



UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL



REF.: INFORMA CALIFICACIÓN SEMINARIO DE TÍTULO
ALUMNA QUE SE INDICA.

VALPARAISO, marzo 29 de 2004.

SEÑOR DECANO:

En mi calidad de Profesora Guía vengo en informar el Seminario de Título desarrollado durante el año académico 2003 por la alumna de la Escuela de Trabajo Social Srta. **ANA REINOSO CANEO** expuesto en el informe final de dicho Seminario titulado **"MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES QUE VIVEN SOLOS"**.

En la evaluación, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 42° del Reglamento del Plan de Estudios vigente, he tenido en consideración los siguientes aspectos: importancia, originalidad y aporte del trabajo al campo profesional; aspectos metodológicos; amplitud y suficiencia del desarrollo del tema y de la bibliografía utilizada; régimen formal de citas; carácter de la redacción y calidad del vocabulario técnico utilizado.

Por lo anteriormente expuesto vengo en calificar el presente Seminario de Título, con nota **5,5 (cinco coma cinco)**.

MARTA BUSTOS DIAZ
PROFESORA GUIA

AL SEÑOR
ANTONIO PEDRALS G. de C.
DECANO
FACULTAD DE DERECHO Y
CIENCIAS SOCIALES
PRESENTE.



REF.: *INFORMA CALIFICACIÓN SEMINARIO DE TÍTULO
ALUMNA QUE SE INDICA.*

VALPARAISO, Marzo 22 de 2004.

SEÑOR DECANO:

En mi calidad de Profesora Informante vengo en informar el Seminario de Título desarrollado durante el año académico 2003 por la alumna de la Escuela de Trabajo Social Srta. **ANA REINOSO CANEO** expuesto en el informe final de dicho Seminario titulado **"MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES QUE VIVEN SOLOS"**.

En la evaluación, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 42° del Reglamento del Plan de Estudios vigente, he tenido en consideración los siguientes aspectos: importancia, originalidad y aporte del trabajo al campo profesional; aspectos metodológicos; amplitud y suficiencia del desarrollo del tema y de la bibliografía utilizada; régimen formal de citas; carácter de la redacción y calidad del vocabulario técnico utilizado.

Seminario de Tesis que representa un documento de sistematización de acciones profesionales generadas en torno a iniciativas formales de organismos nacionales y regionales referidas a la calidad de vida de los adultos mayores que viven solos. Se valora el aporte temático de la experiencia y la oportunidad de articulación del espacio académico con el marco institucional que le dio sustento.

Sin embargo, si bien la experiencia se enmarca formalmente en la propuesta metodológica del Ciclo Tecnológico, su revisión arroja insuficiencias en los ámbitos de delimitación de los aportes específicos de la alumna seminarista en el marco de un proyecto mayor, repercutiendo en la ausencia de un eje articulador central, que ordene y de sentido a los productos presentados. La experiencia tiende a la dispersión y a la inconexión entre las fases de trabajo, sugiriendo más bien un rol de complementariedad y apoyo al proceso mayor —en analogía a la figura de ayudante de investigación— más que representar una experiencia profesional autónoma, en que se reconozca un aporte central y específico que haya sido liderado por la alumna seminarista.



UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL



2.

Por las razones anteriormente expuestas califico este seminario con nota **4.5 (cuatro punto cinco)**

PATRICIA CASTAÑEDA MENESES
PROFESORA INFORMANTE

AL SEÑOR
ANTONIO PEDRALS G. de C.
DECANO
FACULTAD DE DERECHO Y
CIENCIAS SOCIALES
PRESENTE.
PCM/rvs.-

M 53124

M
R 373 M
2003
C1

Universidad de Valparaíso
Facultad de Derecho y Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social

**“Mejoramiento de la Calidad de Vida de los Adultos
Mayores que viven solos”**

Universidad  de Valparaíso
CHILE
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
BIBLIOTECA

264

Nombre: Ana Paulina Reinoso Caneo
Docente: Marta Bustos
Período Académico: Marzo- Noviembre de 2003

Agradecimientos...

En este camino, son muchas las personas involucradas y la lista puede ser muy larga, pero seré breve...quiero agradecer a mis padres, porque sin sus ganas de que yo saliera adelante, nada hubiese sido posible (muchas veces luché sólo con sus ganas!!!). A mis hermanos, Mariette, Karina, Claudia y Manuel, por su infinita paciencia. A Pilar Cot, porque el 2003 entre muchas cosas buenas, me permitió conocerla a ella. A toda la gente que conocí en Sevilla, porque fueron el ombligo de este camino...A la Sra. Marta Bustos, porque indiscutiblemente fue mi equipo en todo. Y finalmente a todos mis amigos. A todos ellos, mil gracias!!!!

(Los Adultos Mayores de nuestro país, se lo agradecerán también)

Índice Temático

Introducción	5
Presentación del Tema	8
Identificación del Problema	10
Delimitación del tema	11
PRIMER CAPÍTULO: DIAGNÓSTICO	12
Introducción de Diagnóstico	13
Antecedentes Referenciales	14
Marco Institucional	14
Instituto de Normalización Previsional	14
Ministerio de Planificación	16
Sistema de Protección Social Chile Solidario	17
Metodología del Proyecto	19
Marco Político de Acción	22
Antecedentes Referenciales Teóricos	27
Análisis de información y procesamiento de datos	54
Observaciones Personales del Voluntariado	87
Principales conclusiones del Diagnóstico	85
SEGUNDO CAPÍTULO: PROGRAMACIÓN	90
Introducción	91
Tabla Programática	93
Estrategia de Intervención del Proyecto Piloto	97
Cronograma	109

Introducción

El cambio demográfico actual y sus proyecciones, corresponde a un fenómeno del cual pocos países han quedado ajenos. Se trata de un fenómeno que acarrea consecuencias para cada comunidad, cada institución y cada persona, joven o vieja. Definitivamente, el envejecimiento ya no es sólo un "problema del primer mundo". Lo que era de importancia secundaria, en el siglo XX, lleva camino de convertirse en tema dominante en el siglo XXI.

En Abril del año 2002, se ha celebrado en Madrid (España) la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, convocada por las Naciones Unidas. En esta Asamblea, se ha establecido una Declaración Política en donde se destaca el rol fundamental que ejercen las familias, asociaciones, autoridades locales, sociedad civil y voluntariado, entre otros, en el mejoramiento de la calidad de vida de la población Adulta Mayor. Este rol fundamental ejercido por estas instituciones u organizaciones, se considera además, como una variable central cuando se trata de población Adulta Mayor que vive sola.

En Chile, la Política Nacional para el Adulto Mayor recoge dichos elementos, plasmándolos entre sus objetivos. Sin embargo, aún las acciones formales que tienden a fomentar la participación y el fortalecimiento de redes, son escasas, aisladas y carecen de sistematización.

A partir de la internalización, por parte de la sociedad, de los procesos de cambios demográficos, y una vez que éstos se hacen latentes, se hace necesario continuar con el desarrollo de nuevas políticas que tiendan a satisfacer las necesidades emergentes de la población Adulta Mayor.

En nuestro país, el aumento de los Adultos Mayores conlleva lógicamente a un aumento de la demanda y necesidades que ellos requieren satisfacer. Sin embargo, los costos económicos y sociales que esta situación genera, difícilmente pueden ser cubiertos por el Estado y para toda la población.

Como contraparte a esta situación, se encuentra toda la red familiar, comunitaria e institucional, cercana al Adulto Mayor, que puede ser potenciada y capacitada.

Durante el presente año, con la finalidad de dar respuesta a dichas necesidades y demandas de los Adultos Mayores, se han establecido diversas iniciativas para mejorar la calidad de vida de aquellos que viven solos. El Sistema Chile Solidario, se ha preocupado especialmente de este segmento de la población y ha creado un Proyecto Piloto para los Adultos Mayores de Valparaíso y Tomé que viven solos, y que además su situación socioeconómica se encuentra bajo la línea de la pobreza. Por otra parte, la experiencia se basa en la participación del voluntariado como un actor fundamental en la realización del proyecto. Dicho Proyecto Piloto, se origina a partir de la contabilización de 15.000 Adultos Mayores que quedan fuera del Sistema, ya que pertenecen a hogares unipersonales. Esta población es identificada a través de la aplicación de las Ficha CAS II realizada por los municipios.

De esta manera, es posible denominar la temática que se abordará durante el presente Seminario de Título, la cual será definida como *“Mejoramiento de la Calidad de Vida de los Adultos mayores que viven solos”*. Dicha temática se focalizará además, en aquel segmento de la población Adulta Mayor que se encuentra en situación de pobreza.

A partir de la instancia de trabajo generada durante el presente año en el Ministerio de Planificación, a través del Sistema Chile Solidario, se ha planteado un fuerte compromiso gubernamental para intervenir sobre la población indigente Adulta Mayor de nuestro país. Es por esto, que se debe considerar que el Proyecto Piloto de Adultos Mayores que viven solos, es un compromiso de gobierno hacia este grupo prioritario.

En el Primer Capítulo, se entregará el Diagnóstico del Seminario de Título. En él se presentarán Antecedentes Referenciales (Marco Institucional, Marco Político de Acción, Antecedentes Referenciales Teóricos), Análisis de información y procesamiento de datos, Observaciones del voluntariado y principales conclusiones del diagnóstico.

El Segundo Capítulo, contiene la Tabla Programática del Seminario de Título, Estrategia de Intervención del Proyecto Piloto y un Cronograma del mismo.

En el Tercer Capítulo, se presentará la Ejecución del Seminario, donde se entrega el Manual para Voluntarios, Mínimos de Intervención del Proyecto Piloto, Condiciones Deseables, Requerimientos y Ejecución del Proyecto Piloto en Valparaíso.

El Cuarto Capítulo, da cuenta de la Evaluación del Seminario de Título. Dicha evaluación corresponderá a un tipo de evaluación por objetivos, además de otras variables importantes consideradas durante el proceso.

Finalmente, se presentará el material bibliográfico utilizado y los Anexos generados durante el proceso.

Presentación del Tema

En nuestro país, los cambios demográficos actuales evidentemente registran un aumento de la población Adulta Mayor. Sin embargo, es necesario realizar una apreciación, ya que estos cambios provocan a su vez, otras situaciones que es necesario considerar.

En primer lugar, y en un estricto rigor, cada día aumentan las personas que cruzan la barrera de los 60 años, pero por otra parte, aumenta también la longevidad (esperanza de vida) de estas personas, por lo que supone una mayor cantidad de años de vida que la considerada cuando se establecieron en Chile las Pensiones de Vejez otorgadas por la Seguridad Social.

Este tipo de situaciones también ha provocado una serie de cambios en los Adultos Mayores, puesto que ellos no se han preparado con anticipación para esta etapa de la vida, ya sea porque simplemente no aprendieron, porque no se les ha proporcionado las herramientas necesarias, o por ambas causas. De esta manera, las Personas Mayores se enfrentan a esta etapa con sorpresa y desconcierto.

Por otra parte, es necesario considerar que cada Adulto Mayor, frente a esta etapa de la vida, presenta múltiples y diversas condiciones biológicas, psicológicas y sociales que le permiten enfrentar esta situación de manera diferente.

En un nivel individual y social, los Estudios Oficiales (CASEN, Censo, Estudios Públicos y Sociales, Seminarios de Título, etc.) señalan que el proceso de envejecimiento corresponde a una etapa de vida que se caracteriza por su vulnerabilidad, tanto física como económica y social.

En 1996 las Políticas Sociales comienzan a considerar al Adulto Mayor y diversas instituciones públicas, como el Instituto de Normalización Previsional, Ministerio de Salud, Servicio Nacional del Adulto Mayor (en aquel tiempo, Comisión Nacional para el Adulto Mayor), y recientemente el Sistema Chile Solidario, han desarrollado e incorporado dentro de sus programas de trabajo la temática del Adulto Mayor. De ahí la importancia actual que le entregan diversas instituciones a la satisfacción de necesidades de este segmento de la población.

En el contexto profesional, la temática es considerada un área de trabajo relevante, fundamentalmente porque los cambios demográficos, que conllevan a cambios individuales, sociales, políticos y económicos, afectan la calidad de vida de los Adultos Mayores. Frente a estos procesos, el Trabajo Social no debe quedar ajeno, ya sea por ética profesional, o porque fundamentalmente todo cambio que se perciba en la población hoy, será la base de las Políticas Sociales del mañana.

El Seminario de Título, en primera instancia, se inserta institucionalmente en el Instituto de Normalización Previsional, sucursal de Valparaíso. Sin embargo, debido a las necesidades que el proceso genera, se incorpora al trabajo ejecutado por el Ministerio de Planificación, sin dejar de representar a la primera institución de acogida (I.N.P., sucursal Valparaíso).

Por otra parte, la Universidad de Valparaíso mantiene un convenio con la Universidad Pablo Olavide de Sevilla, España, con lo cual se realizan intercambios estudiantiles, con la finalidad de aportar elementos y de ampliar los marcos generales en los que se insertan los Seminarios de Título.

La Alumna Seminarista ha utilizado este recurso, participando en el intercambio estudiantil que mantienen ambas universidades, durante un período de dos meses y medio (Abril y Junio del 2003). El intercambio se centra fundamentalmente en la investigación de experiencias de trabajo voluntario que se encuentren relacionados con los Servicios de Ayuda a Domicilio.

En España, las Políticas Sociales establecen ante todo, que los Adultos Mayores deben permanecer el mayor tiempo posible en su medio familiar. Por lo tanto, existen mayores alternativas previas a la institucionalización.

1.- Identificación del Problema

Como se ha establecido anteriormente, el Proyecto Piloto de Adultos Mayores que viven solos, es un compromiso de gobierno hacia este grupo prioritario. Este compromiso a su vez, continúa con los lineamientos establecidos en la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, celebrada en Madrid el año 2002.

Por otra parte, se hace necesario considerar la preocupación de la sociedad civil ante esta temática.

De esta manera, para el presente Seminario de Título, el problema se identifica como: "Diseñar un programa para mejorar la Calidad de Vida de Adultos Mayores pobres que viven solos en Valparaíso y Tomé".

2.- Delimitación del Tema

Como se ha explicado anteriormente, a nivel nacional, 15.000 Adultos Mayores que viven solos han quedado fuera del Sistema Chile Solidario. Sin embargo, la elaboración de un Proyecto Piloto no contempla a todos los Adultos Mayores que viven solos. Es por esta razón, que se han seleccionado dos comunas, las cuales son Valparaíso y Tomé.

Los Adultos Mayores identificados, tanto en Valparaíso como en Tomé, a través de la aplicación de la Ficha CAS II son 375 y 211 respectivamente (Fuente: Ficha CAS II, Ministerio de Planificación, 2003).

Dichos Adultos Mayores han sido seleccionados a través del Puntaje de Corte Comunal (CAS II), puntaje que difiere entre una comuna y otra.

Primer Capítulo:

Diagnóstico

1.- Introducción de Diagnóstico

El presente diagnóstico será formulado a partir de la definición de la temática que aborda el Seminario de Título, la cual se denomina como "Mejoramiento de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores que viven solos".

El Proyecto Piloto de Adultos Mayores corresponde a un proceso iniciado por MIDEPLAN (Chile Solidario) en enero del presente año, y por las instituciones que se han ido incorporando (Ministerio de Salud, INP, SENAMA, etc.). Por lo tanto, con anterioridad al inicio del Seminario de Título, ya se poseían antecedentes con los cuales formular un diagnóstico. Por esta razón, se establece que el diagnóstico que se presentará a continuación contiene elementos basados en investigaciones y datos elaborados en el momento que Chile Solidario da inicio al Proyecto Piloto.

El Ministerio de Planificación, ha elaborado un instrumento de recolección de datos, dirigido a los Adultos Mayores que participan del Proyecto Piloto, con la finalidad de poseer información acerca de las características sociodemográficas de la población, además de verificar domicilios, accesibilidad, y finalmente para establecer las primeras aproximaciones hacia este grupo prioritario en cuanto a la habitabilidad, salud, redes sociales, etc..¹

¹ Ver Anexo N° 1

2.- Antecedentes Referenciales

2.1.- Marco Institucional

El Marco Institucional en el cual se inserta la Alumna Seminarista, corresponde fundamentalmente al Instituto de Normalización Previsional (INP) y como una forma de ampliar el ámbito de la intervención, se inserta además en el Ministerio de Planificación (MIDEPLAN), a través del Sistema de Protección Social Chile Solidario.

2.1.1. - Instituto de Normalización Previsional

El Decreto Ley N° 3.500, dictado en el año 1980 generó un cambio radical en el sistema de prestaciones previsionales existentes en Chile. Estableció un régimen de capitalización individual, que -entre otras consecuencias- implicó que las cotizaciones de los imponentes activos que se incorporaron al nuevo sistema, dejaron de financiar los fondos previsionales de los regímenes en vigencia.

Junto con la creación del nuevo régimen previsional - de incorporación voluntaria para los cotizantes del anterior sistema, y obligatoria para quienes desde 1983 se integran a la fuerza laboral - se promulga el Decreto Ley N° 3.502, de 18 de noviembre de 1980, que crea el Instituto de Normalización Previsional (INP) para regular los fondos con que el Estado debía suplementar los déficit que necesariamente se producirían con motivo de la puesta en marcha del nuevo régimen previsional.

En marzo de 1990 comienza una nueva administración del INP, orientada a satisfacer las necesidades del usuario. El usuario se constituyó en el centro de la acción institucional, implementándose un modelo de gestión que, sin descuidar las normas que regulan a un servicio público, se orientó a la obtención de resultados positivos en aquellas tareas que le son propias, dada su condición de entidad

encargada de la ejecución de importantes políticas de seguridad social del Estado. Desde entonces, ha incorporado herramientas de gestión como la planificación estratégica, el empleo de indicadores de gestión y nuevas tecnologías de comunicación y de manejo de información, prestando especial atención al desarrollo de su personal.

La Misión del INP es "Participar activa e integralmente en el sistema de Seguridad Social para contribuir a un desarrollo con equidad, mejorando la calidad de vida de los trabajadores, adultos mayores, y personas con discapacidad en situación de extrema pobreza; a través de procesos impecables, con un avanzado componente tecnológico, y altos estándares en calidad de atención, eficiencia y seguridad."²

De esta manera, el Instituto de Normalización Previsional se define como "el administrador de las prestaciones de seguridad social que son responsabilidad del Estado, derivadas de Estados de Necesidad como vejez, invalidez, viudez, orfandad, maternidad, prestaciones familiares, cesantía, accidentes del trabajo y enfermedades profesionales"³

Beneficios que otorga el INP

- Pensiones de Vejez e Invalidez
- Pensiones de Sobrevivencia: Viudez y Orfandad
- Asignación por muerte
- Pago beneficios de leyes especiales
- Administración de la Ley de Accidentes del Trabajo
- Subsidio de Cesantía
- Autorización y pago de Asignación Familiar
- Pago de Pensiones Asistenciales y Subsidio Familiar
- Pago Bono solidario Programa Puente

²Documento de Trabajo, Instituto de Normalización Previsional.

³ Documento de Trabajo, Instituto de Normalización Previsional Sucursal Valparaíso, 2003.

Actualmente, el INP se encuentra participando en el Proyecto Piloto de Adultos Mayores que realiza el Chile Solidario, como integrante de la Mesa Central y Mesa Regional.

2.1.2. - Ministerio de Planificación

Su gestación comienza durante el Gobierno de don Eduardo Frei Montalva (1964 a 1970), provocada por la necesidad de contar con un organismo que planifique a nivel nacional. Durante los dos primeros años de esa administración, funciona como una Oficina de Planificación dentro de la CORFO (Corporación de Fomento de la Producción), sin reconocimiento jurídico y como una dependencia de la Presidencia de la República.

La Oficina de Planificación Nacional (ODEPLAN) se crea en virtud de la Ley N° 16.635, publicada en el Diario Oficial el 14 de Julio de 1967. ODEPLAN se crea como un organismo de servicio público descentralizado. Cuenta con patrimonio propio y tiene dependencia directa del Presidente de la República, relacionándose para efectos administrativos a través del Ministerio del Interior

En 1990, la Oficina de Planificación Nacional, se transforma en Ministerio de Planificación y Cooperación (MIDEPLAN) por la Ley N° 18.989, publicada en el Diario Oficial del 19 de Julio de 1990, y el Decreto N° 39 (M. de Planificación y Cooperación, 23 de Mayo, 1992), que determina la estructura interna de MIDEPLAN.

El Ministerio de Planificación y Cooperación tiene como misión:

- Diseñar y aplicar políticas, planes y programas de desarrollo nacional y regional.
- Proponer las metas de inversión pública y evaluar los proyectos de inversión financiados por el Estado.
- Armonizar y coordinar las diferentes iniciativas del sector público encaminadas a erradicar la pobreza.
- Orientar la cooperación internacional que el país reciba y otorgue.
- Implementar y ejecutar las políticas y programas orientados hacia grupos prioritarios: infancia, juventud, adulto mayor, discapacitados, mujeres e indígenas, a través de sus servicios relacionados.

2.1.3.- Chile Solidario

La administración y responsabilidad del sistema, recae en MIDEPLAN. El Chile Solidario es un Sistema de Protección Social, dirigido a las familias más pobres del país, que integra un conjunto de prestaciones donde se combina la asistencia social, con un fuerte componente de promoción y con una mirada centrada en la familia como sujeto fundamental de sus acciones.

El Sistema, se propone incorporar a las familias en extrema pobreza a la red de protección social del Estado, de modo que éstas, adquieran capacidades económicas y sociales que les permitan superar su situación socioeconómica. El sistema se plantea como una estrategia de intervención destinada a revertir o disminuir la vulnerabilidad de las personas, considerando el conjunto de determinantes situacionales referidas al contexto general que condiciona su estándar de vida y a movilizar aquellos recursos que puedan tener consecuencias significativas para su protección frente a los riesgos y en definitiva, para el logro de un mayor bienestar.

El sistema esta compuesto de tres componentes básicos; apoyo psicosocial, subsidios monetarios garantizados y, acceso preferente a programas de promoción social.

La complementariedad de estos componentes se sitúa en el marco de la ampliación de la estructura de oportunidades y también en el acceso preferente de las familias pobres a la red de prestaciones continuas de servicios sociales tradicionales. En este caso, el Sistema no pretende proveer de manera directa los satisfactores asociados al bienestar integral de las familias, sino más bien, asegura la posibilidad de acceder a los mercados de bienes y servicios que, en conjunto, son capaces de proveerlo y que, en este caso, corresponden fundamentalmente a los servicios sociales del Estado además, del mercado de trabajo.

