de 60 o 65 años por lo general, dependiendo de la legislación vigente de casa país y del sexo del individuo en cuestión.

- **Vejez como Etapa Vital**: Postula que existe un reconocimiento que apunta a que el ser humano en el transcurso de su vida va siendo afectado por una serie de cambios, realidad que esta dentro de la normalidad de un proceso de transformación, físico, biológico y psicológico.

- **Vejez Funcional**: Esta mirada considera la vejez como signo de limitación, de incapacidad. Se usa el término "viejo" como igual a deterioro, que limita e incapacita.

Además (Rowe y Khan, 1997) establecieron como tipología de vejez, la siguiente:

1. **Vejez Normal:** Se sucede con los estándares correspondientes a un determinado contexto. El que presenta la media de los parámetros

[8] Apuntes de Cátedra Trabajo Social con Adulto Mayor, Docente : Sra. Marta Bustos Díaz , 2007

[9] Apuntes de Cátedra Trabajo Social con Adulto Mayor, Docente : Sra. Marta Bustos Díaz , 2007

correspondientes al funcionamiento biológico, psicológico y social que ha sido definido como normal para la edad.

2. **Vejez Patológica:** Ocurre con presencia de enfermedad, vejez no es igual a enfermedad, pero si en la vejez existe más probabilidad de tener enfermedades crónicas.

3. **Vejez Satisfactoria o con éxito:** Sucede con baja probabilidad de enfermar y discapacidad asociada, un adecuado funcionamiento físico y funcional y un alto compromiso con la vida y la sociedad.

De esto se desprende el concepto de Adulto Mayor, el que se define como "aquella persona de 60 años y más". De acuerdo con el objetivo principal de la Política Nacional del Adulto Mayor, que dice relación con un cambio cultural que incida en la valoración de las personas mayores, desde SENAMA se ha promovido la utilización del término **Adulto Mayor** en reemplazo de tercera edad, anciano, abuelo, viejo, senescente que pueden ser peyorativos y que se asocian a una imagen negativa, discriminatoria y sesgada de la vejez.

Actualmente, se torna importante en las políticas públicas a nivel mundial y nacional dirigidas al adulto mayor el concepto de *envejecimiento activo*, proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen[10]

Dimensiones del Envejecimiento

[10] Fuente: OPS, Envejecimiento Activo. Un marco Político. Rev. Española de Geriatría y Gerontología 2002,37 pp74-105.

El proceso de envejecimiento del adulto mayor se enmarca en tres grandes áreas:

1) **Envejecimiento Biológico**: Se entiende como un proceso normal (no patológico) de involución del organismo humano, proceso que por una parte deriva de la condición genética de la persona. Y por otra parte, recibe la influencia de factores ambientales y del entorno que pueden resultar favorables y desfavorables, no obstante, la persona va disminuyendo sus funciones y/o capacidades, lo que conduce a una atrofia senil[11].

Este proceso se caracteriza por ser:

- Universal: ocurre en todos los miembros de las mismas especies.
- Intrínseco: ocurre independientes de los factores ambientales.
- Progresivo: ocurre en forma gradual y,
- Deletéreo: continúa con la disminución de la capacidad funcional, hasta llegar a la muerte.

El proceso normal de envejecimiento individual, produce una disminución de hasta un 25 a 30% de las células que componen los diferentes órganos y sistemas del ser humano, lo que se traduce en una disminución de la función cumplida por ese órgano y sistema. Lo que en situación de exigencia normal o habitual no tendrá repercusión, sí podrá afectar al individuo frente a una exigencia no habitual o estrés, dado que el envejecimiento fisiológico afecta las "capacidades de reserva"[12], aumentando la vulnerabilidad a presentar enfermedades crónicas y degenerativas. Lo que sumado a predisposición genética, estilos de vida inadecuados y condiciones socio-económicas precarias y ambientales nocivas, hace que el estado de salud funcional de la persona mayor aumente el riesgo de transitar desde la independencia a la dependencia.

---

[11] Revista De Cs. Sociales Nº 44/1999, Marta Bustos Díaz, Editorial Edeval, Universidad de Valparaíso

[12] M. Isaac, Comollonga y G. Izquierdo Zamarriego, "Fisiología del Envejecimiento", en: Salgado Alba. Manual de Geriatría, 3ª edición, MASSON, Madrid, 2002, Pags.: 63- 76

Según esto el envejecimiento produce una serie de limitaciones físicas como: incapacidad gradual, parcial o total, que va dificultando los niveles de autonomía, de funcionalidad e interacción de los Adultos Mayores con el medio, provocando un nivel dependencia por parte de éstos hacia otras personas. Se han creado una variedad de instrumentos para medir la funcionalidad u envejecimiento, en el caso de Chile se aplica en los consultorios el instrumento llamado EFAM (Examen funcional del adulto mayor)[13]y en los Establecimientos de Larga Estadía se utiliza el índice de Katz[14] que mide en nivel de dependencia de los adultos y las adultas mayores

2) **Envejecimiento Psicológico*:*** se entiende como un proceso donde se producen cambios en los aspectos cognitivos, afectivos, creatividad, aprendizaje, lenguaje y en su personalidad. Se considera que el ser humano no solo está formado por los rasgos externos y lo biológico, si no que también posee un complejo sistema en el que entran en juego emociones, sentimientos y formas de enfrentar la vida. Según esta concepción se entiende que el Adulto Mayor se debe ir adaptando a una nueva forma de vivir, lo que implica; aceptar las limitaciones que se van marcando a medida que pasa el tiempo, perdida gradual de la autonomía- tanto funcional como económica- lo que va generando que la persona necesite del apoyo y cuidado de otras personas, y a la percepción que se tiene sobre los demás y sobre si mismo. También, se produce incapacidad para introducir modificaciones en lo aprendido, transformándose los nuevos aprendizajes en un problema, puesto que requiere introducir cambios en las categorías mentales, que la persona ha ido adquiriendo a lo largo del propio desarrollo vital, lo que incide en su capacidad de adaptación al medio.

Entorno a esto se han identificado algunos factores que influyen sobre la capacidad de adaptación del adulto mayor, los que son susceptibles de ser potenciados: Ellos son:

[13] instrumento de medición de la funcionalidad, permite determinar el grado de autovalencia
[14] Mede la funcionalidad de los adultos mayores para desarrollar en forma normal actividades de la vida diaria como: vestirse, bañarse, alimentarse, trasladarse, usar el inodoro y continencia

- Cambios biológicos – sensoriales: Actúan en la percepción que tiene el Adulto Mayor de así mismo y de los demás, afectando la interpretación que la persona hace de la realidad.
- Cambios biológicos- cerebrales: Se ha comparado con la masa cerebral de un Adulto Mayor, pesa el 10% menos que la de una persona de menor edad, incidiendo sobre los procesos cognitivos, de memoria y aprendizaje.

- Aprendizaje: Existen estereotipos que señalan que el Adulto Mayor no es capaz de aprender, lo que ha sido refutado por diversas investigaciones, que demuestran que existe en el sujeto, una plasticidad intelectual y conductual, que se logra potenciar a través de estrategias sustitutivas.

- Funciones Intelectuales: En este aspecto, se habla de inteligencia fluida, que dice relación con la adaptación gética , lo cual presenta decremento con la edad; e inteligencia cristalizada, relacionada con la educación y el aprendizaje, la que se mantiene y puede aumentar en el Adulto Mayor, pues se basa en su experiencia y capacidad de juicio.

- Creatividad: Se mantiene en el Adulto Mayor.

- Lenguaje: En el Adulto Mayor se advierten dificultades para discriminar entre ciertos sonidos y comprensión de lenguaje.

- Personalidad: Existe la tendencia entre los expertos, a referirse a un cambio, por sobre una disminución de ella.

Los factores señalados anteriormente, configuran un perfil de adulto mayor, que generalmente se ha caracterizado, en el ámbito emocional, por dificultad de adaptación, ocasionada por perdida o disminución de la importancia personal; la reducción de ingresos; por la dificultad de desarrollar actividades en forma normal o realizar aquellas que

ejecutaban anteriormente; por ser menos considerado por los demás entorno a la toma de decisiones importantes; temor al futuro, dejar el hogar; falta de motivaciones, de fuerza para hacer las cosas; disminución de estatus; en tanto siente la necesidad de ser considerado como una persona como todas.

El adulto y la adulta mayor a consecuencia de estos cambios deben establecer nuevas relaciones consigo mismo (autopercepción), nuevas relaciones con los demás para la satisfacción de sus necesidades y con su entorno social. Sin embargo, no todos los adultos mayores resuelven estos cambios de igual forma produciéndose crisis en la mayoría de los casos.

Es por ello que, dentro de este perfil, adquiere importancia la condición funcional de sus habilidades cognitivas en el proceso de adaptación a su condición de envejecimiento por medio de la cual se integrará adecuada o inadecuadamente a su etapa de desarrollo y a su entorno cercano.

Para abordar el envejecimiento desde el aspecto psicológico, existen algunas teorías que pueden ayudar al entendimiento y análisis de esta etapa, estas son:

- **Teoría Psicosocial:** Ericsson plantea que el siglo vital del ser humano esta compuesto por ocho etapas con sus respectivas crisis y que, en el caso de los Adultos Mayores, éstos se encuentran en la octava crisis, denominada como "integridad v/s desesperación**.** La integridad es entendida como el fruto de un desarrollo satisfactorio y pleno del ser humano en las etapas anteriores, en el que este logra madurar y adaptarse a medida que avanza en las etapas de vida para finalmente llegar a la vejez. De esta forma la integridad se traduce en una preocupación informada y desapegada por la vida frente a la muerte, la cual se reconoce como el fin de la vida a algo natural y normal. En contraposición, la crisis de esta etapa se denominada "desesperación", que refleja de alguna forma el fracaso experimentado en las etapas anteriores, donde la persona

frente a la insatisfacción producto del fracaso vivido durante su vida, comienza a sentir que el tiempo es corto y se introduce en un estado de acabamiento, desamparo y confusión. Presentando confusión frente a un futuro incierto y con cercanía a la muerte.

- **Teoría de la Actividad:** Se menciona que mientras más activos y dinámicos se mantienen los Adultos Mayores, por más tiempo mantienen sus capacidades en buenas condiciones y por lo tanto, el proceso de envejecimiento se producirá en forma normal y satisfactoria. La teoría de la actividad es más positiva que la teoría de la desvinculación, ya que favorece la vinculación de la gente mayor con otros miembros de la sociedad. Existen dos premisas de la teoría de la actividad importantes : La satisfacción en la calidad de vida está directamente relacionada con la integración social y la implicación en las redes sociales y la pérdida de rol, como el enviudar o la jubilación, está inversamente relacionada con la satisfacción en la calidad de vida. El grupo de adultos mayores que manifiestan esta actividad son aquellos que tienen fuertes características de autonomía en su actuar, son éstos a cuales esta dirigida esta investigación, debido a que tienen las herramientas necesarias para tomar sus propias decisiones y dirigir su vida futura

- **Teoría de la desvinculación (Cummings y Henry, 1961):** los investigadores oobservaron un progresivo abandono con el paso de los años de una gran proporción de las actividades que anteriormente formaban parte del patrón normal de actividad diaria desarrollado por las personas evaluadas. Lo que dio lugar a la formulación de esta teoría. Su argumento central es que la desvinculación o desconexión es un proceso inevitable que acompaña al envejecimiento, en el que gran parte de los lazos entre el individuo y la sociedad cambian cualitativamente, se alteran o llegan a romperse. En este sentido, éste sería el proceso normal que tiene lugar durante el envejecimiento. El proceso de retirada, desconexión o desvinculación tendrá un carácter

bidireccional, es decir, tanto de la sociedad hacia el individuo como de éste hacia la primera. Esta teoría es a la vez social y psicológica, pues se ocupa tanto de las relaciones entre el individuo y la sociedad, como de los cambios que acontecen en el interior de la persona a lo largo de este proceso de retirada. Según Cumming y Henry este distanciamiento tiene carácter universal, es decir, los mayores de cualquier cultura son proclives a ciertas formas de distanciamiento social, adoptando modelos de interacción que conllevan la reducción de contactos sociales. Estos autores afirman que esta mutua desconexión es beneficiosa tanto para la sociedad, que de esta manera facilita la incorporación de otras generaciones a la compleja maquinaria social, como para la persona, que se ve liberada de una serie de compromisos y obligaciones sociales implícitas adscritas a su anterior rol más activo. En el plano psicológico, el individuo "desvinculado", siempre y cuando asuma ese nuevo papel, tiene una sensación de bienestar psicológico. Es decir, conforme envejece, su acción en el plano social decrecerá voluntariamente en la misma medida, produciéndose un alejamiento mutuo de la sociedad y de la persona, que será percibido por el sujeto como "liberador" y que, por tanto, contribuirá a incrementar su satisfacción personal. Esta teoría afirma que las personas mayores desean precisamente esa reducción de los contactos y compromisos sociales, por lo que buscan la tranquilidad en un cierto aislamiento (Aragó, 1986). De acuerdo con lo anterior, la promoción de la actividad en este colectivo iría en contradicción con su tendencia natural.

3) Envejecimiento Social: Se refiere a los roles y funciones asignadas al Adulto Mayor, los cuales han sido previamente definidos por la sociedad. Esta interpretación cultural, ha sido representada socialmente como una etapa de deterioro, disfuncionalidad y no producción, la cual limita y dificulta la validación e integración social de la persona que envejece.

Al hablar de envejecimiento social, se hace referencia a un proceso de adaptación a condiciones cambiantes, provenientes del propio

organismo, del medio social (elementos institucionales, culturales, políticos, económicos, sociales e históricos, entre otros) o de ambos, cuyo carácter dependerá de cómo se enfrenten y resuelvan los problemas de esta interacción.

El proceso de envejecimiento social provoca una serie de cambios en diversas dimensiones como lo son: estructura familiar, contexto laboral, situación económica y actividades de la vida diaria.

Al igual que en el resto de América Latina, las estructuras familiares por tipo y etapa del ciclo de vida familiar han experimentado cambios en Chile. De esta forma, la dinámica poblacional afecta a la estructura y composición por edades de las familias. A medida que la población envejece, aumenta el porcentaje de hogares con presencia de personas mayores. La importancia de conocer, para fines de políticas de vejez, el número de hogares con personas mayores y su estructura familiar, se debe a que el impacto del aumento de las personas mayores a nivel de la sociedad es aún más grande del que se estima a nivel individual. Cuando se analiza la proporción de hogares en que hay una o más personas mayores, estas cifras aumentan sobre el 20%, o incluso sobre el 40%. Según el censo de 2002, tres de cada 10 hogares chilenos en promedio tenían al menos una persona mayor entre sus miembros. De modo que, a nivel de hogares, el proceso de envejecimiento es aún más evidente: mientras el 11,4% de la población es mayor de 60 años, el 30% de los hogares está envejecido. Con respecto a los hogares unipersonales es más alto en las personas mayores que en resto de la población chilena. Por lo general, en América Latina este tipo de estructura de hogar se asocia a desventajas o riesgos desde el punto de vista de la salud, y a una demanda más intensiva de apoyo y ayuda externa[15].

La transformación de la estructura familiar trae consigo una serie cambios que afectan directamente a población adulta, estos son:

- Disminución de personas entre los 15 y 60 años de edad

[15] Protección y participación en la vejez: escenarios futuros y políticas públicas para enfrentar el envejecimiento en Chile: Sandra Huenchuan, Daniela González, Mariana Paredes y José Miguel Guzmán, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)

- Participación femenina en mercado laboral
- Existencia de una segregación familiar (divorcio, migración de integrantes del grupo familiar a otras ciudades o países, etc.)

Considerando que la familia es aún la principal proveedora de cuidados para los Mayores, la salida de la mujer al espacio laboral y social, y otros cambios, incluido el incremento de los divorcios, la salida de los hijos a otras ciudades o países, son factores que contribuyen al aislamiento y a la soledad de los adultos mayores

Por consecuencia de esto, el cuidados de los adultos mayores se ve alterado y estos queden en una situación de desamparo, ya que el número potencial de cuidadores de personas mayores va descendiendo y quienes estaban a cargo de la entrega de cuidado en épocas anteriores se ven restringidas para dedicar el tiempo y energía necesaria a esta función o bien se vean sobrecargadas por asumir funciones de producción fuera de hogar conjuntamente con las funciones de reproducción domésticas. Como efecto de esta realidad los adultos mayores deben acudir a temprana edad y sin considerar el nivel de funcionalidad a instituciones externas que presenten servicios especificados.

Por otro lado, la influencia familiar tiene gran relevancia puesto que esta, en algunas ocasiones puede hacer sentir al adulto mayor como inútil, ya que no es apto para realizar algunas actividades, provocando de esta forma un sentimiento de incapacidad.

En el aspecto laboral y económico existe un significativo cambio, ya que el cese de la actividad laboral, producto de la jubilación genera un gran impacto psicológico en el adulto mayor. Provocando problemas en su autoestima, ocasionado por la perdida de su identificación dentro de la sociedad y la disminución de sus relaciones con el entorno. En consecuencia de lo anterior la disminución del ingreso repercute negativamente en su calidad de vida y al aumento de su tiempo libre.

En respuesta a los cambios de la vejez en el ámbito social, surgen una serie de teorías que permiten abordar el tema, entre ellas se encuentran:

- **Teoría de la subcultura**: Arnold Rose postula que producto de la discriminación de la que son objeto los Adultos Mayores para relacionarse e intercambiar con otras generaciones y además, la afinidad (factor positivo) que se genera entre pares- personas de un determinado grupo etáreo- éstas dan vida a una subcultura conformado por Adultos Mayores. Esta teoría de entrada resulta interesante porque sostiene que las personas de edad avanzada tienen tendencia a interactuar más entre sí que con grupos de edad diferente. Así mismo, la teoría de la subcultura, dice que los mayores formarían una subcultura aparte, una minoría social, lo que les ayuda a mantener su identidad y una autoestima positiva, pues ello les permite establecer comparaciones de sí mismos con otras personas que están en situación similar a la suya.

- **Teoría del Desapego**: Cummings y Henry, plantean que el alejamiento de los Adultos Mayores de sus actividades y roles, en tanto el aislamiento de lo social y la disminución de su participación e interacción con otras generaciones en diferentes instancias sociales, es una rasgo propio y natural en la vejez. Para sus autores este es un proceso normal, una situación deseada y buscada por el sujeto debido al declinar de sus capacidades; esta automutilación implica el aislamiento progresivo del anciano. Se considera que medida que la persona envejece se preocupa cada vez más por ella y va perdiendo interés en el mundo que lo rodea. Esto ha sido criticado en la actualidad, al descubrirse los beneficios de una integración e interacción permanente entre Adultos Mayores y hacia otro grupo, generando espacios para compartir intergeneracionalmente.

Clasificación de Adulto Mayor

Se ha constatado que la población envejecida es heterogénea, pues incluye en este grupo a personas que aun son autónomas, activas y que poseen una buena condición de salud, mientras que hay un segmento de Adultos Mayores con un grado de dependencia de terceros, en virtud de la dificultad para cuidar de si mismos en forma adecuada[16] .

El Adulto Mayor, actualmente, se clasifica de acuerdo a la condición de funcionalidad, vinculado al grado de autonomía-dependencia que posea.

Dependencia

Ha sido definida por un grupo de expertos del Concejo de Europa (1997) como "la situación en la que se encuentran aquellas personas que, por razones ligadas a la disminución o perdida de la capacidad física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de una asistencia y/o ayuda importante para la realización de las actividades de la vida diaria"[17]. Si bien esta definición nos proporciona un concepto centrado en el ámbito individual, a este deben agregarse las condiciones sociales que desencadenan la situación de dependencia del adulto mayor entre las cuales se consideran el temor a la soledad, la viudez, la modificación de la estructura jerárquica de la familia nuclear, en la cual el adulto mayor se convierte en un miembro periférico, la escasez de ingreso por los bajos montos de la jubilación y pensiones asistenciales, entre otras; las cuales

[16] Manal de Geriatría. "Capitulo I: Aspectos demográficos del envejecimiento poblacional en chile", facultad de medicina. P.U.C

[17] Rodríguez, Pilar; "el problema de la dependencia en las personas mayores", Revista Documento Social N°122. 1998

incidirán en una progresiva dependencia, voluntaria o involuntaria, del sujeto hacia terceros, en lo relativo a su vida.

Por ende, la condición de salud, no constituye, únicamente, el componente al cual se circunscribe la situación de dependencia del adulto mayor, si bien asume un importante rol en ella.

Autonomía

Esta alude a que la persona dispone de su propio cuerpo y vida, se relaciona con la capacidad de decisión en base a la voluntad, en el sentido de gozar de volición independiente.

Desde esta perspectiva una persona puede ser independiente para realizar actividades de la vida diaria y, sin embargo, carecer de autonomía, en tanto terceros deciden por ellas en materias importantes o de menor relevancia. Por el contrario, una persona dependiente en ciertas actividades, puede continuar siendo autónoma, en el ejercicio de su voluntad, en tanto es capaz de aun decidir.

Desde este puno de vista, el Adulto Mayor, se clasifica de acuerdo al nivel de funcionalidad en tres categorías:

- **Autovalente sano:** es aquella persona mayor de 60 años, cuyas características físicas, funcionales, mentales, y sociales están de acuerdo con su edad cronológica, es capaz de realizar las actividades funcionales esenciales de auto cuidado: comer, vestirse, desplazarse, bañarse y las actividades necesarias para adaptarse a su medio ambiente: leer, usar el teléfono, manejar su medicación, el dinero, etc.

- **Adulto mayor frágil o Semi Valente:** es aquella persona que ve afectada su autonomía por factores físicos, ambientes, psicológicos, sociales y/o económicos. Además no ha logrado una

vida plena en el transcurso de su vejez y se encuentra en una situación de riesgo.

- **Adulto mayor postrado**: es aquel que esta totalmente incapacitado para realizar las actividades señaladas.

Necesidades del Adulto Mayor

Desde una perspectiva integral, que considera las dimensiones biopsicosociales, las cuales en el Modelo Jerárquico Multidimencional de las Necesidades de Maslow, se identifican cinco necesidades básicas del individuo. La satisfacción de cada una de ellas, prima sobre la satisfacción de las siguientes. Estas son:

- **Necesidades Fisiológicas:** constituyen un requisito para la supervivencia, siendo las de mayor urgencia del individuo, como lo son: respirar, comer, bebe, dormir, entre otras. Este tipo de necesidades, adquieren especial relevancia en esta etapa de vida, dado el deterioro biofísico que evidencia el proceso de envejecimiento, disminuyendo la autonomía funcional del Adulto Mayor y aumentando su nivel de dependencia.

- **Necesidades de Seguridad:** hace relación, con la protección frente amenazas físicas, económicas, psicológicas y sociales. En este sentido, el mayor temor del Adulto Mayor es a la muerte y al abandono de carácter físico y psicosocial.

- **Necesidades de Pertenencia:** según el autor, la vida urbana moderna, los lazos tradicionales familiares se ven desintegrados conforme existen valores individuales que tienden al establecimiento de relaciones impersonales. Esta situación en la etapa del envejecimiento, asume mayor relevancia ante la

prevalecía de un Modelo Familiar Bigeneracional, esto es padre – hijo, enajenando al adulto mayor de ella, lo que repercute en la definición del rol que le compete al interior de la unidad familiar.

- **Necesidad de Estima:** se relaciona con la consecución de prestigio, poder, valoración y el reconocimiento de terceros. Además con la adaptación e integración del Adulto Mayor entre sus pares y, a nivel social- intergeneracional.

- **Necesidad de Autorrealización:** se refiere al impulso que lleva al desarrollo de todas las capacidades personales. En el sujeto Adulto Mayor, se relaciona con el sentido de satisfacción personal con respecto al desarrollo de su vida.

Cambios en los Adultos Mayores

La etapa de la vejez es un proceso que trae consigo un conjunto de limitaciones físicas, psicológicas y sociales, las cuales no se dan en todas las personas de la misma manera. Esto se encuentra aparejado en una serie de cambios en el núcleo familiar, lo que repercute en la mayoría de las casos de forma negativa, ya que los adultos mayores comienza a presentar una disminución en la participación y protagonismo en esta estructura, debido a que vivencian una serie de perdidas como lo son, en el aspecto económico con la jubilación, la cual es un ingreso monetario menor al que tenían anteriormente, por lo tanto, se ven de pronto retirados de sus actividades laborales y responsabilidades anteriores. De un día para otro comienzan a experimentar una disminución en su relación con los demás, su movilidad se hace más difícil, y la comunicación y la participación social bajan de intensidad. En conclusión el entorno de la persona mayor se va reduciendo.