En consideración a que, dentro del universo de beneficiarios del Sistema Chile Solidario, no fueron incorporados los adultos mayores pobres e indigentes que viven solos, en razón a que este Sistema está orientado a familias, se estableció una instancia y estructura de trabajo orientada a este grupo en particular, colectivo que, actualmente, asciende a una cifra cercana a 15.000 personas a nivel nacional. Para ello, se constituyó una mesa de trabajo intersectorial, en el marco de trabajo del Sistema señalado, con el fin de desarrollar en primer término, un Programa Piloto solo en dos regiones del país y, posteriormente, configurar y desarrollar a nivel nacional, una estrategia de intervención dirigida, específicamente, a este grupo, reconocido por su alta vulnerabilidad, tarea que tiene como horizonte cronológico el año 2005.⁴

⁴ Rojo Cristina, MIDEPLAN, 2003.

2.1.4.- Proyecto Piloto de Adultos Mayores Valparaíso y Tomé

Como se ha establecido en el párrafo anterior, el Proyecto Piloto será desarrollado en dos regiones de nuestro país, estas son, la Quinta y la Octava Región. Las comunas elegidas son Valparaíso y Tomé.

De esta manera, se han establecido dos Mesas de Trabajo Regionales (Valparaíso y Tomé) y una Mesa de Trabajo Central (Santiago). Para poder desarrollar el Proyecto Piloto, Chile Solidario ha contemplado, dentro de las mesas de trabajo intersectoriales, la participación de diversas instituciones, cuyo eje fundamental corresponde a la Población Adulta Mayor: INP, MINSAL, SENAMA y DOS (a través de los Centros del Voluntariado). Es necesario agregar que en la Mesa Regional de Valparaíso se ha incorporado la Ilustre Municipalidad de Valparaíso a través de la Oficina Comunal del Adulto Mayor (OCAM). Bajo este marco de trabajo, la Alumna Seminarista se inserta en la Mesa Central.

2.1.4.1.- Metodología del Proyecto Piloto

La metodología que utiliza el Proyecto Piloto ha sido definida como Investigación-Acción, a pesar que en la primera etapa, se utiliza un encuestaje al universo. Sin embargo, el segundo semestre, la Investigación – Acción cobra una mayor importancia durante el proceso.

El término "investigación-acción" proviene del autor Kurt Lewin y fue utilizado por primera vez en 1944. Describía una forma de investigación que podía ligar el enfoque experimental de la ciencia social con programas de acción social que respondieran a los problemas sociales principales de entonces. Mediante la investigación-acción, Lewin argumentaba que se podían lograr en forma simultánea avances teóricos y cambios sociales.

El método se apoya en el "Paradigma Crítico Reflexivo", partiendo del hecho de que la vida social es dialéctica por lo que su estudio debe abordarse desde la dinámica del cambio social, como manifestación de un proceso anterior que le dio origen y el cual es necesario conocer. La aproximación a los hechos sociales parte

de sus contradicciones y desigualdades sociales, en la búsqueda de la esencia del problema. Es crítico-reflexivo, puesto que parte de entender a los participantes como sujetos de la acción, con criterios para reflexionar sobre lo que se hace, cómo se hace, por qué se hace y las consecuencias de la acción.

La investigación-acción ofrece ventajas derivadas de la práctica misma: permite la generación de nuevos conocimientos al investigador y a los grupos involucrados; permite la movilización y el reforzamiento de las organizaciones de base y finalmente, el mejor empleo de los recursos disponibles en base al análisis crítico de las necesidades y las opciones de cambio.

A continuación, se presentarán las técnicas utilizadas para la contrastación empírica y el análisis de la información.

- **Instrumento de Medición:** El Instrumento de Medición utilizado para la recolección de información y datos, ha sido la encuesta elaborada por MIDEPLAN (Chile Solidario).
- **Universo:** Como se ha establecido anteriormente, el número de Adultos Mayores seleccionados, a través de la Ficha CAS II, es 375 para Valparaíso y 211 para Tomé.

Tabla N ° 1

**Familias Unipersonales de 65 años y más, bajo el puntaje de corte comunal
Valparaíso**

Sexo	N	%
Masculino	152	40.5
Femenino	223	59.5
Total	375	100

Fuente: Ficha CAS II, Ministerio de Planificación, 2003.

Tabla N ° 2

**Familias Unipersonales de 65 años y más, bajo el puntaje de corte comunal
Tomé**

Sexo	N	%
Masculino	106	50.2
Femenino	105	49.8
Total	211	100

- **Validación del Instrumento:** Aplicación del PRE- Test, por parte de la Alumna Seminarista durante el mes de Abril. La finalidad del instrumento es la validación del mismo, además de la verificación de domicilios, para una posterior aplicación en las comunas del Proyecto Piloto. Dicho Pre-Test se aplicó a ocho Adultos Mayores de la Comuna de Valparaíso, de entre ellos, cuatro hombres y cuatro mujeres, de los sectores de Playa Ancha, Cerro Barón, Cerro Merced, Cerro La Cruz, Cerro Cordillera, Cerro Yungay, Cerro Concepción y Placilla Oriente. El grupo de muestra para la aplicación del PRE – Test, es seleccionado al azar.⁵
- **Procesamiento de la información:** Esta variable, será analizada en el momento de presentación de los gráficos (Análisis de información y procesamiento de datos, punto tres).

⁵ Ver Anexo N ° 2.

2.2.- Marco Político de Acción

2.2.1.- Política Nacional Para el Adulto Mayor

En nuestro país, una Política Nacional para el Adulto Mayor, comienza a visualizarse a partir de la década de los noventa, a raíz de los evidentes cambios demográficos que Chile se enfrentaba.

Una política Nacional debe establecer un marco de referencia y una gran finalidad de carácter permanente que le dé sustento a las distintas acciones que se programen y realicen a favor de este sector.

2.2.1.1.- Valores

Los valores inspiradores son opciones fundamentales y, por tanto, dan fundamento y significado trascendente a las acciones específicas que se pueden elaborar a favor de los Adultos Mayores.

⊗ Equidad: La Sociedad Chilena presenta a los Adultos Mayores desiguales posibilidades de desarrollo, en el sentido de que algunos poseen los recursos suficientes para acceder a los bienes y servicios que requieren, mientras un grupo importante de ellos no disponen de los medios para satisfacer sus necesidades mínimas. En este sentido, los Adultos Mayores de los estratos socioeconómicos más altos tienen menos problemas de aquellos que enfrentan situaciones de pobreza y miseria. En este contexto la sociedad y el Estado deben preocuparse para que todos los Adultos Mayores disfruten de una mejor calidad de vida.

⊗ Solidaridad intergeneracional: Lo que hoy es la sociedad en cuanto a desarrollo social, económico, cultural y político, con virtudes y defectos, es en definitiva, la herencia que dejan los Adultos Mayores a las generaciones que le siguen. En este sentido, las generaciones más jóvenes tienen una deuda con los Adultos Mayores, dándoles lo que ellos requieren y merecen. Es conveniente recordar que la

solidaridad se basa en el conocimiento y en el amor hacia el otro, por esto, el núcleo natural en que se vive esta solidaridad es en la familia donde se dan las relaciones a través de las cuales se materializa la solidaridad entre padre, hijos, abuelos y nietos.

2.2.1.2.- Principios

⊗ Autovalencia y Envejecimiento activo: Un punto central sobre el cual se sustentan las acciones a favor del Adulto Mayor es reconocer la autovalencia, es decir, la capacidad de valerse por sí mismos de la mayor parte de los Adultos Mayores, lo cual les permite ser autónomos y, por ende, tener un envejecimiento activo. Esto implica necesariamente planificar con los Adultos Mayores todas aquellas acciones que irán en su propio beneficio. A su vez, reconocer esta autonomía del Adulto Mayor es también reconocer su capacidad para organizarse y crear instancias que los respeten en su diversidad de inquietudes e intereses.

⊗ Prevención: En lo social y lo psicológico, la prevención tiene un énfasis educativo. Toda la población, a través de la familia, el sistema escolar y los medios de comunicación social, debe recibir educación sobre su propio proceso de envejecimiento y, además, conocimientos sobre la forma de relacionarse con los Adultos Mayores. Es importante asumir que lo preventivo, como enfoque prioritario, considere al Adulto Mayor en su contexto sociocultural y económico. Esto implica valorar de un modo sustantivo las redes de apoyo que deben estar al servicio del Adulto Mayor.

⊗ Flexibilidad en el diseño de políticas: La situación del adulto que vive solo, o con su pareja, no es la misma del vivir junto a otros familiares; la variable urbanarural también influye de un modo particular en el Adulto Mayor; igualmente la situación de vulnerabilidad y de mayores necesidades de cuidados aumenta con la edad. No es lo mismo un Adulto Mayor entre los 60 y 80 años, que otros entre los 80 y 90.

⊗ **Descentralización:** Se trata de comprender que la concreción de las políticas se hace, normalmente, en el gobierno local y que éste es el que deberá implementar, con flexibilidad y adecuada coordinación, las políticas generales adoptadas por el gobierno central.

⊗ **Subsidiariedad del Estado y su rol regulador:** Es necesario, en primer lugar, el desarrollo de una política de fomento a la producción de bienes y servicios destinados a los Adultos Mayores. En segundo lugar, se debe regular el funcionamiento de los sistemas de provisión de servicios ofrecidos o prestados a este sector. Finalmente, se debe fomentar la responsabilidad de la familia, la comunidad y los propios Adultos Mayores .

2.2.1.3.- Objetivos

2.2.1.3.1.- Objetivo General:

“Lograr un cambio cultural de toda la población sobre la valoración y trato hacia los Adultos Mayores, lo cual implica una percepción distinta sobre el envejecimiento y, alcanzar mejores niveles de calidad de vida para todos los Adultos Mayores”.

Para lograr este objetivo se requiere que:

1. Se trata de lograr que la sociedad chilena cambie su percepción y valorización del envejecimiento hasta ahora visto como una etapa de inactividad, enfermedades, decrepitud y, en general, de pasividad. Generar un profundo y gran cambio parte, principalmente, desde el seno de la familia chilena. Los niños y los jóvenes deberán aprender a valorar y amar a sus ancianos en su propia familia.
2. En forma simultánea, surge como una política complementaria del cambio cultural, la necesidad de mejorar la calidad de vida del Adulto Mayor.

2.2.1.3.2.- Objetivos Específicos

☉ Fomentar la participación e integración social del Adulto Mayor: Incorporar al Adulto Mayor en todos los ámbitos o sectores de la sociedad: en la vida cultural, política, económica y espiritual de la comunidad.

☉ Incentivar la formación de recursos humanos en el área: Existe un claro déficit de profesionales y técnicos especializados en la temática del Adulto Mayor. La carencia de este recurso humano calificado impide, a su vez, avanzar en investigaciones y estudios que posibiliten un mayor conocimiento de la problemática del Adulto Mayor y su proceso de envejecimiento. El Proyecto Piloto

☉ Mejorar el potencial de salud de los Adultos Mayores: Está centrado en mejorar y mantener las condiciones de autovalencia en los Adultos Mayores. Se propone incentivar acciones en las áreas de promoción, prevención y atención curativa específica en la perspectiva de un envejecimiento activo.

☉ Crear acciones y programas de prevención: Este enfoque preventivo tiene un marcado énfasis educativo para que toda la población reciba información sobre el proceso de envejecimiento, que afecta, en algún momento a todas las personas. En este contexto, se debe reiterar que la forma de vida en la adultez mayor depende de cómo se vivan las etapas anteriores. La difusión de las acciones preventivas también deben incluir aquellas referidas a la incorporación al sistema de previsión social, debido a la importancia que esto tiene para la mantención de un buen nivel de ingresos una vez finalizada la actividad laboral.

☉ Focalizar subsidios estatales en los sectores más carenciados de Adultos Mayores: Los Adultos Mayores constituyen uno de los cuatro segmentos de la población definidos como prioritarios en los planes de superación de la pobreza. En esta perspectiva las acciones de los servicios públicos deben superar el simple asistencialismo y procurar acciones más integradas en que el objetivo de mejorar la calidad de vida signifique lograr más desarrollo persona e integración social del adulto Mayor.

☛ Fortalecer la responsabilidad intergeneracional en la familia y comunidad: La familia es la instancia social en que el ser humano encuentra afecto, seguridad, reconocimiento y amor. En ella la persona satisface necesidades básicas esenciales para su adecuado desarrollo, lo cual cobra especial significación para el Adulto Mayor. Lo normal es que las personas de edad encuentren en sus hijos, hermanos y nietos, un sólido apoyo en lo material, afectivo y espiritual. En esta perspectiva las familias deben recibir apoyo por parte de los servicios públicos que posibiliten una mejor atención y desarrollo de los Adultos Mayores.

☛ Fomentar el uso adecuado y creativo del tiempo libre y la recreación: Incentivar el uso del tiempo libre del Adulto Mayor en actividades que signifiquen ganar el desarrollo personal y en salud mental y física, constituye una orientación central para las acciones que deben planificarse e implementarse a favor del Adulto Mayor. Cobran especial importancia, en esta perspectiva, las actividades de recreación tales como el turismo, expresión artística, el cuidado físico como la gimnasia y el deporte. Es importante socializar la idea de que la recreación y el cuidado físico son acciones altamente contribuyentes a la mantención de la salud, tanto física como mental, además de ser un Derecho Humano.

2.3.-Antecedentes Referenciales Teóricos

Bajo el marco de una intervención responsable, sistematizada y rigurosa, se hace necesario incorporar elementos teóricos y conceptuales que sustenten dicha intervención. Un Marco Referencial responsable, incluye dentro de sí, todos aquellos aspectos que durante la intervención han sido abordados. De esta manera, un Marco Referencial nunca termina de elaborarse, ya que constantemente se incorporan a él, elementos fundamentales y atinentes a la intervención.

Si consideramos que la temática que aborda el presente Seminario de Título corresponde al Adulto Mayor, y sus medidas o acciones para evitar su institucionalización, entonces es necesario hacer referencia exhaustivamente a los niveles macro y micro sociales, de manera que la intervención esté contenida en los Marcos Referenciales.

2.3.1.- Proceso de Envejecimiento y sus Dimensiones

Es imposible desvincular al Adulto Mayor, con el Proceso de Envejecimiento que este vivencia, al comenzar esta etapa de su vida.

A lo largo de la historia, el ser humano se han planteado diversas interrogantes, sobre aquellos fenómenos que le han sorprendido y que además han motivado su imaginación. El envejecimiento es un hecho que asombra a muchos, pues es un proceso maravillosamente biológico, pero que además provoca cambios y reacciones en todos los actores que lo condicionan. Es cierto que no existe una edad precisa, a partir de la cual podamos establecer el inicio de esta etapa de la vida, ya que está en juego la interrelación de lo físico, lo psíquico, lo social y lo espiritual de cada individuo.

El envejecimiento es concebido como un proceso que experimentan los individuos, el que puede ser visto, a su vez, como un proceso biológico o como un proceso social. Sin negar que "ponerse viejo" es un proceso natural, consubstancial a la finitud biológica del organismo humano, cabe enfatizar que son las características de la sociedad las que condicionan, tanto el promedio de años que vivirán sus habitantes, como la calidad de vida durante los años de vejez.⁶

A modo de complementar lo anteriormente expuesto, la Organización Panamericana de la Salud, también sostiene que "el envejecimiento es concebido como un proceso de integración entre el individuo que envejece y una realidad contextual en proceso permanente de cambio. Así, el individuo hace esfuerzos constantes por alcanzar un nivel adecuado de adaptación y equilibrio entre sus propios cambios bio-fisiológicos y aquellos otros que ocurren en los medios ambientes socioeconómico y cultural más amplios. Desde una perspectiva funcional, el anciano sano es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal". (OPS/OMS, 1982).

⁶ Barros Lazacta, Carmen. "Tiempo nuevo para el Adulto Mayor", Enfoque Interdisciplinario. "Significados y desafíos del envejecer" (Capítulo II). Editorial Sandoz, 1993

Así mismo, Oscar Domínguez considera el envejecimiento como “el resultado de una compleja interacción de los procesos biológicos, psicológicos y sociales de cambio. El proceso de envejecimiento es sinónimo de desarrollo humano, pues abarca toda la vida. La vejez en un sentido amplio, es un fenómeno que comienza con la concepción y continúa durante toda la vida, cambiando el organismo con el tiempo, de las etapas de crecimiento y desarrollo a las de madurez y de cierta decadencia.”⁷

2.3.1.1.- Envejecimiento Demográfico

Así como el envejecimiento es un proceso que se vivencia a nivel individual, las sociedades también deben enfrentar, en conjunto, los desafíos que este fenómeno conlleva.

Se dice que una sociedad envejece cuando se incrementa, proporcionalmente, el número de ancianos en relación con los otros grupos de edad. Este proceso es difícil de percibir por los no especialistas, ya que se desarrolla, silenciosamente, y en largos períodos de tiempo. El envejecimiento se mide en función de dos velocidades: de cómo aumenta el número de personas mayores y de cómo disminuye el número de jóvenes. Dentro de los factores que influyen en este fenómeno social encontramos:

- Disminución de la tasa de fecundidad y de mortalidad.
- Ingreso de la mujer al mercado laboral.
- Nuclearización de las familias.
- Feminización del hogar.

Se ha constatado que la población anciana es heterogénea ya que se incluye en este grupo, tanto a personas que aún son independientes, activas y en buenas condiciones de salud, como a otros –más ancianos-, que a menudo dependen de los demás ya que no pueden cuidar de sí mismos. Por tanto, para cualquier planificación, es necesario considerar siempre la proporción sobre el

⁷ Domínguez Correa, Oscar: “La Vejez: una Nueva Edad Social”, Vicerrectoría de Asuntos Académicos de la Universidad de Chile, Santiago, 1979.

total de la población y sus variantes respecto a otros grupos de edad y, sobre todo, la proporción de los más ancianos.⁸

2.3.1.2.- Envejecimiento como proceso personal

En el proceso personal del envejecimiento, se distinguen tres variables: biológica, psicológica y social, las que, lógicamente coexisten en una realidad dinámica e interrelacionadas entre sí.

En cuanto al envejecimiento como *proceso biológico*, no existe una única teoría que explique el por qué el hombre envejece. Sin embargo, es posible plantear dos teorías al respecto:

1. La que considera al envejecimiento como un proceso fisiológico normal en todo ser vivo.
2. La que considera al envejecimiento como un proceso patológico por acumulación de errores que alteran el normal funcionamiento.

Ninguna de las dos explica el envejecimiento real y posiblemente lo lógico sea pensar que sobre la base genética de la primera, actúe la teoría de los errores de la segunda. Finalmente, se estima que el envejecimiento biológico es un proceso que ocurre a todo ser humano, por lo tanto, es de carácter universal.⁹

El envejecimiento como un *proceso psicológico*, se refiere fundamentalmente a los "cambios que la persona experimenta en la forma de percibir la realidad. Así, las relaciones interpersonales (y consigo mismo), se valoran de distinta manera, ligados lógicamente, a los cambios biológicos que le suceden al individuo."¹⁰

Carmen Barros, plantea que cada individuo es artífice de su destino personal puesto que elabora una forma particular de pensar, sentir y actuar su vejez, dentro del marco definido por su sociedad. Desde esta perspectiva, la atención ha de

⁸ Escobar Fritzsche María Cristina, "Tiempo nuevo para el Adulto Mayor", Enfoque Interdisciplinario. "Situación demográfica en Chile" (Capítulo III). Editorial Sandoz, 1993.

⁹ Marcos Olivares, Santiago. "Ancianidad, Familia e Institución". "Envejecimiento y salud", pág. 28. Amarú Ediciones, 1994.

¹⁰ Cátedra "Problemas Sociales del Adulto Mayor", Escuela de Trabajo Social, Universidad de Valparaíso, 2002.

centrarse en examinar qué hacen los individuos para responder a las circunstancias de su propio envejecer.

La misma autora cita a Erickson y Frankl, quienes proponen las "tareas de desarrollo". Erickson propone dos de ellas, y Frankl la tercera.

Según Erickson, cumplir las tareas de desarrollo propias de la etapa de vida en que uno se encuentra, se asocia con tener una vida plena. Se habla de *tareas de desarrollo* porque los individuos pueden cumplirlas o fracasar. Según este autor, en la vejez habrían dos tareas de desarrollo fundamentales.

La primera es la integridad que se refiere a la tarea de ponerse en la buena con la vida y culminarla con la vivencia de "misión cumplida".

La otra tarea de desarrollo es la generatividad, que se refiere a cuidar las personas, los productos y las ideas que a uno le preocupan: trabajar y amar.

La tercera tarea, sugerida por Frankl consiste en asumir pérdidas y aceptar el dolor. Se trata de sobrepasar las penas y limitaciones de modo que, pese a ellas, se continúe apreciando la vida y el sufrimiento se transforme en un desafío personal para salir fortalecido sintiéndose más digno y valioso.¹¹

Si consideramos que el envejecimiento se conceptualiza como un proceso de cambios que demanda de quienes los experimentan adaptarse a ellos, esta noción comprende dos aspectos básicos: los cambios que ocurren y las formas que tienen los individuos de adaptarse a tales cambios. Una adaptación adecuada equivale a conseguir que los cambios no afecten negativamente la percepción de bienestar.

Estos tres elementos (cambios, adaptación a ellos y bienestar) se combinan en un modelo conceptual que explicita los factores que influyen en el nivel de bienestar que experimentan los adultos mayores.¹²

¹¹ Op. Cit N° 9

¹² Barros Lazacta Carmen, "Trabajando el Envejecer". Cuadernos del Instituto de Sociología Pontificia Universidad Católica de Chile (1996)

El concepto que se adopta para referirse a los cambios que pueden influir negativamente en el bienestar es el de situaciones estresantes.

Al elegir la noción de situaciones estresantes, se descartan los eventos vitales idiosincráticos, concentrando la atención en aquellos cambios asociados a la transición hacia la vejez o que ocurren paralelos al proceso de envejecer (Newman y Newman, 1984).

El estrés se conceptualiza como “la relación entre el individuo y su entorno que es apreciada por el individuo como presionando o excediendo sus recursos y poniendo en peligro su bienestar” (Folkman, 1984).

Dentro de las situaciones estresantes es posible distinguir entre problemas y pérdidas. Los problemas son dificultades que podrían ser alteradas al movilizar efectivamente los recursos que posee un individuo. Las pérdidas son aquellas situaciones estresantes que produjeron un daño irreversible o irrevocable, por ende, lo único que se puede hacer frente a ellas es tratar de sobrellevar, tolerarlas hasta aceptarlas.

Por último, conviene aclarar que las situaciones estresantes constituyen tanto una oportunidad de salir de ellas sin menoscabo del nivel de bienestar o incluso incrementándolo, si es que se las enfrenta bien; como un peligro de deteriorar el bienestar si no se las enfrenta adecuadamente.

El envejecimiento como un *proceso social*, se sustenta básicamente en aquella tesis que afirma que en nuestras sociedades actuales, paralelo al proceso de envejecimiento, ocurren otros cambios sociales, cuyas consecuencias inciden negativamente en las condiciones de vida de los que envejecen. Estos rasgos configuran los rasgos del contexto social que enmarcan la vida del adulto mayor repercutiendo en su calidad de vida al imponerle restricciones y limitaciones a las oportunidades que satisfacen sus necesidades y actualizan sus potencialidades.

Entre estos cambios sociales se señalan, a continuación, cuatro que influyen marcadamente en el empeoramiento de la calidad de vida a medida que se envejece.

- *Respuesta Social frente al deterioro biológico propio del envejecer:* En torno a los cambios biológicos se configuró el Modelo Médico Tradicional, el que concibe la vejez en términos de déficit e involución. Esta concepción de vejez convierte el futuro del adulto mayor en un devenir de menoscabo progresivo e inevitable, y transmite una actitud fatalista de desánimo y temor frente a una situación que se define como de decadencia inexorable. Esto supone, por una parte, la necesidad de redefinir la vejez como una etapa diferente de la vida, pero también plena de posibilidades y, por otra, la necesidad de reconocer que tanto o más importante que las condiciones sociales y personales objetivas, son los modos de interpretarlas y reaccionar frente a ellas.
- *Pérdida de ocupación, disminución de ingreso económico y deterioro de identidad social:* Para el adulto mayor, la jubilación es un hecho social que implica, en la mayoría de los casos, una disminución del ingreso económico. La jubilación, además de ser una exigencia de la sociedad, posee connotaciones negativas y prejuicios, por lo que las personas tienden a deteriorarse. Ligado a lo anterior, existe un ethos o modelo cultural que valora al hombre por sus logros y efectividad en la esfera económica. Ocurre entonces, que el retiro del trabajo es culturalmente sinónimo de no hacer nada y, por lo tanto, esto significa no ser nadie socialmente.
- *Ideología del viejismo y desvalorización social de la vejez:* Este punto, se encuentra muy ligado al anterior, puesto que entre nosotros prevalece una ideología que podríamos denominar "viejismo", la que define a la vejez como una etapa de mera decadencia en lo físico y lo mental y proyecta entre los viejos una imagen de incapacidad, inutilidad social, obsolescencia y rigidez. De manera lógica, éstas ideas son absolutamente falsas, pero se incorporan en nuestra cultura de tal manera, que afecta directamente a nuestros adultos mayores, ya que ellos se perciben a sí mismos en esos términos.

- *Ausencia de un rol social de anciano:* Culturalmente, no existen definiciones claras acerca de los roles que habitualmente desempeñan nuestros adultos mayores, por lo que las actividades que ellos desempeñan deben ser resueltas de manera individual. Se puede conjeturar que la falta de definición de un rol social para el anciano, también incide en la dificultad de los individuos para darle un sentido pleno a la vida durante la vejez, ya que parte del sentido de la vida se obtiene, precisamente, al cumplir el rol básico asignado por la sociedad.

2.3.2- Familia y Adulto Mayor

La familia constituye la unidad básica de la sociedad, y promueve fuertes potenciales de solidaridad. Como institución, es imprescindible para socializar e interiorizar en los hijos las pautas culturales, normas sociales de comportamiento y valores entre los miembros.

En nuestro país, la mayor parte de los hombres mayores de 65 años viven su vejez con su cónyuge, y la mayor parte de las mujeres recurren a otros parientes, especialmente hijos, si los tienen.¹³

Las familias asumen con ello una fuerte responsabilidad que implica trabajo y cuidado, sobre todo para las mujeres de cada hogar, y un alto costo material, dadas las escasas pensiones que los ancianos reciben de los gobiernos. “Este altruismo familiar se fundamenta en factores sociales, psicológicos y culturales. En efecto, la idea de que los hijos hayan de cuidar y atender a los padres ancianos, además de remontarse a las antiguas costumbres veterotestamentarias de los judíos, al pensamiento político grecorromano y de haber sido fomentada por el cristianismo, ha pasado a formar parte de la conciencia colectiva de occidente.”¹⁴

En Chile, las personas mayores, al parecer, muestran una tendencia ascendente a buscar como solución la independencia y autonomía y, cuando no pueden mantenerla, prefieren los servicios institucionales: “los viejos aceptan cada vez más la idea de que entre ser una carga para su familia o ingresar a una institución, es preferible esto último”.¹⁵

Por otra parte, en la familia se desarrollan ciertas condiciones que permiten crear un ambiente propicio para la persona que envejece:

¹³ Carmen Reyes et altera: Chile en familia, página 109.

¹⁴ Gerardo Pastur Ramos: Sociología de la Familia, Salamanca, Ed. Sigumc, 1998, página 321.

¹⁵ Carmen Barros, “Vivendo el Envejecer” en Cuadernos del Instituto de Sociología, Santiago, P.U.C. 1992.

En primer lugar, las familias pueden brindar a los miembros mayores apoyo afectivo: "los ancianos valoran altamente la comprensión y el afecto de sus familiares. El apoyo emocional es mucho más necesario cuando la persona mayor es viuda y queda en soledad, y son los miembros de su familia quienes mejor pueden brindar afecto real, comprensión de la situación, compañía y apoyo incondicional.

En segundo lugar, las personas que envejecen tienen la necesidad de vinculación y sentido de pertenencia. Cuanto mayor se hace una persona, más necesita del sentimiento de arraigo, y de retorno al núcleo familiar, al origen. El conflicto básico que viven los ancianos oscila, entre la necesidad de permanecer vigentes y activos –para ser valorados y sentirse competentes–, y la tendencia a desvincularse, aislarse, hacerse a un lado, desinteresarse por lo contingente.

En tercer lugar, en la familia, cada uno de los que vive en ella es tratado como persona única: se le acepta y se le quiere tal como es. Sus defectos se conocen y aceptan, y las pequeñas manías y costumbres, son reconocidas con bromas y condescendencia por ser constituyentes de la personalidad del querido.

2.3.2.1.- La Familia como Sistema

Si bien es de suma importancia destacar que la familia posee connotaciones estructurales básicas de nuestra sociedad, también es relevante visualizar a la familia desde una mirada sistémica.

Un sistema es un conjunto de elementos que se relacionan entre sí, y las relaciones de un elemento con otro van a modificar el funcionamiento del sistema.

El concepto de familia está basado en la Teoría general de los Sistemas de Von Bertalanffy, 1976. La importancia del Modelo Sistémico aplicado al estudio de la familia nos permite considerarla, como un todo orgánico, como un sistema relacional abierto que articula entre sí los diversos elementos individuales en constante interacción con el medio exterior. Igualmente, podemos considerar al sistema familiar integrado por diferentes subsistemas o microsistemas en interacción dinámica: subsistema parental, filial, paterno filial y fraternal.

Otro aspecto destacable como sistema abierto es su interacción con otros sistemas (escuela, grupo de amigos, asociaciones culturales...), con los que mantiene una constante relación. De ahí podemos deducir la considerable importancia del conjunto de relaciones sociales en el que están inmersos el individuo y familia.¹⁶

¹⁶ García Pérez María del Carmen "Ancianidad, Familia e Institución". Amaru Ediciones, 1994.

2.3.3.- Adulto Mayor, Pobreza y Exclusión Social

El concepto de pobreza debe entenderse como un fenómeno complejo y multidimensional, en las causas que lo generan y en los efectos. Según la definición básica pobreza se refiere a *falta de acceso o dominio de los requisitos básicos para mantener un nivel de vida aceptable*¹⁷. Esto significa que una persona es pobre si no tiene suficiente alimentación o carece de acceso a una combinación de servicios básicos de educación, atención de salud, vivienda, sistemas de protección social y empleo adecuados.

El Fondo de Solidaridad e Inversión Social adscribe a la siguiente definición de pobreza "son pobres las personas familias y comunidades que por falta de oportunidades, no pueden a través del uso y desarrollo de sus potencialidades satisfacer sus necesidades por sí mismos"¹⁸

Durante la década de los sesenta los economistas establecieron una medida común de la pobreza, que recogía básicamente la variable "ingresos" para su operacionalización, modelo que se aplica hoy en Chile a través de la Encuesta Casen que realiza el Ministerio de Planificación y Cooperación, la cual considera un punto de corte básico que define indigencia y representa el nivel mínimo de ingresos de subsistencia necesario para asegurar las necesidades físicas básicas en cuanto a alimento, vestuario, vivienda y que se denomina " canasta básica". El punto de corte definido para pobreza se acerca al costo de dos canastas básicas.

El método que actualmente aplica Chile no difiere fundamentalmente de los modelos aplicados en los diversos países Latinoamericanos, el cual consiste en la elaboración de una Canasta Básica compuesta por un conjunto de alimentos de uso corriente, los de mayor consumo dentro de las familias de menores ingresos y que cumplan con los requerimientos calóricos mínimos establecidos por los organismos internacionales pertinentes. Cuando un hogar tiene un ingreso promedio inferior al de la canasta básica se le considera en situación de indigencia. La determinación de la línea de pobreza se realiza en base al costo de

¹⁷ Síntesis de los principales enfoques, métodos y estrategias para la superación de la pobreza. Documento de trabajo MIDEPLAN 2002

¹⁸ Zapata, H. " Fosis, la evaluación y el fenómeno de la pobreza", 2003

dos canastas alimentarias básicas, la que varía para los hogares rurales en que se considera el valor de 1,75 sobre este costo.

Según la encuesta Casen 2000 el número de Adultos Mayores pobres no indigentes alcanza a un 6,4% y el de indigentes a un 1,6%.

Una de las dificultades que tiene este tipo de medición, sin dejar de reconocer sus ventajas, es que no considera los elementos subjetivos presentes referidos tanto a aspectos psicológicos, como sociales, y también económicos.

La definición de pobreza se ha ampliado en las últimas décadas, desde un enfoque centrado en las variables económicas de ingreso o consumo, a otras que han incorporado dimensiones de la vida de las personas, tales como la longevidad, analfabetismo y condiciones de salud, o bien la vulnerabilidad, el riesgo y la "impotencia y falta de voz" entre otras condicionantes que afectan significativamente a los pobres.¹⁹

Algunas de estas definiciones se refieren a: "estar bajo cierto bienestar económico mínimo", "inhabilidad para alcanzar un standard mínimo", carencia de necesidades físicas, activos e ingreso", "falta de acceso o falta de capacidad para acceder a un paquete de bienes, servicios y derechos establecidos normativamente", denegación de oportunidades y alternativas más básicas para el desarrollo humano".

De lo anterior se desprende, que la pobreza es un fenómeno multidimensional, es decir, las situaciones de pobreza abarcan muchos aspectos, materiales y no materiales.

Una conceptualización más amplia sobre pobreza que considera estos aspectos, es la que se refiere a un síndrome situacional que asocia el infraconsumo, la desnutrición, precarias condiciones de habitabilidad, bajos niveles educacionales, malas condiciones sanitarias, inserción en los estratos inferiores del aparato productivo, un cuadro actitudinal de desaliento, anomia, poca participación en los mecanismos de integración social y la adscripción a una escala de valores que se diferencia del resto de la sociedad.

¹⁹ Op. Cit. N ° 17

En una aproximación de esta naturaleza el ingreso es uno de los factores y es por lo tanto un medio para salir de la situación de pobreza y no un fin en si mismo. Para salir de esta situación, es necesario promover la instalación de capacidades en las personas, la que presupone que ellos son agentes de su propio desarrollo, de modo que el desafío es encontrar mecanismos, herramientas y procesos por medio de las cuales se actualicen las potencialidades y se abra la posibilidad de generar oportunidades.

2.3.4.- Pobreza, Vulnerabilidad y Adulto Mayor

Según la CEPAL, la condición socioeconómica de los Adultos Mayores de América Latina está deteriorada por la falta de sistemas de seguridad social de amplia cobertura al momento del retiro, por la debilidad y fragilidad de los sistemas de salud para enfrentar sus necesidades y por la falta de una política de vivienda y de mecanismos de integración social e intergeneracional.

En el Adulto Mayor la situación de pobreza está relacionada con las carencias que afectan a este grupo especialmente las que tienen que ver con el acceso a la salud, educación, recreación, vivienda, créditos, oportunidades de trabajo y otros. Cuando se interroga a los Adultos Mayores por sus necesidades sentidas aparecen los siguientes tópicos: aislamiento y abandono, pérdida de rol social y necesidades básicas insatisfechas, especialmente en salud²⁰

Todos llegamos a ser viejos, sin embargo la manera como envejecemos y la calidad de nuestras vidas en la vejez se relaciona con los recursos intelectuales, sociales, biológicos y materiales acumulados durante el ciclo vital. Envejecer es un proceso de cambio, continuo, que requiere de una permanente adaptación del individuo, de ahí que sea necesario recoger las consecuencias que tienen para las personas estos distintos cambios.

Para entender el fenómeno de la pobreza en el Adulto Mayor, no basta con referirse exclusivamente a la disminución del ingreso o a las necesidades primarias insatisfechas, es importante analizar los aspectos sociales y culturales que determinan su exclusión social y por consiguiente, inciden en el deterioro de su calidad de vida. Algunos de estos aspectos están referidos a:

- ⊗ El retiro del trabajo, la consecuente precariedad del ingreso y la pérdida de rol social y sentido de vida.
- ⊗ Mitos e imagen de vejez a partir del deterioro.
- ⊗ La desvalorización de la persona Adulta Mayor

²⁰ Perona Nélida y otros. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), División de Población de la CEPAL, 2002

⊗ El aislamiento y abandono

⊗ La fragilidad de la salud

Por otra parte, el concepto de vulnerabilidad refiere a aquella diversidad de "situaciones intermedias" y al proceso por el cual se está en riesgo de engrosar el espacio de exclusión. Vulnerabilidad no es exactamente lo mismo que pobreza si bien la incluye. Esta última hace referencia a una situación de carencia efectiva y actual, mientras que la vulnerabilidad trasciende esta condición proyectando a futuro la posibilidad de padecerla a partir de ciertas debilidades que se constatan en el presente. Desde este punto de vista es un concepto más dinámico y abarca mucho más. En su sentido amplio la categoría de vulnerabilidad refleja dos condiciones: la de los "vulnerados" que se asimila a la condición de pobreza es decir que ya padecen una carencia efectiva que implica la imposibilidad actual de sostenimiento y desarrollo y una debilidad a futuro a partir de esta incapacidad; y la de los "vulnerables" para quienes el deterioro de sus condiciones de vida no está ya materializado sino que aparece como una situación de alta probabilidad en un futuro cercano a partir de las condiciones de fragilidad que los afecte.

De esta manera, es posible encontrar realidades en las que un sujeto de atención se encuentra en situación de vulnerabilidad social, ya que no posee redes de apoyo (inserción comunitaria, información, etc.), pero no necesariamente se encuentra en una situación de pobreza.

Como se trata de un concepto que puede ser ambiguo, polisémico, que ha invadido el discurso mediático, con el que se alude a fenómenos diversos y situaciones disímiles, aquí se parte, en términos operativos, de una definición de vulnerabilidad social, entendida **como una condición social de riesgo, de dificultad, que inhabilita e invalida, de manera inmediata o en el futuro, a los grupos afectados, en la satisfacción de su bienestar -en tanto subsistencia y calidad de vida- en contextos sociohistóricos y culturalmente determinados.***

Para el presente Seminario de Título, los lineamientos que fundamenten la intervención, serán aquellos proporcionados por los conceptos de vulnerabilidad social, ante el concepto de pobreza, a pesar de que el sujeto de intervención es eminentemente población indigente.

Dado lo anterior, es importante resaltar que cualquier intervención dirigida al Adulto Mayor en situación de pobreza, no sólo debe promover el mejoramiento de sus ingresos, si no que debe incidir sobre las condicionantes de su exclusión social.

2.3.5.- Institucionalización del Adulto Mayor: dimensiones y realidades.

En nuestro país, la institucionalización del Adulto Mayor, corresponde a un tema relativamente nuevo. Evidentemente, con los cambios demográficos ocurridos durante la última década, era posible prever que el aumento de la población adulta mayor, conllevaría a una reestructuración de los sistemas. Es por esta razón, que se hace necesario tomar en cuenta aquellos aspectos de realidades ajenas a las nuestras para poder establecer lineamientos de base. En España, el sistema de protección para las Personas Mayores, contempla en su legislación, mantener el mayor tiempo posible a los Adultos Mayores en su medio natural o familiar: **“Posibilitar la permanencia de los mayores en el contexto sociofamiliar en el que han desarrollado su vida.”**²¹ Además, su institucionalización trae como consecuencia el aumento del gasto social. De esta manera, el rol que le compete a las familias y a las redes de apoyo, es de suma importancia.

En Chile, como el inicio de este proceso es reciente, en relación a los procesos de los países desarrollados, la institucionalización del Adulto Mayor, conlleva a tomar en cuenta cambios en todos los aspectos de la institucionalización de los Adultos Mayores.

Al enfrentarnos a una temática como la del Adulto Mayor, muchas veces sin pensarlo, nos referimos a diversas dimensiones de esta realidad. Una de estas dimensiones, es aquella referida al contexto formal: Políticas Nacionales, Subsidios, establecimientos que prestan ayuda al mayor, redes de apoyo formal como Centro de Salud o Municipalidades, etc. En fin, fundamentalmente nos referimos a aquella configuración social de protección hacia el Adulto Mayor.

Sin embargo, existe otra dimensión que es aquella informal, que no se encuentra contenida en ninguna ley, política o reglamentación. De esta manera, se hace referencia a aquella estructura informal que de una u otra manera configura la realidad social del Adulto Mayor. Es posible referirse entonces, a la familia, amigos, vecinos, voluntarios, etc., cuya relevancia no se encuentra plasmada formalmente en nuestra sociedad.

²¹ Ley 6/1999 de Atención y Protección a las Personas Mayores. Junta de Andalucía, Consejería de Asuntos Sociales

Precisamente, es la segunda dimensión a la cual se ha hecho alusión, la que posee vital importancia en el momento de institucionalizar o no al Adulto Mayor. Esta dimensión, no cuenta en la actualidad con ningún sistema de fomento y protección. Por otra parte, institucionalizando al Adulto Mayor, la familia ve disminuida su responsabilidad frente a la persona.

Lamentablemente, nuestra legislación en torno al Adulto Mayor, no contempla la potenciación de las familias o las redes cercanas al Adulto Mayor como medidas factibles de evitar su institucionalización, sin embargo, toda acción que intente potenciarlas, será considerada como un elemento inicial que lleve a tal fin.

2.3.6.- Grupo y Adultos Mayores

El hombre tiende a ser parte de grupos en forma natural, más aún en nuestra cultura donde ha existido un desarrollo explosivo de distintos tipos de grupos y asociaciones, los que han influido notoriamente en nuestra sociedad. De esta manera, se puede definir grupo como: "Un conjunto de personas que tienen objetivos comunes donde se ven reflejadas sus necesidades e intereses, que se relacionan durante un tiempo determinado en forma verbal, física y emocional (influencia recíproca) que cuentan con un ordenamiento interno y se perciben como miembros de este grupo (conciencia grupal)"²²

De acuerdo a este concepto, existen tres niveles de funcionamiento, estrechamente relacionados entre sí:

○ **Nivel de Objetivos:** Referido fundamentalmente a las metas, las que pueden ir variando con el tiempo.

○ **Nivel de Procedimientos:** Se refiere a la organización existente al interior del grupo, determinada además por las *normas y roles* establecidos.

○ **Nivel de Interacción Social y Afectiva:** Tiene relación con las emociones, sentimientos y comportamiento de cada uno de los miembros del grupo. Dependiendo del tipo de relaciones que se establezcan, se determinará también el grado de *cohesión* grupal.

A continuación, se indican algunas de las ventajas de realizar un Trabajo Grupal (Hidalgo y Abarca, 1991)²³

1.- Constituye un ambiente Social complejo, permitiendo a sus integrantes exponerse a una variedad de experiencias.

2.- Brinda oportunidades propias de la experiencia grupal, que favorecen la adquisición de ciertas habilidades.

²² "Fomento de la autogestión de los Adultos Mayores". Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2003.

²³ "Aprendiendo a Envejecer Mejor", Comité Nacional para el Adulto Mayor, 1998

3.- Proporciona un medio protegido en el cual ensayar la habilidad aprendida, lo que sirve como instancia intermedia entre el aprendizaje y sus ejecución en la vida real.

4.- Constituye una situación social similar a las que se encuentran en la vida cotidiana. Esto favorece a la consolidación y la generalización de los comportamientos entrenados a otras situaciones.

5.- Proporciona feedback, refuerzo y apoyo inmediato a la ejecución del comportamiento entrenado.

6.- Ofrece la posibilidad de exponerse a diferentes tipos de respuestas, sin tener que recurrir únicamente a la que propone el agente de cambio.

7.- La validación consensual que entrega el grupo facilita el rol del agente de cambio frente a miembros resistentes y/o descalificadores.

2.3.7.- Funcionalidad en el Adulto Mayor.

La Funcionalidad, o capacidad de valerse por sí mismo, es el indicador más representativo de la salud de los Adultos Mayores.

Existe el concepto de Adulto Mayor funcionalmente sano, o capaz de valerse por sí mismo, y funcionalmente alterado.

La autonomía o funcionalidad comprende; capacidades físicas, capacidades psíquicas y capacidades sociales.

Las capacidades físicas comprenden: capacidad de caminar dentro y fuera de la casa, bañarse, vestirse, alimentarse, prepararse las comidas, ir de compras, llamar por teléfono, etc.

Las capacidades psíquicas comprenden: el decidir por sí mismo, el estado de ánimo, la capacidad de orientación, la capacidad de relacionarse con otras personas, etc.

Las capacidades sociales comprenden: el disponer de recursos económicos, vivienda, disponibilidad de personas que lo pueden atender cuando lo necesite.

El 67% de los Adultos Mayores se encuentran autovalentes.