Según esto comienzan a vivenciar un sentimiento de inadaptación social, debido principalmente en que el mundo actual se encuentra en

un proceso acelerado, donde el mismo sistema marginaliza a este grupo etáreo, debido a su inactividad productiva y de escaso aporte al sistema económico y social. Por esto se empieza a construir un escenario en donde son invisibilizados por la sociedad y hasta por sus propias familias. Una de las causas principales de esta inadaptación, es producto del imaginario colectivo que se tiene con respecto a la vejez, Según Ludi, 2005 este concepto es entendió como "una construcción colectiva, más o menos arraigada en los sectores sociales, que enfatiza los prejuicios, en otras palabras, en aquellas categorías de pensamiento y/o creencias que no han sido adecuadamente procesadas". Esto hace referencia a que la mayoría de las personas perciben el periodo de la vejez como una etapa de vida marcada por la inutilidad y de escaso aporte a la sociedad, esto repercute negativamente a este grupo etáreo, ya que ellos sienten esta percepción y comienzan a aceptarla como normal.

En este escenario existen un grupo importante y numeroso de adultos mayores autónomos, entiéndase a estos como "aquella la persona dispone de su propio cuerpo y vida, se relaciona con la capacidad de decisión en base a la voluntad, en el sentido de gozar de volición independiente", los que producto de otras causas más allá de las discapacidades físicas y económicas ingresan a instituciones de larga estadía.

Es por esto que existen algunas instituciones que tienen como función principal potenciar y proteger a este grupo etáreo, entregándoles apoyo y asesoria, como lo son el SENAMA y Servicio Nacional de Salud. Estos espacios están construidos para que los adultos mayores comiencen a reconstruir nuevos grupo de apoyo, como lo son sus pares y que a través de esto perciban un sentimiento de pertenencia e integración en la sociedad.

Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores en Chile

Las primeras aproximaciones a los establecimientos de larga estadía surge en el siglo XII en función del modelo de los leprosarios, basado en la segregación de la población que presentaba esta enfermedad a fin de proteger a la población restante y así detener el avance de la lepra. Posteriormente, en el siglo XVII, esta medida se extiende a los grupos sociales o individuos que perturbaban la organización social, pobres válidos e inválidos y vagabundos.

Según estos las primeras organizaciones preocupadas de esta área fueron ejecutadas principalmente por distintas organizaciones religiosas las que actuaron por los adultos mayores desamparados que necesitaban de un cuidado y protección debido a distintas situaciones, siendo alguna de ellas las "Hermanitas de los Pobres" la que atendió esta necesidad desde un enfoque asistencialita motivado por orientaciones caritativas y de ayuda al prójimo. Estas acciones se enmarcaron en un contexto donde no existía la necesidad de formalizar y legitimar institucionalmente la ayuda prestada hacia los adultos mayores, pero al pasar del tiempo se fue requiriendo un cambio de enfoque, por lo que comenzaron a establecerse instituciones formales que prestaran servicios a este grupo etáreo.

La proliferación de adultos mayores con necesidades de protección y cuidado, genero que las entidades privadas adoptaran esta carencia como una opción para obtener dividendos. Por lo mismo, en torno a este contexto se hace necesario la creación un marco legal y mecanismos para la protección de los derechos de las personas mayores que utilizaban los servicios de cuidado a largo plazo, por lo que se establece el reglamento que regula el funcionamiento de los

Establecimientos de Larga para Adultos mayores (ELEAM) que fue publico en el diario oficial con fecha 07 de junio de 2005. [18]

En el presente Seminario de Titulo se hace referencia al Adulto Mayor residente en Establecimientos de Larga Estadía el que se define como "aquel que a causa de factores individuales y del entorno, trascurre su etapa de vida en un establecimiento, que dedica atención y cuidado a éstas personas".

Con relación a lo anterior los Establecimiento de Larga Estadía son "aquellos en que residen Adultos Mayores que, por motivos biológicos, psicológicos o sociales, requieren de un medio ambiente protegido y cuidados diferenciados para la manutención de su salud y funcionalidad, el cual cuenta con autorización para funcionar en esa calidad otorgada por la Secretaría Regional Ministerial de Salud competente del lugar en que se encuentra ubicado"[19].

En la actualidad existirían 1.668 ELEAM, de los cuales 663 (37.4%) serían residencias informales, no se cuenta con información fidedigna sobre el número de ELEAM no autorizados existentes en el país, sin embargo, estudios realizados a partir de proyecciones de los Censos de población estiman la existencia de un número de establecimientos informales que duplicaría el de autorizados

La población residente en los ELEAM asciende a 13.187 personas mayores, cuyo promedio por centro se establece en las 25. De estos 13.187 una cifra relevante corresponden a personas mayores con un perfil de valencia del tipo auto-valente (32.5%) y dependiere físico (30,3%). Aquellas personas mayores con menos presencia corresponden al tipo postrado (18,1%) y al dependiente de tipo psíquico (19,1%). El 43,5% de los ELEAM atienden a los tres tipos de personas mayores según grado de valencia. Además el 75% de ellos admite tanto a hombres como a

[18] Reglamento de Larga Estadía para Adultos Mayores, DTO. N° 134 DE 2005, Ministerio de Salud(ANEXO)
[19] Reglamento de Larga Estadía para Adultos Mayores, DTO. N° 134 DE 2005, Ministerio de Salud(ANEXO)

mujeres como usuarios; y un 29% admiten a residentes en condición de matrimonio[20]

Hoy los establecimientos de larga estadía para adultos mayores (ELEAM) constituyen un espacio en el cual sus residentes con un nivel de dependencia significativa encuentran acogida, afecto, satisfacción de sus necesidades y protección.

Sin embargo, en los establecimientos de Larga Estadía no pueden ingresar Adultos Mayores que presenten alteraciones de aguda gravedad u otras patologías que requieran asistencia médica continua o permanente. Pero si durante su estadía un Adulto Mayor presenta una enfermedad aguda o se reagudiza su condición por indicación médica podrá quedarse en el establecimiento solamente si éste dispone de los recursos humanos y equipamiento de apoyo clínico y terapéutico adecuado para su cuidado y siempre que su permanencia no represente riesgo para su persona ni para los demás. A falta de dichas circunstancias, la persona deberá ser trasladada a un establecimiento apropiado a su estado de salud.

Por lo mismo para el funcionamiento adecuado de los Establecimientos de Larga Estadía es necesaria la realización de una evaluación de valencia de las personas que se encuentran en estos establecimientos, mediante la escala de evaluación funcional Katz. De esta forma se clasifica a los Adultos mayores en autovalentes, dependiente y postrados. Depende de esta clasificación la infraestructura de cada hogar así como la cantidad de personal y especialización de estos.

[20] "Estudio actualización de registro de establecimientos de larga estadía para adultos mayores en chile" servicio nacional del adulto mayor – SENAMA 14 de abril de 2008

Clasificación de los Establecimientos de Larga Estadía

Considerando las diversas miradas bajo las cuales se puede aproximar a las residencias, se clasificaran según:

- **Tiempo de Permanencia y Autonomía de los Residentes:** Esta corresponde al nivel de autonomía de las personas mayores, por lo tanto, las funciones y ofertas de las residencias deben ser integrales.
    - *Residencia de Permanencia Temporal:* Destinados a ofrecer un mejoramiento funcional y psicosocial para devolver a la comunidad, individuos recuperados de sus dolencias, mediante estancias programadas en el tiempo y a un costo razonable. También, han sido definidas como "Residencias para suplir temporalmente el hogar familiar de personas con autonomía para la realización de actividades de la vida diaria". En Chile, esta clasificación, corresponde a la categoría de Colocación Extra Hospitalaria.

    - *Residencias de Estadía Permanente :* Esta se subdivide en tres tipos:

    - *Residencias de Válidos*: Estas se encuentran destinadas a personas mayores autovalentes que necesitan considerables cuidados. Tienen las siguientes funciones: ofrecer servicios equivalentes a los del hogar a personas que pueden valerse por si mismas; ofrecer una buena calidad de vida; ofrecer actividades de recreación y participación; prestar una atención geriátrica integral, es decir, prestación de las medidas médicas asistenciales y rehabilitadotas necesarias en cada caso para mantener o mejorar el estado de salud física y mental del residente.

- *Residencias Asistidas destinadas a quines ya no son Válidos:* son centros gerontológicos de atención especializada e integral a mayores con graves minusvalías. A estas incapacidades, se les añade una problemática social que les impida permanecer en su domicilio. Los usuarios en estas residencias se caracterizan por ser: personas incapacitadas, como se consecuencia de enfermedades degenerativas o neurológicas; personas que por inmovilidad prolongada, presentan grave dificultad para la deambulación; personas con alta senilidad, generalmente con más 85 años, que tengan dificultades para valerse por si mismas; y personas dependientes por causa psíquica, sin un trastorno grave de su comportamiento.

- *Residencias Mixtas:* Destinada para ambos tipos de residentes

- **Según Objetivos y Funciones en razón del Tipo de Residencias**: A estas se les asignan tareas preventivas, terapéuticas y rehabilitadotas, ampliando en ocasiones este marco, incluyendo tareas sustitutorias (favorecer e impulsar las relaciones sociales) y paliativas.

- **Según Categoría de Formalidad**: Se encuentran las:

  - *Reconocidas:* son aquellos establecimientos que cumplen con la reglamentación del Servicio de Salud para Establecimientos de Larga Estadía (ELEAM) y, por ende, cuentan con la acreditación sanitaria requerida.

  - *No reconocidas:* son todos aquellos Establecimientos de Larga Estadía, que se encuentran al margen de la reglamentación vigente.

- **Según su finalidad**: dentro de la variedad de Residencias de Larga estadía para Adultos Mayores su finalidad de lucro la divide en dos categorías las :

  - *Con Fines de Lucro:* Dentro de estas se encuentran todos los recintos de larga estadía que son sostenidos por privados y los que buscan con esto la obtención de dinero para su propio interés. Estos recintos deben contar con la aprobación y cumplimiento de todos los requerimientos estipulados en el reglamento de Recintos de Larga Estadía para Adultos Mayores.

  - *Sin Fines de Lucro:* En este se encuentra lo Recintos de Larga Estadía de Adultos Mayores que no buscan con su existencia beneficios económicos mas allá de la propia manutención. Dentro de estos se pueden señalar algunos recintos que son sostenidos gracias a la ayuda del gobierno o instituciones de carácter religioso.

Principales Causas de institucionalización de los Adultos Mayores en Establecimientos de Larga Estadía

El ingreso a un Establecimiento de Larga Estadía implica, frecuentemente, una ruptura del núcleo familiar, puesto que el Adulto Mayor llega a la institución cuando su familia es o se considera incapaz de seguir proporcionándole los cuidados físicos que requiere o, por lo contrario esta no quiere continuar manteniéndolo consigo. Sin embargo existe otra posibilidad de institucionalización de los Adultos Mayores en estos recintos, que son personas autovalentes- entendiéndose esto como facultad de decisión sobre el gobierno y autodeterminación de la propia vida- que por diversas causas ingresan a estos establecimientos sin considerar su condición y funcionalidad.[21]

[21] Instituto de Mayores y Servicios Sociales de España, en www.imsersomayores.CSIC.es, 07/07/08

Por lo tanto, se pueden identificar algunas causas que motivan a los Adultos Mayores a ingresar a los Establecimientos de Larga Estadía:

Soledad: Ocurre cuando el círculo de relaciones es menor o menos satisfactorio de lo deseado. Es una discrepancia entre las relaciones que se tiene y las que se desean. De esta forma la soledad es una de las principales motivaciones de los Adultos Mayores para entrar a un Establecimiento de Larga Estadía, ya que en estos encuentran una posibilidad de apoyo para la satisfacción efectiva de sus necesidades básicas como a su ves la de sentirse acompañados y protegidos.

Dependencia: Es el estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y /o ayudas importantes a fin de realizar los acciones de la vida diaria y, de modo particular, lo referentes al auto cuidado[22]. Por lo tanto, esta necesidad de apoyo en la satisfacción de necesidades básicas lleva a los Adultos Mayores a ingresar a estos centros.

Viudez: La perdida del cónyuge o de la pareja se transforma en una fuerte experiencia para el Adulto Mayor producto de la importancia que tiene en esta etapa de la vida el acompañamiento después de la sensación del nido vacío. Esta falta de apoyo y la soledad producen que muchos adultos mayores, luego de sufrir la viudez, ingresen a los Establecimientos de Larga Estadía esperando encontrar en éstos un nuevo hogar.

Marginalidad y pobreza: Los Establecimiento de Larga Estadía desde sus orígenes se han transformado en una herramienta de apoyo a los Adultos Mayores que viven en la marginalidad, sacándolos de las calles, el abandono y la pobreza. Situación que es complementada con las bajas

[22] Consejo de Europa, 1998, tomado del Libro Blanco de la Dependencia, Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales. España, 2004.

jubilaciones que muchas veces no alcanzan para costear totalmente las necesidades de un Adulto Mayor.

Necesidad de Relacionarse con los Pares: Al llegar a la vejez se cuenta con mas tiempo libre para dedicarlo a diferentes actividades y quehaceres que antes no se tenían en cuenta, por esto es importante cultivar y fortalecer de amistad con pares, compartiendo con ellos actividades de interés común, lo cual resulta provechoso para intercambiar experiencias de vida, brindarse comprensión y consolidar una red de apoyo.

Necesidades Afectivas: A lo largo del tiempo las emociones, los sentimientos y estados de animo van cambiando y se van adaptando a cada etapa de vida, según esto en la etapa de la vejez torna de gran relevancia una relación de afecto y de apoyo con familiares y otros, lo cual es esencial para los niveles de evolución y autonomía de los Adultos Mayores, ya que así se establecen sentimientos de utilidad y se asumen de mejor forma las limitaciones producidas en esta etapa de vida.

Efectos de la Institucionalización

La institucionalización de los adultos mayores es una opción comprensible y necesaria para las personas que se encuentran en estado de abandono y aquellos que tienen problemas de salud que los posesiona en un nivel de dependencia que les dificulta para su cuidado y bienestar. Considerando que el ingreso a este tipo de instituciones le entregan a los adultos mayores distintos beneficios como protección, servicios básicos, cuidados especializados, compañía, etc. Convirtiéndose estos establecimientos para algunos adultos mayores en su hogar.

El ingreso en una residencia produce, sin lugar a dudas, consecuencias materiales e instrumentales fundamentalmente positivas. En cuanto a las consecuencias personales y sociales el balance es más difícil de interpretar. La vida en una residencia proporciona comodidad, tranquilidad, compañía con otras persones pero, a su vez, añoranza, tristeza, falta de intimidad, problemas relacionados con la convivencia con extraños e incluso sentimientos de soledad. Previo al ingreso, la persona experimenta un sentimiento de despedida del pasado, de abandono del propio ámbito existencial y, una vez en la institución, un incremento de la dependencia, disminución de la capacidad de autocontrol, disminución del contacto con la comunidad y con la sociedad, etc. Con todo ello, no se intenta transmitir la idea de que institucionalización residencial se opone a calidad de vida. Sin duda, las personas que se encuentran en situación de pobreza y desamparo o con graves déficits de autocuidado mejoran al entrar en este tipo de residencias.[23]

Adecuarse a la vida en residencias es especialmente difícil cuando se habla de una tercera edad, caracterizada por su gran heterogeneidad, que el anciano institucionalizado tiene que dejar espacios, posesiones personales y rutinas y adaptarse a una serie de normas más homogéneas, con un conjunto de individuos muy diferente. A estas pérdidas hay que sumar, que en muchos casos se ingresa en la residencia tras el fallecimiento del cónyuge, por lo que la elaboración del duelo es doblemente dificultosa[24]

Sin embargo, la institucionalización como tal, en cualquier organización para algunos autores como el sociólogo Erving Goffman se considera como "lugar de residencia o trabajo de un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo

[23] ENVEJECER EN CASA ¿ES POSIBLE? Autores: Castro Neo, Mª Jesús; Iglesias Souto, Patricia María. Escuela Universitaria de Trabajo Social. Adscrita Universidad de Santiago de Compostela

[24] Prevención y promoción de la salud en el anciano institucionalizado "*La Residencia como espacio de Convivencia y de Salud*" SERVICIODE PROMOCIÓN DE LA SALUD. INSTITUTODE SALUD PÚBLICA. CONSEJERÍADE SANIDAD, ESPAÑA

apreciable de tiempo, los que comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente".

Esta situación es denominada como "Institución Total" para Goffman, la que provocan la ruptura de un ordenamiento social básico de la sociedad moderna. Las instituciones totales se caracterizan por:

- Todas las dimensiones de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo una única autoridad.
- Todas las etapas de la actividad cotidiana de cada miembro de la institución total se llevan a cabo en la compañía inmediata de un gran número de otros miembros, a los que se les da el mismo trato y de los que se requiere que hagan juntas las mismas cosas.
- Todas las actividades cotidianas están estrictamente programadas, de modo que la actividad que se realiza en un momento determinado conduce a la siguiente, y toda la secuencia de actividades se impone jerárquicamente, mediante un sistema de normas formales explicitas y un cuerpo administrativo.
- Las diversas actividades obligatorias se integran en un único plan racional, deliberadamente creado para lograr los objetivos propios de la institución.

A raíz de esto se puede deducir que la institucionalización de los adultos mayores provoca una seria de transformación que atentan contra los principios básicos de las políticas a nivel mundial que proclaman la autonomía, autorrealización, participación e independencia de los adultos mayores, ya que en este tipo de instituciones como afirma el autor Goffman se produce un perdida de la identidad de los adultos mayores al entrar en una circuito estructurado de actividades diarias que impiden el ejercicio de su autonomía.

Está probado que si bien la institucionalización afecta a una escasa minoría de personas, ella es en el fondo una de las formas más severas y comunes de exclusión de las mismas. Dentro de aquéllas, las personas llevan una vida que poco o nada tiene que ver con la del resto de los miembros de la sociedad. En las instituciones, la libertad de espacio,

tiempo y distribución de sus dineros se ve restringida. Aun las instituciones más modernas, con buen equipamiento e idóneo personal, tienen algo de deshumanizantes, ya que la institucionalización se basa en la suposición de que las personas no son capaces de llevar una vida independiente como integrantes de la comunidad, y de esa manera los residentes son animados a volverse pasivos y dependientes y se provoca una inexistencia de un proyecto de vida.[25]

Relacionadas con lo anterior aparecen en las residencias (o instituciones totales) lo que Goffman llama «adaptaciones secundarias». Son prácticas que nacen allí, a veces contraviniendo el reglamento, a veces «reinterpretándolo», y que permiten a algunos individuos obtener satisfacciones marginales. En la medida en que el afán secreto de toda institución residencial es definir un *modo de ser* —a través de cómo se puede y se debe uno comportar allí dentro— las adaptaciones secundarias han de contemplarse como una reacción saludable de la personalidad y una manifestación (más simbólica que real) de que el individuo controla aún parte de su situación. Las adaptaciones secundarias existen en las residencias de ancianos pero suelen ser respuestas individuales o de un pequeño grupo. Dicho en otros términos, se detectan puntualmente y ello hace que no puedan considerarse como parte de la subcultura.

Políticas Públicas dirigidas a los Adultos Mayores en Chile

Con respecto al Marco Jurídico Internacional de los Derechos Humanos de las Personas de edad avanzada se encuentran superficialmente abordados por diversos instrumentos internacionales, ya que a diferencia de otros grupos considerados vulnerables – como

[25] Ética y Derechos Humanos con Adultos Mayores, Trabajo leído en el III Congreso Internacional de Derechos y Garantías en el Siglo XXI, Septiembre-2004.

mujeres y niños – las prerrogativas de las que debieran gozar los adultos mayores no han sido consagradas en un documento global de carácter vinculante y no se cuenta con algún mecanismo que vigile y haga valer la obligatoriedad de la aplicación del conjunto de principios de Naciones Unidas para este efecto.

Existen dos fuentes en las que se establecen derechos de las personas mayores. En primer lugar se encuentran los instrumentos internacionales de derechos humanos de las Naciones Unidas (ONU) y sus organismos especializados. La segunda proviene de los instrumentos de derechos humanos de la Organización de Estados Americanos (OEA) y sus organismos especializados.

Con respecto a la ONU el "Pacto de Derechos Económicos, sociales y culturales" (1966), no contiene referencia explicita a los derechos de las personas mayores. Si embargo, el artículo 9 relativo al "derecho seguridad social, comprendiendo los seguros sociales" supone implícitamente el reconocimiento de un derecho a las prestaciones de la vejez. Las disposiciones del Pacto se aplican plenamente a todos los miembros de la sociedad, es evidente que las personas mayores deben gozar de la totalidad de los derechos en él reconocidos.

Y según la OEA en la "Convención Americana sobre Derechos Humanos" (1969) contiene algunas disposiciones particulares en el artículo 4 sobre el Derecho a la vida como la no imposición de la pena de muerte para los mayores de 70 años y en el artículo 23 sobre derechos políticos, la posibilidad de reglamentar el ejercicio de cargos públicos a partir de determinada edad. Y en el Protocolo Adicional en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador 1999). El único instrumento vinculante que estipula derechos básicos para las personas mayores es en el artículo 9, indica que: "Toda persona tiene el derecho a la seguridad social que la proteja contra las consecuencias de la vejez" y el artículo 17 señala que: "Toda persona tiene derecho a la protección especial durante la ancianidad. En tal contenido, los Estados

partes se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica….."[26]

En 1991, la Asamblea General aprobó los Principios de Naciones Unidas para las personas de edad avanzada, que en razón de las medidas que fueron previstas, constituyen de igual manera un instrumento importante en el contexto actual. Se enuncian 5 principios que tienen relación estrecha con los derechos consagrados en los diversos instrumentos internacionales.

Se habla primero de **"Independencia**" del que se entiende el vasto acceso a los alimentos, al agua potable, al alojamiento, al vestido y a los cuidados de salud. A estos derechos fundamentales se suma la posibilidad de ejercer un empleo justamente retribuido y de acceder a la educación o a cualquier otro tipo de formación académica.

"Participación" significa que los adultos mayores pueden y deben participar activamente en la definición y aplicación de las políticas que tienen que ver con su bienestar, sentir la libertad de compartir sus experiencias con las generaciones mas jóvenes y poder constituirse en asociaciones o sociedades.

Bajo el rubro de **"cuidados"**, encontramos que está previsto que los adultos mayores deben beneficiarse de la protección y atención de sus familias, así como de gozar de los derechos humanos y de las libertades fundamentales ya sea que ellos se encuentren en un hogar familiar, en un establecimiento sanitario o en una casa de retiro.

La **"autorrealización"** se refiere a la posibilidad de asegurar el pleno desarrollo de sus capacidades y habilidades, facilitándoles el rápido y oportuno acceso al cúmulo de recursos de la sociedad en el plano educativo, cultural, espiritual y de pasatiempos en general.

[26] Elaboración propia basado en Huenchuan, 2004 CEPAL/CELADE

Por último, se enuncia el principio de **"dignidad"** en donde se reconoce que la personas mayores deben ser respetadas y apreciadas por el simple hecho de ser humano, independientemente de cualquier condición derivada de la edad, el sexo, la raza, el origen étnico, sus discapacidades o situación financiera. Que no debe ser explotado física o mentalmente para lograr cualquier retribución económica, y deben ser tratados con equidad y justicia.

En el plano regional de las Naciones Unidas, la *Estrategia regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento* (Santiago de Chile, 2003) plantea metas, objetivos y recomendaciones para la acción a favor de las personas mayores en cada una de las tres áreas prioritarias acordadas en Madrid 2002 (personas de edad y desarrollo, salud y bienestar en la vejez, entornos propicios y favorables). Esta Estrategia representa un marco de referencia regional que los países deben 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. El desafío actual está centrado en la implementación de dichos acuerdos, para lo cual los países de la región deben hacer suyo ese instrumento y diseñar creativamente las medidas que contribuyan a su concreción. (Huenchuan, 2004)

La Estrategia Regional sustenta 5 principios:

- Envejecimiento activo
- Protagonismo de las personas mayores
- Respeto a la heterogeneidad de las personas mayores
- Enfoque de ciclo de vida y de visión prospectiva de largo plazo
- Solidaridad intergeneracional

En suma, se puede constatar que si bien existen algunos instrumentos de Derecho Internacional que pueden ser invocados por las personas mayores para proteger sus derechos humanos, la defensa de éstos en el plano internacional no puede ser absoluta, puesto que usualmente los

mismos conceptos reciben contenidos totalmente diferentes en función del nivel de desarrollo social, económico y cultural del país de que se trate.

Por ello es indispensable remitirnos al derecho interno de cada Estado y así conocer las normas establecidas con relación a las personas mayores, que hacen las veces de fundamento legal para alcanzar el respeto a su condición.