El 30% de los Adultos Mayores se encuentran frágiles, o necesitan ayuda parcial para realizar sus cosas.

El 3% de los Adultos Mayores se encuentran dependientes para realizar el total de sus actividades.²⁴

²⁴ "Manual para el autocuidado de los Adultos Mayores", Comité Nacional para el Adulto Mayor, 2001.

2.3.8.- Voluntariado Social

Se entiende por voluntarios a "aquellas personas, mayores de 18 años, excluidas las que forman parte de los órganos de dirección, que de una manera regular, aportan su tiempo libre en tareas de gestión de servicios a la propia entidad o a terceras personas, pero siempre dentro de programas establecidos y dirigidos para la organización. El voluntario puede tener o no, la condición de socio."²⁵

Cáritas define al voluntario como "aquella persona que además de sus propias labores profesionales y status, de modo continuo, desinteresado y responsable dedica parte de su tiempo a actividades no a favor de sí mismo ni de los asociados (a diferencia del asociacionismo), sino a favor de los demás, o de intereses sociales colectivos, según proyecto que no se agota en la intervención misma (a diferencia de la beneficiencia), sino que tiende a erradicar o modificar las causas de la necesidad o marginación social."²⁶

A modo ilustrativo se enuncia que las motivaciones se encuentran condicionadas por:

- Objetivos personales
- Las experiencias previas
- La imagen de la organización
- Las creencias humanitarias o filosóficas
- Las creencias religiosas
- La conciencia política
- Acontecimientos concretos

²⁵ "Las Organizaciones de Voluntariado en la ciudad de Zaragoza": Ayuntamiento de Zaragoza, año 2000

²⁶ "Formación en Voluntariado Social", Universidad Pablo de Olavide. Edita: Diputada de Sevilla

El voluntariado ha sufrido una profunda renovación y transformación, que va desde el asistencialismo arcaico, basado en un compromiso voluntario individual, a ser un movimiento colectivo, donde la solidaridad adquiere formas nuevas e innovadoras. Su función ya no es exclusiva de llenar los huecos o vacíos institucionales. Se va transformando en trabajo voluntario, integrándose en las tareas que desarrollan las instituciones, dándoles a éstas un papel humanizador, flexible, despertando una toma de conciencia, creando de este modo, una acción reivindicativa a través de su propia actividad.

Se torna necesario considerar el proceso de formación del voluntariado, como un elemento o factor que incidirá en los resultados finales de la Acción Voluntaria. Dicha consideración, debe internalizarse tanto en las instituciones como en el voluntariado y en la propia comunidad. Es decir, **el voluntariado moderno debe ser capaz de armonizar la preparación técnica y la disponibilidad altruista.***

* El párrafo del Voluntariado Social ha sido extraído del documento elaborado por la Alumna Seminarista durante el Intercambio Estudiantil establecido con la Universidad Pablo de Olavide, Sevilla, España. (ver anexo N° 4)

2.3.9.- Redes Sociales y Adulto Mayor²⁷

Walker y colaboradores (1977) definieron a las redes sociales como “la serie de contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios e información”.

Lopata (1975) definía a la red informal como un sistema de apoyo primario integrado al dar y recibir objetos, servicios, apoyo social y emocional considerado por el receptor y proveedor como importantes.

Definición de red familiar de apoyo: Son las relaciones personales que se establecen al interior del hogar o fuera de él a partir de lazos de parentesco. Se considera la base de las diferentes redes de apoyo social.

Wegner (1984) y Scott y Wenger (1996), han mencionado que el matrimonio tiene un efecto diferente para hombres y mujeres. Igualmente el número de los hijos tiene una actuación diferencial con respecto al padre o la madre.

La cohabitación es considerada como una de las formas más comunes de apoyo en las personas mayores, tanto de los hijos hacia ellos o de los padres hacia los hijos, cuando los hijos no cuentan con recursos suficientes para independizarse (o no desean hacerlo) o cuando la situación económica es precaria (Palomba, 2002).

Definición de la red de apoyo no familiar: Después de la familia, sin lugar a dudas, los vínculos personales establecidos con amigos, vecinos, compañeros de trabajo, pueden ser fundamentales en la provisión de diferentes tipos de ayuda.

La amistad tiene significados diferentes para hombres y mujeres en edad avanzada, también hay continuidades y discontinuidades en ambas. Sus objetivos son diferentes y los efectos para cada cual cambian también dependiendo del lugar de residencia. Scott y Wenger (1996) han señalado que “las amistades de los hombres se basan en actividades compartidas, mientras que las amistades de las mujeres son más íntimas e intensas y tienden a centrarse en la conversación y el apoyo mutuo”.

²⁷ “Redes Sociales y Adulto Mayor”, CEPAL, 2002.

Redes comunitarias: Las redes comunitarias se distinguen de otras redes sociales porque se habla de colectividades y no de individuos o familias. Las redes comunitarias se gestan a través de grupos organizados en un espacio territorial e identitario. No todos los grupos de adultos mayores son redes comunitarias. Los apoyos de las redes comunitarias distinguen aquellos apoyos que provienen de organizaciones que dirigen específicamente su accionar a los adultos mayores de aquellas que organizan sus actividades en función de otros parámetros. En el primer caso, las personas adultas mayores reciben apoyo de estas organizaciones bajo la forma de apoyos instrumentales materiales o de apoyo emocional. En el caso de las segundas, se trata de entidades en las que las personas adultas mayores participan activamente, siendo parte de sus decisiones. Las organizaciones de auxilio y beneficencia entran en la primera categoría. Los clubes de personas adultas mayores

La comunidad constituye el referente social más cercano a la persona y el referente geográfico en el que transcurre la vida cotidiana

Tiene un potencial enorme para el apoyo más o menos estructurado y regular de las personas adultas mayores en función de sus necesidades

Las tendencias son contradictorias: Por una parte se produce erosión de estas redes en ambiente urbanos (ej. Menos seguridad) y por otra se crean nuevos mecanismos para fortalecerlas (clubes, asociaciones, etc.) son parte de la segunda.

Redes sociales y apoyos: La evidencia ha mostrado que los diferentes tipos de redes sociales son fuente de diferentes tipos de apoyo. Mientras las redes familiares tienden a aportar apoyos materiales, instrumentales y emocionales. Las redes de amigos tienden a aportar a la persona mayor apoyo cognitivo y emocional. Las redes comunitarias por su parte aportan aspectos no materiales: apoyos afectivos y cognitivos.

Un aspecto sustantivo es la disponibilidad y permanencia de los apoyos por parte de las diferentes redes sociales.

Pensiones y apoyos familiares: Wong (1999), utilizando la Encuesta Nacional de Empleo de 1996, menciona que de la población económicamente inactiva con 50 años y más, la población femenina es quien más recibe apoyos familiares (93.9%) en contraste con los hombres (55.9%), pero sobre todo entre aquellos hombres y mujeres que no reciben pensión por trabajo. En ese sentido, su análisis mostró que la propensión a recibir apoyo familiar está relacionada en forma inversa con la de recibir pensión.

Además con un ejercicio estadístico sólo para la población con 60 años y más muestra que la propensión a recibir apoyo familiar está asociada al aumento en la edad, a un mayor número de hijos para las mujeres, con la incapacidad en el trabajo y con difíciles condiciones socioeconómicas, medidas por las condiciones de vivienda y la residencia en áreas menos urbanizadas. La autora concluye que en ausencia de la protección institucional dada a través de las pensiones las redes familiares son en gran medida la fuente de apoyo que sostiene a la población con 60 años y más.

3.- Análisis de información y procesamiento de datos

Como se ha planteado anteriormente, el Sistema Chile Solidario ha focalizado su ámbito de intervención en aquella población indigente, y en este caso, para los Adulto Mayores que viven solos, que además se encuentran en situación de extrema pobreza.

Durante los meses de Mayo, Junio y Julio se aplica la encuesta a los Adultos Mayores del Proyecto Piloto, por voluntarios del Centro del Voluntariado, previamente capacitados. Una vez recolectada la información, se cuantifican los datos para un posterior análisis. De esta manera, en Valparaíso son aplicadas 260 encuestas y en Tomé 154. Estos números, se diferencian de los 375 y 211 planteados anteriormente, pues muchos de los Adultos Mayores, al momento de la aplicación de la encuesta no se encontraban en sus domicilios, habían fallecido o la dirección no correspondía a la indicada.

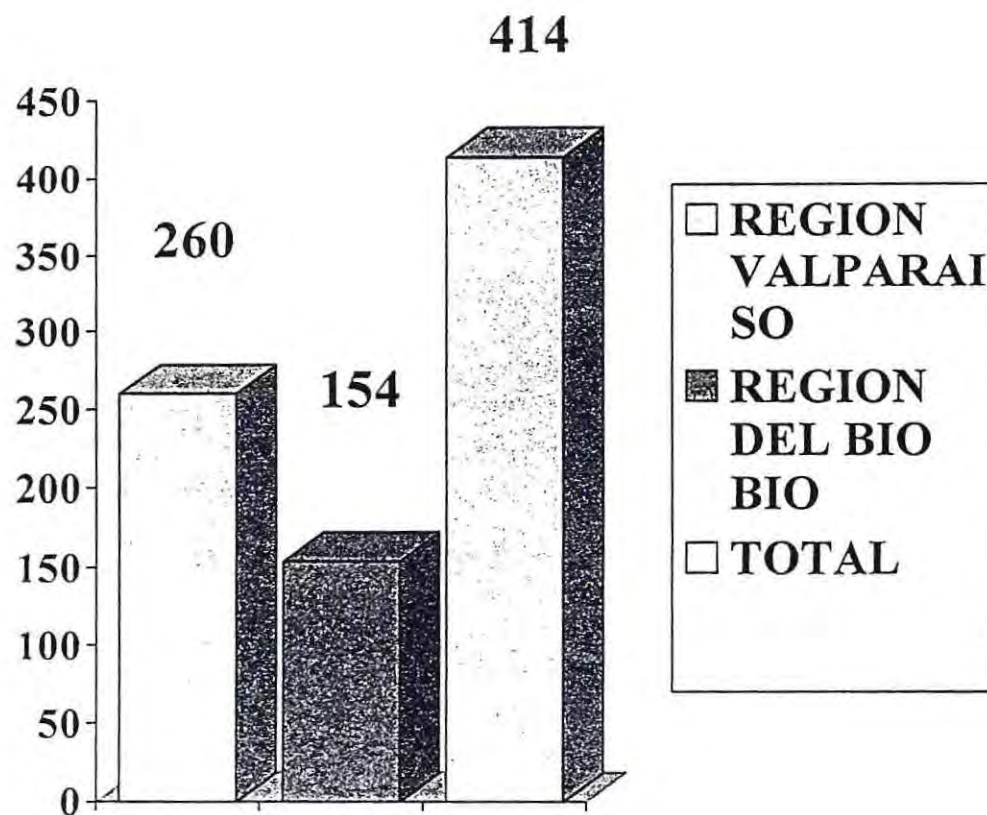
De forma paralela, al proceso iniciado por MIDEPLAN (Chile Solidario), el Ministerio de Salud, a través de su Programa Nacional para el Adulto Mayor, aplica una Encuesta de Funcionalidad del Adulto Mayor (EFAM), en los Centros de Salud de todo el país. Esta encuesta, fundamentalmente pretende medir la funcionalidad (capacidad para valerse por sí mismo), y estado mental del Adulto Mayor. Este proceso, es independiente del Proyecto Piloto de Adultos Mayores que viven solos, sin embargo, algunas variables se han cruzado para obtener una mayor apreciación de la realidad.

De esta manera se presentará fundamentalmente, a través de los gráficos elaborados por MIDEPLAN, el resultado de estos cruces de variables, los cuales corresponden a la aplicación de 100 encuestas, tanto del área social (MIDEPLAN) como del área salud (MINSAL). Es necesario agregar, que la interpretación de dichos gráficos, ha sido elaboración de la Alumna Seminarista, como aporte al trabajo desempeñado por la Mesa Central.

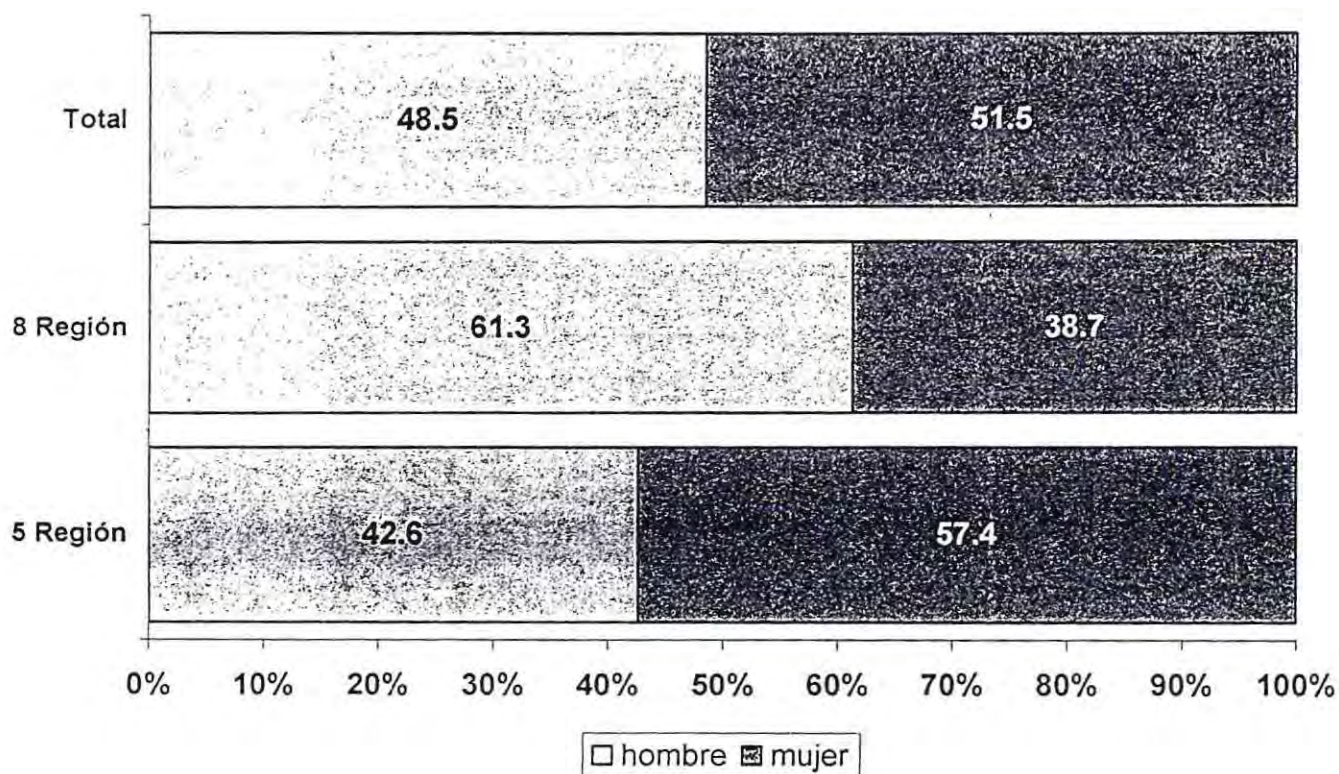
Finalmente, el programa utilizado para la elaboración de los gráficos ha sido el Programa Excel.

Total Encuestas Realizadas

Gráfico N ° 1

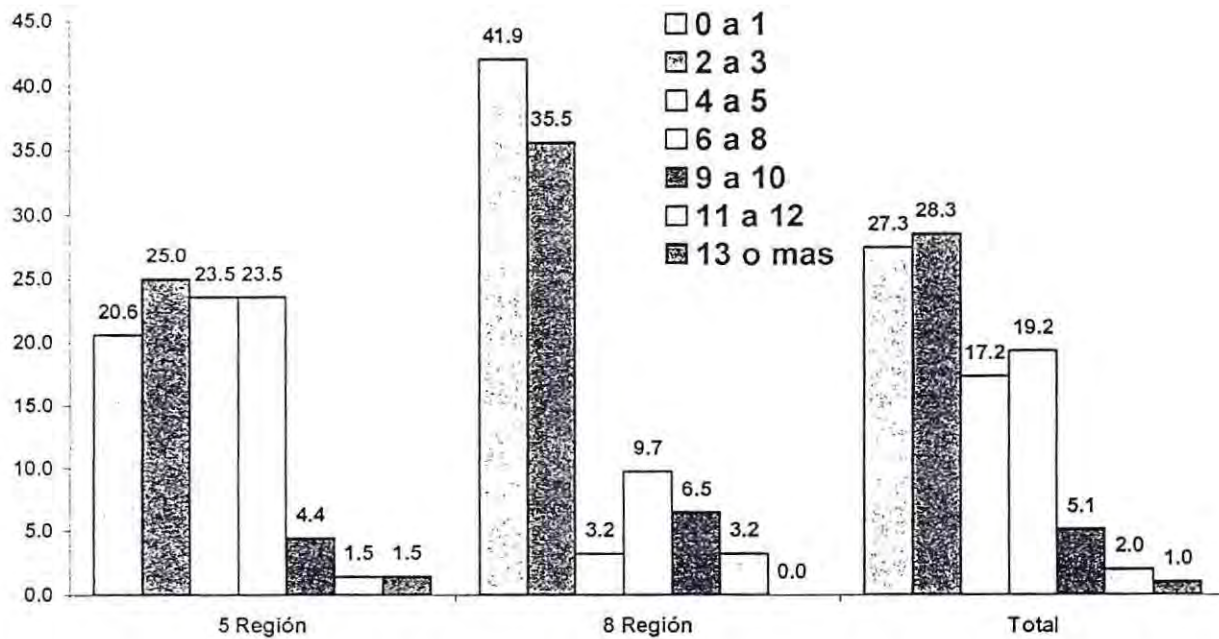


Adultos Mayores Según Sexo y Comuna Gráfico n° 2



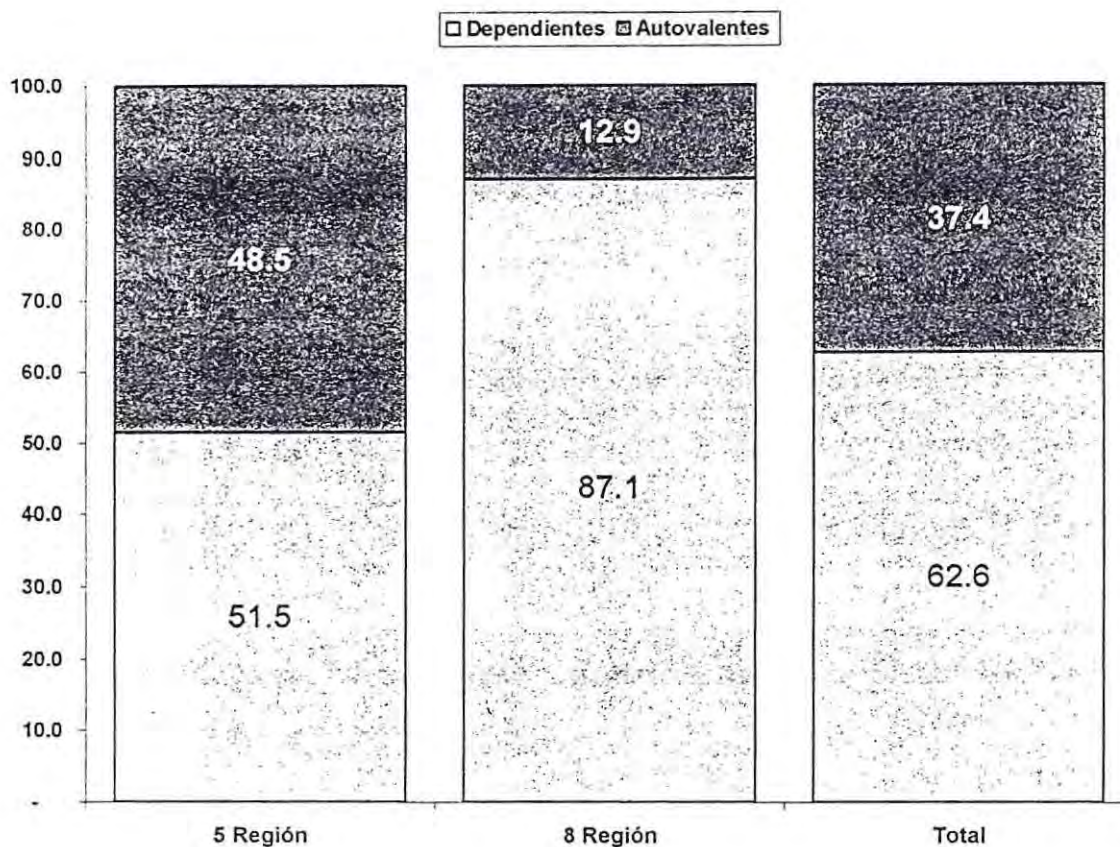
⊗ En el Gráfico n ° 2, se presenta una distribución de la población según sexo y comuna. De él, se desprende que del total de Adultos Mayores, el porcentaje por sexo es relativamente equitativo (51.5% para las mujeres y 48.5% para los hombres). Sin embargo, en la comuna de Tomé, la distribución por sexo parece ser mayoritaria para los hombres: 61.3% y 38.7% respectivamente.

Adultos mayores según escolaridad Gráfico n° 3



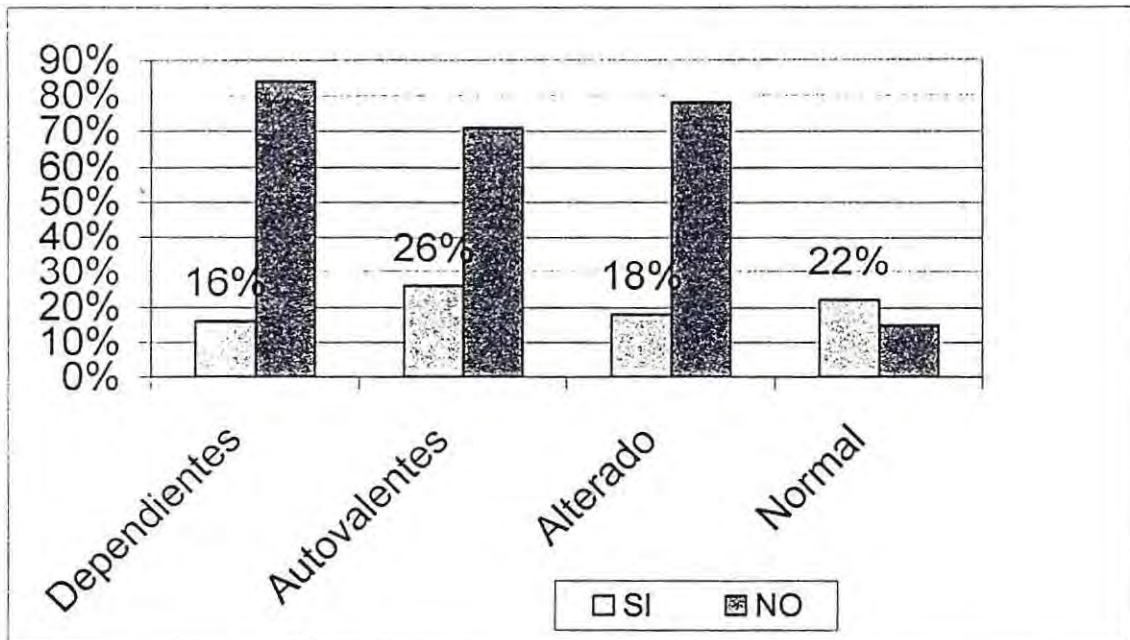
⊗ Para el Gráfico n° 3, la distribución se ha hecho según escolaridad. Dicho aspecto, representa un importante factor, el cual caracterizará en parte, a la Población Adulta Mayor del Proyecto Piloto. En cuanto a escolaridad, el total de la población, se concentra entre 0 y 8 años de estudio, lo que representaría en nuestra actualidad, una Educación Básica incompleta. Por el contrario, en el análisis por región, las diferencias se dejan ver: mientras que Valparaíso repite la tendencia del total de la población, la escolaridad para la población de Tomé se concentra mayoritariamente entre los 0 y 3 años de estudio.

Distribución por Valencias Gráfico n °4



⊗ El Gráfico n °4, nos muestra la importante definición del Adulto Mayor según funcionalidad. Las cifras nos entregan que del total de la población, el 62.6% de ellos es dependiente y el 37.4% es autovalente. En cuanto a la realidad regional, la Octava Región (Tomé) presenta un mayor número de dependientes 87.1% y 12.9% de autovalentes, lo que la sitúa por sobre el total. Valparaíso, en tanto, presenta un número un tanto equitativo entre dependientes y autovalentes (51.5% y 48.5%, respectivamente). Sin embargo y de acuerdo al total de la muestra, el número de Adultos Mayores dependientes, supera a los autovalentes.

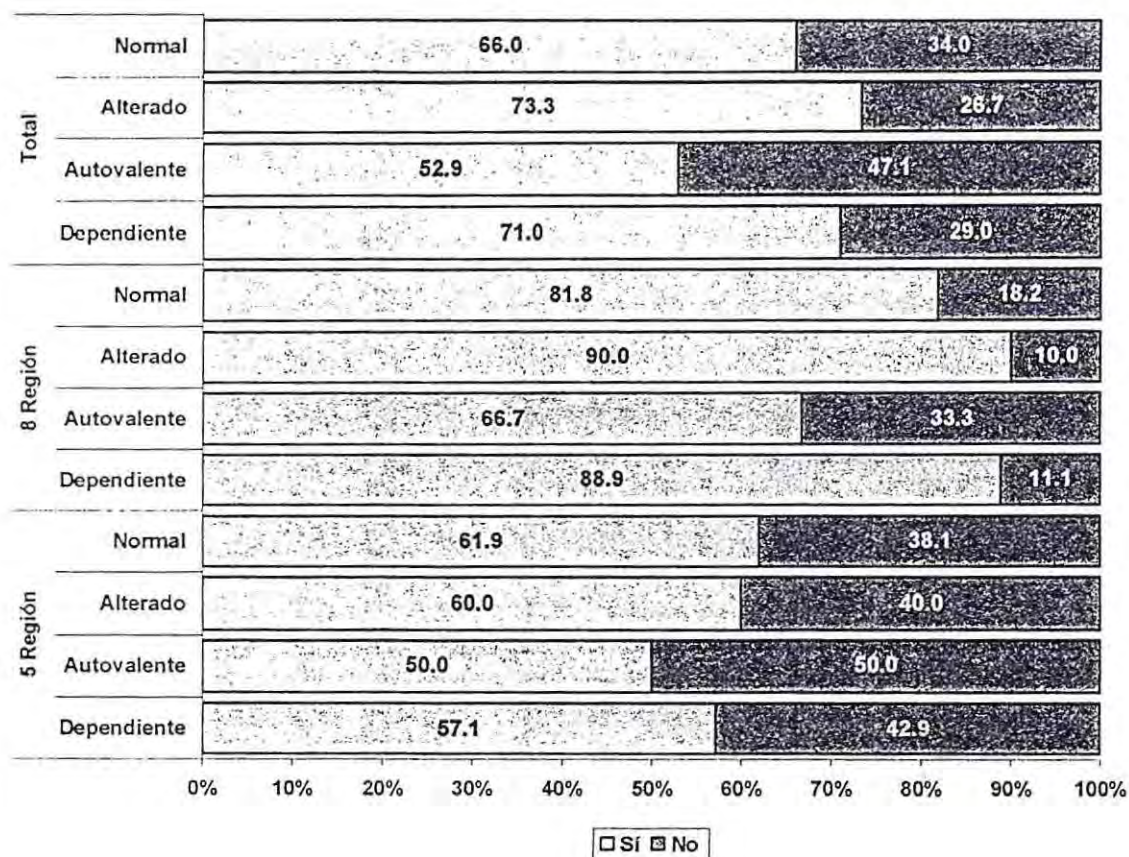
Funcionalidad y Trabajo Gráfico n ° 5



⊗ El Gráfico n ° 5, nos muestra la relación existente entre la Funcionalidad del Adulto Mayor y el trabajo. La cifra más significativa, corresponde a aquellos Adultos Mayores Autovalentes, 26% que trabajan, y el 16% de los dependientes que no trabajan.

Funcionalidad y PASIS*

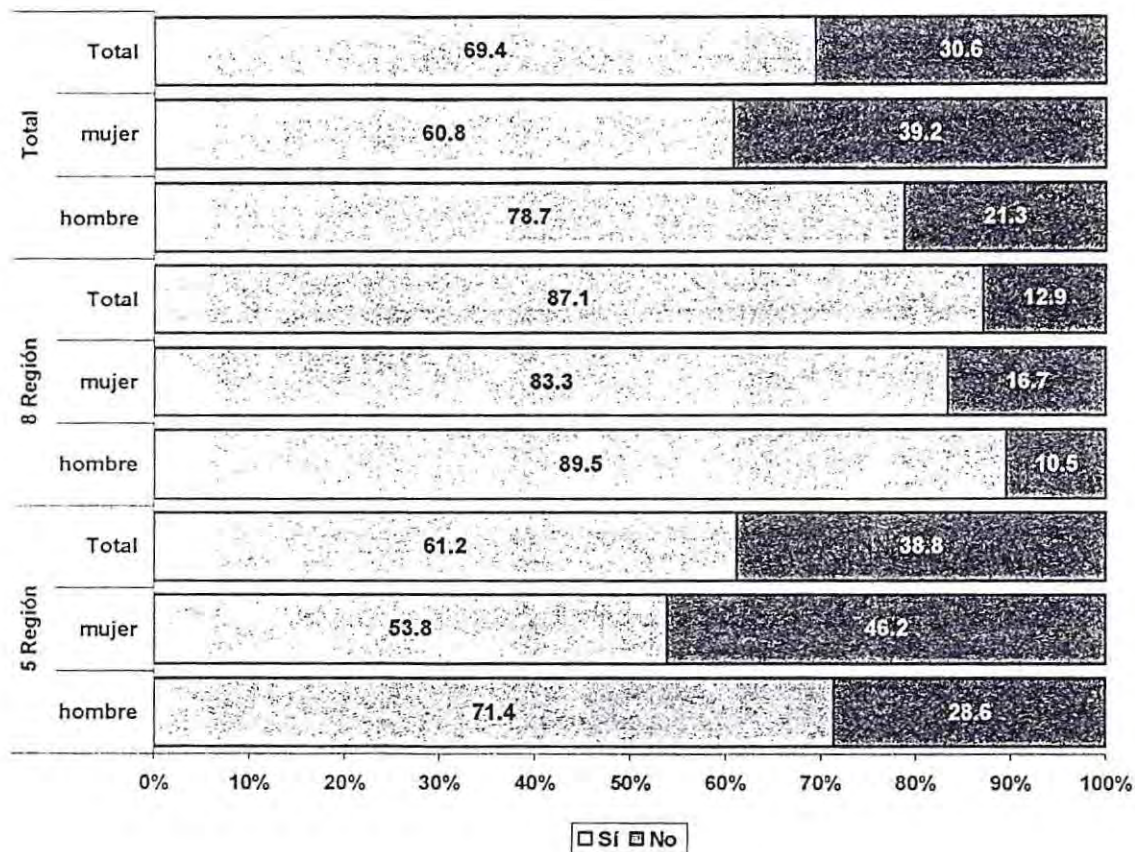
Gráfico n ° 6



⊗ El Gráfico n ° 6, representa la relación existente entre Funcionalidad y tenencia de PASIS. Del total de la muestra, el 71% de los Dependientes posee PASIS, mientras que el 29% no. En cuanto a los Autovalentes, el 52.9% sí posee y el 47.1% no. La cifra anterior, manifiesta que los subsidios se encuentran relativamente bien distribuidos entre la población Dependiente y Autovalente. En cuanto a las diferencias entre regiones, la Quinta Región se ve levemente más perjudicada n cuanto a la entrega de PASIS para la población dependiente (57.1% en Valparaíso, ante un 88.9% en Tomé).

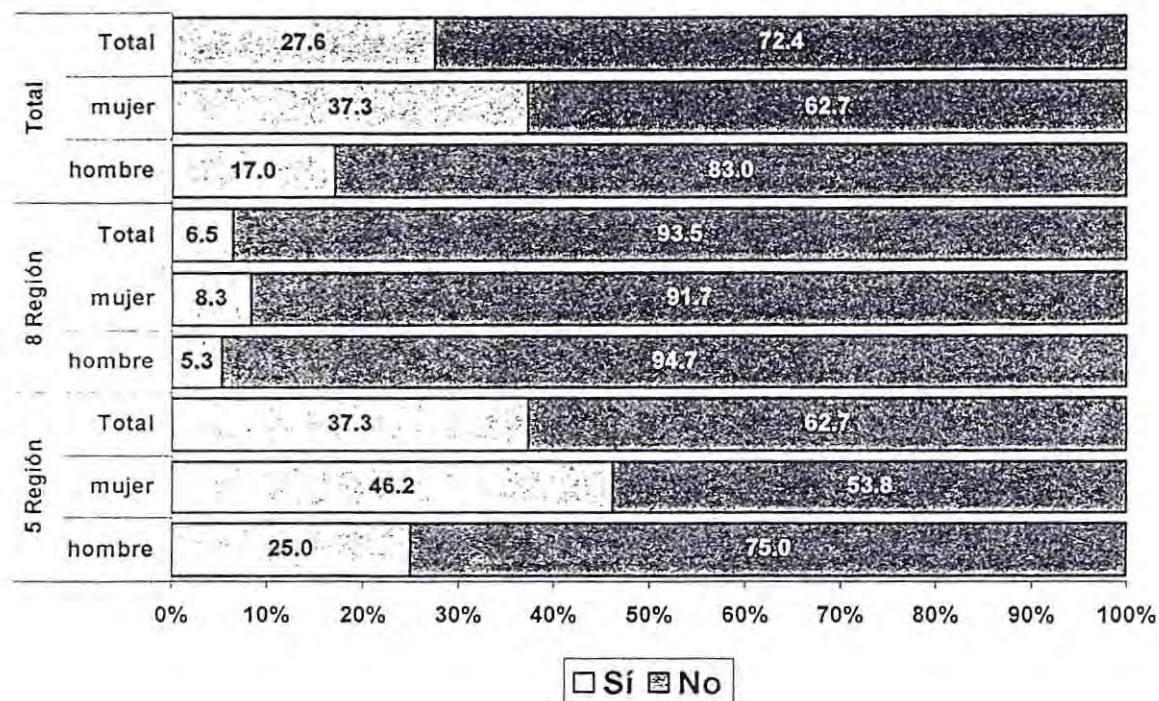
* Pensión Asistencial de Ancianidad – Pensión Asistencial de Invalidez. Consiste en una pensión mensual otorgada por el Estado a personas mayores de 65 años de edad, carentes de recursos y que no han podido obtener un beneficio previsional, o a las personas inválidas o deficientes mentales, mayores de 18 años carentes de recursos. Se otorga cuando los ingresos propios del postulante y por persona del grupo familiar no sean superiores al 50% del valor de la pensión mínima.

Adultos mayores con y sin PASIS, según sexo Gráfico n ° 7



⊗ En el Gráfico n ° 7, la entrega de PASIS según Funcionalidad y Sexo, es la siguiente. Del total de la muestra, el 69.4% posee PASIS, y el 30.6% no lo posee. En cuanto al sexo, las mujeres un 60.8% afirma poseerlo y el 39.2% no; los hombres, el 78.7% si recibe subsidio, mientras que el 21.3% no lo recibe. En cuanto a la realidad regional, las tendencias se asemejan a l total de la población.

Adultos Mayores con o sin SAP*, según sexo Gráfico n ° 8

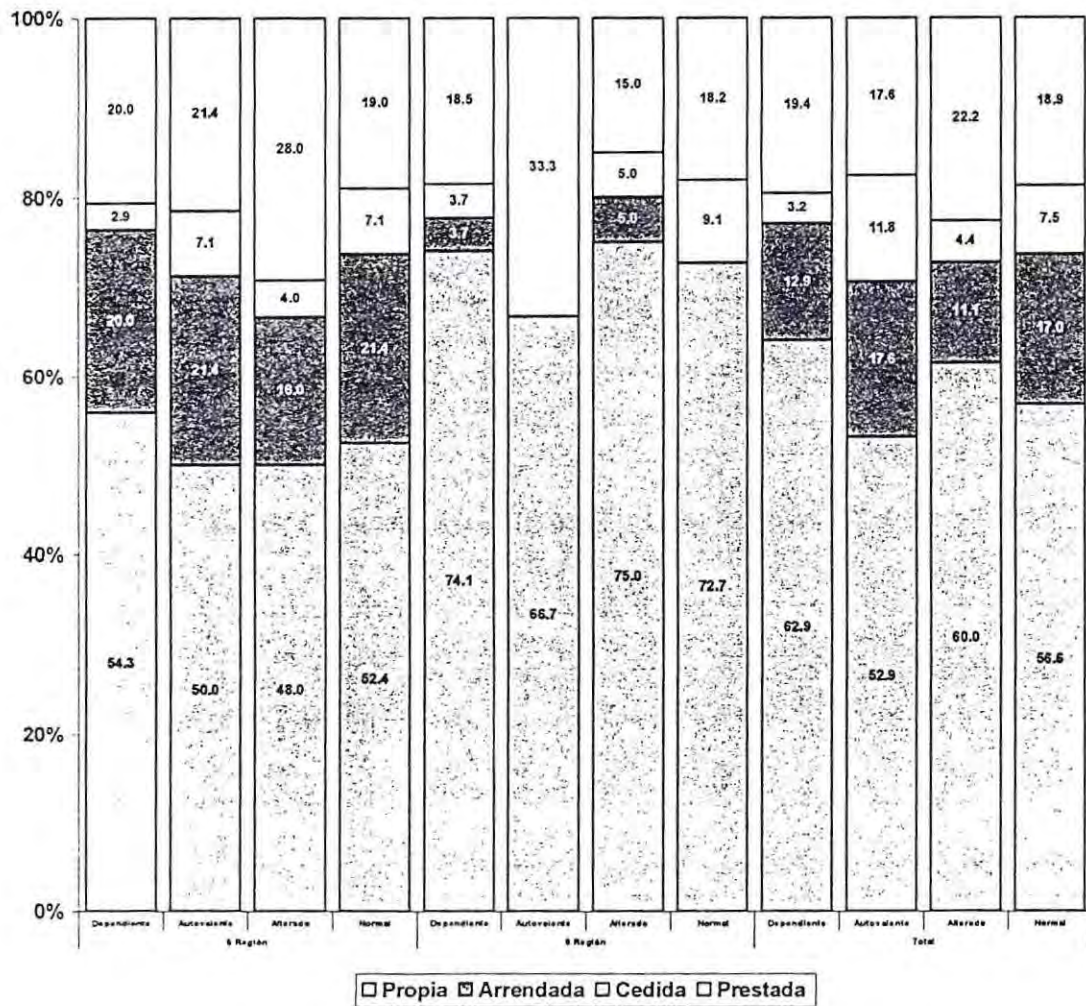


⊗ El Gráfico n ° 8 nos entrega a aquellos Adultos Mayores con o sin SAP, según sexo. En él es posible apreciar que el SAP no es un beneficio al cual la Población Adulta Mayor pueda acceder mayoritariamente (27.6% que afirman tenerlo, frente al 72.4% que no lo posee). En cuanto a la diferencia entre regiones, en la Quinta Región, la mujer es quien accede con mayor frecuencia al beneficio.

* Subsidio al Consumo de Agua Potable y Servicio de Alcantarillado de Aguas Servidas. Consiste en el financiamiento por parte del Gobierno, de una parte o porcentaje del pago mensual de un consumo máximo de metros cúbicos de agua potable y alcantarillado de los residentes permanentes de una vivienda. Este beneficio es descontado mensualmente y aparece indicado en el documento de cobro extendido al consumidor (boleta), por lo tanto el beneficiario sólo paga la diferencia que no es subsidiada

Distribución por Funcionalidad y Tenencia de la Vivienda

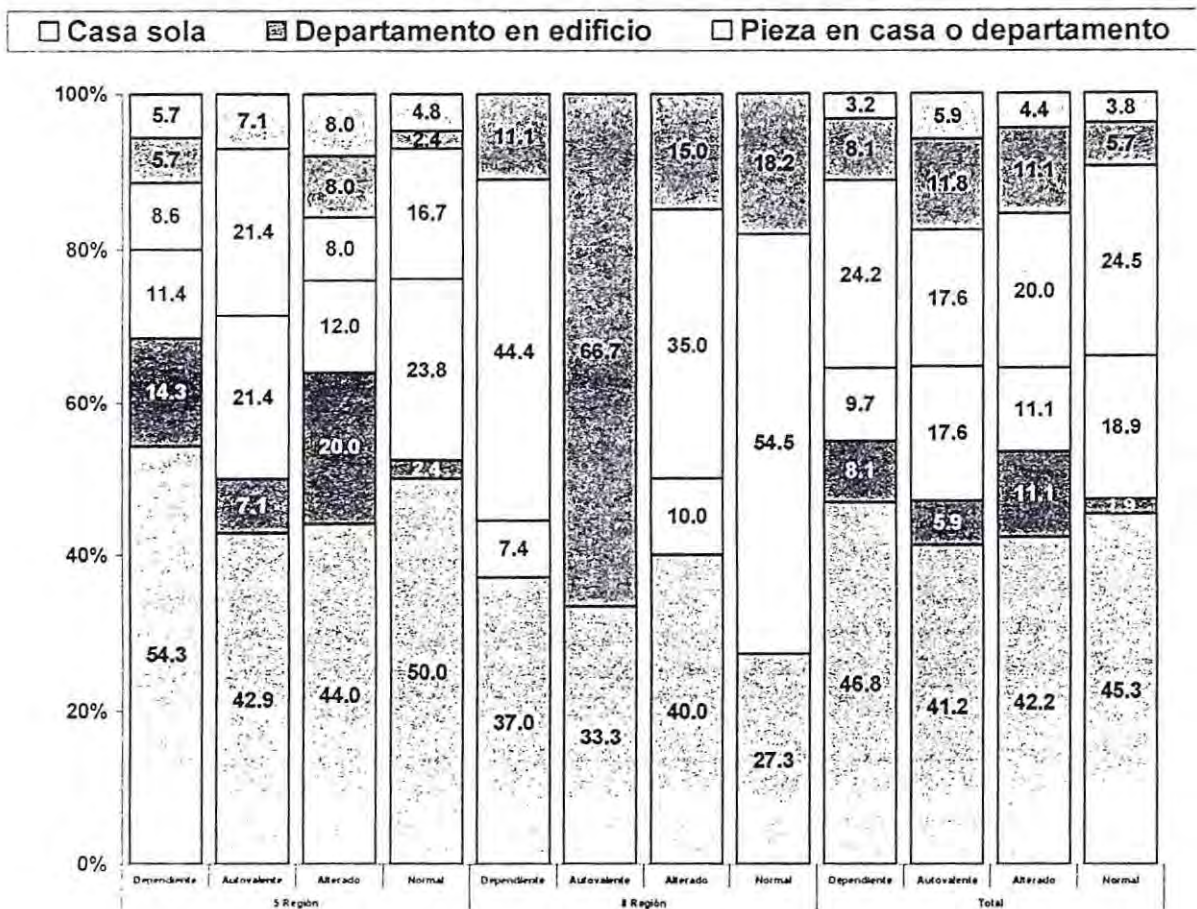
Gráfico n ° 9



⊗ Gráfico n ° 9. En cuanto a la tenencia de la vivienda y funcionalidad, es posible apreciar que tanto en Valparaíso como en Tomé, cerca del 50% de la población posee vivienda propia. Es importante destacar, que en Tomé un número importante de personas (33%), habita en viviendas cedidas. En Valparaíso en tanto, un número no menor de personas habita en viviendas prestadas (20.0%).