Las personas mayores en Chile no disponen de una ley específica para hacer valer sus derechos. Sin embargo, cuenta con la ley sobre Seguridad Social No. 3.500 (1980), algunas normas constitucionales (Constitución de 1980) inherentes al tema, la Ley sobre Violencia Intrafamiliar No. 19325 (1994), el decreto 2601 (1994) que aprueba el reglamento de establecimientos de larga estadía para adultos mayores y con la Ley No. 19.828 que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor SENAMA (2001).[27]

El derecho a la seguridad social esta tutelado en el artículo 18 constitucional: *"Las leyes que regulen el ejercicio de este derecho serán de quórum calificado. La acción del Estado estará dirigida a garantizar el acceso de todos los habitantes al goce de prestaciones básicas uniformes, sea que se otorguen a través de instituciones públicas o privadas. La ley podrá establecer cotizaciones obligatorias. El Estado supervigilará el adecuado ejercicio del derecho a la seguridad social…."*.

Mientras que las cuestiones relativas a la libertad de trabajo las establece el artículo 16: "*Toda persona tiene derecho a la libre contratación y a la libre elección del trabajo con una justa retribución.*

Se prohíbe cualquiera discriminación que no se base en la capacidad o idoneidad personal, sin perjuicio de que la ley pueda exigir la nacionalidad chilena o límites de edad para determinados casos". Se

[27] "La Legislación en favor de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe" Mónica Villarreal

observa en esta norma una manifestación clara de la ley de permitir la fijación de límites de edad para el ejercicio de un derecho.

En materia de seguridad social, la legislación chilena es pionera en la reforma del sistema de seguridad social transformando el sistema público existente hasta esa fecha en un sistema basado exclusivamente en la capitalización individual, optando por el modelo sustitutivo el cual cierra progresivamente el sistema público (no se permiten nuevos afiliados) y se le sustituye por un sistema privado (Mesa Lago, Carmelo 2004). En el artículo 1 de la ley sobre Seguridad Social No. 3.500 (1980), se establece la creación de un sistema de pensiones de vejez derivado de la capitalización individual efectuada en organismos denominados Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP).

La Ley sobre violencia doméstica, no contiene ninguna especificación hacia las personas mayores, pero se entiende que ésta es aplicable por extensión en situaciones de maltrato físico o psicológico.

Por otra parte, la Ley 19.828 que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor (2001) tiene como principales metas: Velar por la plena integración del Adulto Mayor a la sociedad, protegerlo del abandono e indigencia, promover su imagen como ente activo y participativo, hacer valer los derechos que la Constitución y las leyes les confieren y procurar la no discriminación y marginación.

La ley en el artículo 3, estipula una serie de funciones, mediante las cuales el Servicio se encargará de cumplir los objetivos mencionados, tales como: Fomentar la integración del adulto mayor en el seno de su familia y de la comunidad y promover la inserción social de los adultos mayores de forma que se mantengan activos en beneficio propio y en el de la comunidad; Proponer al Presidente de la República las políticas, planes y programas que deban efectuarse para diagnosticar y contribuir a la solución de los problemas del adulto mayor, velar por su cumplimiento y evaluar su ejecución, e impulsar, coordinar, hacer

seguimientos y evaluar programas específicos para el adulto mayor que se realicen a través de la Administración del Estado.

Esta Ley tiene unos objetivos muy bien definidos, pero no otorga derechos a las personas mayores, su alcance consiste en reglamentar la organización del Servicio Nacional del Adulto Mayor y establecer los parámetros dentro de los cuales éste funcionará.

De esta forma el envejecimiento de la sociedad chilena es un hecho ineludible y constatable cuyo impacto repercute en las diferentes áreas: En la economía existen demandas específicas como en alimentación, vestuario, en el ámbito laboral la población comúnmente activa será insuficiente. En educación disminuirá la demanda en los niveles preescolar, básica y media, aumentando la demanda de capacitación laboral en el uso de las nuevas tecnologías para personas mayores. En vivienda y urbanismo se deberá considerar los nuevos requerimientos de los mayores a 60 años, ajustando las construcciones a condiciones mínimas de seguridad, de fácil desplazamiento, considerándose fundamental que haya espacios de esparcimiento y recreación que faciliten el buen uso del tiempo libre.

Por lo mismo el gobierno ha creado políticas dirigidas a éste segmento, las que se materializan en distintas áreas como:

- Fondo Nacional del Adulto Mayores: financia proyectos autogestionados por las organizaciones de adultos mayores.

- Adultos mayores organizados en clubes: El grupo etáreo de los adultos mayores es uno de los grupos más organizados de nuestra sociedad. Es por ello que se considera a los adultos mayores, la fuerza participativa de Chile.

- Salud: Programa AUGE (de las 25 enfermedades que contempla el Plan AUGE para el año 2005, 16 pueden afectar a los Adultos Mayores); vacunación anti influenza (programa gratuito de

Vacunación contra la influenza para todos los adultos mayores de 65 años; atención de especialidad (entrega de ayudas técnicas a los adultos mayores beneficiarios del sistema público de salud).

- PACAM: Programa de alimentación complementaria para el adulto mayor.

- Facilidades Para deudores del SERVIU

- Vacaciones para la tercera edad (SERNATUR)

- Celebraciones tradiciones del Adulto Mayor

Los mayores han aumentado significativamente su presencia y articulación, ellos reclaman y exigen espacios sociales en donde poder interactuar con el resto de la sociedad. Es así como han surgido los Clubes de personas mayores, las Uniones Comunales de Clubes y las Federaciones Regionales, además de las organizaciones gremiales y de la Iglesia; también es interesante mencionar la participación de las personas mayores en organizaciones Filantrópicas y de ayuda social a través de diversos voluntariados. En el ámbito de la salud, con la aplicación de la reforma, ya hay un cambio paradigmático en el modelo de atención y patologías que cada vez más están siendo cubiertos por el Plan AUGE, para así asumir diversas enfermedades de alto costo. Por otra parte la Política de Salud para al Persona Mayor considera programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades con énfasis en el auto-cuidado, el envejecimiento activo. En el mismo sentido, la salud mental de la Persona Mayor debe ser objeto de programas específicos que consideren y brinden alternativas de atención para las enfermedades degenerativas como las demencias y los trastornos del ánimo, contribuyendo a una mejor calidad de vida.

En relación a los últimos acuerdos realizados en materia de adultos mayores en el convenio 2007 SENAMA estableció mecanismos de focalización de ingreso para los residentes de CONAPRAN que priorizan el

ingreso de personas mayores postradas y dependientes leves, de personas mayores con dificultades económicas y de personas en situación de abandono.

Por otra parte CONAPRAN definió una Carta de Derechos del Residente y creó Consejos de Residentes en todos sus centros. Cabe destacar que el Consejo de Protección a la Ancianidad ha recogido las recomendaciones técnicas realizadas por SENAMA, referidas a focalizar su atención en la población más dependiente y a mejorar su calidad de atención, a través de nuevos programas de intervención y de una mayor profesionalización y especialización de sus recursos humanos. Para nuestro país es una prioridad focalizar a las personas mayores frágiles y dependientes como población beneficiaria de los ELEAM, especialmente en el marco de la política habitacional para este segmento etáreo.

Producto de la "Carta de Derechos y Libertades de las Personas Mayores" en chile se entablo una discusión en relación al programa del adulto mayor del MINSAL en la cual se estableció que de acuerdo a las necesidades y características propias de quienes residen en establecimientos de larga estadía es necesario velar por los siguientes derechos y libertades fundamentales:

- Derecho de igualdad ante la ley y no discriminación
- Derecho a la vida
- Derecho a la integridad personal
- Derecho a la libertad de conciencia y religión
- Derecho a la libertad
- Derecho a la seguridad personal
- Derecho a la protección judicial
- Derechos políticos
- Derecho a la salud
- Derecho a la educación
- Derecho a la constitución y protección de la familia
- Derecho a la información y a la libertad de expresión
- Derecho a la privacidad

- Derecho a la salud física y mental [28]

Actualmente en el Gobierno se encuentra en trámite el reglamento que establece un Programa Habitacional para el Adulto Mayor diseñado por el Ministerio de Vivienda y Urbanismo (MINVU) y el SENAMA. Plantea un nuevo programa destinado a adultos mayores valentes y semivalentes.

Los adultos mayores en estado de abandono en su propio hogar demuestran que, cuando se envejece, una casa no basta para asegurar la calidad de vida a este grupo etáreo. Por esta situación la nueva política de vivienda ofrece innovadoras soluciones habitacionales para los adultos mayores: desde condominios especiales hasta atenciones por el día en residencias de larga estadía.

Estas políticas consisten en la administración y entrega de soluciones habitacionales sin titularidad de dominio (sólo derecho de uso) a personas mayores autovalentes, semivalentes y postradas, que incluye viviendas nuevas o usadas, individuales o colectivas, y que podrán ser administradas por entidades operadoras acreditadas por SENAMA (municipios o entidades especializadas en atención de personas mayores).

La administración de las viviendas conlleva asignar adecuadamente los cupos, asegurar el acceso a atención de salud primaria y promover la integración de los mayores residentes a actividades recreativas y de participación social o comunitaria. Es decir, la relación con las familias, con personas mayores organizadas o no organizadas, juntas vecinales, organizaciones deportivas, vecinos, municipio, instituciones públicas y/o privadas, etc.

Existirán 2 tipo de viviendas, estas serán: **Condominios de Viviendas Tuteladas,** Conjuntos habitacionales con espacios comunes, constituidos

[28] Carta de los derechos del Adulto Mayor Institucionalizado (ANEXO)

por 10 a 20 viviendas, una sede comunitaria (con sala multiuso, comedor y cocina comunitaria) así como áreas verdes con jardines, el modelo de vivienda tutelada se basa en que los mayores autogestionan su vida al interior de ella y reciben apoyo socio comunitario que promueva su socialización e integración. Estará focalizado en personas mayores autovalentes que requieran solución habitacional, deseen vivir solas o en pareja afectiva –excepcionalmente, parejas de amigos de 60 años o más- y que estén dispuestos a participar en un modelo de apoyo socio comunitario. **Establecimientos de Larga Estadía (ELEAM):** Residencias colectivas de larga estadía, que estarán dirigidas a personas de 60 años o más con pérdida de funcionalidad física o cognitiva, que requieran apoyo de terceros para desarrollar actividades de la vida diaria. Específicamente, personas mayores que presenten dependencia moderada a severa.

Políticas Públicas dirigidas al adulto mayor en Países Desarrollados

De acuerdo a la realidad de otros países desarrollados el concepto de establecimiento de larga estadía es más completo y enfatiza en la entrega de servicios que propendan el desarrollo integral de los adultos mayores. Por ejemplo, España define los centros residenciales para personas mayores como: aquellos centros de carácter social que ofrecen alojamiento, convivencia y atención integral. Tienen una función sustitutoria de hogar familiar, ya sea de forma temporal o permanente, para personas mayores en situación de dependencia. [29]

Este país establece en su política nacional de las personas mayores servicios como: residencias permanentes; centros de día; centros de noche; acogimiento familiar; tele asistencia y servicio de ayuda a domicilio, estas ultimas suponen el extremo opuesto a la institucionalización.

La ayuda a domicilio y tele asistencia consiste en la atención a personas dependientes en el hogar, dentro de su entono familiar, a través de servicios públicos, es realizada principalmente a través del *servicio de ayuda a domicilio* complementado con servicios de apoyo a la autonomía personal como el *servicio de tele asistencia*, los sensores de movimiento o los dispositivos de localización y los servicios de comida y lavandería a domicilio. El **servicio de ayuda a domicilio** (SAD), como se desprende claramente de su denominación, se presta teniendo como soporte físico el domicilio de aquellas personas o grupos familiares carentes de autonomía personal, en situación de desintegración familiar, o limitaciones en su capacidad de relación social.

El servicio de tele asistencia es una prestación de carácter técnico que complementa el SAD. Se desarrolla con apoyo de nuevas tecnologías, y su objetivo se centra en la atención inmediata en situaciones de crisis o de emergencia.

[29] www.inmerso.cl

El Acogimiento Familiar como un recurso social surgido de la propia dinámica de la ayuda mutua. Trata de responder a la necesidad de atender a los mayores, pero no sólo a los mayores parientes sino a los mayores del medio. Es un recurso social con una larga tradición histórica. Es una forma de mantener el entorno en equilibrio, empleando la fórmula universal tan enriquecedora del dar y recibir. Se pretende facilitar la integración de personas mayores en el seno de una familia que, además de proporcionarle un ambiente y trato familiar las 24 horas del día, atienda directa e individualizadamente las necesidades derivadas de su edad y de su dependencia, en su caso. Cada persona o unidad familiar puede acoger, por medio de este programa, a dos personas mayores. Entre las personas mayores acogidas y las personas que integran la unidad de acogida no puede existir relación de parentesco en línea recta en ningún grado, o en línea colateral por consanguinidad hasta el tercer grado inclusive. No obstante, en caso de que la persona, o personas acogidas, presenten dependencia para actividades de la vida diaria, puede formalizarse el acogimiento en línea recta por afinidad, excepto que en la unidad de acogida existan otros familiares de la persona, o personas acogidas, en línea recta consanguínea que sean mayores de edad y estén obligados legalmente a prestarle alimentos.

La finalidad del programa es procurar el mantenimiento del mayor en su medio social habitual, siempre que sea posible, facilitando la integración y evitando el internamiento en instituciones cuando éste no sea adecuado o deseado.

Los Centros de Día son un recurso alternativo a la institucionalización en una residencia que se define como un equipamiento destinado a la atención diurna de personas mayores dependientes con pérdida da autonomía física o psíquica que, residiendo en sus propios hogares precisan y reciben atenciones de carácter personal, terapéutico e social, en las horas de permanencia en el centro. Las ventajas de este recurso frente al internamiento residencial se pueden sintetizar en los siguientes puntos:

− El mayor "no deja de vivir" en su casa y con su familia.
− El mayor no se siente una sobrecarga para sus familiares.

− Permite mantener la dinámica de las relaciones socio-afectivas con la familia y el entorno

− Alivia la situación de sobrecarga de los cuidadores: se reducen los conflictos y el estrés familiar ocasionados por el cuidado permanente del mayor.

− Los familiares/cuidadores pueden desarrollar actividades fuera del hogar, incluso una jornada laboral, con la tranquilidad de que sus mayores están bien atendidos

− El mayor recibe una atención profesionalizada.

Otra opción de este país que pretende mantener la autonomía de los adultos mayores son las viviendas tuteladas concertadas, se trata de una modalidad de pensión habitada por personas mayores, cuyos inquilinos -que deben ser mayores de 65 años y valerse por sí mismos. En estos se tiene derecho a un régimen de pensión completa, así como al cuidado y acompañamiento de auxiliares y personal de asistencia.[30]

[30] ENVEJECER EN CASA ¿ES POSIBLE? Autores: Castro Neo, Mª Jesús; Iglesias Souto, Patricia María. Escuela Universitaria de Trabajo Social. Adscrita Universidad de Santiago de Compostela

CAPITULO III

Diseño de la Investigación

PRESENTACIÓN

Este tercer capitulo expone la metodología de la investigación, la cual presenta los referentes metodológicos del proceso y análisis en que se enmarcara el estudio.

Esta estará compuesta por las siguientes categorías:

- Planteamiento del Problema
- Metodología
- Operacionalización de Variables

1. PLANTEMIENTO DEL PROBLEMA

Es necesario plantear la importancia de la temática a estudiar, ya que en virtud de los antecedentes recogidos durante la investigación preliminar se puede exponer que en la actualidad, el panorama a nivel mundial revela un progresivo envejecimiento demográfico[31], lo que ha producido un fuerte impacto en la composición de la población y en la sociedad en general. Este proceso esta constituido por la disminución de la natalidad y el progresivo aumento de la esperanza de vida de las personas lo que repercute directamente en la composición por edades de la población.

Este panorama plantea complejos retos y desafíos tanto a la sociedad como a sus instituciones. Y además repercute en todas las áreas como lo son en el ámbito educacional, laboral, salud, económico, familiar, entre otros. Demando de esta forma rotundos cambios que logren sustentar el bienestar de la población envejecida.

Según el Censo 2002, la población de adultos mayores en Chile es de 1.717.478 personas (56% mujeres y 44% hombres). Caracterizándose el envejecimiento en chile por un mayor porcentaje de mujeres en la población mayor. Esto se configura en una realidad donde es imprescindible considerar las relaciones de género al interior de los grupos de mayor edad para el desarrollo de políticas públicas. De esta manera, los desafíos que impone el envejecimiento poblacional son, al mismo tiempo, desafíos sobre cómo avanzar hacia la equidad de género en todas las edades.

Es en este escenario donde se crearon los establecimiento de larga estadía los cuales se definen como lugares "en que residen adultos mayores que, por motivos biológicos, psicológicos o sociales, requieren de un medio ambiente protegido y cuidados diferenciados para la

[31] Es un aumento del porcentaje que representan los individuos mayores de 65 años sobre el total de la población

manutención de su salud y funcionalidad, los cuales cuentan con autorización para funcionar en esa calidad, otorgada por la Secretaría Regional Ministerial de Salud competente del lugar en que se encuentran ubicados".[32]

La inserción a estas instituciones trae consigo para el adulto mayor diferentes consecuencias. Algunas positivas como la entrega de servicios básicos y médicos, protección y cuidado, compañía para el adulto mayor, entre otras. Sin embargo, esta institucionalización en la mayoría de los casos atenta con algunos de los principios y lineamientos de las políticas mundiales dirigidas hacia los adultos mayores esto ya que la institucionalización impide la autonomía, su integración con la comunidad, su independencia, etc.

De esta forma es importante conocer las causas que motivan a los adultos mayores autovalentes a la institucionalización, comprendiendo los efectos negativos que conlleva esta situación. Para evitar esto a nivel mundial se establece actualmente el concepto de envejecimiento activo el que se relaciona directamente con mantener el mayor tiempo posible a los adultos mayores autovalentes en sus hogares de origen.

1.2 Formulación del Problema de Investigación.

¿Cuáles son las causas que motivan a los adultos mayores autovalentes a ingresar a los hogares de larga estadía?

1.3 Objetivos de la Investigación

Objetivo General:

[32] Reglamento de Larga Estadía para Adultos Mayores, DTO. N° 134 DE 2005, Ministerio de Salud(ANEXO)

Investigar las causas que motivan la institucionalización de los adultos mayores autovalentes a hogares de larga estadía en la Comuna de Viña Del Mar, Quilpue y Casablanca

Objetivo Especifico:

- Cuantificar los adultos y adultas mayores autovalentes institucionalizados en Establecimientos de Larga Estadía
- Identificar las causales de la inserción de adultos y adultas mayores a Establecimientos de Larga Estadía
- Caracterizar socio demográficamente los adultos y adultas mayores autovalentes institucionalizados

2. METODOLOGIA

Tipo de Estudio

El método de estudio se puede considerar como la forma característica de investigar determinada por la intención sustantiva y el enfoque que la orienta[33]. Por lo anterior el Seminario de Titulo será de carácter Cuantitativo - Descriptivo con algunas técnicas de recolección de datos de tipo cualitativo. Se entiende como enfoque cuantitativo "aquel proceso que explica y predice la realidad objetiva; busca valores neutros; utiliza técnicas y análisis cuantitativo y es teoría y practica disociada"[34]. Este tipo de investigación genera nuevos conocimientos validos a un campo disciplinario.

Cuando se hace referencia a lo descriptivo se entiende a este como "el proceso donde se intenta describir situaciones y eventos;

[33] Gregorio Rodríguez, Metodología de la Investigación Cualitativa, 1996
[34] Cátedra de Investigación Social, Docente Patricia Castañeda Meneses, 2008

buscar especificar las propiedades importantes de las personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido análisis; y miden de manera independiente las variables sometida a análisis"[35]

Debido a la existencia de técnicas cualitativas de recolección de datos, se entiende que este tipo de investigación permite descubrir el verdadero significado sobre el fenómeno insertándose en el propio escenario y desde las propias perspectivas de los actores. Así la investigación cualitativa permite estudiar la calidad de las actividades, relaciones, asuntos, medios, materiales o instrumentos en una determinada situación o problema. Logrando de esta forma una descripción holística, de la situación.

Sin embargo, el Seminario de Titulo se focalizara en la metodología cuantitativa de investigación al hacerse necesaria también aportes de técnicas de recolección de datos de tipo cualitativa. Por lo mismo la pluralidad metodológica permite tener una visión más global y holística del sujeto de estudio, pues cada método nos proporciona una perspectiva diferente, lo que es fundamental para lograr comprender el significado de esta situación de los Adultos Mayores Autovalentes insertos en los Establecimientos de larga Estadía así como la frecuencia de esto.

Universo

El Universo se refiere al conjunto de todos los casos que concuerden en una serie determinada de especificaciones[36]. En esta investigación el universo serán todos los establecimientos de larga estadía autorizados en la comuna de Viña de Mar, Hogar de Cristo Padre Hurtado y Fundación las Rosas Hogar 26 María Inmaculada correspondiendo a 41 hogares.

[35] Cátedra de Investigación Social, Docente Patricia Castañeda Meneses, 2008
[36] Paten F. 2000:140

Muestra

Esta se trata de una muestra intencional, la cual consiste en que el investigador selecciona la muestra procurando que sea representativa, pero haciéndolo de acuerdo a su intención u opinión[37]. Según lo expuesto la muestra a utilizar corresponderá a una selección representativa del universo, la cual recaerá en 35 adultos y adultas mayores autovalentes pertenecientes a establecimientos de larga de estadía de la comuna de viña del mar, Hogar de Cristo Padre Hurtado y Fundación las Rosas Hogar 26 María Inmaculada.

Recolección de datos

Los métodos de investigación determinaran las técnicas o instrumentos de recogida de datos a utilizar. Con respecto a la metodología cuantitativa se utilizara la técnica de **cuestionarios mixtos (ANEXO)** que propenderán a la cuantificación del número de adultos mayores autónomos existentes en los establecimientos de larga estadía, variables sociodemográficas, grado de autovalencia y motivación para la institucionalización.

La parte cualitativa recaerá en el desarrollo de las preguntas abiertas que están incluidas en el cuestionario mixto. De esta forma se pretenderá profundizar en las causas que motivan a los Adultos mayores autovalentes a ingresar a los establecimientos de larga estadía y los significados que tienen para ellos esta decisión.

Plan de Análisis

Para el análisis de la información arrojada por los Cuestionarios aplicados, se utilizarán métodos de análisis estadísticos lo que se realizara a través del software estadístico SPSS, versión 15.0 (Statistical Package for Social Science). Ahondando en las variables sociodemográficas, grado de autovalencia, apoyo familiar del adulto mayor, sentimiento de

[37] Ander Egg E. 1987:186

discriminación antes de la institucionalización y comodidad con el grupo de pares.

Por otro lado, se profundizara en las causas y significados de la institucionalización extrayendo y analizando las preguntas abiertas del cuestionario mixto.

3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Las investigaciones cuantitativas, se conocen también con el nombre de investigaciones analíticas por el hecho que las cuantificaciones que se hacen en ellas corresponden a propiedades, características o atributos que poseen los objetos o sucesos de estudio. Como tales propiedades se dan en grados o modalidades diferentes reciben el nombre de variables.

1. **Variable:** Sociodemográfica

Definición Conceptual: Tiene como función señalar características de un grupo de personas o comunidad con respecto a su dinámica interna, las cuales configuran un perfil determinado. Según esto corresponde a la identificación de datos relacionados con sexo, edad, estado civil, ingreso económico, tipo de familia y salud de los Adultos Mayores residentes de los Hogares de Larga de Estadía.

Definición Operacional: Se realizara a través de la herramienta cuantitativa del cuestionario mixto

Dimensión	Sub-Dimensiones	Indicadores
1.1) Factores Socio-Demográficos	1.1.1) Sexo	- Masculino - Femenino
	1.1.2) Edad	-Menos de 60 años -Más de 60 años -Más de 70 años -Más de 80 años -Más de 90 años

	1.1.3) Estado Civil	- Casado/a - Viudo/a - Soltero/a - Separado/a - Conviviente
	1.1.4) Ingreso económico	-Menos de 100 mil pesos -Más de 100 mil peso -Más de 200 mil pesos
	1.1.5) Tipología de familia	-Unipersonal -Nuclear -Biparental - Monoparental -Extendida -Sin vínculos
	1.1.6) Salud	- Existencia de enfermedad

2. **Variable**: Grado de Auto valencia

Definición Conceptual: Esta alude a la capacidad que tienen los Adultos Mayores residentes de los Hogares de Larga de Estadía a realizar actividades de la vida diaria sin ayuda de terceros

Definición Operacional: Se realizara a través de la herramienta cuantitativa del cuestionario mixto considerando ítems de la Escala de Evaluación Funcional de Katz, esta herramienta mide el nivel de Auto valencia del Adulto Mayor, la cual considera los siguientes aspectos: vestirse, bañarse, alimentarse, trasladarse, ir al baño y controlar esfínter

Dimensión	Sub-Dimensiones	Indicadores
2.1) Grado De auto valencia	2.1.1 Capacidad para realizar las actividades cotidianas solo/a	- Bañarse - Vestirse - Trasladarse - Alimentarse - Ir al baño -Controlar esfínter

3. **Variable:** Apoyo familiar al adulto mayor

Definición Conceptual: El apoyo familiar se materializa principalmente en un apoyo económico y afectivo. Los que consisten en visitas al establecimiento de larga estadía, llamados telefónicos, mantención de un contacto permanente luego de la institucionalización y

principalmente una preocupación constante por el bienestar del adulto mayor.