Distribución por Funcionalidad y Características de la vivienda

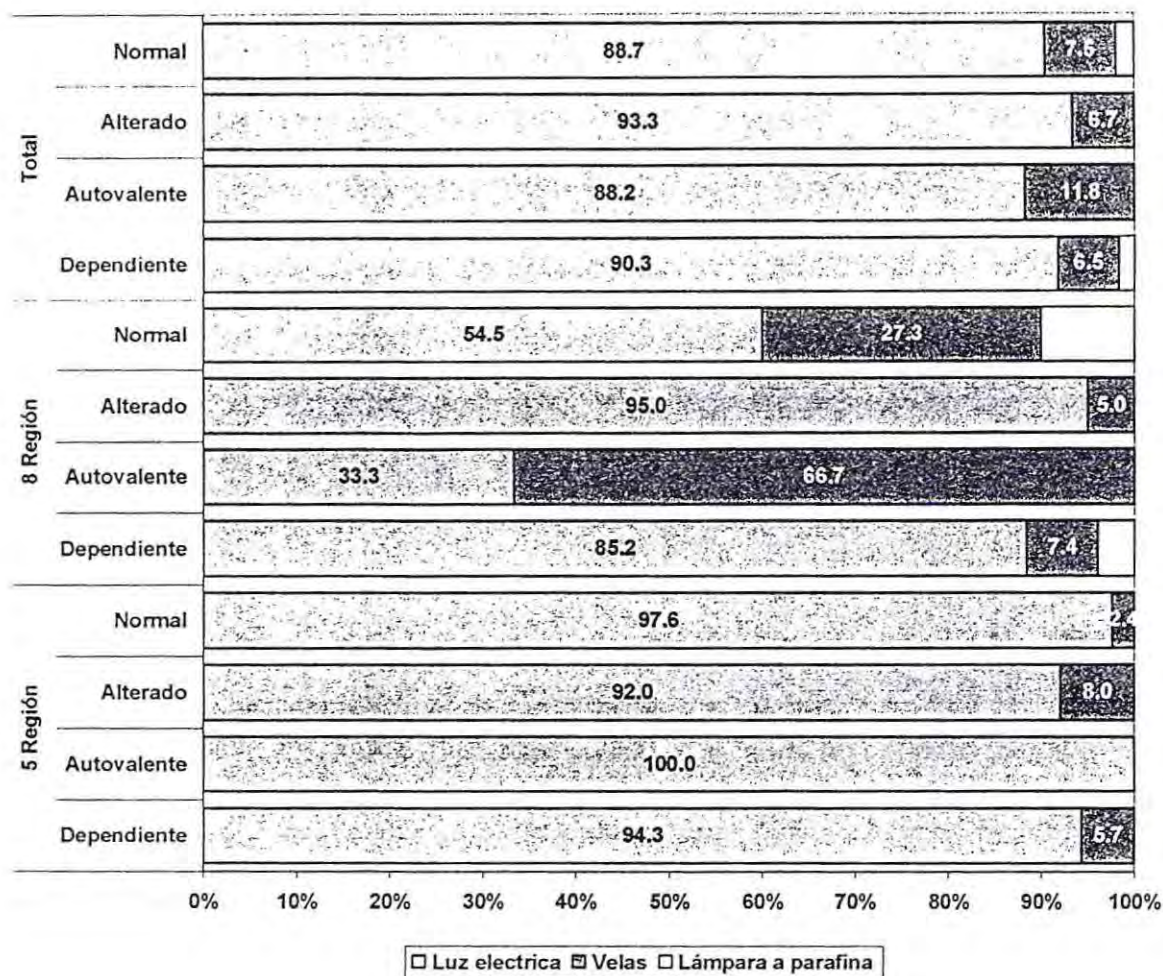
Gráfico n ° 10



⊗ Gráfico n ° 10. Nos entrega la distribución por Funcionalidad y las características de la vivienda. En Valparaíso, un número importante de Adultos Mayores Autovalentes y Dependientes habitan en casa sola (54.3% y 42.9%, respectivamente). En Tomé, el tipo de vivienda que predomina para Autovalentes y Dependientes, no es solamente casa sola. Un 44.4% de los dependientes habita en Mediaguas, mientras que el 66.7% lo hace en Rancho, Ruca o Choza.

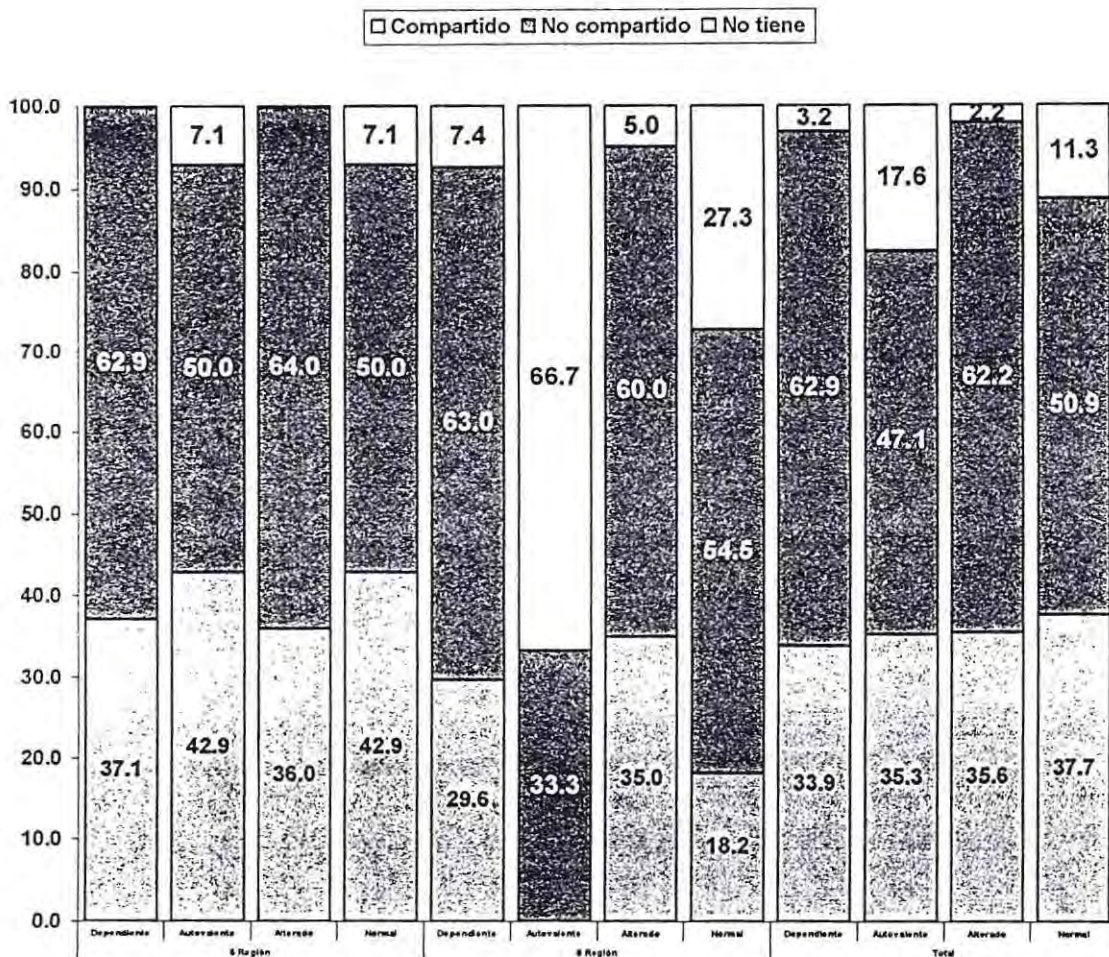
Funcionalidad e Iluminación de la vivienda

Gráfico n ° 11



⊗ Gráfico n ° 11. Representa el tipo de iluminación de las viviendas, en las que predomina fundamentalmente la luz eléctrica (cerca del 90% de la población Autovalente y Dependiente, del total de la muestra. Sin embargo, las diferencias se dejan ver entre Valparaíso y Tomé, debido a la característica rural de esta última. En Tomé, sólo el 33.3% de la población Autovalente se ilumina con luz eléctrica, ya que el resto lo hace con velas y parafina (66.7% y 7.4%). Favorablemente, la población dependiente de Tomé, se ilumina en su mayoría con luz eléctrica (85.2%).

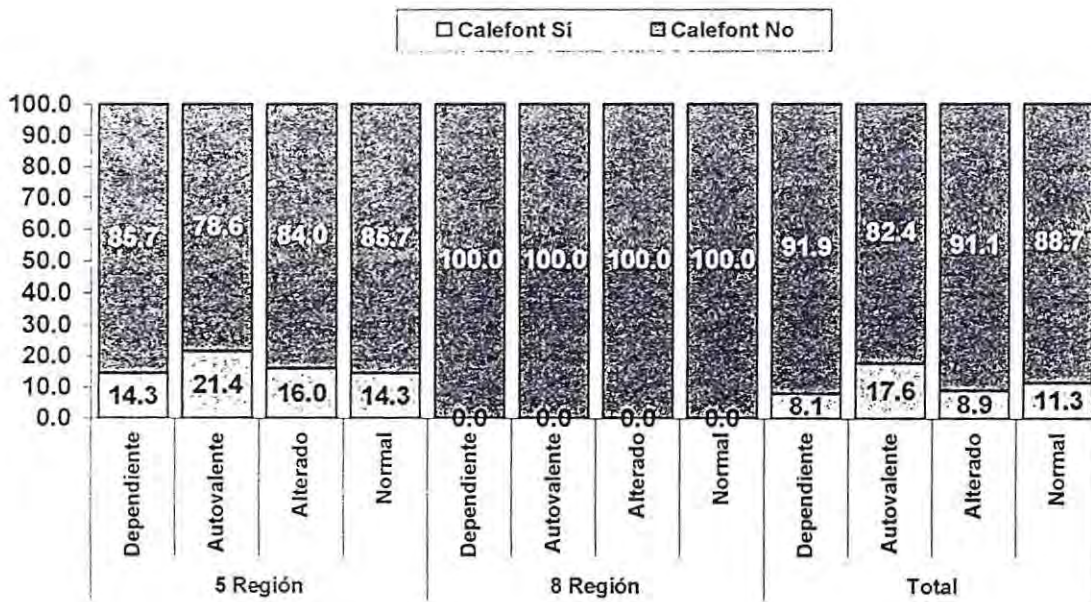
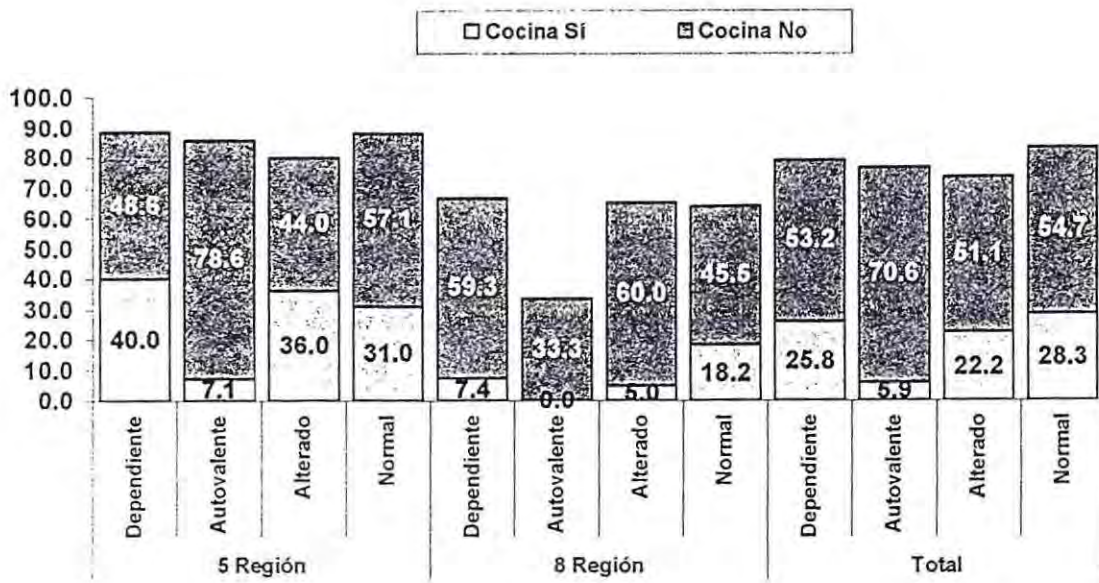
Distribución por Funcionalidad y Acceso a Baño Gráfico n ° 12



⊗ Gráfico n ° 12. Distribución por funcionalidad y acceso a baño. Para esta variable, es posible realizar diversas apreciaciones. En primer lugar, para el total de la población Autovaliente y Dependiente, entre un 30 y 35% de la población posee baño compartido, lo que podría indicar: que habitan con más personas dentro de una misma vivienda, o que comparte terreno y baño. Un porcentaje mayor de acuerdo a la misma funcionalidad, entre 47 y 62%, posee baño no compartido. Un porcentaje de 17.6% de autovalientes, afirma no tener baño. En segundo lugar, la realidad regional sigue entregando diferencias. Mientras que para Valparaíso las categorías son tener baño compartido y no compartido, para Tomé el no tener baño representa un número significativo (66.7%).

Funcionalidad y acceso a Equipamiento

Gráfico n° 13

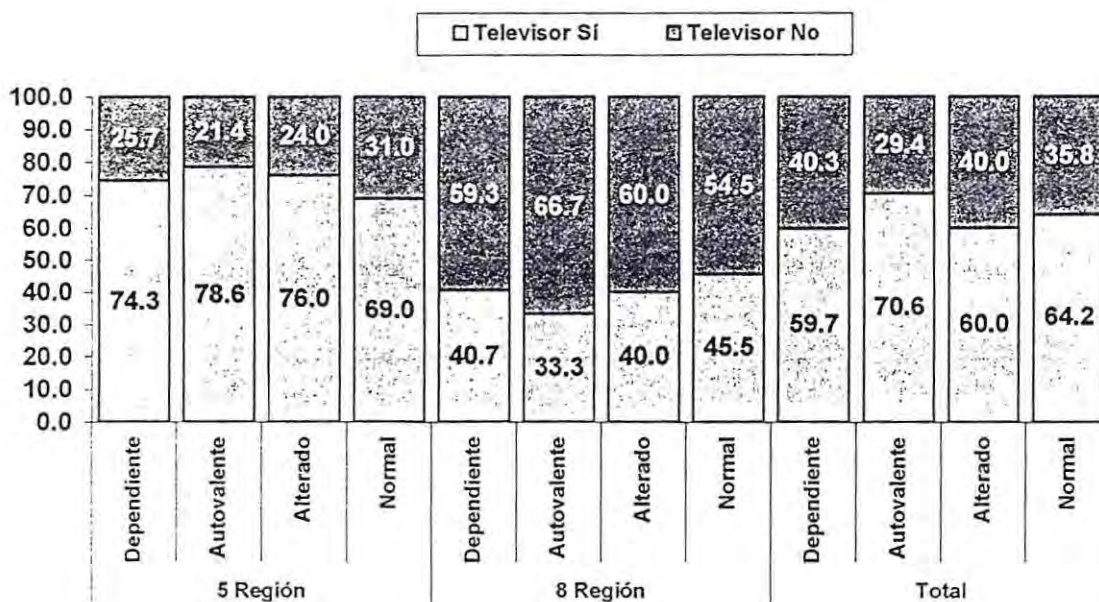
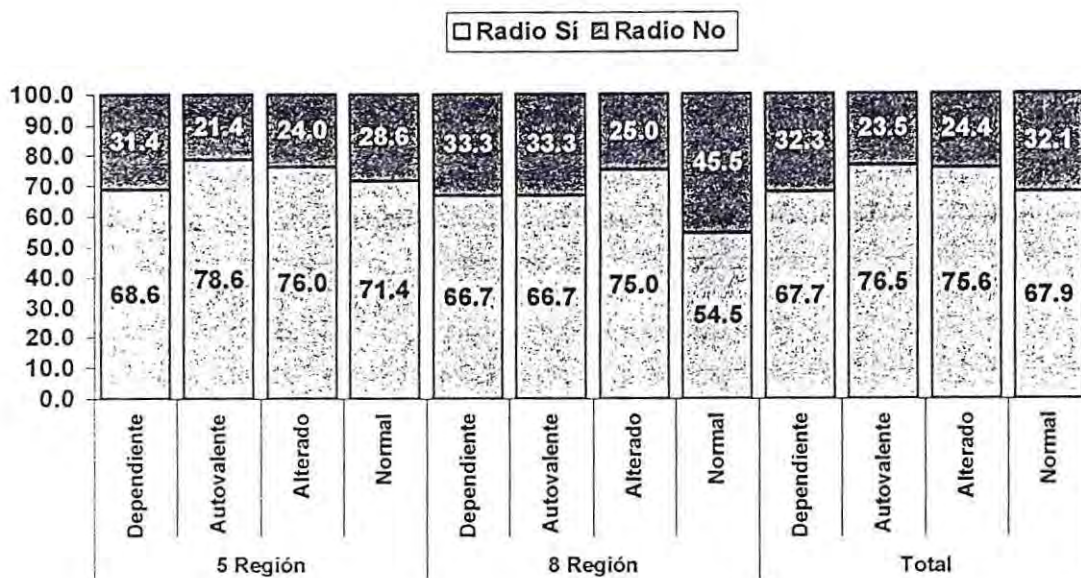


⊗ Gráfico n ° 13. Nos entrega la Funcionalidad y el acceso a equipamiento, esto es, cocina y calefont. Del total de la muestra, los Adultos Mayores Autovalentes, sólo un 5.9% posee cocina, mientras que los Dependientes poseen en un 25.8%. En cuanto a Valparaíso, el 40 % de la población dependiente sí posee cocina, en tanto que sólo el 7.1% de los Autovalentes, también la tiene. Para esta comuna, los índices se encuentran sobre la media del total de la población. Las cifras para Tomé, son distintas, sólo un 7.4% de la Población dependiente posee cocina, mientras que el 100% de los Autovalentes no la posee. Los datos anteriormente entregados, indican que en un porcentaje medio, la Población Adulta Mayor que sí posee cocina, es fundamentalmente la Dependiente, y no los Autovalentes. Esto indicaría, que un gran número de Adultos Mayores Dependientes tienen la posibilidad de cocinarse, mientras que los Autovalentes, al no poseer cocina, no tienen la posibilidad de preparar sus alimentos. Para este dato, los valores presentados de cada categoría, no llegan al porcentaje máximo (100%), pues esta pregunta no ha sido correctamente formulada. La pregunta era de respuesta múltiple y no excluyente, por lo que se han codificado las mayores frecuencias.

En cuanto a la existencia de calefont, del total de la muestra, un porcentaje mínimo de Dependientes y Autovalentes tienen acceso a él (8.1% y 17.6% respectivamente). En Valparaíso, el promedio es mucho más alto que el total de la población, tanto en Dependientes como en Autovalentes (14.3% y 21.4% respectivamente). Para Tomé, las cifras representan que el 100% de la Población Adulta Mayor, Dependiente y Autovalente, no posee calefont.

Funcionalidad y acceso a Equipamiento

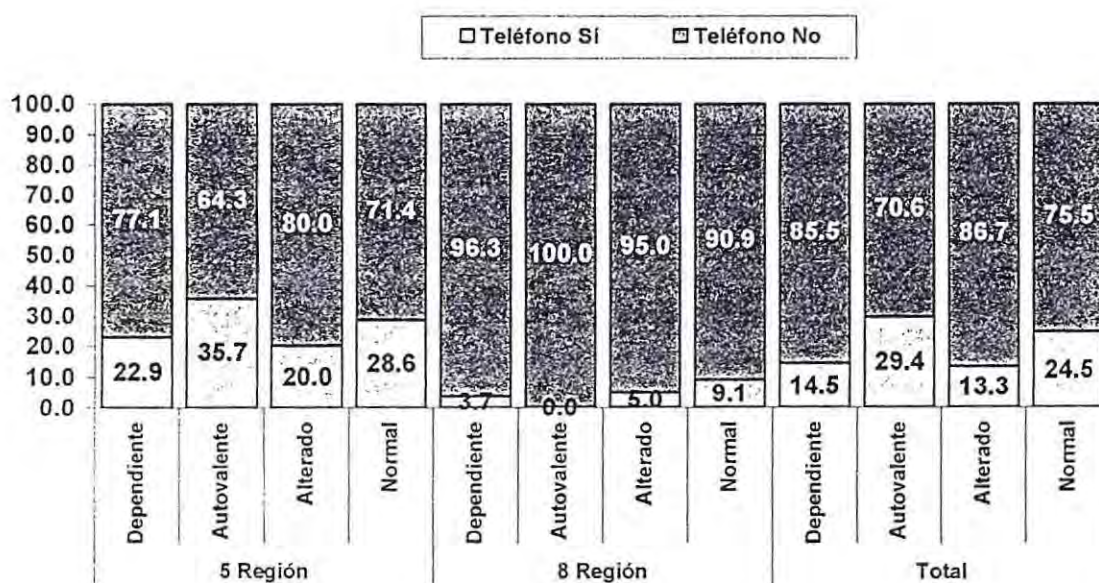
Gráfico n ° 14



⊗ Gráfico 14. AL igual que el anterior, nos indica la Funcionalidad y el acceso a equipamiento, pero esta vez, acerca de la tenencia de radio y televisión. Del total de la población Dependiente y Autovalente, un 67.7% y un 76.5% respectivamente, sí posee radio. En Valparaíso, las cifras nuevamente superan el promedio de la población total, ya que los Dependientes poseen en un 68.6% radio y los Autovalentes lo hacen en un 78.6%. Sin embargo, a pesar de que los índices en Valparaíso superen el total, la población Dependiente se ve mayormente desfavorecida con el equipamiento, o acceso a radio. En Tomé, tanto la población Dependiente como Autovalente, poseen igual porcentaje en cuanto a la tenencia de radio: 66.7%, lo que se encuentra cercano al total de la población. En relación a la tenencia de televisor, y del total de la muestra, el 59.7% de los Dependientes, y el 70.6% de los Autovalentes, sí lo posee. En Valparaíso, el 74.3% de los Dependientes y el 78.6% de los Autovalentes, afirma tener televisor. Para Tomé las cifras en cuanto a la tenencia de televisores, es de 40.7% para Dependientes y 33.3% Autovalentes.