Definición Operacional: Se realizara a través de la herramienta cuantitativa del cuestionario mixto, profundizando en aquellas preguntas abiertas.

Dimensión	Sub-Dimensiones	Indicadores
3.1) Apoyo familiar	3.1.1 Aspecto Familiar	-Apoyo económico - Apoyo afectivo

4. **Variable**: Participación con grupo de pares

Definición Conceptual: Se entiende a la participación del adulto mayor en organizaciones o actividades sociales (religiosas, centro padres, talleres, voluntariados, centros de adulto mayor, etc.) antes de ingresar al hogar y la presencia de un sentimiento de comodidad con grupo pares

Definición Operacional: Se realizara a través de la herramienta cuantitativa del cuestionario mixto, profundizando en aquellas preguntas abiertas.

Dimensión	Sub-Dimensiones	Indicadores
4.1) Participación con grupo de pares	4.1.1 Aspecto Social	- Participación en organizaciones o actividades sociales antes de ingresar al hogar

		- Comodidad con grupo de pares

5. **Variable:** Discriminación o rechazo

Definición Conceptual: es el acto de hacer una distinción, de abuso e injusticia que viola el derecho de la igualdad de los adultos mayores.

Definición Operacional: Se realizara a través de la herramienta cuantitativa del cuestionario mixto, profundizando en aquellas preguntas abiertas.

Dimensión	Sub-Dimensiones	Indicadores
5.1 Discriminación o rechazo	5.1.1 Aspecto Individual	- Sentimiento de discriminaron o rechazo antes de ingresar al hogar

6. **Variable**: Motivación para la institucionalización

Definición Conceptual: La motivación está constituida por todos los factores o causas que motivan a los Adultos Mayores a elegir institucionalizarse en estos hogares

Definición Operacional: Se realizara a través de la herramienta cuantitativa del cuestionario mixto, profundizando en aquellas preguntar abiertas

Dimensión	Sub- Dimensiones	Indicadores
6.1 Motivación para la institucionalización	6.1.1 Causas para la institucionalización	

7. **Variable:** Valoración de la institucionalización

Definición Conceptual: Es el significado que le atribuye el Adulto Mayor a su estado de institucionalización
Definición Operacional: Se realizara a través de la herramienta cuantitativa del cuestionario mixto, profundizando en aquellas preguntar abiertas

Dimensión	Sub-dimensiones	Indicadores
4. 1 Personal	4.1.1 Significado del estado de institucionalización	

CAPITULO IV

Análisis y Resultados de la Investigación

PRESENTACIÓN

Este cuarto capitulo, denominado Resultados y Análisis de la investigación se realizara en dos momentos. Uno cuantitativo *denominado Descripción de la realidad de los Adultos y las Adultas Mayores autovalentes institucionalizados en Establecimientos de Larga Estadía.* El que contendrá datos gráficos y porcentuales que serán respaldados por el Software Estadístico SPSS.

Y el segundo, cualitativo que complementara la investigación, basado en el análisis de de las preguntas abiertas de los cuestionarios mixtos aplicados a lo largo del proceso del seminario de titulo. De esta forma el análisis cualitativo estará dividido en dos etapas.

La primera, denominado *Análisis de las Causas de la Institucionalización de los Adultos y las Adultas Mayores autovalentes a Establecimientos de Larga Estadía*, el que dará cuenta de las motivaciones, significados y percepciones manifestados por el grupo en estudio sobre su institucionalización

Y una segunda etapa, la que se denominará *Análisis Comparativo entre las realidades de los Establecimientos de Larga Estadía con Fines de Lucro y los de Beneficencia.*

1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD DE LOS ADULTOS Y LAS ADULTAS MAYORES AUTOVALENTES INSTITUCIONALIZADOS EN ESTABLECIMIENTOS DE LARGA ESTADÍA

A continuación, se expondrá la caracterización de los Establecimiento de Larga Estadía visitados durante el proceso de investigación realizado por las seminaristas. Luego se describirá y expondrá el análisis de datos, desde la perspectiva cuantitativa de las variables sociodemográficas, grado autovalencia, aspectos relacionados con el apoyo afectivo y económico que les proporciona la familia a los adultos y adultas mayores, su participación en organizaciones o actividades sociales antes de ingresar a los establecimientos, sentimiento de discriminación y comodidad con grupo de pares.

Para esto se realizo un total de 35 cuestionarios mixtos, los cuales fueron aplicados ha adultos y adultas mayores autovalentes institucionalizados en residencias de larga estadía. Estos se encuentran en la sección anexos adjuntos en el CD-ROO

1. 1 Caracterización de los Establecimientos de Larga Estadía

Como primera aproximación, se dará a conocer que el total de Establecimientos de Larga Estadía visitados correspondiente a la comuna de Viña del Mar, Casablanca y Quilpue, fueron 41 hogares. De los cuales, el 64 % se obtuvo informaron relevante para el proceso de investigación este porcentaje corresponde a 26 hogares. Por otro lado, de la diferencia que no se obtuvo información fue producto de la ausencia de los encargados(32%), cambio de dirección del establecimiento(2%) y aparente estado de abandono (2%), lo que suma un total de 15 hogares que no se pudo aplicar el instrumento de recolección de datos. Pero sin embargo, por información informal (auxiliares, residentes, etc.) se pudo recabar datos estructurales expuestos en el cuadro anterior.

Se establece que 19 de estos establecimientos no tienen requisito de ingreso, 2 tienen como requisito ausencia de problemas psiquiátricos, 1 enfocado a personas con enfermedad (clínica geriátrica) y solo uno tiene como requisito la autovalencia .Por otro lado, los 3 hogares de beneficencia visitados tienen como requisito encontrarse entre los quintiles más bajo de la población.

A raíz del proceso de estudio se establece que existen un total 423 adultos mayores institucionalizados en Establecimiento de Larga de Estadía de la comuna de Viña del Mar, Casablanca y Quilpue. De este total 305 son mujeres (72%) y 118 hombres (28%).

Con respecto, a la edad promedio de los adultos mayores institucionalizados es de 72 años y la edad estándar corresponde a 42 - 102 años.

Se debe considerar que existe una diversidad de perfiles de adultos mayores que coexisten al interior de los ELEAM. Dentro de estos, se encuentran los adultos mayores autovalentes que representan el 23%, dependientes el 53% y postrados el 24%.

En relación al contexto general expuesto anteriormente, se aplico el instrumento de recolección de datos a 10 Establecimientos de Larga Estadía (24%) a un total de 35 adultos y adultas mayores autovalentes (23%) institucionalizados.

A continuación, se expone la tabla de los establecimientos de larga estadía donde se desprende toda la información descrita.

Establecimientos de Larga Estadía

Tabla 1

Nombre	Ubicación	Clasificación	Tipo de Residencia	N ° Mujeres	N ° Hombres	N ° Auto valentes	N ° Dependientes	N ° Postrados	Población Total	Rango de edad	Requisito Ingreso
Flor de Aromo	Traslaviña 473, Viña Del Mar	Clínica Geriátrica	Con fines de lucro	8	2	0	2	8	10	75-100	Adultos/as mayores solo con enfermedades
Eterna Primavera	Etchevers 384, Viña Del Mar	Casa de Reposo	Con fines de lucro	10	1	2	5	4	11	80-98	Se aceptan todo tipo de adultos/as mayores
Alborada	Valdés Vergara 599, Chorrillos	Casa de Reposo	Con fines de lucro	8	2	0	7	3	10	80-100	Se aceptan todo tipo de adultos/as mayores
La Espiga Dorada	Pje. Benedictinos 60, Chorrillos	……	…….....	……	……	……	……	……..	……	……	……..
Floresta I	Calle Limache 2637, Chorrillos	……	……	.....	……..	……..	……	……	……..	……	……
Regina Paccis	Portugal 75, Chorrillos	……	……	……	……..	……..	……	……	……..	……..	……
Floresta II	Calle Limache 2605, Chorrillos	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Izabella I	Del Alamo 380, Chorrillos	*******	*******	********	*********	********	*********	*********	********	*********	**********
Rayito de Sol	Laderas 2564,Chorrillos	Casa de Reposo	Con fines de lucro	10	4	4	10	0	14	80-95	Se aceptan todo tipo de adultos/as mayores
Ann Bjor	Patricio Lynch 2221,Chorrillos	……..	……..	……..	……..	……..	……..	……..	……..	……..	……..
Blanquita	Álvarez 1720, Viña Del Mar	Casa de Reposo	Con fines de lucro	8	2	0	7	3	10	75-101	Se aceptan todo tipo de adultos/as mayores
Natania	Balmaceda 429, Reñaca	Residencia Asistida	Con fines de lucro	22	2	10	11	3	24	70-95	Principalmente Adultos/as autovalentes
Recreo	Von Schoederes 341, Viña Del Mar	Casa de Reposo	Con fines de lucro	18	6	2	17	5	24	55-98	Se aceptan todo tipo de adultos/as mayores
Lulu	Diego Portales 1255, Recreo	Casa de Reposo	Con fines de lucro	9	1	4	3	3	10	57-102	Se aceptan todo tipo de adultos/as mayores
Nataly	Habana 554, Recreo	Casa de Reposo	Con fines de lucro	6	1	0	7	0	7	80-97	Se aceptan todo tipo de adultos/as mayores. Estadía permanente y de día
El Oasis De	Cuarta 499,	Casa de	Con fines	4	2	2	2	2	6	68-92	Se aceptan

Recreo	Recreo	Reposo	de lucro								todo tipo de adultos/as mayores
Stella Maris	Amunategui 1430,Recreo	Casa de Reposo	Con fines de lucro	6	2	0	5	3	8	69-102	Ausencia de problemas psiquiátricos
San Rafael	Camino Real 1467, Recreo	Casa de Reposo	Con fines de lucro	16	2	0	17	1	18	86-102	Se aceptan todo tipo de adultos/as mayores
La Nonna	Pje. Olga 7, Recreo	Casa de Reposo	Con fines de lucro	8	0	0	8	0	8	75-90	Se aceptan todo tipo de adultos/as mayores
Hermanitas de los Pobres	Pje. Jugan s/n, Achupallas	Hogar de beneficencia	Sin fines de lucro	.....	.....	.....	.....	.....	85	.....	Principalmente adultos/as mayores pertenecientes a los quintiles más bajos de la población
Sta. Teresa de los Andes	Las Parcelas 1208-1210, Reñaca alto	Casa de Reposo	Con fines de lucro	7	5	1	9	2	12	80-94	Se aceptan todo tipo de adultos/as mayores
Jannette	Pje. Maravilla 2041, Sta Ines Viña del Mar	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Bienestar	Las azucenas Pje republica 27, Sta Julia, Viña del Mar	Casa de Reposo	Con fines de lucro	8	2	0	0	10	10	80-102	Se aceptan todo tipo de adultos/as mayores

Villa Dulce	Pje. 21 casa 4, Villa Dulce , Viña del Mar	Casa de Reposo	Con fines de lucro	5	0	2	2	1	5	77-95	Se aceptan todo tipo de adultos/as mayores
Montecarmelo	Pje. Scherrer 234, Agua Santa Viña del Mar	……..	……	……..	……	……	……	……	……..	…….	……..
Preciosa Sangre	Agua Santa 782, Viña del Mar	Casa de Reposo	Con fines de lucro	6	2	1	5	2	8	70-95	Se aceptan todo tipo de adultos/as mayores
Senior Home	1 Norte 2247, Miraflores Bajo	Casa de Reposo	Con fines de lucro	8	0	5	1	2	8	61-86	Ausencia de problemas psiquiátricos
Senioreheim	1 Norte 1469, Viña Del Mar	Casa de Reposo	Con fines de lucro	8	2	0	7	3	10	88-98	Solo adultos/as mayores arriba de 60 años de edad
San José	2 Oriente 147, Viña Del Mar	Casa de Reposo	Con fines de lucro	9	9	1	17	0	18	42-98	Se aceptan todo tipo de adultos/as mayores
Renacer	3 Norte 957, Viña Del Mar	Casa de Reposo	Con fines de lucro	9	1	4	4	2	10	75-98	Se aceptan todo tipo de adultos/as mayores
Portal Del Mar	8 Norte 1162, Viña Del Mar	Casa de Reposo	Con fines de lucro	6	2	4	4	0	8	79-95	Se aceptan todo tipo de adultos/as mayores

Bhon	Santa Laura 521, Con Con	……	……	……	……	……	……	……	……	……	……
Maria Francisca	Victoria Norte 593, Con Con	……	……	……	……	……	……	……	……	……	……
Hogar Bienestar	El Golf 16, Granadilla 1, Miraflores	Casa de Reposo	Con fines de Lucro	8	0	1	7	0	8	70-95	Se aceptan todo tipo de adultos/as mayores
Margarita Cardenas	Alcalde Prieto Nieto 362, Viña del Mar	……	……	……	……	……	……	……	……	……	……
Mi Querida Raquelita	Traslaviña 463, Viña Del Mar	Casa de Reposo	Con fines de Lucro	13	4	3	6	8	17	70-98	Se aceptan todo tipo de adultos/as mayores
La Nonna Alicia	Avda. Oriental 591,Viña Del Mar lato	……	……	……	……	……	……	……	……	……	……
Izabella II	Álvarez 2260, Chorrillos	……	……	……	……	……	……	……	……	……	……
La Alborada II	Balmaceda 1932, Recreo	……	……	……	……	……	……	……	……	……	……

Hogar de Cristo, Padre Hurtado	Quebrada Oriente, Sector Belloto Sur	Hogar de Beneficencia	Sin fines de lucro	45	28	20	33	20	73	50-98	Principalmente adultos/as mayores en situación de calle, abandono familiar y de los quintes más bajos de la población
Fundación las Rosas, Hogar 26 María Inmalucada	Inés Parada Nº 111, comuna de Casablanca	Hogar de Beneficencia	Sin fines de lucro	40	36	30	31	15	76	55-100	Existencia de apoderado por adulto mayor

Simbología

.....	No se recoge información por ausencia de encargado
_____	Aparente estado de abandono
********	Cambio de dirección

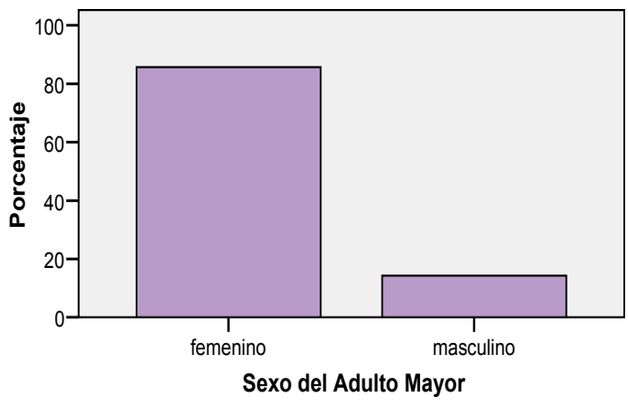
1.2 Análisis de las Variables

» Variable: Sociodemográficas

Sexo del Adulto Mayor

Debido al aumento de la esperanza de vida al nacer y los cambios demográficos vivido en los últimos años se han producido transformaciones significativas a nivel mundial, ya que las personas viven más años y a su ves las mujeres mueren a edades más avanzadas. Por lo mismo, el 85,7% del grupo de estudio fueron mujeres y tan solo un 14,3% fueron hombres.

Grafico 3

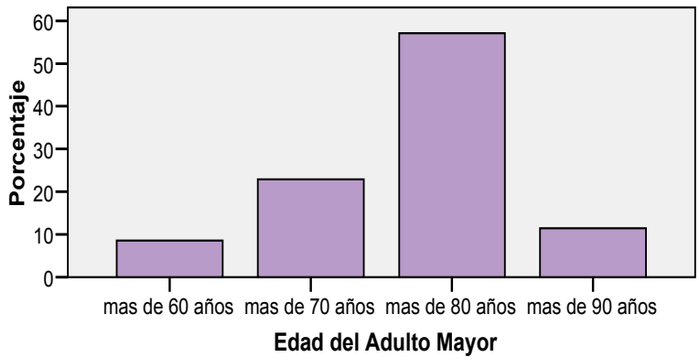


Edad del Adulto Mayor

Un dato de gran relevancia para el estudio es la edad de los adultos mayores autovalentes. De esta forma se logra establecer que el 57,1% de los encuestados tiene una edad que supera los 80 años pero que no supera los 90 años. El 22,9% tiene más de 70 años pero no supera los 80 años. El 11,4% tiene más de 90 años y un 8,6% tiene más de 60 años y no superan los 70 años.

Según estos datos la edad representativa del grupo es más de 80 años, sin embargo, existe un importante porcentaje de adultos mayores que ingresan a edad temprana, a pesar que por su edad debiesen permanecer en sus hogares de origen y no ver la institucionalización como una solución valida para satisfacer sus necesidades.

Grafico 4

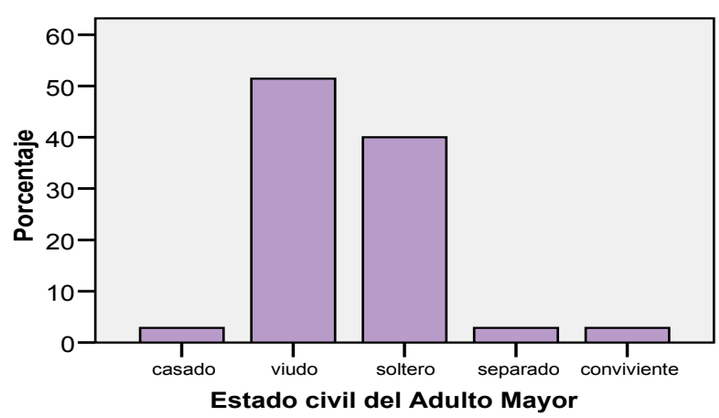


Estado civil

El estado civil de los adultos mayores autovalentes institucionalizados, corresponden a: casado/a 2,9 %; viudo/a 51,4; soltero/a 40%; separado/a 2,9 y conviviente 2,9%.

De esta forma se desprende que el mayor porcentaje de la población institucionalizada tiene como estado civil la viudez y la soltería. Por lo mismo se vincula la opción de ingresar a estos recintos por el estado de soledad en que se encuentran la mayoría de los adultos mayores.

Grafico 5

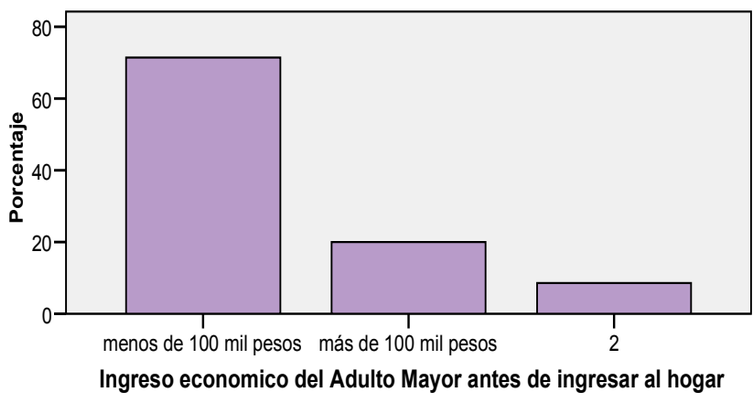


Ingreso económico del Adulto Mayor antes de ingresar al hogar

El ingreso económico del grupo de estudio establece que un 71,4% de los entrevistados cuentan con un ingreso económico inferior a los $100.000; el 20% tiene un ingreso superior a los $100.000 y el 8,6% tiene un ingreso económico superior $200.000.

Un gran numero de adultos mayores que presentan ingresos económicos bajos, lo que se vincula directamente con la perdida de su capacidad laboral, las bajas jubilaciones y pensiones asistenciales. Por esto mismo, visualizan la institucionalización como una solución de sobrevivencia y satisfacción de sus necesidades básicas, más allá de la verdadera necesidad de cuidado.

Grafico 6



Tipo de familia con que Vivía el Adulto Mayor Antes de Ingresar

Tener conocimiento sobre el tipo de familia en que se encontraba inserto el adulto mayor antes de ingresar a un establecimiento de larga estadía permite vislumbrar las posibles causas de su institucionalización. Esto relacionándolo con la posibilidad de apoyo de otras personas hacia el adulto mayor en situaciones especificas ya sea enfermedad, marginación, maltrato, etc.

De esta forma como resultado de la investigación se puede afirmar una extrema polaridad entre las opciones mas recurrentes

ocupando los primeros lugares la *Familia Unipersonal*[38] y *La Familia extendida*[39].

A raíz de lo anterior un 40% de los adultos mayores autovalentes institucionalizados provienen de familias unipersonales. Por lo mismo, se puede comprender que la soledad y la escasez de apoyo de familiares o conocidos llevan a los adultos mayores a ver como una óptima posibilidad el ingreso a este tipo de establecimientos.

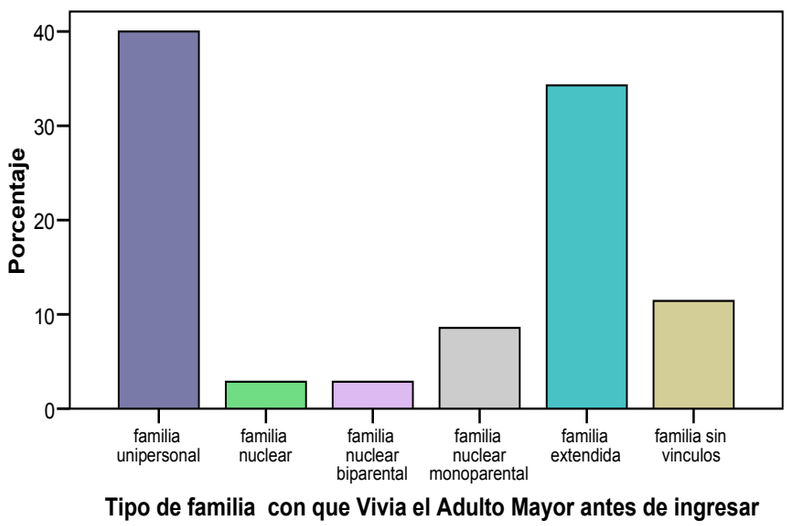
En su contraposición el 34,3% antes de ingresar a un establecimiento de larga estadía se encontraban insertos en *Familias Extendidas. E*ntendiéndose estas como un grupo familiar compuesto por una estructura de parentesco siendo lo mas recurrente en el grupo de estudio la familia de uno de sus hijos, sobrinos, primos.

De esta forma se puede comprender que la existencia de un grupo familiar u hogar no obstaculizo el ingreso a un recinto de larga estadía, lo que se enlaza con las distintas causas o motivaciones para la institucionalización, como lo es la desadaptación social que sienten algunos adultos mayores, el sentimiento de estorbo o incapacidad de los familiares para su cuidado. Así mismo un 11,4% convivía en familias sin vínculos[40] ya sea amigos, conocidos, etc.

Por otro lado, los adultos mayores que pertenecían a familias nucleares[41] corresponde a un 2,9%, en familias nucleares biparentales[42] un 2,9% y el 8,6% perteneció a un grupo familiar monoparental.[43]

[38] Se entiende como el adulto mayor que vive solo
[39] Adulto mayor que vive con la familia de sus hijos/as, hermanos/as, primos/as, etc.
[40] Se entiende como a los adultos mayores que viven amigos/as, en la calle, pensión, etc.
[41] La pareja de adultos mayores sin hijos, entendiéndose que los hijos se han ido del hogar
[42] La pareja de adultos mayores con sus hijos
[43] Uno de los adultos mayores con sus hijos

Grafico 7



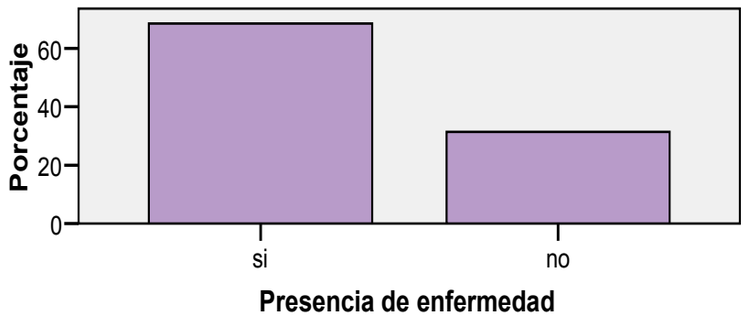
Presencia de enfermedad

El estado de salud en el adulto mayor es un claro indicador sobre las posibles causas de la institucionalización, por lo mismo, identificar su presencia permite asociar la decisión de ingresar a un establecimiento de larga estadía con algunas causas como la incapacidad de los familiares o del propio adulto mayor para su cuidado.