Funcionalidad y acceso a Equipamiento

Gráfico n ° 15



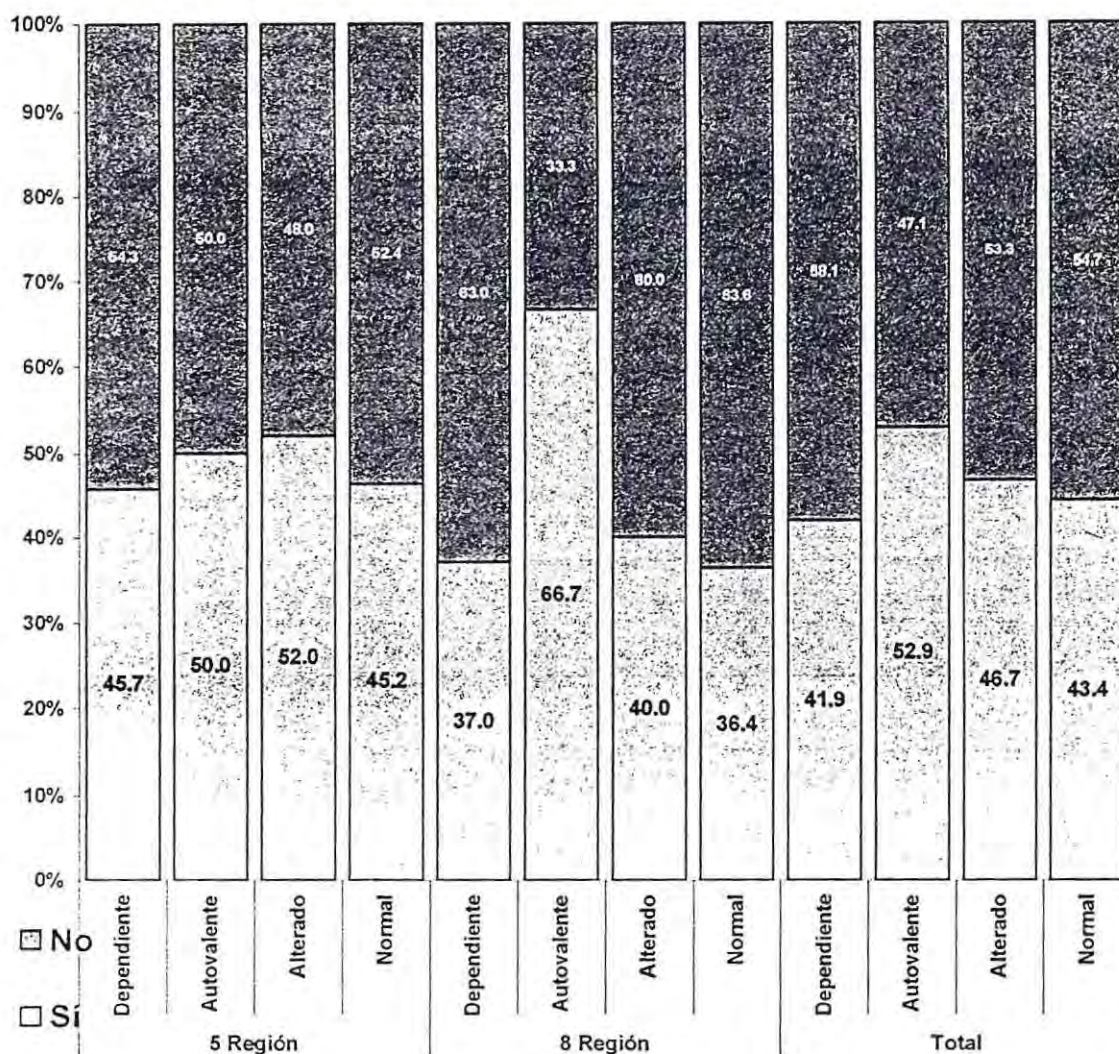
⊗ El Gráfico n ° 15, entrega también datos acerca de la Funcionalidad en el Adulto Mayor y el acceso a equipamiento, esta vez, acerca de la tenencia de teléfono. En el total de la muestra, un 14.5% de los Dependientes y un 29.4% de los Autovalentes posee teléfono. En Valparaíso, continuando con las tendencias anteriores, el 22.9% de los Dependientes y el 35.7% de los Autovalentes afirman tener teléfono. Para Tomé, las cifras son diferentes, ya que sólo el 3.7% de la población Dependiente posee teléfono y el 100% de los Autovalentes no lo tiene.

¿Usted se cocina? Gráfico n° 16



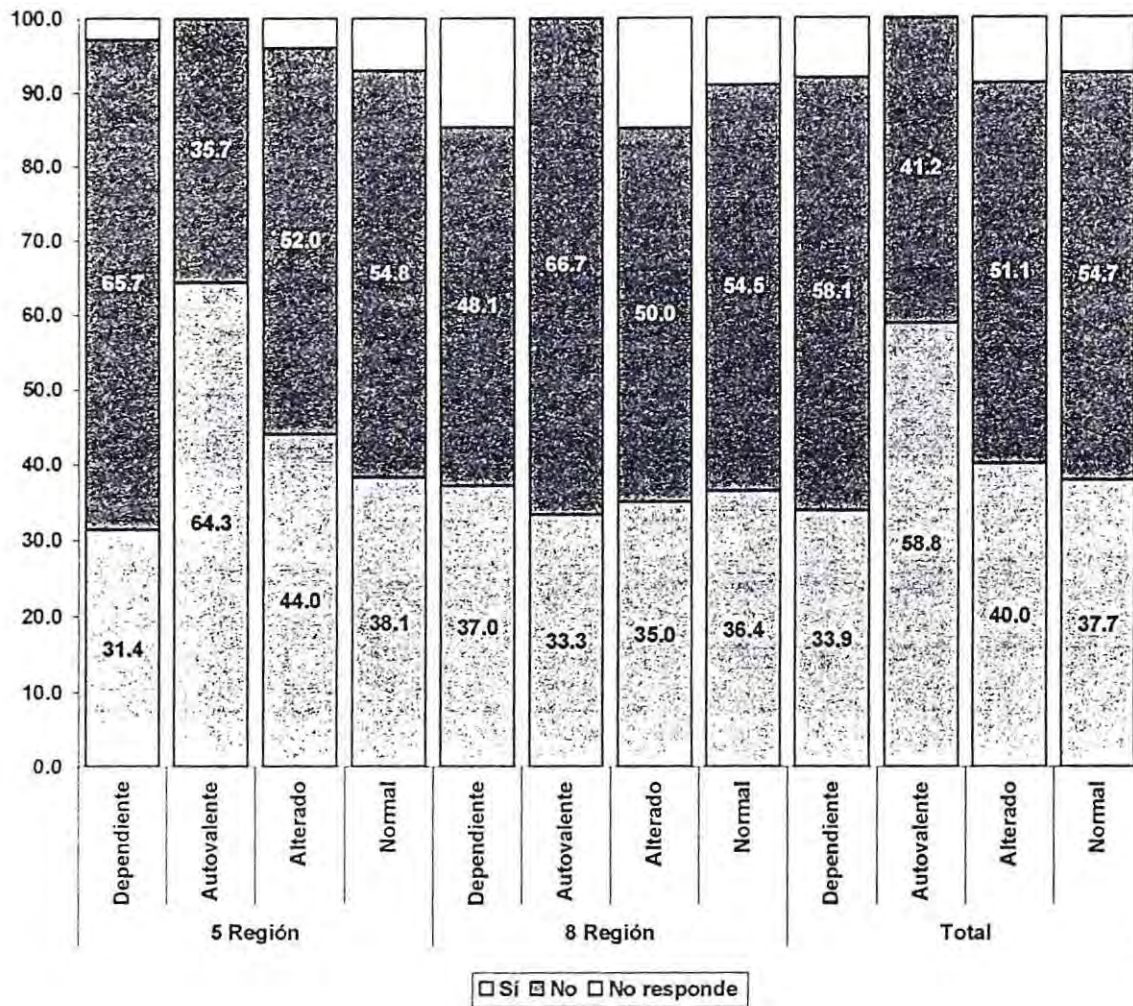
⊗ El Gráfico n ° 16, tiene muchísima relación con el gráfico n ° 12, y se refiere a si el Adulto Mayor se cocina o no. Del total de la muestra, el 59.7% de los Dependientes se cocina, mientras que el 70.6% de los Autovalentes también lo hace. Para Valparaíso, las cifras se asemejan al del total de la población, puesto que el 74.3% de los Dependientes y el 64.3% de los Autovalentes se cocina. En Tomé, las cifras entregan lo siguiente; el 40.7% de los dependientes se cocina, mientras que el 100% de los Autovalentes también lo hace. Acerca de este gráfico, es necesario realizar una apreciación. Como se ha establecido en el gráfico n ° 12, el porcentaje de cocina, tanto para dependientes y Autovalentes es de 5.9% y 25.8% respectivamente. Sin embargo, el presente gráfico nos muestra que un porcentaje que supera el 50% (tanto para Dependientes como para Autovalentes), se cocina. A lo anterior, se suma que en Tomé el 100% de los Adultos Mayores Autovalentes se cocinan. Existen diversos supuestos que podrían explicar la situación anterior. En primer lugar, es posible que el Adulto Mayor, efectivamente posea cocina al interior de su hogar, pero como en algunos casos sucede, muchas veces habitan con más personas y no sientan su hogar como propio, o simplemente no se sientan integrados al ámbito familiar. En segundo lugar, existen algunos Adultos Mayores que habitan en una pieza anexa a la vivienda principal, y dentro de sus deberes u obligaciones principales se encuentra el cocinar para la familia. En tercer lugar, es posible que dentro de un mismo terreno, muchas familias instalen sus viviendas o mediaguas, teniendo una cocina por uno o más núcleos familiares.

Distribución por Funcionalidad Y participación Gráfico n ° 17



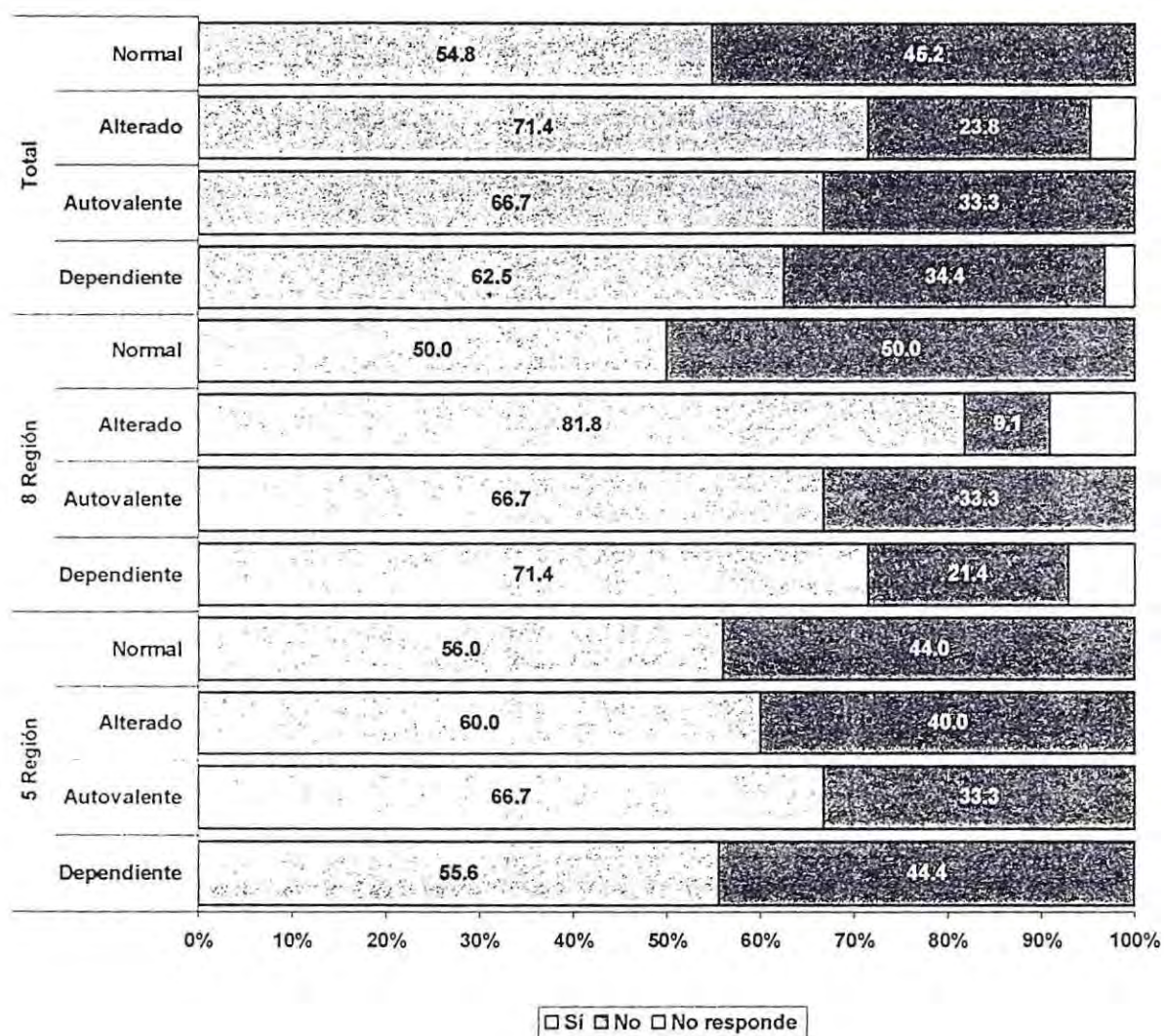
⊗ El Gráfico n ° 17, representa la distribución por funcionalidad y participación. Del total de la muestra, el 41.9% de los Dependientes y el 52.9% de los Autovalentes, participa en alguna de las Organizaciones Comunitarias (Juntas de Vecinos, Club del Adulto Mayor, Organizaciones Religiosas, etc.). En Valparaíso, el 45.7% de los Dependientes y el 50% de los Autovalentes participa en alguna Organización Comunitaria. En Tomé, el 37% de los Dependientes y el 66.7% de los Autovalentes participa en alguna Organización Comunitaria. En relación al total de la muestra y en ambas comunas, los niveles de participación de la población coinciden con la funcionalidad del Adulto Mayor: los dependientes participan en menor porcentaje que los Autovalentes.

**Le gustaría formar parte de una organización
con otras personas en el barrio**
Gráfico n ° 18



⊗ El Gráfico n ° 18, entrega información acerca de si al Adulto Mayor le gustaría formar parte o no, de una organización con otras personas del barrio. Del total de la muestra, el 33.9% de los Dependientes y el 58.8% de los Autovalentes afirma que le gustaría formar parte de una organización. En Valparaíso, al 31.4% de los Dependientes (bajo el promedio del total de la muestra) y al 64.3% de los Autovalentes les gustaría formar parte de una organización. En Tomé, al 37% de los Dependientes y al 33.3% de los Autovalentes, les gustaría insertarse en una organización. Las cifras para Tomé, son muy bajas en relación al total de la población, lo que podría explicarse debido a que la comuna es eminentemente rural, y geográficamente los Centros Comunitarios se encuentran alejados de los Adultos Mayores.

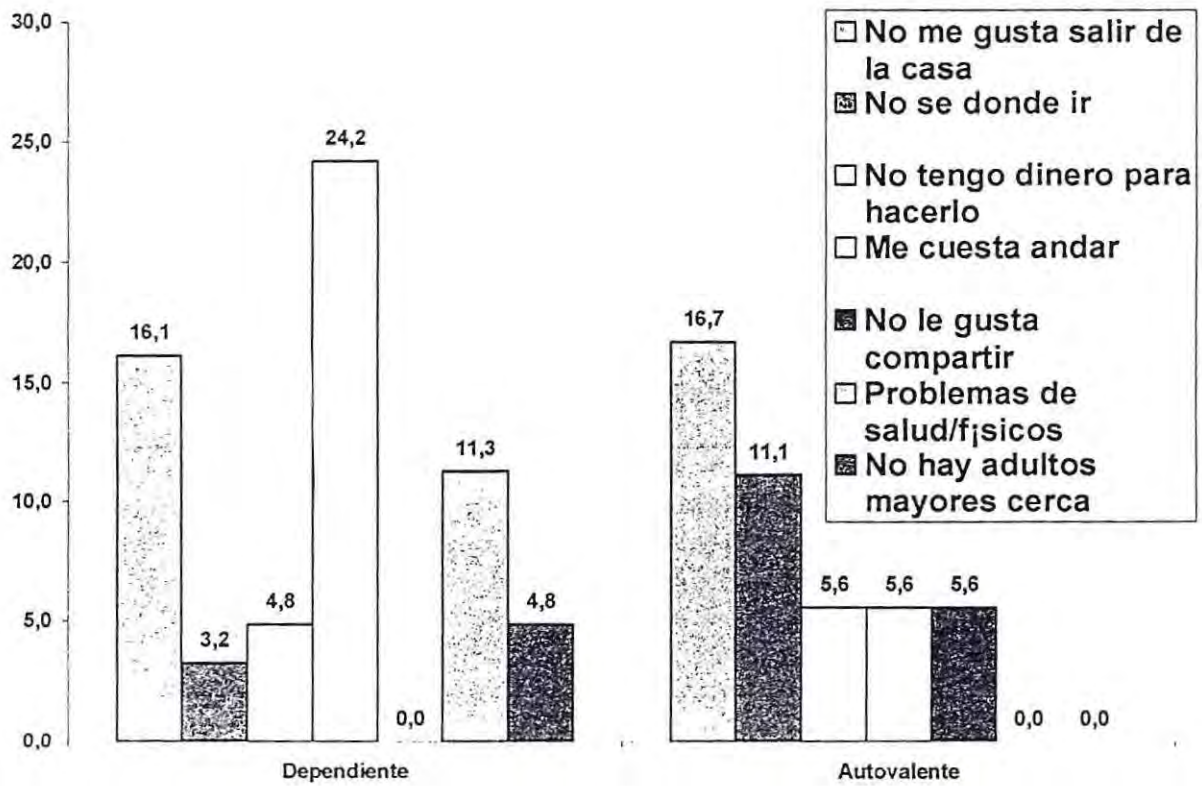
Se reúne con amigos Gráfico n ° 19



⊗ El Gráfico n ° 19 indica si los Adultos Mayores se reúnen o no con amigos. Del total de la muestra, el 62.5% de los dependientes y el 66.7% de los Autovalentes, sí se reúne con amigos. En Valparaíso, el 55.6% de los Dependientes y el 66.7% de los Autovalentes se reúne con amigos. Es posible que en la menor participación de los Adultos Mayores Dependientes, influya el factor geográfico (cerros, quebradas). En Tomé, el 71.4% de los Dependientes y el 66.7% de los Autovalentes se reúne con amigos, dichas cifras se encuentran sobre el promedio del total de la población, lo que podría explicarse debido a que como ciudad rural, los medios de telecomunicaciones son menos comunes que en la urbe.

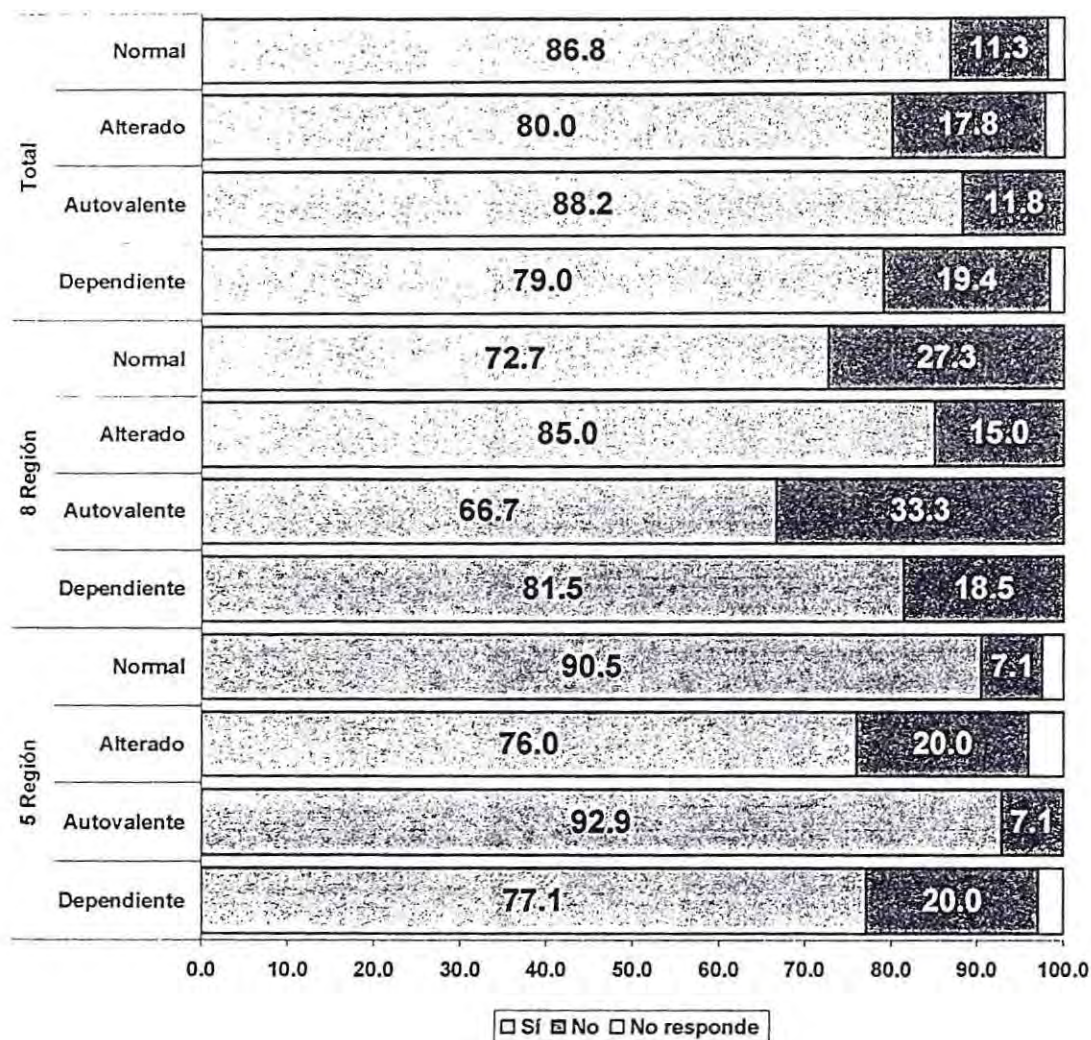
PORQUE NO SE REUNE CON OTROS

Gráfico n ° 20



⊗ El Gráfico n ° 20 representa el por qué los Adultos Mayores no se reúnen con otras personas y su distribución según funcionalidad. En cuanto a los Dependientes, el 24.2% afirma que no lo hace porque "le cuesta andar" y el 16.1% porque "no le gusta salir de su casa". Frente a lo anterior, se determina que los problemas físicos representan para el Adulto Mayor un gran impedimento para interactuar con el medio, además el factor psicológico también influye directamente en las interacciones del Adulto Mayor ("no le gusta salir de su casa"). Para los Adultos Mayores Autovalentes, las variables más importantes son diferentes. A un 16.7% "no le gusta salir de su casa", seguido por un 11.1% que no sabe donde ir. En la última distribución por funcionalidad (Autovalentes), el factor que más influye es el factor psicológico, ya que el Adulto Mayor no sale de su hogar por decisión propia. Para el segundo factor importante ("no tiene donde ir"), la oferta programática, su distribución y conocimientos por parte de la población, son la clave.