De esta forma el 68, 6% de los adultos mayores señala presentar alguna enfermedad. De estas las más recurrentes son: problemas asociados a fracturas, diabetes, problemas cardiacos, etc.

Por otro lado el 31,4% afirma no encontrarse con ningún problema de salud.

Grafico 8



» Variable: Grado de Autovalencia

Actividades de la vida diaria

Según las actividades de la vida diaria que los adultos mayores pueden realizar, el 77,1% afirma vestirse solo; el 71,4 puede trasladarse sin ayuda; el 97,1 puede alimentarse sin la ayuda de terceros; el 88,6 puede ir al baño solo y el 100% puede controlar esfínter.

De esto se desprende que un importante numero de los encuestados pueden realizar casi todas las actividades da la vida diaria sin ayuda de terceros, lo que pone en evidencia la necesidad de crear políticas publicas que eviten la institucionalización y prolonguen la estadía en sus hogares de origen y en actividades que propendan su integración generando el desarrollo de una vejez activa, concepto que se intenta instaurar en los tiempos modernos debido al contexto en cual se esta inserto

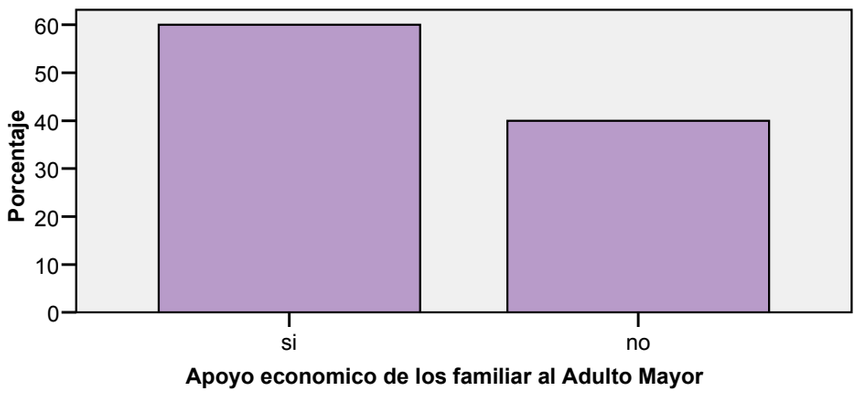
» Variable: Apoyo Familiar al Adulto Mayor

Apoyo económico de los familiares

Según esta categoría el 60% de los adultos mayores del grupo de estudio recibe ayuda económica de sus familiares, esta se materializa principalmente en el pago de su estadía en las casas de reposo y el 40% no recibe apoyo, este porcentaje corresponde a adultos mayores que se encontraban solteros y no tenían familiares cercanos. Sin embargo, existe

un gran número de adultos mayores que costean la residencia con la totalidad de sus jubilaciones, ahorros y pensiones asistenciales y el apoyo familiar se restringe a la satisfacción de necesidades como: utensilios de aseo, fármacos y entretención.

Grafico 9

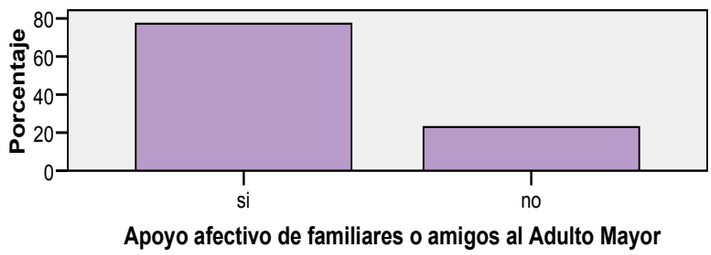


Apoyo afectivo de familiares o amigos

Se entiende como apoyo afectivo: visitas al establecimiento, llamados telefónicos, mantención de un contacto permanente luego de la institucionalización y principalmente una preocupación constante por el bienestar del adulto mayor. Del total de los encuestados (35) el 77% recibe apoyo de familiares o amigos. A pesar del alto porcentaje que manifiesta apoyo familiar, este se traduce principalmente a contactos telefónicos y escasas visitas mensuales. Considerando que un importante numero de visitas correspondían a parientes lejanos o amigos.

El 22, 9 de los encuestados no recibe apoyo afectivo de sus familiares o amigos esto ya sea por encontrarse solos y principalmente por ser solteros. De esta forma un importante número de estos establece lazos afectivos dentro de los establecimientos.

Grafico 10



Apoyo afectivo de familiares o amigos al Adulto Mayor

»Variable: Participación con grupo de pares

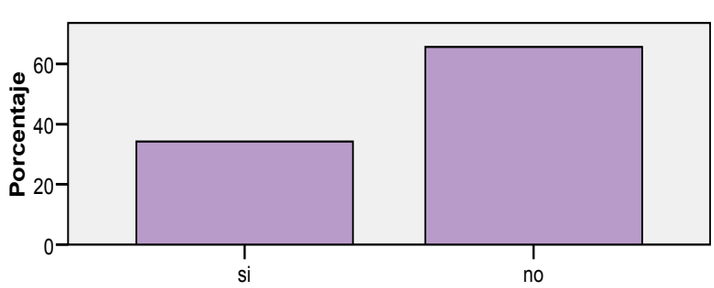
Participación del Adulto Mayor en actividades sociales antes de ingresar al hogar

Del número total de encuestados el 34,3% participaba en actividades sociales, están se concretan en: actividades religiosas, centros de padres, talleres del consultorio, voluntariados, reuniones con grupo de amigos/as y en su porcentaje mínimo centros de adultos mayores.

El 65,7 % que no participaba en actividades sociales se debe principalmente a su situación laboral, labores domesticas y desinterés.

Esta poca participación en actividades sociales genera una escasa red social en los adultos mayores, limitando de esta forma el apoyo que puedan necesitar solo a la familia. Por lo mismo, la institucionalización se transforma en la única posibilidad de satisfacción de sus necesidades obstaculizando el desarrollo de su etapa de vida de forma activa.

Grafico 11



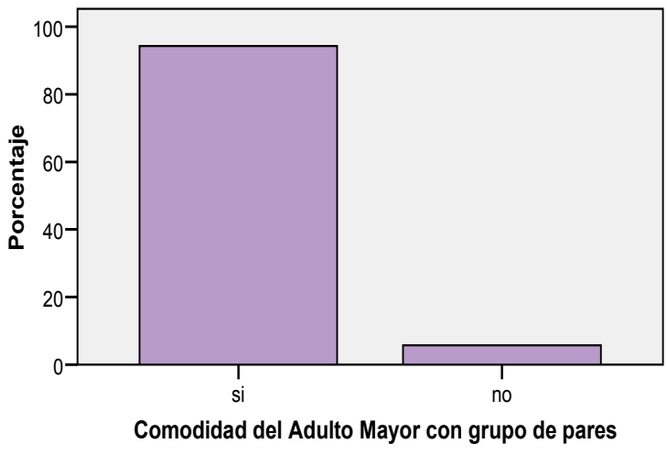
Participación del Adulto Mayor en actividades sociales antes de ingresar al hogar

Comodidad del Adulto Mayor con grupo de pares

Con respecto a esta categoría el 94,3% de los adultos mayores manifestó sentirse cómodo conviviendo con personas de su misma edad. A pesar de esta comodidad con el grupo de pares, la búsqueda de la convivencia con personas de su misma edad no se instalo como una de las principales causas de la institucionalización, sino como un valor agregado para su comodidad en estas residencias.

Por otro lado, cabe destacar que un 5,7% de los adultos mayores manifestó un sentimiento de desinterés hacia sus pares, esto se materializa en los escasos y débiles lazos con sus compañeros, ya sea por las distintas problemáticas seniles y el progresivo deterioro físico y psíquico de los adultos mayores.

Grafico 12



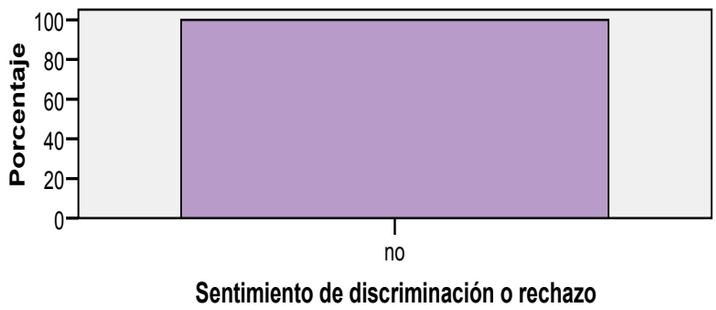
» Variable: Discriminación o rechazo

Sentimiento de discriminación o rechazo antes de ingresar al hogar

La totalidad del grupo de estudio manifestó no haberse sentido discriminado o rechazado por ser adulto mayor. De esta forma se puede establecer que la sociedad esta integrándolos de forma positiva, desplazando los prejuicios sociales sobre la discriminación de este grupo

etáreo. Sin embargo, no es menor mencionar que las mayores discriminaciones hacia los adultos mayores están cementadas en aspectos más estructurales de la sociedad como lo es en el área laboral, en la invisibilidad de estos en la toma de decisiones y en los propios grupos familiares.

Grafico 13



2. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LA EXPERIENCIA

2.1 Análisis de las Causas de la Institucionalización de los Adultos y las Adultas Mayores autovalentes a Establecimientos de Larga Estadía

Este punto se basa en el análisis de las distintas causas que motivan la institucionalización de los Adultos y las Adultas Mayores autovalentes a Establecimientos de Larga Estadía. Y la valoración que tiene para estos y estas, profundizando en su significado y percepciones personales.

En base a lo anterior, se expondrá y desarrollara en profundidad cada una de las causas identificadas por el equipo seminarista. Y además, se realizara un perfil general, en relación, a características sociodemográficas y tipo de residencia de cada grupo de estudio que señala las distintas causas descritas a continuación.

» **Sentimiento de Soledad**

Durante el levantamiento de la información esta causa fue una de las más recurrentes en los discursos de un importante número de Adultos y Adultas Mayores Autovalentes. En su conjunto este grupo se caracterizo por tener un perfil correspondiente a: personas mayores de 80 años, viudo/a o soltero/a y principalmente mujeres. Es importante destacar que esta motivación se presento significativamente tanto en Establecimientos con fines de lucros o de beneficencia, como una causa principal para la institucionalización.

Por lo mismo, uno de los factores trascendentales en el sentimiento de soledad (26%) percibido por el grupo de estudio, es el hecho de la perdida de parientes cercanos, como los padres o hermanos en el caso de solteras o solteros o parejas en caso de viudos o viudas. Ya que estas

últimas en la etapa de vejez pasan por un proceso de afiatamiento significativo por su ciclo de vida, por lo mismo la perdida de una pareja significa un hecho complejo de sobrellevar, lo que es expresado por ellas y ellos como un sentimiento de desamparo y búsqueda de compañía constante. Por este motivo los adultos o adultas mayores deciden tomar la opción de la institucionalización como una solución valida para una mejor calidad de vida.

"Después que murió mi madre arrendé el departamento en que vivíamos porque era muy grande para mi, además me hacia recordarla mucho y me daba pena… además ¿yo que iba hacer sola en ese tremendo departamento?…….estoy totalmente sola porque ya no me queda nadie de mi familia y nunca he sido de muchas amigas" (L7, Preg. 15)[44]

"Yo soy viuda y estaba viviendo en santiago sola, si no me hubiera venido para acá estaría muy sola" (PM 8, Preg. 15)

"Porque yo me quede sola muy triste y abatida luego que murió mi hijo, después de vivir quince años con el donde nos cuidábamos mutuamente. Era un hombre maravilloso esa es la pena grande que tengo, pero dios sabe lo que hace. Mi familia se dio cuenta que me quede sola y muy mal por lo de mi hijo así me vine para acá" (N 17, Preg.15)

El sentimiento de soledad es evidenciado en la mayoría del colectivo, traspasando la existencia del apoyo económico y emocional que reciben un significativo grupo de adultos y adultas mayores luego de su institucionalización. Esto se puede señalar ya que la mayoría de estos y estas han perdido sus parejas pero obtienen aportes económicos de sus familiares más cercanos para la manutención de los gastos de las Residencias, sin embargo este apoyo no es suficiente como para suplir el sentimiento de soledad viéndose obligados a ingresar a estos centros en busca de compañía.

"Lo que pasa que soy soltera y sola entonces me fui a vivir con mi hermano un tiempo, pero ahí tenia que compartir pieza con una sobrina y era muy complicado, entonces mi hermano me ofreció traerme para acá por mientras que el agranda su casa. Ya no podía estar sola" (L5, Preg. 15)

[44] Código de cuestionario y número de pregunta. (anexo)

No obstante lo anterior, la carencia de personas cercanas, ya sea familiares o la misma soltería producen en los adultos y adultas mayores un sentimiento de desamparo total, lo que se incrementa con el evidente deterioro físicos que conlleva la tercera edad, de esta forma la búsqueda de seguridad, cuidado y compañía provocan la decisión para ingresar a un Establecimiento de Larga estadía.

"Estoy acá porque hace unos años quede ciega, yo soy de España toda mi familia esta allá entonces me quede sola, una persona en esos años me apoyo cuando me enferme y postule para estar acá" (FR 30, Preg. 15)

"Estaba totalmente sola, me estaba dejando morir en la cama después de que enferme" (R 32, Preg. 15)

"Por que estaba sola y necesitaba estar en algún lugar donde me cuidaran y me dieran seguridad, por eso me viene para acá "(EP 20, Preg. 15)

"Me vine para acá, por que quería compañía acá me siento muy bien y siento que existe una unidad muy importante y me siento muy bien es como un hogar" (N 14, Preg. 15)

"Me vine para acá por pura curiosidad, estaba viviendo sola y una amiga me dijo que porque no me venia para acá y listo" (L6, Preg. 15)

» **Incapacidad de la familia para el cuidado de el Adulto y la Adulta Mayor**

Esta causa es la segunda más recurrente en los discursos de los Adultos y las Adultas Mayores Autovalentes en le presente estudio. Esta hace referencia a las dificultades que conlleva la atención de personas de la tercera edad para la familia o cercanos (26%), debidos al constante y especializado cuidado que se requiere en este ciclo de vida.

El perfil del grupo de estudio que manifestó esta causa como génesis de su institucionalización se caracteriza por ser un grupo: mayor de 80 años, viudo o viuda, principalmente mujeres y en su mayoría pertenecientes a hogares con fines de lucro.

Según esta situación las limitaciones vivenciadas por el colectivo en estudio son las enfermedades catastróficas como: fracturas de caderas, problemas cardiacos, etc. Situación que provoca una incapacidad evidente para el optimo cuidado del los adultos y adultas mayores. Por este motivo se ven obligados a recurrir a una atención especializada como la entregada por los establecimientos de larga estadía.

"…pero no puedo estar sola porque me quebré la cadera dos veces y soy muy propensa de caerme…". (QR12, Preg. 15)

"…Por que me caí y necesitaba que me cuidaran, entonces me recomendaron este lugar por que era el mejor lugar para la quebradura de huesos…" (SH3, Preg. 15)

"…Yo vivía en la condes con mis sobrinos y me dio un pre-infarto inmediatamente me hospitalizaron y el doctor me pregunto con quien vivía y me dijo que por ningún motivo podía estar sola y entonces mi sobrino empezó a buscar un lugar y llegamos acá me vine solo por que no podía estar sola…" (PM9, Preg. 15)

"…sola pero lo que yo no podía hacer era manejarme sola algo así como independencia me tenían que estar haciendo todo, yo tuve un accidente y me quebré las dos caderas eso fue hace 2 años aparte era difícil que mis hijos me cuidaran todos ellos trabajan y el horario no se los permite y me tienen que ayudar a levantarme y cosas así, hay veces en que estoy en pie pero aun así necesito una compañía constante y por todas esas cosas no se puede estar pidiendo a los hijos yo estoy aquí por la tranquilidad de ellos no es una decisión que yo tome sola. Yo tome la decisión de estar aquí por mis hijos para que estuviera bien atendida por cualquier cosa que me pasara…" (N15, Preg. 15)

"…Mis hijos estaban más contentos con que me viniera para acá porque estoy las 24 horas del día atendida, porque si contrataban a una empleada ella también en algún momento tendría que salir y quedaría sola así que para tranquilidad de ellos…" (N18, Preg. 15)

"…Porque necesito este oxigeno día y noche y en mi casa tenia que tener a una persona que me cocinara y que me cuidara, pero acá tengo personas que me cuiden me hacen sentir protegida y acompañada". (EP19, Preg. 15)

Otro factor que incapacita a las familias o cercanos de los adultos y adultas mayores para su cuidado, es el tiempo que requiere una persona en esta etapa de vidas para su bienestar, esta escasez de tiempo se puede entender por el ritmo de vida de la sociedad actual, los quehaceres domésticos y laborales lo que imposibilita el cuidado requerido y constante para los adultos y adultas mayores.

"…yo entendí que ellos no podían cuidarme por el trabajo de ellos y sus familias entonces este era el sitio ideal para estar acá…" (QR11, Preg.15)

"…mi familia me trajo porque ellos no me podían cuidar para que no me quedara solo todo el santo día. Mi sobrina me trajo para acá…" (FR27, Preg. 15)

"…mi hija no me podía cuidar, ella no trabajaba tranquila por ir a verme a la casa, entonces decidí venirme para acá para que estuviera tranquila y me cuidaran…" (R32, Preg. 15)

» **Sentimiento de Estorbo**

La motivación para la institucionalización de los adultos y las adultas mayores autovalentes traspasa en muchas ocasiones la verdadera necesidad de cuidado profesional del adulto mayor o la inexistencia de cercanos que le entreguen a estos la compañía y preocupación necesaria para su bienestar. Siendo el sentimiento de "estorbo" (14%) que se generaliza en los adultos y adultas mayores al entrar en esta etapa de vida una motivación significativa para la institucionalización.

Por lo anterior el perfil de los adultos y adultas mayores autovalentes que expresan el sentimiento de estorbo como su principal motivación para ingresar a un Recinto de Larga estadía es: grupo entre 70 y 90 años de edad, viudas, mujeres en su totalidad y pertenecientes a hogares con fines de lucro.

"yo estaba viviendo en la casa de mi hermano y el me ayudaba yo comencé a sentir que estorbaba y eso fue un motivo que me ayudo a tomar la decisión de ingresar acá averigüe un poco de que se trataba y me gusto la idea y creo que fue la mejor decisión que tome" (N16, Preg. 15)

Por lo expuesto esta causa se produce principalmente en adultos y adultas mayores que por diferentes circunstancias han debido introducirse en familias extendidas, siendo mas frecuente las familias de sus hijos, teniendo que reestablecer su concepto de hogar y modificando bruscamente su rol. De esta forma pasan de ser proveedores a tener una participación mas pasiva ya sea en el área social, en quehaceres del hogar y en la toma de decisiones. Este brusco

cambio y casi invisibilidad del adulto y la adulta mayor genera las dificultades y malestares que conllevan a la institucionalización voluntaria de los adultos y adultas mayores.

"Después que mi marido falleció me fui con los hijos pero no resulto la cosa, no por parte de ellos sino por parte mía porque yo me sentía allegada, porque la vida de ellos no es la misma que la mía entonces me sentía de más". (QR12, Preg. 15)

"Yo soy viuda viví cincuenta y seis años casada, quede sola y decidí venirme para Quilpué porque soy de playa ancha, en Quilpué vivía una nieta que nosotros criamos que es como mi hija. Yo le cuidaba los niños ella trabajaba, pero en su casa me empezó a dar diabetes y me dieron unos ataques, empecé a enfermarme y ahí las cosas empezaron a empeorar. Ella trabajaba y su esposo también y yo ya no podía estar todo el día con los niños me cansaba mucho, ya no entendía lo que le enseñan ahora en el colegio y no los podía ayudar, las cosas empeoraron ellos llegaban tarde, daban portazos, entonces ahí me di cuanta que mejor era irme. Luego me fui con un hijo pero me fue mal porque la señora no me quería me propuso este lugar para probar" (QR13, Preg. 15)

"Porque después que falleció mi esposo me fui donde una de mis hijas y no la podía ayudar en nada, entonces estaba como una inútil. Me vine porque quise dejarla tranquila a mi hija para que trabajara y para que me cuidaran" (R33, Preg. 15)

"No se, en realidad cuando quede viuda me fui a vivir con la familia de uno de mis hijos, las cosas resultaron bien pero una igual se siente como incomoda. Después me dio esta opción de conocer un lugar en donde me cuidarían bien, estaría con personas de mi edad y mucho mas tranquila. Por lo mismo acepte y ahora estoy aquí" (L4, Preg. 15)

» Desadaptación Social y Comodidad con el Grupo de Pares

Commins y Henry en la Teoría del Desapego plantean que el alejamiento de los Adultos Mayores de sus actividades y roles, en tanto el aislamiento de lo social y la disminución de su participación e interacción con otras generaciones en diferentes instancias sociales, es una rasgo propio y natural en la vejez. Generándose de cierto modo una desadaptación social (11%) la que se puede comprender en este caso como el alejamiento de los adultos y las adultas mayores de otros grupos generacionales. Desvinculándose de actividades comunes y sintiendo un rechazo al ritmo de vida de otros grupos etáreos. Por lo expuesto

anteriormente esta desadaptación social se ve claramente reflejada en los discursos del grupo de estudio señalándose la búsqueda de tranquilidad como el principal objetivo de su etapa de vida.

Con respecto a esta causa que motiva la institucionalización de los adultos y adultas mayores autovalentes se pueden clasificar en el siguiente perfil: grupo mayor a 70 años, soltero o soltera, en su mayoría mujeres y de hogares con fines de lucro.

"…una sobrina me llevo a vivir con ella, pero después se aburrió de mi parece porque ella misma me busco esta casa. Pero fue lo mejor porque en la casa de ella me sentía mal necesitaba mi intimidad en esa casa tenia niños chicos y metían mucha bulla, necesitaba otro ambiente mas tranquilo…" (QR11, Preg. 15)

"Cuando me fui a vivir con mi hijo me pusieron a dormir en la pieza con una de mis nietas y me di cuenta que la juventud tiene que tener sus cosas aparte al igual que yo y me senita muy incomoda" (QR12, Preg. 15)

"Me vine por que me sentía solo y un poco incomodo con las personas que vivía para evitar problemas y estar más tranquilo. No me sentía bien en el barrio, siempre habían fiestas y la bulla me molestaba, estaba cómodo con mi pieza pero necesitaba estar más tranquilo y unas personas del hospital me dijeron que existía este lugar y postule estuve un año en eso hasta que logre ingresar" (HP35, Preg. 15)

"me fui a una pensión a vivir pero ahí nadie estaba pendiente de mí además que en esa casa vivían algunos jóvenes los que ponían música hasta tarde y me costaba dormir, entonces decidí buscar una casa de este tipo para estar mas tranquila y estar más acompañada" (L7, Preg. 15)

La búsqueda de tranquilidad que se expresa en este grupo de estudio se asocia fuertemente con la vinculación con el grupo de pares, comodidad que se desprende de la desadaptación con otros grupos etáreos, estableciéndose una favorable asociatividad con las personas de su misma edad.

"Yo creo que estar con personas de mi misma edad fue una de las cosas que me motivo para ingresar acá y con mi hermana ingresamos juntas y como ella ya conocía como funcionaba este lugar" (SH1, Preg. 15)

» **Comodidad**

El deterioro físico de los adultos y adultas mayores durante esta etapa de vida es evidente, conllevando limitaciones físicas que perturban el quehacer del hogar y su pleno bienestar. Por lo anterior un importante número de adultos y adultas mayores autovalentes recurren a las residencias de larga estadía buscando comodidad y cuidado (9%). Comodidad que se ve reflejada en la satisfacción de sus necesidades básicas y el cuidado oportuno de malestares biológicos.

El perfil de este grupo de adultos y adultas mayores se caracteriza por ser un grupo mayor de 80 años, viudos y solteros, hombres en su totalidad y pertenecientes a establecimientos con fines de lucro.

"…era incapaz de pelar una cebolla y si quería comer no tenia a quien me lo hiciera y dije si quiero comer tengo que ir a una parte donde me ayuden…" (RO34, Preg. 15)

"*Me siento bien porque ya no tengo que salir acá almuerzo, me acuesto, me pongo a lavar mi loza porque acá tengo todas mis cosas, después veo la comedia estoy tranquilita no tengo que hacer nada" (EP19, Preg.15)*

Generalmente la comodidad como motivación de la institucionalización se puede vincular con personas viudas.

"Después de enviudar viví solo un par de meses, pero era complicado entre la tristeza por la perdida de mi señora y lo inútil que soy" (QR11, Preg. 15)

» **Sentimiento de poder y dependencia**

Producto de los diferentes cambios que presentan los adultos y las adultas mayores en esta etapa de vida, ven claramente modificados sus roles dentro del grupo familiar así como también la misma participación social. Por lo mismo la búsqueda de poder y dependencia (9%) es señalado por el grupo de estudio como una causa de la institucionalización. De esta forma los adultos y las adultas mayores autovalentes acuden a las Residencias de Larga estadía, ya que en su

mayoría se sienten sin poder decisorio en los hogares de origen y encuentra en estos espacios mayor autonomía del ejercicio del poder, lo que se vincula directamente con el costo de las instituciones.

El perfil de este grupo corresponde a personas mayores de 80 años, viuda/do y soltero/a y de establecimientos con fines de lucro.

"…después que murió mi esposo no sabia que hacer cuando me fui a vivir con mi hijo y mi nieta me di cuenta que quería estar tranquila. Además que una en casa ajena no puede exigir nada en cambio acá por lo menos una puede pedir un poco más…" (QR13, Preg. 15)

"…acá me siento más independiente que antes, ya que en la casa de mi hermano tenia que acatar decisiones ajenas y no podía hacer lo que yo quería…" (N16, Preg. 15)

"…uno tiene derecho a reclamar por algo que se esta pagando, por lo menos en esta casa puedo decidir el menú lo que me hace sentir más independiente que se yo con algo de poder…" (N14, Preg. 16)

› **Derivación**

Dentro de la gran variedad de motivaciones para la institucionalización de los adultos y las adultas mayores autovalentes a los Hogares de Larga estadía también se encuentra la derivación de estos y estas desde alguna institución (5%), ya sea desde el juzgado, hospitales o consultorios, centro de adultos mayores, INP, municipalidades, etc.

Al tenor de lo expuesto se debe señalar que el grupo que identifica esta causa como motivación de la institucionalización proviene de hogares de beneficencia, los que ingresan por la vulneración de sus derechos como lo son la violencia o el aparente abandono. Son principalmente mujeres las que a diferencia de otros grupos entran a más corta edad entre 60 y 70 años.

"Yo vengo trasladada por otro hogar. Yo llegue ahí muy mal, porque mi pareja me golpeaba y el empezó a engañarme con otra mujer y encontraba todo mal y yo termine encerrada en un pieza porque le tenia terror por lo mismo yo ingrese por la asistente social del hospital y fui al juzgado y llegue al otro hogar y luego me trajeron para acá" (HC21, Preg. 15)

"Estaba en un hogar del cerro cárcel y nos trasladaron para acá…"(HC22, Preg, 15)

2.2 Valoración de la Institucionalización

» Valoración positiva

La mayoría de los adultos y las adultas mayores ven la institucionalización en los hogares de larga estadía como una elección positiva, ya que es percibida como una opción que les entrega protección, seguridad, compañía, tranquilidad y afecto. La génesis de esta situación es principalmente por el estado de soledad en que se encuentran, lo que los y las lleva a una búsqueda constante de un hogar que les supla estas necesidades, manifestando la institucionalización como la única vía posible para su futuro.

"Bueno, no se como hubiera sido mi vida si no me hubiera venido a este hogar, por que en santiago no creo que me hubiera podido quedar, por que las amigas son amigas, pero es muy raro conservarlas en el tiempo tengo una amiga de hace como 30 años, pero también esta sola" (PM8, Preg. 16)

"Es algo positivo, me siento tranquila, me cuidan. Principalmente para no estar sola" (L7, Preg. 16)

"Es una buena opción, el tiempo que llevo acá me cuidan bien y me siento acompañada" (L6, Preg. 16)

"…me ha gustado mucho con decirle que acá encontré todo el cariño que no encontré en mi casa.Es una buena decisión porque me siento acompañada acá, me dan cariño y le aconsejaría a cualquier persona que esta sola que se venga a casas como estas…" (QR12, Preg. 16)

"No me arrepiento de la decisión que tome, por que me siento bien acá son todas bien amables y siempre tengo compañía y algunas amigas también con las cuales converso a veces y tengo mi pieza, mis cosas, mi familia me viene a ver cuando puede y eso me hace bien. Yo lo recomendaría a otros adultos mayores, por que es una buena idea sobre todo para aquellas abuelitas que están solas y que no tienen quien las cuide constantemente, ya que acá hay personas especializadas que saben tratar enfermedades y esas cosas" (N16, Preg. 16)

"Es muy importante porque si no estuviera acá quien sabe donde estaría, porque yo nunca quise estudiar y cuando falleció el patrón de la casa en que vivía no sabia para donde ir y fui a ese hogar y me recibieron, estoy muy agradecida" (HC22, Preg. 16)

"Es muy importante porque gracias al padre Hurtado estoy bajo techo, y estaba tan sola que acá me siento feliz" (HC24, Preg. 16)

El hecho de que los adultos y las adultas mayores vea la institución como la única opción de protección es producto de que en el estado chileno los programas y políticas orientados a este grupo se centran principalmente a un apoyo momentáneo o esporádico, lo que se concreta en talleres del INP, trabajos de apoyo en consultorios, formación de CEAM, etc. Sin embargo este trabajo no suple las necesidades de protección y cuidado que requieren estos y estas, ya que continúan en un estado de soledad. Además estas opciones de integración se ven claramente obstaculizadas por las condiciones de salud e ingreso económico de los adultos y las adultas mayores no pudiendo acceder a estos beneficios. En cambio en otros países que están más avanzados en el la temática como lo es España, en donde uno de sus programas de apoyo consiste en insertar a los adultos y las adultas mayores en el primer piso cada edificio, los cuales están integrados en su mayoría por personas jóvenes a las cuales por una disminución en el costo de su departamento se les compromete a hacerse cargo de un adulto mayor del primer piso proporcionándole diariamente una visita que le permita a este sentirse acompañado y protegido. De esta forma se intenta evitar que este grupo ingrese a Hogares de Larga estadía a temprana edad promoviendo su estado de independencia, siendo esta opción la última cuando su deterioro físico lo requiera.

Otro porcentaje de adultos y adultas mayores manifestó que su ingreso a estos hogares nació principalmente para proporcionar un estado de tranquilidad a sus familiares, debido a que estos proveen los cuidados necesarios. De este modo el ingreso a este tipo de hogares es algo positivo ya que satisfacen sus propias necesidades de protección y cuidado y a la vez logran mantener a sus familias con mayor tranquilidad.

"Es una buena opción, acá mis hijos me vienen a ver y ellos también se quedan tranquilos. La dueña de la casa vive acá mismo entonces una se siente mas cuidad". (L4, Preg. 16)

El sentimiento de satisfacción y comodidad es reiterativo durante el proceso de la investigación, encontrando en los discursos del grupo de estudio importantes declaraciones en relación al real significado que toma este tipo de residencias, transformándose en un hogar para los adultos y las adultas mayores. Este les proporciona un bienestar que trasciende a la satisfacción de necesidades básicas sino que se profundiza en la búsqueda constante de tranquilidad, afecto y pertenencia.

"Bueno significa todo, porque acá estoy viviendo, es como mi familia" (FR27, Preg. 16)

"Esta es mi casa prácticamente" (FR31, Preg. 16)

"Es una buena opción me siento cómoda" (PM9, Preg. 16)

"Muy buena la decisión venirme para este lugar además se que acá voy a terminar, si tuviera unos 20 años menos esperaría irme con mi familia pero se que eso no es así, por lo tanto tengo seguridad que terminare mi vida en este lugar" (N18, Preg. 16)

Uno de los significados con mayor valoración positiva para el grupo de estudio, corresponde al hecho que en estos establecimientos de larga estadía trabaja un numero importante de personas ya sean enfermeras, auxiliares y encargados de las residencias, situación que proporciona un sentimiento de seguridad y compañía muy significativa para los adultos y las adultas mayores. A raíz de esto, se considera que la presencia constante de los encargados en estos hogares toma un rol fundamental para el pleno bienestar del grupo de estudio, ya que se asegura una mayor transparencia en el trabajo del personal y a su vez una mayor tranquilidad a la hora de velar y exigir sus derechos.

"Es una muy buena decisión, estoy contento, la dueña de la casa es muy simpática y comprensible lo que hace agradable estar acá. Yo ya no me imagino en otro lugar pienso quedarme hasta que dios me lleve con mi esposa" (QR11, Preg. 16)

"Para mi fue muy importante salir de mi casa, mi pareja me trataba muy mal y necesitaba salir de ahí, estoy muy agradecida de estar acá. Las tías nos tratan muy bien y no puedo decir nada sobre ellas" (HC21, Preg.16)

"Es una buena decisión porque me siento acompañada acá, me dan cariño y le aconsejaría a cualquier persona que esta sola que se venga a casas como estas, eso si tiene que tener mucho cuidado con los encargados y los dueños porque ellos pasan a ser parte de esta nueva familia que una forma al venirse a estas casas" (QR12, Preg. 16)

Para mi es una tranquilidad estar acá, la dueña es un amor y nos tratan muy bien (QR13, Preg. 16)

"Estoy satisfecha de la decisión que tome, por que yo venía aquí a ver abuelitas y veía como las trataban y todo eso, por eso a esta casa yo la quiero mucho, por que aquí empecé a realizar mi trabajo. Yo recomiendo esta casa a los abuelitos, por que siempre la casa se ha dado vuelta muy bien" (SH2, Preg. 16)

Por último, el hecho de convivir con personas de la misma edad provoca en el grupo de estudio un sentimiento de pertenencia, lo que es valorado de forma positiva producto de la similitud de condiciones físicas y la compatibilidad en sus experiencias pasadas les permite una convivencia agradable y tranquila.

"Me gusta mucho este lugar estoy tranquilo me cuidan bien voy a orar todos las mañanas acá en la parroquia, todos somos de la misma edad y nos entendemos así que estoy súper bien" (HP35, Preg. 16)

» Valoración negativa

Uno de los significados negativos destacados corresponde a que las personas encargadas de la residencia no se encuentran de forma permanente en esta, produciéndose largas ausencias, lo que provoca como consecuencia escasa supervisión y vigilancia. Y también, ocasiona la delegación de funciones y poder a las auxiliares el cual no corresponde. Esto se concreta en algunos casos donde existe abuso de poder y mal trato hacia ellos y ellas.

"A mí por ejemplo me afecta ver a las personas que están mal, yo veo a la gente que la tratan mal y quedo mal y me afecta. Pienso que yo puedo llegar a eso pero no todas las encargadas se preocupan, acá la señora tiene sus hijos, entonces gran parte del tiempo no esta en la casa y no sabe lo que pasa en la

casa. Si esto queda muy bien, si hay una persona que administre no importa que los dueños no estén, pero que haya alguien permanente, por que acá han habido muchos abusos de las auxiliare, hubo un momento que traían a sus parejas, lavaban la ropa acá, y cosas así entonces yo le dije al dueño que esto ya no era casa de reposo" (PM8, Preg.16)

En la mayoría de los casos la institucionalización es vista con un fuerte sentimiento de nostalgia hacia el pasado y una obligada resignación a la situación actual. Esto se debe a que hay un gran porcentaje de adultos y adultas mayores que ingresan por situaciones catastróficas como problemas físicos que requieren el cuidado de especialistas, muerte de familiares, etc. Los que provoca un rotundo cambio en su ritmo de vida debiendo ingresar a este tipo de hogares.

Esta situación repercute fuertemente al momento de aceptar su condición actual y vivirla satisfactoriamente, ya que se esta en un constante retroceso por estar extrañando su pasado, lo que no le permite disfrutar de forma adecuada su nueva forma de vida.

"creo que la familia es lo principal, espero poder volver a la casa de mi hermano" (L5, Preg. 16)

"…cuando me acuerdo de mi casa me pongo triste no es una cosa que uno llegue y listo, pero antes de irme le dije a mi hijo y mi nuera…"lo único que les voy a decir es que yo echare de menos mi casa", y mi hijo me dijo "no, mamá si nosotros siempre vamos estar ahí…" (PM10, Preg. 16)

Otro de los significados negativos expresados corresponde principalmente a las limitaciones propias de un establecimiento de larga estadía, como por ejemplo: no poder salir solo o sola, lo que provoca un sentimiento de encierro y escasa independencia personal. Además el hecho de que las residencias no tengan en su estructura una división por edad y estado de salud, provoca fuertes problemáticas para personas con un grado de autovalencia importante y en contra posición de personas con problemas seniles avanzados. Esta escasa segmentación en las residencias no permite el desarrollo óptimo de los adultos y las adultas mayores ya que se produce un decaimiento en los que se encuentran en mejor estado de salud al ver a sus compañeros enfermos. Así mismo al no existir condiciones de ingreso con respecto a la edad, no se realiza una adecuada formulación de actividades que potencien la independencia

de los de menos edad, si no al contrario se refleja una verdadero deterioro de los mas jóvenes debido a las insuficientes posibilidades de mantener un ritmo de vida mas acorde a sus capacidades, al verse sometidos a horarios y limitaciones en actividades antes realizadas.

"Hay veces que me siento muy atacada, porque no te dejan salir sola, porque cuando me siento bien me dan ganas de salir pero no me dejan y me da una sensación como de encierro" (N18, Preg. 16)

"Igual es bien latoso estar acá te diré, porque pasa el tiempo y no tienes a nadie con quien hablar, las personas te empiezan a repetir y a repetir las historias y una se aburre un poco" (N18, Preg. 16)

"…eso si me gustaría estar con personas un poco mejores porque acá hay personas muy mayores y como yo soy mas joven no nos entendemos muy bien…" (HC21, Preg.16)

2. 3 Análisis Comparativo entre las realidades de los Establecimientos de Larga Estadía con Fines de Lucro y los de Beneficencia.

Este punto se basa principalmente en el análisis comparativo entre Establecimientos con fines de lucro y de Beneficencia, enfoscándose en los servicios prestados, requisito de ingreso, tipo de dirección u administración, características sociodemográficas de la población atendida, causas de ingreso e infraestructura.

» Servicios Prestados

En ambos tipos de establecimiento existe un estándar mínimo de servicios prestados los que corresponden a: visita semanal de doctores/as, kinesiólogos/as, enfermeras/os, celebración de cumpleaños y festividades.

Sin embargo, un porcentaje mínimo procuraba entregar otra alternativa de servicios, lo que estaba directamente relacionado con el valor mensual de cada Establecimiento, mientras más alto es el valor, existe mayor variedad de servicios prestados como: peluquería, podología, talleres de manualidades, visita de religiosos/as, variedad de menú, piscina temperada y ejercicios. Pero es importante destacar que el porcentaje de establecimientos que entrega esta variedad de servicios es significativamente menor al total de hogares, el cual corresponde a un 5% de un total de 39 hogares con fines de lucro.

Por otro lado, los establecimientos de beneficencia presentan notorias diferencias entre sí. Destacando que en ambos existe un estándar básico de servicios prestados, como lo son: visita semanal de doctores/as, enfermeras/os, kinesiólogos/as, apoyo religioso, celebración de cumpleaños y festividades. Sin embargo, la Fundación las Rosas entrega talleres de gimnasia para los adultos y las adultas mayores, lo que se debe principalmente a los recursos económicos con los que cuentan.

» Requisitos De Ingreso

Con respecto a esta categoría, entre los Establecimiento con fines de lucro no existe ningún tipo de requisito de ingreso, esto quiere decir que pueden ingresar adultos y adultas mayores de distintas edades, que en algunos casos el rango de edad no superaba los 65 años de edad. También pueden ingresar adultos y adultas mayores con diferentes niveles de dependencia, como lo son: autovalentes, semi-dependientes, dependientes y postrados, no existiendo ninguna discriminación por presencia de patologías.

En cambio en los Establecimiento de beneficencia existe una variedad de requisitos, lo que se relaciona directamente al segmento al cual esta dirigido. Según esto, el Hogar de Cristo esta constituido por una población que ingreso principalmente por derivación de diversas instituciones estatales. Con respecto a esto, el perfil atendido se caracteriza por ser personas bajo la línea de la pobreza, con problemáticas como: violencia intrafamiliar, alcoholismo, drogadicción, situación de calle, abandono, etc. Existiendo así un porcentaje minino de adultos y adultas mayores que ingresa por postulación o motivación propia, los y las cuales deben tener un perfil similar al descrito anteriormente.

En cambio la Fundación las Rosas presenta un ingreso caracterizado por la postulación propia y de apoderados, situación que configura un perfil representado por adultos y adultas mayores de clase media baja, dueñas de casa, obreros, asesora de hogar, etc., lo que establece un escenario muy distinto al descrito anteriormente.

Por lo expuesto, se concluye que los requisitos de ingreso de los establecimientos de beneficia dependen directamente del segmento social al cual esta dirigido. Además cabe destacar que ambos no establecen discriminación por patologías o nivel de dependencia, pero

en cambio en su estructura presentan una división por grado de dependencia realizando una subdivisión por pabellones.

» Tipo de dirección u administración

En los Establecimientos con fines de lucro existe un alto porcentaje de hogares que cuenta con un sistema de puertas abiertas para las visitas, estableciendo de esta forma una supervisión constante a las familias ante el cuidado de los adultos y las adultas mayores.

Cabe destacar que en estos Establecimientos no cuentan con una división por nivel de dependencia, provocando un malestar en los adultos y las adultas mayores que presentan un mejor estado de salud, ya que están sujetos a presenciar diversas situaciones que alteran su tranquilidad.

Por otro lado, otra de las situaciones visualizadas por el equipo seminarista en terreno se relaciona con la ausencia de encargados o encargadas en los establecimientos, lo provoca una escasa supervisión en el cuidado y entrega de servicios a los adultos y las adultas mayores. Lo que a su vez resulto limitante en el proceso de recolección de información para el Seminario de Titulo.

En relación, a los Establecimientos de Beneficencia el Hogar de Cristo cuenta con un sistema de puertas abiertas permanente y para todo público, es decir, los adultos y las adultas mayores tienen la facultad de salir y entrar cuantas veces lo deseen, así como también las visitas.

Tanto el Hogar de Cristo como la Fundación las Rosas cuentan con un subdivisión por pabellones lo que esta determinado por el nivel de dependencia, lo que permite un mejor desarrollo de las personas autovalentes. Considerando que existen espacios comunes donde pueden compartir como lo son los comedores, patios, parroquias, etc.

Cabe destacar que la Fundación las Rosas cuenta con un sistema de apoyo afectivo que corresponde a la asignación de un apoderado/a por cada adulto y adulta mayor el cual tiene como obligación realizar una visita mensual y la debida preocupación por el bienestar de estos y estas.

Por último, la administración de estos establecimientos esta constituida por una estructura jerárquica que recae en la dirección de

este, la que a diferencia de los hogares con fines de lucro se encuentra generalmente presente, de esta forma al ausentarse el director o directora existen otras entidades disponibles.

» Características Sociodemográficas de la Población Atendida

En los Establecimiento con fines de lucro los adultos y las adultas mayores ingresan a edades mas avanzadas, producto que las familias evitan la institucionalización mediante otras soluciones de cuidado, ya sea empleando asesoras del hogar, enfermeras, etc. Sin embargo a estos hogares también ingresa un importante número de adultos y adultas mayores a edades más tempranas, lo que se justifica por motivos catastróficos de salud y psiquiátricos, lo que impide a las familias el óptimo cuidado de los adultos y las adultas mayores.

Por otro lado en los establecimientos de beneficencia existe un ingreso a corta edad, esto se relaciona a que la mayoría se encuentran en estos hogares por derivación desde otras instituciones o por su estado de soledad.

En ambos casos la población mayoritaria esta constituida por mujeres, lo que es producto de los cambios demográficos actuales donde la expectativa de vida ha aumentado y los hombres fallecen antes que las mujeres, considerando que un alto porcentaje de las institucionalizadas son viudas.

» Causas de Ingreso

Con respecto a esta categoría, en los Establecimiento con Fines de lucro las principales causas de ingreso corresponden a: incapacidad de la familia para el cuidado, sentimiento de estorbo, búsqueda de poder e independencia y comodidad con grupo de pares. Esto esta directamente relacionado con el nivel socioeconómico de la población atendida y el costo mensual de cada establecimiento, debido que los adultos y las adultas mayores perciben que mientras más costoso es el hogar, mayor poder decisorio pueden establecer.

En cambio en los Establecimientos de beneficencia la principal causa de ingreso corresponde a la derivación, lo que se relaciona con el perfil de la población atendida y el nivel socioeconómico de está, la cual se caracterizada por ser un segmento bajo la línea de la pobreza.

Un factor común en ambos tipos de hogares corresponde al ingreso producto de la soledad y desadaptación social.

» Infraestructura

De la misma forma que los servicios entregados por los hogares de larga estadía la infraestructura depende directamente del valor de cada uno de estos. Por lo mismo dentro de los diferentes hogares con fines de lucro la infraestructura varía, pasando por hogares que cuentan con comodidades como piezas individuales con baños privados, amplios espacios para actividades, gimnasios, piscina, etc. A establecimientos donde existe una infraestructura más precaria llegando al punto del hacinamiento en algunos casos.

En los hogares de beneficencia la infraestructura es similar en ambos casos contando con amplios espacios comunes, lugares recreativos y de oración, entre otros.

Tabla Comparativa de Hogares con fines de lucro y de Beneficencia

Tabla 2

	Servicios Prestados	**Requisitos De Ingreso**	**Tipo de dirección u administración**	**Características Sociodemográficas**	**Causas de Ingreso**	**Infraestructura**
Hogares con fines de lucro	Depende del valor de cada uno de estos, la cantidad de servicios extras que se entregan	No existen requisitos de ingreso	No hay división entre los adultos y adultas mayores autovalentes, dependientes y postrados	Principalmente mujeres. El ingreso a estos es a mayor edad y los que ingresan mas jóvenes es por situaciones de salud que impiden a los familiares su cuidado	Las principales causas de ingreso son: incapacidad de la familia para el cuidado, sentimiento de estorbo, búsqueda de poder e independencia y comodidad con grupo de pares	La infraestructura depende del valor de cada residencia. Incluyendo piezas individuales, baños privados, piscina, gimnasio, etc. Y se encuentran otros en aparente estado de hacinamiento y infraestructura deficiente
Hogares de Beneficencia	Cuentan con servicios de apoyo de especialistas del área de la salud.	Depende del tipo de población al que esta dirigido el recinto	Existe una división por pabellones entre adultos y adultas mayores autovalentes , dependientes y postrados	Mayoritariamente mujeres. El ingreso es a más temprana edad producto que un gran número ingresa por derivación o por estado de soledad.	La causa de ingreso es principalmente la derivación	La infraestructura es acorde a las necesidades del grupo de estudio.

CAPITULO V

Conclusiones y Sugerencias

PRESENTACIÓN

En este quinto capitulo se expondrán las conclusiones y sugerencias planteadas por las seminaristas luego del proceso de investigación. Las cuales intentaran plasmar ideas significativa que permitirían mejorar la calidad de vida de los adultos y las adultas mayores institucionalizados en establecimientos de larga estadía

Y finalmente, son adjuntados digitalmente los anexos que complementan la información correspondiente al cuestionario mixto aplicado a 35 adultos y adultas mayores.

1. CONCLUSIONES

La transición acelerada del perfil demográfico de la población nacional impacta de forma directa en el diseño de la política pública, ya que implicará manejar una agenda pública con renovados temas y problemáticas. Estas nuevas exigencias no solo responderán a demandas cuantitativas (mayor número de personas mayores), sino que también a demandas cualitativas (nuevo tipo de necesidades que no han sido abordadas por sistemas tradicionales de protección social).

Esto quiere decir que, en la medida que esta población aumenta su importancia cuantitativa y cualitativamente, planteará un importante desafío a las formas de organización social, a la gestión política y económica del país en los próximos años, en la medida que las personas mayores formarán un segmento grande y creciente de la población que tendrá además una alta incidencia en las decisiones del mañana.

Uno de las medidas que responde como solución a estas demandas, es la institucionalización de los adultos mayores la que trae consigo un sinfín de consecuencias siendo las más positivas la entrega de protección, servicios básicos, cuidados especializados y compañía. Lo que repercute favorablemente en el sector más desvalido de los adultos mayores. De esta forma se puede afirma que la institucionalización de los estos es una medida significativa para aquellos que se encuentra en estado de indigencia y con problemas físicos que les impiden mantenerse funcionales.

Por otro lado, la institucionalización provoca limitaciones que atentan negativamente contra la autonomía, independencia, participación y autorrealización de los adultos mayores, considerando a estas últimas como los lineamientos y principios básicos a nivel mundial que se han intentado instaurar en las políticas locales de cada país.

Estas limitaciones se materializan en diversos aspectos, dentro de estos se encuentra:

- Disminución de la autonomía y autorrealización de los adultos mayores
- Existencia de una contraposición en torno a los principios y políticas nivel mundial
- Se generan actividades mecánicas que provocan la perdida de la identidad del adulto mayor

De esta forma la institucionalización atenta con las diferentes formas de integración que los principios mundiales establecen para protegen a los adultos mayores, claro ejemplo de esto, es lo expuesto en la carta de los derechos del adulto mayor institucionalizado, en la que ahonda en aspectos como:

"La persona adulta mayor tiene derecho a vivir en su propio domicilio y contar con los cuidados y protección de la familia. Una vez ingresada al ELEAM la persona adulta mayor tiene derecho a mantener contacto con su familia, por lo que el horario de visitas debe ser lo menos restrictivo posible". El derecho de cada adulto mayor de mantenerse en su hogar junto a su familia se transforma en la principal forma de atentar contra todo tipo de discriminación, marginación y exclusión. Considerando que al mantenerse en su contexto las posibilidades de integración con la sociedad son mayores así como de tener una vejez activa.

Sin embargo, cuando la institucionalización es la única medida para la satisfacción de las necesidades de los adultos mayores, el mantener el contacto con el grupo familiar o con sus redes toma gran relevancia. Es por esto que un importante número de ELEAM mantiene regimenes de puertas abiertas para las visitas lo que permite la fiscalización constante de los familiares al establecimiento y la manutención de la relación de los adultos mayores con su entorno. Por otro lado, existen establecimientos que no cumplen con este derecho y establecen horarios de visitas, lo que en ocasiones no compatibilizan con las posibilidades de los familiares siendo los mas perjudicados de dicha situación los adultos mayores. A su vez en chile los ELEAM están muy lejanos de ser un espacio acogedor, ya que generalmente no cuentan con espacios de esparcimiento como

áreas verdes que motiven a las familias a visitar de forma constante a los adultos mayores.

"La persona adulta mayor tiene derecho a asumir responsabilidades en la organización del ELEAM". Durante el proceso de investigación se pudo dar cuenta que en la mayoría de los establecimientos de larga estadía los adultos mayores contaban con nulas posibilidades de formar parte en la toma de decisiones, ya sea a nivel organizativo como en situaciones cotidianas. Negándoseles esta posibilidad al justificarse su ingreso por un aparente deterioro físico o su avanzada edad, lo que los imposibilitaba para este tipo de responsabilidades. Sin embargo, esta discriminación provoca a largo plazo un aumento en el deterioro del adulto mayor al encontrarse imposibilitado para la obtener responsabilidades y al enmarcarlos en un sistema repetitivo en donde se les niega la proactividad.

Otro de los derechos en que son vulnerados los adultos mayores tiene relación con *"La persona adulta mayor tiene derecho a conservar su autonomía"*. Al ingresar a estos establecimientos es complicado para los adultos mayores mantener su autonomía, mas allá cuando el cambio de vivir solo o con su familia hacia un ambiente rodeado de personas desconocidas repercute fuertemente en las costumbres de cada individuo. Por lo mismo, durante el proceso de investigación se pudo establecer que los establecimientos de larga estadía dificultan la realización de actividades que propenden la vejez activa de los adultos mayores. De esta forma se ve inmerso en un ambiente estructurado con horarios, reglas y características que poca similitud puede tener con su forma de vida antes de su ingreso. En donde la toma de decisiones disminuye fuertemente, es ayudado para realizar actividades de la vida cotidiana, se les impone un conjunto de actividades y reglas, lo provoca que al corto o largo plazo el adulto mayor se vea mimetizado con su medio dejando de lado su propia identidad. Esta vulneración atenta directamente con la teoría de la actividad, la cual postula "*que la satisfacción en la calidad de vida de los adultos mayores está directamente relacionada con la integración social y la implicación en las redes sociales*". Otra evidencia relacionada con la vulneración a este derecho esencial de los adultos mayores, tiene

relación con la administración económica de sus dineros, ya que al ingresar a los establecimientos de larga estadía deben entregar sus pensiones, jubilaciones o ahorros a los encargados de estos establecimientos como una forma de respaldar económicamente su permanencia en el hogar.

"*La persona adulta mayor tiene derecho a participar y permanecer en contacto con la vida al exterior del ELEAM*". Mantener el contacto con la sociedad es sin duda uno de los principales ejes de las políticas a nivel mundial sobre el adulto mayor, ya que se comprende que esto es fundamental para la plena integración de las personas mayores. Es acá en donde la institucionalización repercute de la forma negativa, ya que el escaso contacto que tiene las personas que ingresan a este tipo de establecimientos con su entorno los llevan a perder los vínculos y lazos que les permiten mantenerse activos. Este escaso contacto con el exterior tiene una mayor repercusión para los adultos mayores autovalentes que ingresan a estos establecimientos, ya que la frustración que provoca el tener las capacidades físicas y sicológicas para realizar algunas actividades y no poder concretarlas por encontrarse insertos en una institución, genera un mayor desgaste y estrés que culmina con un adulto mayor que asume una condición de incapacidad que no es acorde con sus derechos.

Con relación a lo anterior en la carta de los derechos de los adultos mayores en los ELEAM se expresa claramente que "*La persona adulta mayor tiene derecho a beneficiarse de ayuda cuando requiera, para cumplir sus tareas o para participar en diferentes actividades*". Esto permite a los adultos mayores requerir ayuda para realizar distintas actividades, de alguna forma se puede señalar que este derecho es realizado en la totalidad de establecimientos de larga estadía. El problema se genera cuando el exceso de ayuda para cumplir horarios y actividades diarias limita a los adultos mayores para mantenerse activos. Por otro lado, la escasees de personal en los ELEAM dificulta que los adultos mayores mas autovalentes puedan acceder actividades fuera de los establecimientos, ya que se considera peligrosa la salida de estos sin una auxiliar que los acompañe. De esta forma el derecho que se les entrega a

los adultos mayores institucionalizados se ve limitado por las reglas estructurales de cada establecimiento. Por lo mismo, se atenta también contra el derecho a que "*La persona adulta mayor tiene derecho a mantener contactos con el exterior*".

Por todo lo expuesto anteriormente la institucionalización de los adultos mayores puede tener efectos negativos ya que estos entran a un sistema cerrado el que les impone una misma autoridad, realizar actividades repetitivas y programadas, obstaculizando su desarrollo personal y generando un deterioro en su autonomía y valencia física.

Durante la investigación se ahondo en descubrir las causas que motivan a los adultos mayores autovalentes para su ingreso dentro de los ELEAM comprendiéndose los efectos negativos que tiene esta para ellos. Por lo mismo se logro descubrir como principales causas: la soldad, la incapacidad para el cuidado del adulto mayor, el sentimiento de estorbo, la desadaptación social, la comodidad, búsqueda de poder e independencia y la derivación.

De esta forma se puede establecer que en la mayoría de los casos, la permanencia en los establecimientos no cumplió con las expectativas que cada adulto mayor tenia al ingresar, esto producto de algunos de los efectos mencionados anteriormente como lo es el deterioro de la autonomía, la escasez de personal para acompañarlos a realizar actividades en al comunidad, la falta de expectativas hacia el futuro producto de lo rutina, etc.

Con la técnica de la observación durante el proceso y el análisis de la preguntas abiertas realizadas por el equipo seminarista se pudo desprender que en la mayoría de los encuestados manifiestan de forma indirecta que la decisión de ingresar a este establecimientos fue motivada por terceros, con esto se quiere decir que existió una decisión inducida, a pesar que nunca adjudicaron esta decisión a otras personas sino a ellos mismo. Esto se puede comprende ya que en su mayoría la familia señalaban la Institucionalización como solución para el bienestar de los adultos mayores, ya que estos se encontraban incapacitados para su

cuidado. Debiendo de esta forma acatar esta decisión y asumirla como suyas por el bienestar del grupo familiar.

Por otro lado, dentro de los hallazgos encontrados en al investigación esta la causa de ingreso por comodidad y por búsqueda de poder e independencia. De este modo se puede concluir que en los establecimientos de mayor costo existió un numero de personas autovalentes que ingreso a este lugar buscando comodidad, poder e independencia por consecuencia del dinero que pagaban por el servicio.

El ingreso de los adultos mayores autovalentes a establecimientos de larga estadía atentan fuertemente contra su bienestar. Lo que a largo plazo generan el deterioro y el desmedro de los adultos mayores, produciendo efectos que son considerados en el análisis por el equipo seminaristas, ya que la totalidad de las causas que motivan a los adultos mayores autovalentes a ingresar a los establecimientos de larga estadía podrían ser prevenidas con políticas publicas que entreguen servicios especializados a las familias para mantener a los adultos mayores en el hogar, lo que estaría relacionado con el nuevo concepto que a nivel mundial que se están instaurando el de *envejecimiento activo* y el *envejecimiento en casa*. Además se podrían prevenir con un aumento de centros de días que permitan a los adultos mayores estar durante el día con ayuda especializada promoviendo su participación e integración.

Por ultimo es de suma importancia establecer la escasa fiscalización de los ELEAM lo que provoca que muchos puntos establecidos en el reglamento sean pasadas a llevar, ejemplificándose esto con hacinamiento observado en algunos establecimientos , inexistencia de espacios de esparcimiento, inexistencia de segmentación y actividades falta de requisitos de ingreso, etc. Por todo lo mencionado se requiere generar políticas mas acotadas que velen por el bienestar de los adultos mayores que por distintas causas deban estar institucionalizados.

2. SUGERENCIAS

Las sugerencias emanadas del proceso de análisis se materializan en dos ejes fundamentales estos son:

» Adultos mayores institucionalizados

Luego de finalizado el proceso de recolección y sistematización de información, se desprendió desde los encuestados y del equipo seminaristas la necesidad de una cambio en la estructura de los establecimientos de larga estadía dirigidos al bienestar de los adultos mayores autovalentes institucionalizados, concretándose en el cambio de las normas existentes en estos y en la concepción de los adulto mayor en los hogares de larga estadía.

Este cambio se sustenta en las diversas deficiencias observadas y manifestadas durante el proceso de investigación. Las cuales se concretan en:

1. *Inexistencia de requisitos de ingreso*: Del total de los Establecimientos de Larga Estadía que su obtuvo información (26) el 73% de estos no cuenta con requisitos de ingreso. Considerándose que el reglamento de los establecimientos estipula la existencia de una división por nivel de funcionalidad. En contraposición a esto, la población de adultos mayores residentes en este tipo de hogares configuran múltiples perfiles que tienen directa relación con nivel de dependencia y funcionalidad. Estos corresponden a: autovalentes, dependientes dentro de los cuales existían adultos mayores con enfermedades psiquiátricas y postrados. Al no existir requisitos de ingreso en un importante número de hogares se integran personas a muy temprana edad (45 - 55 años) los que generalmente presentaban enfermedades psiquiatritas.

2. *Nula segmentación por niveles de dependencia:* La ausencia de requisitos de ingreso provoca la convivencia permanente entre personas de diferente nivel de dependencia, lo que repercute directamente en le estado de salud de las personas autovalentes lo que fue manifestado por diversos encuestados, exponiendo la necesidad de una segmentación por grado autonomía y enfermedades siquiátricas. Esta segmentación se refiere a la creación y fiscalización de hogares especializados por nivel de dependencia, los que cuenten con la infraestructura y personal capacitado para una atención necesaria de cada tipo de adulto mayor.

3. *Escasa existencia de actividades que propendan la vejez activa dentro de los ELEAM:* Un escaso numero de establecimiento visitados contaban con actividades que pretendían generar la actividad y la entretención de los adultos mayores, esto se encuentra ligado principalmente a costo económico de cada residencia, mientras mayor es el valor mejor es la calidad de los servicios entregados.

Por todas las falencias expuestas que afectan negativamente la calidad de vida de los adultos mayores el equipo seminarista pone en el tapete la necesidad de la creación de políticas publicas que fortalezcan los ELEAM como una opción valida para los adultos mayores que necesitan de cuidado especializado y compañía permanente.

Por otro lado para poder eliminar la imagen negativa que la sociedad tiene de los ELEAM se emana la necesidad de una división de estos por nivel dependencia en "asistidos" y "validos" y que exista una transición entre ambos. De esta forma se evita el desgaste físico y psicológico de los adultos mayores autovalentes y además se elimina la proyección negativa que tienen estos al ingresar a los hogares con respecto al proceso de vejez.

La prolongación de la esperanza de vida supone que cada vez habrá un mayor número de personas que comienzan su estadía en residencias como "validos" y la continúen como "asistidas". Por esto resultara necesario mantener la viabilidad de la residencia diseñadas para acoger solo a las personas "válidas". Para lo cual, cuando el deterioro en el estado de salud de quienes eran "válidos" y dejen de serlo, tendrán que trasladarse a otras dependencias o centros diseñados para atender a personas "asistidas".

Esta segmentación facilitaría la realización de actividades y apoyo profesional especializado dirigido a cada nivel de dependencia, como así también la programación de actividades que generen la vejez activa dentro del ELEAM. Esto repercutirá positivamente en la calidad de vida de los adultos mayores, considerando que esta es una de las prioridades a nivel nacional.

La segmentación de los ELEAM por grado de valencia da al adulto mayor la posibilidad de mantenerse activo y vigente compartiendo con un grupo de pares con intereses similares, lo que repercute favorablemente en su bienestar físico, emocional y social. Para ello se debe considerar que este sea un espacio dotado de infraestructura adecuada en donde encuentre la posibilidad de satisfacer necesidades básicas de subsistencia y cuidados y también dotado de personas que cuenten con los conocimientos necesarios para brindar una atención integral y de calidad, en un espacio de acogida y respeto, en donde pueda encontrar sentido de pertenencia e identidad que le permitan la realización de su ser y a la vez formar parte activa de la comunidad.

Las sugerencias emanadas del proceso de análisis se materializan en dos ejes fundamentales estos son:

» Adultos mayores institucionalizados

Luego de finalizado el proceso de recolección y sistematización de información, se desprendió desde los encuestados y del equipo seminaristas la necesidad de una cambio en la estructura de los establecimientos de larga estadía dirigidos al bienestar de los adultos mayores autovalentes institucionalizados, concretándose en el cambio de las normas existentes en estos y en la concepción de los adulto mayor en los hogares de larga estadía.

Esta alternativa debiera estar orientada para los que se encuentren en condiciones de autovalencia y debe tener como finalidad "potenciar la autonomía de los adultos mayores, fomentar su integración social y familiar, promover un estilo de envejecimiento activo, orientado al desarrollo y mantención de capacidades, como forma de prevenir el deterioro funcional y cognitivo".

De esta forma es necesario un compromiso social hacia los adultos mayores el que permita la generación de un nuevo concepto de esta etapa de vida, promoviendo la integración y el mantenimiento de los adultos mayores insertos en las familias y en la sociedad. Para esto se debe realizar políticas específicas para evitar la institucionalización tomando ejemplos de países desarrollados en la materia, entregando un mayor apoyo económico a estos y la posibilidad de servicios complementarios que los mantengan activos.

Con respecto, a la instauración de una nueva concepción de los adultos mayores se pudo descubrir durante el proceso de investigación, la necesidad de realizar un cambio en el concepto de autovalencia, ya que esta es definida como es "*aquella persona mayor de 60 años, cuyas características físicas, funcionales, mentales, y sociales están de acuerdo con su edad cronológica, es capaz de realizar las actividades funcionales esenciales de auto cuidado: comer, vestirse, desplazarse, bañarse y las actividades necesarias para adaptarse a su medio ambiente*". En base a esto durante la investigación se visualizo que las personas consideradas como autovalentes no tienen las facultades necesarias de realizar todas las actividades esenciales de la vida diaria, pero aun así son adultos

mayores con características mentales y sociales que le permiten adaptarse a su medio. Por esto mismo, se le pudo aplicar el instrumento de recolección de datos. Con esto se intenta demostrar que debería existir una selección minuciosa y específica a la hora de aceptar adultos mayores institucionalizados, y que muchos de ellos recurren a estos hogares por enfermedades que no le impiden tener su autonomía. A raíz es de esto se podrían definir a los adultos mayores autovalentes como "*Aquella persona mayor de 60 años que presente condiciones físicas adecuadas para realizar sus actividades diarias solo o con algún tipo de ayuda y que cuente condiciones mentales suficientes para mantener una interacción y contacto con el medio*"

En este concepto se trata de instaurar que la autovalencia se refleja principalmente en la capacidad mental del individuo que le permita comunicarse, integrarse e interactuar con el medio y presente poder de discernimiento más allá de las capacidades funcionales que presente físicamente.

El área del adulto mayor es de suma importancia en el trabajo social comprendiendo la relevancia del tema en al actualidad como las excesivas necesidades de generar un cambio en todos los aspectos en que este segmento es vulnerado. Ya sea para la implementación de las políticas sociales dirigidas a estos como para la investigación de aquellos aspectos que no son muy conocidos. Con relación, a los establecimientos de larga estadía es de gran importancia que el trabajo social se interiorice con el la temática producto de las fuertes violaciones de los derechos de los adultos mayores al ingresar a estos recintos. Esto no quiere decir que los ELEAM en su totalidad sea una mala opción para los adultos mayores, pero se debería evitar la temprana institucionalización de estos enfocándose las políticas sociales a atacar las causas que provocan esto.

Bibliografía y Anexos

BIBLIOGRAFIA

Artículos de libros

1. Metodología de la investigación de Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández-collado, Pilas Baptista Lucio, Cuarto Edición McGarw-Hill Interamerica 2006.

2. Técnicas Cualitativas de Investigación Social: Reflexión Metodológica y Practica Profesional; Miguel S. Valles, Editorial SINTISIS S.A. 2000

3. Un Modelo Prospectivo para Evaluar las Residencias: Las Personas Mayores y las Residencias; Tomo 2, Observatorio de Personas Mayores, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, INMSERSO, Madrid 2000

Artículos de Revistas

1. Revista De Cs. Sociales N ° 44/1999, Marta Bustos Díaz, Editorial Edeval, Universidad de Valparaíso

Apuntes de Cátedra

1) Apuntes de Cátedra Trabajo Social con Adulto Mayor, Docente : Sra. Marta Bustos Díaz ,2007

2) Apuntes de Cátedra de Investigación Social, Docente Patricia Castañeda Meneses, 2008

Tesis y Magíster

1) Análisis Histórico Social de la Construcción del Proyecto de Vida de la juventud urbano popular: La realidad de Achupallas, Corporación ONG EKOSOL, Autoras: Paulina Cabezas García, 2005

2) Coexistencia de los Enfoques Biomédicos y biopsicosocial en los discursos de los profesionales de la Atención Primaria de Salud, Autores: Katherine Cuevas Lang, Pedro López Borja y Carlos Mancilla Merlino, 2006

Artículos Publicados en Internet

1) Marco legal y de políticas en favor de las personas mayores en América Latina, Huenchuán Navarro, Sandra. CEPAL/CELADE, Santiago de Chile, Abril 2004

2) Situación de las personas mayores. Documento de referencia Conferencia Regional intergubernamental sobre Envejecimiento. CEPAL/CELADE, Santiago de Chile. Noviembre 2003.

3) Reglamento de Larga Estadía para Adultos Mayores, DTO. N° 134 DE 2005, Ministerio de Salud

4) Ética y Derechos Humanos con Adultos Mayores : Trabajo leído en el III Congreso Internacional de Derechos y Garantías en el Siglo XXI, Septiembre-2004

5) Envejecimiento Activo. Un marco Político. OPS. Rev. Española de Geriatría y Gerontología 2002,37 pp74-105.

6) M. Isaac, Comollonga y G. Izquierdo Zamarriego, "Fisiología del Envejecimiento", en: Salgado Alba. Manual de Geriatría, 3ª edición, MASSON, Madrid, 2002, Pags.: 63- 76.

7) Protección y Participación en la vejez: escenarios futuros y políticas públicas para enfrentar el envejecimiento en Chile: Sandra Huenchuan, Daniela González, Mariana Paredes y José Miguel Guzmán, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)

8) Manual de Geriatría. "Capitulo I: Aspectos demográficos del envejecimiento poblacional en chile", facultad de medicina. P.U.C

9) Rodríguez, Pilar; "el problema de la dependencia en las personas mayores", Revista Documento Social N°122. 1998

10) Estudio actualización de registro de establecimientos de larga estadía para adultos mayores en chile" servicio nacional del adulto mayor – SENAMA 14 de abril de 2008

11) Consejo de Europa, 1998, tomado del Libro Blanco de la Dependencia, Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales. España, 2004.

12) Prevención y promoción de la salud en el anciano institucionalizado *"La Residencia como espacio de Convivencia y de Salud"* Servicio de Promoción de la Salud. Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad, España

13) La Legislación en favor de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe" Mónica Villarreal

14) Carta de los derechos del Adulto Mayor Institucionalizado

15) Envejecer en Casa ¿es posible? Autores: Castro Neo, Mª Jesús; Iglesias Souto, Patricia María. Escuela Universitaria de Trabajo Social. Adscrita Universidad de Santiago de Compostela

16) Gregorio Rodríguez, Metodología de la Investigación Cualitativa, 1990

Paginas de Internet

1) www.senama.cl
2) www.ine.cl
3) www.imsersomayores.es
4) www.gerontologia.uchile.cl

ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS: CUESTIONARIO

1) Sexo

Femenino _____
Masculino _____

2) Edad

Menos de 60 años _____
Más de 60 años _____
Más de 70 años ____
Más de 80 años _____
Más de 90 años _____

3) Su estado civil es:

Casado/a___
Viudo/a ____
Soltero/a ____
Separado/a ____
Conviviente ____

4) Su Ingreso económico es de:

Menos de 100.00 ____
Más de 100.000 _____
Más de 200.000 _____

5) Usted vivió antes de ingresar al hogar:

Solo/a ____
Solo con su esposo/a (Familia nuclear) ____
Con sus hijos y su esposo/ a (Familia nuclear biparental) ____
Solo con sus hijos/as (Familia nuclear monoparental) ____
Con la familia de sus hijos/as, hermanos/as, primos/as, etc. (Familia extendida) ___
Otros (amigos/as, calle, pensión etc.)_____

6) ¿Cuanto tiempo lleva viviendo en esta casa de reposo?

7) Actualmente. ¿Usted presenta alguna enfermedad crónica?

Si ____ ¿Cuál?

No ____

8) De estas actividades diarias. ¿Cuales puede realizar solo/a?

Bañarse _____
Vestirse _____
Trasladarse ____
Alimentarse ____
Ir al baño _____
Controlar esfínter _____

9) De las actividades diarias. ¿Presenta dificultades para realizarlas?

10) ¿Su familia le brinda un apoyo económico?

Si ____ ¿Con que frecuencia?

No _____ ¿Por qué?

11) ¿Usted continua teniendo contacto con su familia o amigos/as?

Si____ ¿Con que frecuencia?

No ____ ¿Por qué?

12) Antes de ingresar al hogar. ¿Usted participaba en alguna actividad? (ejemplo: asistía a un club de adultos/as mayores, participaba en la iglesia, trabajaba en su junta de vecinos, etc.)

Si____ ¿Cuál?

No____ ¿Por qué?

13) ¿En algún momento se ha sentido rechazado o discriminado por ser un/a adulto/a mayor?

Si ____ No_____ ¿Por qué?

14) ¿Usted se siente cómodo/a estando con personas de su misma edad?

Si ____ No_____ ¿Por qué?

15) ¿Cuáles fueron las causas que lo o la motivaron a ingresar a este hogar?

16) ¿Qué significa para Usted la decisión de ingresar a este hogar?

REGLAMENTO DE ESTABLECIMIENTO DE LARGA ESTADIA

Publicado en el Diario Oficial de 15.03.06

SANTIAGO, 07.06.05

VISTO: lo dispuesto en los artículos 1°, 2°, 3°, 5°, 129 y en el Libro Décimo del Código Sanitario, aprobado por decreto con fuerza de ley N° 725, de 1967 del Ministerio de Salud; en los artículos 4° y 6° del decreto ley N° 2.763 de 1979 y teniendo presente las facultades que me confiere el artículo 32 N° 8 de la Constitución Política de la República,

D E C R E T O:

APRUÉBASE el siguiente Reglamento de Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores:

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1°.- El presente reglamento rige la instalación y funcionamiento de los establecimientos de larga estadía para los adultos mayores.

Para los efectos de este reglamento, se considera adultos mayores a las personas mayores de 60 años.

Artículo 2°.- Establecimiento de larga estadía para adultos mayores es aquel en que residen adultos mayores que, por motivos biológicos, psicológicos o sociales, requieren de un medio ambiente protegido y

cuidados diferenciados para la mantención de su salud y funcionalidad, el cual cuenta con autorización para funcionar en esa calidad otorgada por la Secretaría Regional Ministerial de Salud competente del lugar en que se encuentra ubicado.

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

Si durante su estadía un residente presenta una enfermedad aguda o reagudización de una condición crónica, por indicación médica podrá quedarse en el establecimiento solamente si éste dispone de los recursos humanos y equipamiento de apoyo clínico y terapéutico adecuado para su cuidado y siempre que su permanencia no represente riesgo para su persona ni para los demás. A falta de dichas circunstancias, la persona deberá ser trasladada a un establecimiento apropiado a su estado de salud.

Artículo 4°.- La instalación y funcionamiento de los establecimientos regidos por el presente Reglamento, requiere autorización de la Secretaría Regional Ministerial de Salud en cuyo territorio de competencia se encuentran ubicados, entidad a la que le corresponderá, asimismo, la fiscalización, el control y supervisión de éstos.

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

Deberá comunicarse a la autoridad sanitaria señalada, en forma previa a su ocurrencia, el cambio de propietario o director técnico y el cierre transitorio o definitivo del establecimiento.

Artículo 5° : Para la obtención de la autorización de instalación y funcionamiento el titular o representante legal, en su caso, deberá elevar a la Secretaría Regional Ministerial de Salud competente una solicitud en

la cual especifique el tipo de establecimiento que desea instalar en relación con el nivel de autovalencia de sus residentes, adjuntando los siguientes antecedentes:

a) Nombre, dirección y teléfono del establecimiento, y su fax y dirección de correo electrónico en caso de tenerlos.

b) Individualización, RUT y domicilio del titular y representante legal, en su caso.

c) Documentos que acrediten el dominio del inmueble o de los derechos a utilizarlo del peticionario.

d) Plano o croquis a escala de todas las dependencias, indicando distribución de las camas en los dormitorios.

e) Acreditar que cumple con los requisitos de prevención y protección contra incendios, que establece el Reglamento sobre Condiciones Sanitarias y Ambientales Básicas en los lugares de trabajo.

f) Certificación de las condiciones eléctricas y de gas, emitida por un instalador autorizado.

g) Identificación del director técnico responsable con copia de su certificado de título, carta de aceptación del cargo y horario en que se encontrará en el establecimiento.

h) Planta del personal con que funcionará el establecimiento, con su horario contratado y sistema de turnos, información que deberá actualizarse a medida que se produzcan cambios en este aspecto.

Una vez que entre en funciones, deberá enviar a la Secretaría Regional Ministerial de Salud la nómina del personal que labora ahí.

i) Reglamento interno del establecimiento, que deberá incluir un formulario de los contratos que celebrará el establecimiento con los residentes o sus representantes, en el que se estipulen los derechos y deberes de ambas partes y las causales de exclusión del residente.

j) Plan de evacuación ante emergencias.

k) Libro foliado de uso de los residentes o sus familiares, para sugerencias o reclamos, que será timbrado por la autoridad sanitaria.

Artículo 6°.- Verificado el cumplimiento de los requisitos exigidos por el presente reglamento, la Secretaría Regional Ministerial de Salud respectiva dictará la resolución de autorización de instalación y

funcionamiento del mismo dentro del plazo de treinta días hábiles contados desde que el requirente completó los antecedentes necesarios para ello.

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

TITULO II

DEL LOCAL E INSTALACIONES

Artículo 7°.- Los establecimientos de larga estadía para adultos mayores deberán disponer de una planta física que cumplirá a lo menos con los requisitos establecidos en los artículos 5° al 11, 18, 21 al 28, todos inclusive, del decreto N° 194 de 1978, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento de Hoteles y Establecimientos Similares.

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

a) Al menos una oficina/ sala de recepción, que permita mantener entrevistas en forma privada con los residentes y sus familiares.
b) Los establecimientos de más de un piso deberán contar con un sistema seguro de traslado de los residentes entre un piso y otro (circulación vertical) que permita la cabida de una silla de ruedas o de una camilla.
c) Zonas de circulación con pasillos que permitan el paso de una camilla, bien iluminados, sin desniveles o con rampas, si los hay, y pasamanos al menos en uno de sus lados. Si tiene escaleras, éstas no podrán ser de tipo caracol ni tener peldaños en abanico y deberán tener un ancho que permita el paso de dos personas al mismo tiempo, con pasamanos en ambos lados y peldaños evidenciados.

d) Sala o salas de estar o de usos múltiples que, en conjunto, tengan capacidad para contener a todos los residentes en forma simultánea. Éstas deberán tener iluminación natural, medios de comunicación con el mundo exterior y elementos de recreación para los residentes, tales como música ambiental, juegos, revistas, libros, etc.

e) Zonas exteriores para recreación: patio, terraza o jardín.

f) Comedor o comedores suficientes para el 50% de los residentes simultáneamente.

g) Dormitorios con un máximo de cuatro camas con iluminación y ventilación natural, guardarropa con espacio para cada uno de los residentes y un velador por cama, considerando espacio para un adecuado desplazamiento de las personas según su autonomía. Contará con un timbre de tipo continuo por pieza y en el caso de residentes postrados, uno por cama. Contar con un número de catres clínicos o similar para el 100% de los adultos mayores que necesiten protección física o clínica.

h) Los servicios higiénicos deben estar cercanos a los dormitorios, ser de fácil acceso y estar iluminados y debidamente señalizados.

Deberá haber a lo menos un baño con ducha por piso que permita la entrada de silla de ruedas y un inodoro y un lavamanos por cada cinco residentes. Además habrá un lavamanos en los dormitorios de pacientes postrados. Los pisos de éstos serán antideslizantes o con aplicaciones antideslizantes, contarán con agua caliente y fría, agarraderas de apoyo, duchas que permitan el baño auxiliado y entrada de elementos de apoyo y timbre de tipo continuo.

i) La cocina deberá cumplir con las condiciones higiénicas y sanitarias que aseguren una adecuada recepción, almacenamiento, preparación y manipulación de los alimentos. Su equipamiento, incluida la vajilla, estará de acuerdo al número de raciones a preparar.

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

j) Lugar cerrado para mantener equipamiento e insumos médicos y de enfermería mínimos, tales como, esfigmomanómetro, fonendoscopio,

termómetros, medicamentos, elementos e insumos de primeros auxilios y archivo de fichas clínicas.

k) Lugar cerrado y ventilado destinado a guardar los útiles de aseo en uso. Un receptáculo para lavado de útiles de aseo y un lugar exclusivo para el lavado de chatas.

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

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

m) En relación al personal, el establecimiento deberá cumplir con las disposiciones del Reglamento sobre condiciones sanitarias y ambientales básicas en los lugares de trabajo.

n) Dispositivo hermético de almacenamiento transitorio de basura.

o) Todas las dependencias deberán mantenerse en buenas condiciones higiénicas.

TITULO I I I

DE LA DIRECCION TECNICA Y DEL PERSONAL

Artículo 8°.- La dirección técnica de estos establecimientos estará a cargo de un profesional de la salud con titulo de una carrera de 8 semestres a lo menos y de preferencia con capacitación en gerontología, o de un profesional del área de ciencias sociales con formación de postítulo en gerontología, al que corresponderán las siguientes funciones y responsabilidades:

a) Ser el responsable ante la autoridad sanitaria del buen funcionamiento del establecimiento, en cuanto a la aplicación y control de las normas sanitarias vigentes y la observancia del Código Sanitario.

b) Verificar y registrar que al ingreso del residente se determine, mediante examen de salud, su condición de funcionalidad y salud. Si el residente aporta un certificado de un médico externo sobre esta materia, éste deberá haberse emitido hasta una semana antes de esa fecha como máximo.

c) Verificar el sistema previsional de salud a que esté afiliado el residente.

d) Establecer, en conjunto con el equipo del establecimiento, un plan relativo a cuidados de salud para los residentes.

e) Establecer los sistemas necesarios para enfrentar las urgencias que se presenten.

f) Determinar, en conjunto con asesoría nutricional, un plan de nutrición para los residentes.

g) Mantener un plan de estimulación y recreación, acorde con la funcionalidad de los residentes.

h) Cuidar que la ficha clínica del residente esté siempre al día.

i) Vigilar que se cumplan a tiempo los controles periódicos de salud de los residentes de acuerdo con el plan de salud.

j) Establecer la coordinación con la familia en situaciones de salud de los residentes.

k) Coordinar las acciones de los profesionales externos al establecimiento que concurran a él en materias sanitarias.

l) Colaborar con el administrador en la coordinación del funcionamiento del establecimiento en temas de recursos humanos, tales como funciones, turnos, permisos, vacaciones.

m) Velar porque el personal que labore en el establecimiento cumpla con los requerimientos mínimos del perfil del cargo que desempeña y colaborar con el responsable de las contrataciones de la selección de los postulantes.

n) Preocuparse del perfeccionamiento continuo del personal

o) Mantener vigente y operativo el plan de emergencia y evacuación ante catástrofes del establecimiento.

p) Definir procedimientos a seguir cuando fallezca un residente.

Artículo 9°.- En los establecimientos con capacidad de hasta 20 residentes, el Director Técnico deberá tener una permanencia mínima de

4 horas semanales; en aquellos con mayor capacidad deberán estar presentes al menos una hora cada día.

Artículo 10.- El establecimiento deberá contar con personal idóneo, en cantidad suficiente para satisfacer en forma permanente y adecuada la atención integral de los residentes, de acuerdo a su número y condiciones físicas y psíquicas.

Artículo 11.- Se clasificará la valencia de los adultos mayores de acuerdo a la escala de evaluación funcional Katz.

Se entenderá por adulto mayor autovalente aquel que realiza, sin necesidad de ayuda, las actividades de la vida diaria de bañarse, vestirse, usar el inodoro, trasladarse, mantener la continencia y alimentarse.

Se entenderá por adulto mayor dependiente aquel que requiere ayuda para realizar algunas de las actividades señaladas o, en caso de dependencia psíquica, presenta trastornos conductuales tales como: fugas, agresiones verbales o físicas, deambulación sin propósito, etc.

Adulto mayor postrado es aquel que está totalmente incapacitado para realizar las actividades señaladas.

Artículo 12.- Los adultos mayores postrados requieren:

a) un auxiliar de enfermería 12 horas diurnas y uno de llamada en la noche.
b) Un cuidador por cada siete residentes 12 horas del día y uno por cada diez en turno nocturno. De acuerdo con ello, a partir de ocho residentes ya corresponden dos cuidadores diurnos y a partir de quince corresponden tres, y así sucesivamente, operando del mismo modo respecto de los cuidadores del turno de noche.

Artículo 13.- Los adultos mayores dependientes físicos o psíquicos requieren:

a) un auxiliar de enfermería de dos horas diarias de permanencia y de llamada las 24 horas del día
b) un cuidador por cada doce residentes dependientes 12 horas del día y uno por cada veinte en horario nocturno. De acuerdo con ello, a partir de trece residentes ya corresponden dos cuidadores diurnos y a partir de veinticinco corresponden tres, y así sucesivamente, operando del mismo modo respecto de los cuidadores del turno de noche.

Artículo 14.- Los adultos mayores autovalentes requieren de un cuidador por cada veinte residentes durante las veinticuatro horas.

Artículo 15.- Cualquiera sea el número de residentes o su condición de valencia, en horario nocturno el establecimiento no podrá quedar a cargo de una sola persona.

Artículo 16.- Corresponde al personal auxiliar de enfermería organizar y supervisar, de acuerdo con las indicaciones del director técnico, el suministro de alimentos por sonda a los residentes que tengan esa indicación médica, el aseo personal y de la cama y habitación, mantenimiento de la movilidad, prevención de úlceras de decúbito y administración de medicamentos recetados a los residentes y demás de esa naturaleza.

Artículo 17.- Por su parte, corresponderá a los cuidadores efectuar las siguientes tareas: suministrar los alimentos orales a los residentes, aseo personal, de la cama y habitación, actividades para el mantenimiento de la movilidad, prevenir úlceras de decúbito, administrar medicamentos orales y demás similares.

Artículo 18.- Además, los establecimientos de larga estadía de adultos mayores deberán disponer del siguiente personal:

a) Manipuladores de alimentos capacitados, en número adecuado para preparar el alimento de los residentes.

b) Auxiliares de servicio encargados de aseo, lavandería y ropería en número adecuado de acuerdo al número y condición de valencia de los residentes.

Artículo 19.- Es recomendable que estos establecimientos cuenten, además, con enfermera, para la gestión de los cuidados, nutricionista para la confección de minutas y dietas, kinesiólogo, terapeuta ocupacional o profesor de educación física con formación gerontológica, para la rehabilitación y mantenimiento de las funciones biopsicosociales de los residentes.

Artículo 20.- Deberán estos establecimientos cautelar que los residentes dispongan de los medios para el control periódico de su salud, a través de los servicios de un médico privado o de la atención primaria, según lo informado al ingreso de conformidad con el artículo 8° letra c) de este reglamento, o podrá ser un médico provisto por la residencia.

Artículo 21.- El personal indicado en los artículos anteriores deberá ser incrementado proporcionalmente en relación con el número de camas y el grado de dependencia de los residentes.

Artículo 22.- Copia del presente reglamento debe situarse en un lugar visible del establecimiento para el conocimiento de los residentes y familiares.

TITULO IV

DE LA FISCALIZACIÓN

ARTICULO 23.- Corresponderá a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud en sus respectivos territorios de competencia supervisar el

funcionamiento de los establecimientos ubicados en éste y fiscalizar el cumplimiento del presente Reglamento.

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

ARTICULO 24.- **Derógase el decreto N° 2.601 de 1994, del Ministerio de Salud.**

ARTICULO TRANSITORIO

Artículo 1°.- Aquellos establecimientos que se encuentren en funcionamiento a la vigencia del presente Reglamento, deberán ajustarse a sus disposiciones en el plazo de un año contado desde su publicación en el Diario Oficial.

La Secretaría Regional Ministerial de Salud conducirá un programa de mejoramiento de la calidad con el objeto de asesorar a los establecimientos de larga estadía para adultos mayores que requieran regularizar su situación.

CARTA DE DERECHOS DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO[45]

Considerando que las personas adultas mayores son ciudadanos que cuentan con los derechos humanos y libertades fundamentales establecidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, entre otros;

Considerando que corresponde a las Secretarías Regionales del Ministerio de Salud, de acuerdo a las necesidades y características propias de quienes residen en establecimientos de larga estadía velar por los siguientes derechos y libertades fundamentales:

DERECHO DE IGUALDAD ANTE LA LEY Y NO DISCRIMINACION

1.- La persona adulta mayor tiene derecho a ser considerada un sujeto de derecho, en cualquier condición en que se encuentre, y a recibir un trato no discriminatorio.

2.- La persona adulta mayor tiene derecho a asumir responsabilidades en la organización del ELEAM.

3.- La persona adulta mayor tiene derecho a participar en un comité de beneficiarios y a votar por un candidato de su elección.

[45] Esta Carta propuesta para la discusión por el Programa del Adulto Mayor del MINSAL, se basa en la "Carta de Derechos y Libertades de las Personas Mayores" ("Charte des droits et libertés de la personne agée") de la Residencia Yvon-Brunet, Morel, Riel, Montreal, Canadá. A esta Carta se han agregado los importantes aportes que, a iniciativa de la Dra. Martha Pelaez, ha realizado el Sr. Javier Vasquez, Abogado de Derechos Humanos de la Unidad de Salud Mental y Programas Especializados de OPS. Además se han recogido aportes de la Sra. Ruth Medina, Enfermera, Encargada de Oficina de Profesiones Médicas, Servicio de Salud Araucanía Sur y del Dr. J. Petrinovec del departamento de Salud de la Municipalidad de Recoleta.

4.- La persona adulta mayor es responsable de sus acciones y de las consecuencias que ellas tienen.

5.- La persona adulta mayor tiene derecho a conservar su autonomía.

6.- La persona adulta mayor tiene derecho a hacer elecciones y modificar sus preferencias.

7.- La persona adulta mayor tiene derecho a beneficiarse de ayuda cuando requiera, para cumplir sus tareas o para participar en diferentes actividades.

8.- La persona adulta mayor tiene derecho a participar en las actividades según su propio ritmo y según las modalidades que mejor le convengan.

DERECHO A LA VIDA

9.- La persona adulta mayor tiene derecho a la vida, por lo que se debe evitar situaciones que pongan en peligro la vida de quiénes viven en los ELEAM, tales como aislamientos, hacinamientos, malnutrición etc.

10.- La persona adulta mayor tiene derecho a recibir medidas paliativas necesarias para aliviar el dolor y apoyar su nutrición. Tiene derecho también a que se mantenga la calidad de atención al final de la vida sobre todo evitando el aislamiento, maltrato físico o mental, abandono, explotación financiera y a manejar apropiadamente problemas como el miedo a la muerte para garantizar también una muerte o fin de la vida, digno.

DERECHO A LA INTEGRIDAD PERSONAL

11.- La persona adulta mayor tiene derecho a que se le respete su integridad física, psíquica y moral y a no ser sometido a tratos crueles, inhumanos y degradantes.

12.- La persona adulta mayor tiene derecho a protección de la explotación económica, sexual o de otra índole.

13.- La persona adulta mayor tiene derecho a no ser maltratada físicamente. El maltrato físico puede expresarse en golpes, empujones, forzamiento a ingerir alimentos, amarras, contenciones forzadas a las camas, quemaduras, abusos sexuales, posturas incorrectas que afectan la discapacidad o producen heridas.

14.- La persona adulta mayor tiene derecho a la integridad psíquica y moral. El no cumplimiento de este derecho se expresa en amenazas de abandono, intimidación con gestos o palabras, descuido en la hidratación, la nutrición o la higiene personal de manera intencional, manutención de un ambiente deplorable y poco sanitario o abandono de la persona mayor en la cama.

15.- La persona adulta mayor tiene derecho a expresar su individualidad y su sexualidad.

16.- La persona adulta mayor tiene derecho a expresar sus necesidades de acuerdo a sus valores personales y obtener respuestas.

17.- La persona adulta mayor tiene derecho a hacerse llamar por el nombre que ella elija, que siempre ese nombre sea precedido por el título Sra., Srta. o Sr., o a ser tuteada durante todo el tiempo, según su elección; y a tener un nombre propio y al apellido de sus padres o al de alguno de ellos. Este derecho será asegurado de acuerdo a la ley incluso por medio de nombres supuestos si fuera necesario.

18.- La persona adulta mayor tiene derecho a recibir trato profesional

DERECHO A LA LIBERTAD DE CONCIENCIA Y RELIGIÓN

19.- La persona adulta mayor tiene derecho a elegir su modo de vida, a expresarse en su idioma y a practicar su religión.

DERECHO A LA LIBERTAD

20.- La persona adulta mayor tiene derecho a la libertad y a la circulación personal, para lo cual los ELEAM deben adecuar la infraestructura para personas con discapacidad y favorecer las visitas y contactos de las personas mayores con la comunidad.

DERECHO A LA SEGURIDAD PERSONAL

21.- La persona adulta mayor tiene derecho a libremente tomar decisiones y aceptar o negar voluntariamente y sin coerción, tratamientos, intervenciones o experimentos médicos o científicos ya sea de carácter físico o psíquico (consentimiento informado).

22.-La persona adulta mayor tiene derecho a que su capacidad para recibir información necesaria, hacer un juicio propio y tomar decisiones sin coerción sea analizada, y que en caso que se declare incapacidad, ésta sea revisada periódicamente por tribunales competentes. En caso de que exista pérdida de capacidad para tomar decisiones, la persona adulta mayor tiene derecho a establecer un "proxy".

23.- La persona adulta mayor declarada con pérdida de capacidad para tomar decisiones por trastorno cognitivo, tiene derecho a ser protegida de la experimentación médica o científica, como también de cualquier forma de violencia, abuso, discriminación, segregación, estigmatización, explotación, trato o castigo cruel, inhumano o degradante.

DERECHO A LA PROTECCIÓN JUDICIAL

24.- Toda persona adulta mayor tiene derecho a un recurso sencillo y rápido o a cualquier otro recursos efectivo ante los jueces o tribunales competentes, establecidos por ley, con las debidas garantías judiciales y dentro de un plazo razonable, que la ampare contra actos que violen sus derechos humanos y libertades fundamentales.

25.- Toda persona adulta mayor debe otorgar su consentimiento para ingresar a un ELEAM, del mismo modo ninguna persona adulta mayor puede ser detenida en un ELEAM contra su voluntad.

DERECHOS POLÍTICOS

26.- La persona adulta mayor tiene derecho a votar y ser elegido en elecciones periódicas auténticas, facilitándose a los residentes el acceso al lugar donde se celebran los comicios.

DERECHO A LA SALUD

27.- La persona adulta mayor tiene derecho a recibir atención médica eficaz

DERECHO A LA EDUCACIÓN

28.- La persona adulta mayor tiene derecho a la educación. Este derecho puede expresarse en la asistencia a cursos dentro de la comunidad local y/o a la realización de cursos/ talleres dentro del ELEAM mismo.

DERECHO A LA CONSTITUCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA FAMILIA

29.- La persona adulta mayor tiene derecho a vivir en su propio domicilio y contar con los cuidados y protección de la familia. Una vez ingresada al ELEAM la persona adulta mayor tiene derecho a mantener contacto con su familia por lo que el horario de visitas debe ser lo menos restrictivo posible.

DERECHO A LA INFORMACIÓN Y A LA LIBERTAD DE EXPRESIÓN

30.- La persona adulta mayor tiene derecho a ser informada de sus derechos sociales y de la evolución de la legislación que le concierne.

31.- La persona adulta mayor tiene derecho a estar informada de todo lo que le concierne en el ELEAM y en la comunidad a la que pertenece.

32.- La persona adulta mayor tiene derecho a mantener contactos con el exterior.

33.- La persona adulta mayor tiene derecho a obtener respuestas a sus preguntas y a recibir información.

34.- La persona adulta mayor tiene derecho a ser informada de las consecuencias de sus decisiones, acerca de los cuidados que ella acepta o no acepta recibir.

35.- La persona adulta mayor tiene derecho a conocer a los miembros del personal que trabajan en el ELEAM e identificar la función que cumple cada uno.

36.- La persona adulta mayor tiene derecho a asociarse y expresar sus opiniones, criticas y sugerencias en el marco de la vida del ELEAM.

37.- La persona adulta mayor tiene derecho a recibir prensa, y tener acceso a radio y televisión, al igual que información en general a través de revistas u otras publicaciones y a recibir o adquirir artículos para su vida diaria.

DERECHO A LA PRIVACIDAD

38.- La persona adulta mayor tiene derecho a estar como en su casa en el ELEAM y a tener un espacio personal inviolable.

39.- La persona adulta mayor tiene derecho a tener conversaciones privadas con las personas de su elección y a no ser interrumpida, sin razones valederas durante ellas.

40.- La persona adulta mayor tiene derecho a estar sola si así lo desea.

41.- La persona adulta mayor tiene derecho a recibir cuidados íntimos de parte de personal de su mismo sexo.

42.- La persona adulta mayor tiene derecho a gestionar sus haberes, de acuerdo a su condición clínica evaluada por un profesional competente.

43.- La persona adulta mayor tiene derecho a la confidencialidad de su correspondencia.

44.- La persona adulta mayor tiene derecho a organizar su espacio personal según su deseo y a disponer de sus enseres o cosas que constituyan recuerdos. Además tiene derecho a mantener su vestuario y a usarlo.

DERECHO A LA SALUD FÍSICA Y MENTAL

45.- La persona adulta mayor tiene derecho a la continuidad de la atención de salud.

46.- La persona adulta mayor tiene derecho a vivir en un mundo situado en un marco temporal, con un ritmo cotidiano, diario, semanal, mensual y anual.

47.- La persona adulta mayor tiene derecho a una estabilidad espacial, con respecto a la función de las diferentes áreas del ELEAM.

48.- La persona adulta mayor tiene derecho a participar y permanecer en contacto con la vida al exterior del ELEAM.

49.- La persona adulta mayor tiene derecho a la estabilidad de la función del personal que le entrega los cuidados.