Asistencia al Consultorio Gráfico n ° 21



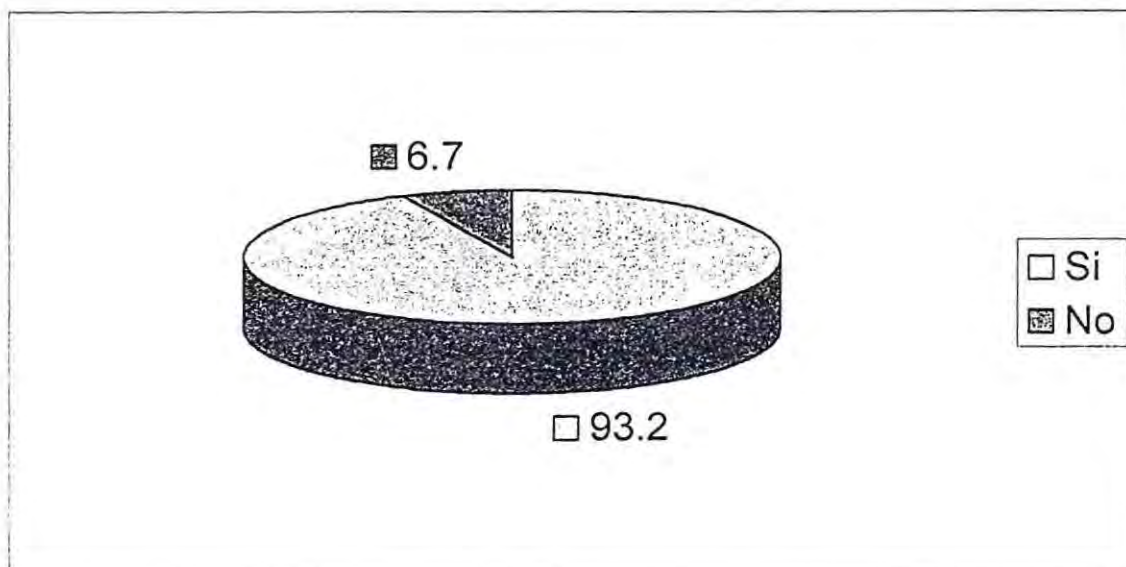
⊗ El Gráfico n ° 21 representa la Asistencia al Centro de Salud. Del total de los Adultos Mayores, un 79% de los Dependientes y un 88.2% de los Autovalentes, asiste al Centro de Salud. En Valparaíso, un 77.1% de los Dependientes y un 92.9% de los Autovalentes asiste al Centro. En Tomé, el 81.5% de los Dependientes y el 66.7% de los Autovalentes, también lo hace. Dentro de los datos del total de la población y Valparaíso, cabe señalar que la población que en menor porcentaje asiste al Centro de Salud son los Dependientes. Sin embargo, en Tomé, las cifras representan que la población que más necesita de controles, efectivamente es la que asiste en mayor porcentaje.

Funcionalidad y Asistencia al Municipio
Gráfico n ° 22

MUNICIPIO	ASISTE	
	SI	NO
DEPENDIENTES	25%	75%
AUTOVALENTES	20%	80%
MMALTERADO	22%	76%
MMNORMAL	23%	76%

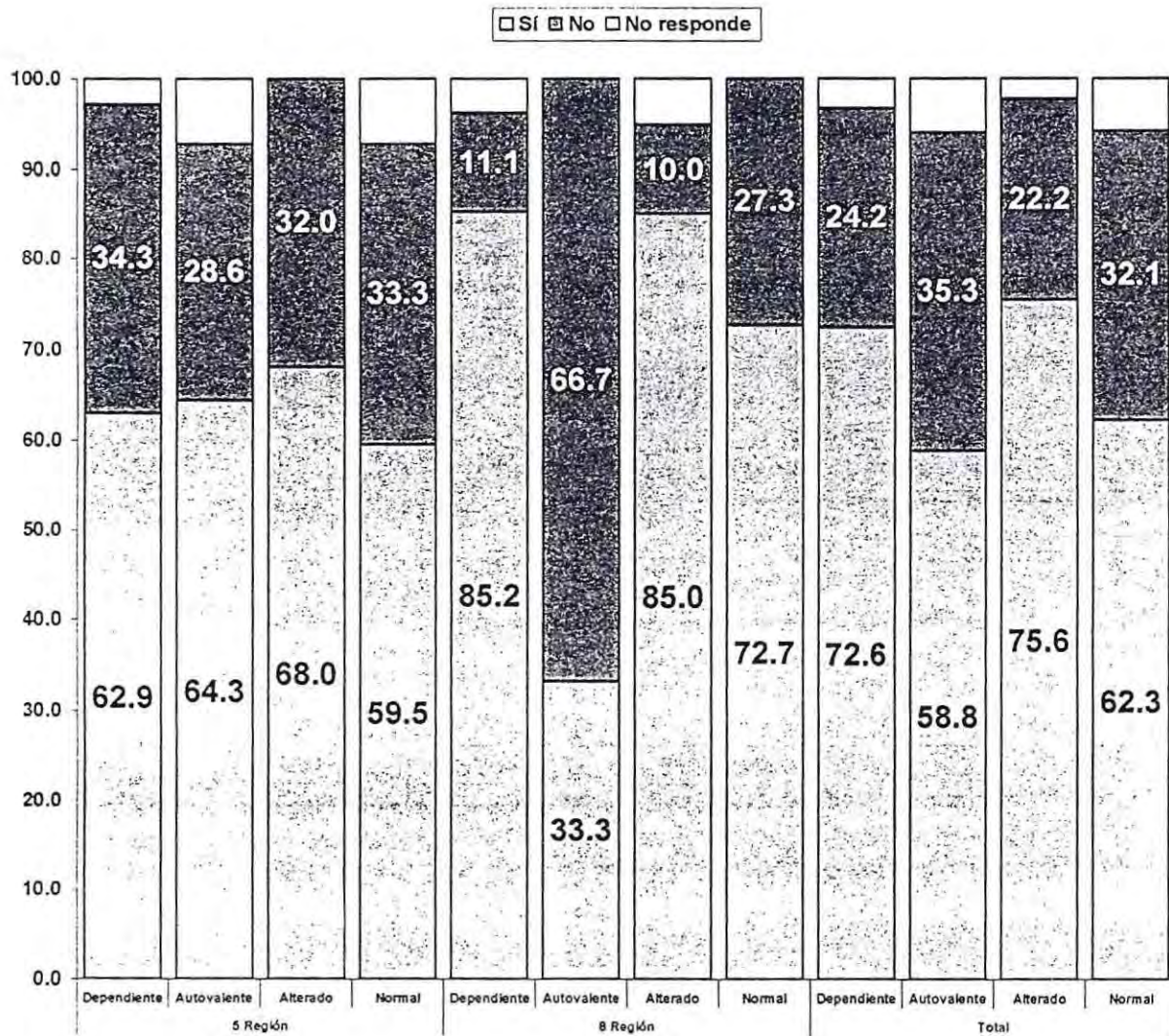
⊗ El Gráfico n ° 22, representa la asistencia a la Municipalidad. El porcentaje de asistencia a ésta, es un tanto bajo, entre Dependientes y Autovalentes (25% y 20% respectivamente).

Existencia o No de Familia Gráfico n ° 23



⊗ El Gráfico n °23, manifiesta la existencia de familia. Del total de Adultos Mayores, el 92.3% de ellos dice tenerla, lo que constituye una positiva variable muy importante de intervención. Lo anterior, representa de igual manera, que la familia se constituye en una fundamental Red de Apoyo.

Funcionalidad y visitas Familia Gráfico n ° 24



⊗ El Gráfico n ° 24, manifiesta la distribución por funcionalidad y visitas de la familia. Del total de la población, el 72.6% de los Dependientes y el 58.8% de los Autovalentes reciben visitas de sus familiares. En Valparaíso, el 62.9% de los Dependientes y el 64.3% de los Autovalentes recibe visitas de la familia. En Tomé, el 85.2% de los Dependientes y el 33.3% de los Autovalentes también reciben visitas. Finalmente, es posible inferir que la población Dependiente recibe mayoritariamente más visitas de sus familiares, que los Autovalentes. Las cifras varían entre Valparaíso y Tomé, ya que en la primera, tanto Dependientes como Autovalentes, reciben similar visitas de la familia. En la segunda, los Dependientes reciben claramente mayor visita de sus familiares que los Autovalentes.

3.1.-Observaciones Personales del Voluntariado

Análisis Cualitativo de Datos

- *En relación a la ayuda para contestar el cuestionario, 123 no necesitaron de ésta. Esta ayuda para contestar, es proporcionada principalmente por familiares (hijos (as) o yernos (as)), vecinos o amigos que se encontraban en el momento de aplicación de la encuesta.*

Dentro de los motivos más nombrados por el voluntario acerca de la ayuda para contestar, se encuentran la sordera, falta de entendimiento por la edad, o cierta enfermedad, como alzheimer, demencia senil, etc.

- *En cuanto a las condiciones familiares del Adulto Mayor, 46 observaciones manifiestan que éste vivía acompañado (ya sea por familiares, vecinos o amigos).*

Los Adultos Mayores que viven con más personas, en general, no manifiestan problemas de tristeza, soledad o aislamiento social, sin embargo, los que viven solos, son invadidos por este tipo de sentimientos, lo que los lleva a caer en depresiones, baja autoestima, irritabilidad, retraimiento, etc. Por otra parte, quienes presentan un alejamiento de las redes familiares, hacen latente que la causa de ello, son las "malas relaciones con la familia" o el "olvido de ésta".

- *En relación a las condiciones generales de habitabilidad (vivienda, servicios básicos, acceso, etc.), del total de las observaciones, 43 de ellas se definen como "malas" o "muy precarias", mientras que 21 son definidas como "regulares".* En tanto, 10 observaciones contenían una apreciación positiva de la vivienda, argumentando que ésta estaba en "buenas condiciones", encontrándose limpia, aseada, con las necesidades básicas satisfechas.*

Cuando las viviendas eran definidas por los voluntarios como "precarias" o con "muy malas condiciones", fundamentalmente se referían a que se les llovía durante el invierno, les entraba viento o agua, no existía uno o más servicios básicos, había piso de tierra o la vivienda estaba construida con material ligero.

Finalmente, es posible apreciar que el momento de aplicación de la entrevista ha sido el indicado para detectar ciertas necesidades de habitabilidad de los Adultos Mayores, ya que el invierno permite recordar necesidades latentes que necesitan ser satisfechas.

* La presente categoría ha sido definida como tal, para aquellas ocasiones en que el voluntario expresaba que sólo un aspecto de la habitabilidad general no funcionaba. Por ejemplo: "en general, la vivienda está bien...sólo tiene algunas tablas quebradas."

4.- Principales Conclusiones del Diagnóstico

Una vez analizados los asuntos metodológicos, se hace necesario focalizarse en el sujeto de intervención y beneficiarios del Proyecto Piloto: los 414 Adultos Mayores que viven solos en Valparaíso y Tomé.

Cada comuna, tanto Valparaíso como Tomé, poseen características individuales.

La primera es una comuna urbana, con características geográficas particulares. Sus cerros muchas veces dificultan el acceso, fundamentalmente si consideramos que los Adultos Mayores en gran número son dependientes.

Tomé, en tanto, es una comuna que posee características rurales, lo que dificulta de igual manera el acceso a los centros urbanos.

Lo anteriormente señalado, corresponde a una variable a considerar, que condicionará la intervención en cada comuna, estableciendo sus diferencias en:

- **Vivienda:** Si bien es cierto que los resultados de la aplicación de la encuesta arrojaron que un porcentaje significativo de Adultos Mayores, tanto de Tomé como de Valparaíso poseía vivienda propia, pese a ello, las diferencias entre cada comuna son significativas. En Tomé, se hace más frecuente la existencia de rucas o ranchos, muchas veces alejados de la ciudad, y con una menor posibilidad de acceder a los servicios básicos. En Valparaíso, la ciudad se caracteriza porque históricamente se produce el sub-arriendo de piezas, en las que se comparte baño o cocina. Todos estos elementos anteriormente señalados, deben considerarse al momento de comenzar una intervención.
- **Salud:** De acuerdo a la medición realizada por MINSAL, en este grupo predominan los Adultos Mayores dependientes (62.6%) por sobre los autovalentes (37.4%). Se señala además, que una de las enfermedades más frecuentes es la HTA (Hipertensión arterial). Por otra parte, según los datos entregados por la encuesta, la mayor parte de los Adultos Mayores es controlado en los Centros de Salud.

- **Educación:** Se estima que a mayor nivel educacional, mayores son los niveles de autonomía. Sin embargo, en las comunas de Valparaíso y Tomé, los Adultos Mayores poseen en promedio de 0 a 8 años de escolaridad, lo que denotaría una Enseñanza Básica incompleta. Este factor, podría dificultar una intervención o bien, podría dar paso a una estrategia a considerar. Además, de la baja de escolaridad, se derivan principalmente los problemas que poseen en el desarrollo cognitivo los Adultos Mayores: analfabetismo, analfabetismo por desuso, falta de comprensión, bajos niveles comunicativos, etc. Se considera que para el desarrollo de esta variable, el Instituto de Normalización Previsional, podría establecer aportes concretos a través de su Programa de Lectoescritura.
- **Ingresos:** Esta variable, es posible analizarla a través de la tenencia de PASIS. Si consideramos que el 55.6% de los Adultos Mayores sí lo posee, entonces resta un 44.1% que no lo posee. Si bien las cifras nos son desiguales, sí es posible establecer algún Plan de Trabajo que tienda a mejorar esta situación, a través de la gestión entre INP, Gestor Social y voluntarios. El trabajo corresponde a una variable no considerada mayormente, ya que sólo el 15.9% de los Adultos Mayores si lo hace.
- **Familia:** En relación a esta variable, los datos demuestran que el 93.2% de los Adultos mayores sí posee familia y de estos más del 70% recibe visitas familiares. Si bien es cierto, cuantitativamente no es posible definir cuántos de estos Adultos Mayores efectivamente viven solos, pues la Ficha CAS II se aplica a cada familia existente al interior de la vivienda, sí es posible determinar que este grupo en su mayoría posee una red de apoyo a quien recurrir. Lo anterior, entrega por una parte, una fortaleza tanto del proyecto como de los propios Adultos Mayores: existencia de familia, y por ende, de una red de apoyo, pero a su vez, se ha transformado en un dato que arroja la realidad, acerca de Adultos Mayores que inicialmente vivían solos.

- **Red Social y Participación:** Si consideramos que más del 90% de los Adultos Mayores posee familia, entonces estamos frente a la existencia de una importante red de apoyo. Sin embargo, un porcentaje inferior es visitado por esta. De igual manera, se establece que al Adulto Mayor que vive solo, es posible potenciar, fomentar o mejorar su apoyo familiar. Por otra parte, más del 50% afirma reunirse con amigos, por lo que la red social se amplía. En cuanto a la participación de los Adultos Mayores, se destaca que quienes más participan en Organizaciones Sociales son los autovalentes.

Si bien estas variables anteriormente señaladas son relevantes y es importante considerar al momento de la intervención, existe también un grupo social que participará directamente con los Adultos Mayores. Estos son, el voluntariado social. Este grupo, sumamente importante, es necesario que se encuentre adecuada y constantemente capacitado y motivado, con la finalidad de presentar una intervención profesional seria.

Segundo Capítulo:

Programación

Introducción

El Presente documento, corresponde a la etapa de Programación, llevada a cabo durante el transcurso del presente año, y bajo el marco del Seminario de Título, realizado por la Alumna de Trabajo Social.

El objetivo principal del presente, es establecer paso a paso y sistemáticamente, las actividades que se realizarán para contribuir al logro y desarrollo del Proyecto Piloto de Adultos Mayores que viven solos del Chile Solidario.

Como en todo proceso social, las realidades sociales poseen la principal característica de ser dinámicas, por lo que los lineamientos que en un determinado momento se establezcan, pueden no llegar a concretarse, o en caso contrario, configurarse de otra manera en la realidad.

Ahora bien, el Diagnóstico Social realizado previamente, corresponde a una Fundamentación al trabajo programado, por lo que es entendido como un sustento sólido para la intervención.

La Programación que se establece a continuación, corresponde a una configuración de lineamientos propuestos para la acción, establecidos de acuerdo a las necesidades que en determinados momentos de la Intervención, fueron necesarios proponer para el logro de los objetivos finales del Proyecto Piloto.

El sistema Chile Solidario, es un programa llevado a cabo por el Gobierno de Chile, para intervenir sobre aquellas personas en riesgo social. Una de las características fundamentales de la población intervenida por el Chile Solidario, corresponde a las múltiples necesidades que deben ser satisfechas de manera integral: situación familiar, escolaridad, subsidios, etc.

Para esto, es necesario que un equipo multidisciplinario se haga responsable de una intervención que necesita ser integral.

El Proyecto Piloto de Adultos Mayores que viven solos, no es la excepción, por lo que el equipo de profesionales que se encuentran participando de él, pertenecen a las más diversas disciplinas: sociales, médicas, humanistas, etc.

Debido a lo anterior, el aporte que pueda realizar en el desarrollo del Proyecto el Trabajo Social, corresponde a una razón importante considerar. Si bien es cierto, el origen de estos proyectos posee una base eminentemente social, no siempre en su ejecución los factores sociales son considerados. Debido a esto, la oportunidad de aportar en la intervención para el Trabajo Social, permite incorporar elementos inherentes al Trabajo Social: redes sociales, Intersectorialidad, trabajo con familias, etc.

De esta manera, la programación que a continuación se presentará, será abordada a partir de los elementos profesionales que el Trabajo Social puede aportar.

I.- Tabla Programática

Objetivo General: "Mejorar Condiciones de vida de los Adultos Mayores que viven solos del Proyecto Piloto"

Objetivo Específico	Actividades de la Actividad	Organización de la Actividad	Técnicas	Responsabilidad Administrativa	Recursos	Evaluación	Indicadores
Elaborar Estrategia de Intervención del Proyecto Piloto.	Colaborar en la realización de un documento perteneciente a la Mesa y Adultos Mayores. Central, que contenga la Estrategia de Intervención.	Establecer Estrategia de Intervención con Voluntariado	Documento de Trabajo.	de Mesa Central.	Fundamentalmente humanos: Profesional MIDEPLAN, Alumna Seminarista, integrantes de la Mesa Central	El documento será enviado a todos los miembros de las Mesas Regionales para ser sancionado, mejorado y aprobado.	Al finalizar el Proyecto Piloto, se contará con un documento que contenga la Estrategia de Intervención, tanto para el voluntario como para el Adulto Mayor

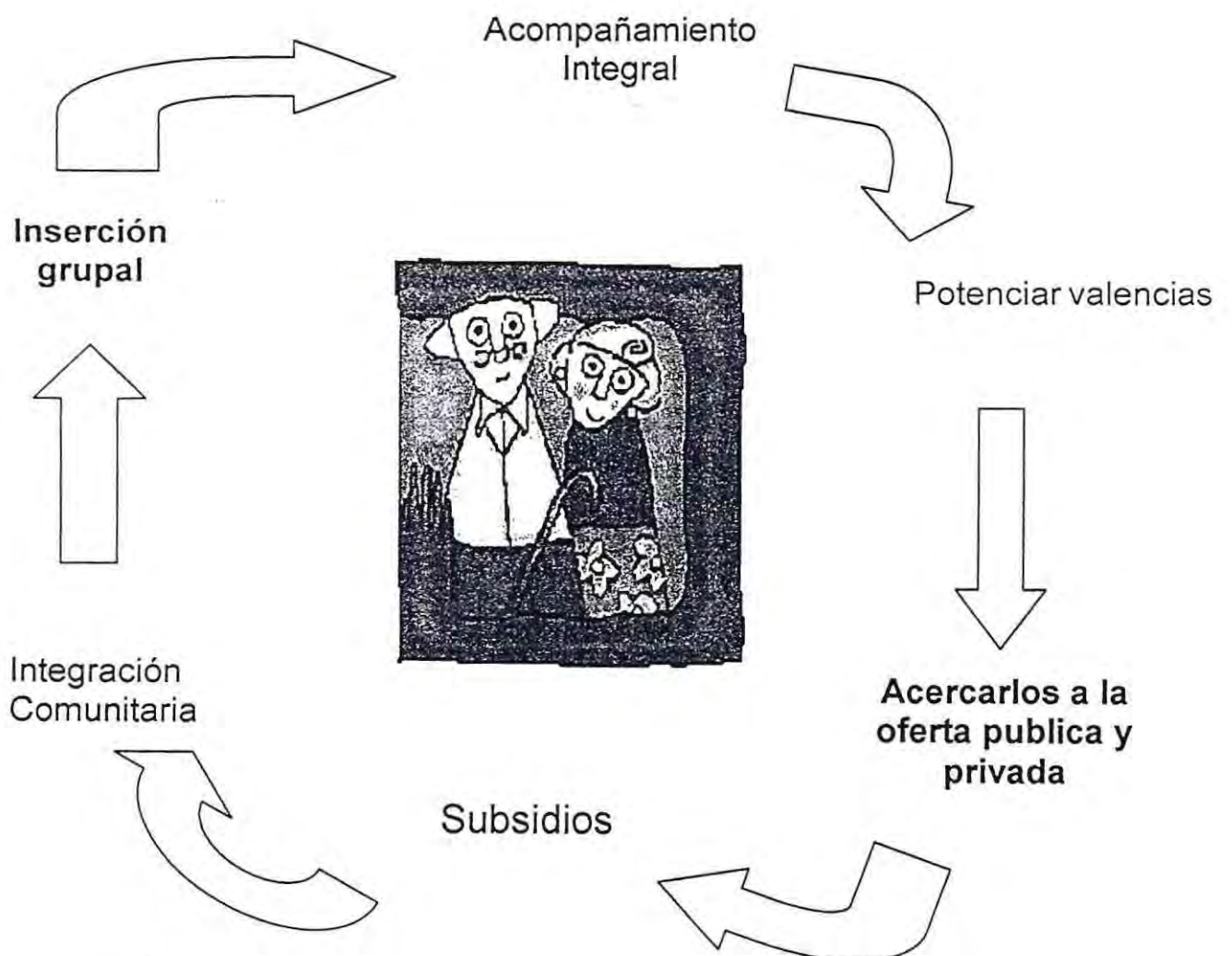
Contribuir al mejoramiento de la calificación del voluntariado	Entregar herramientas de apoyo para la intervención del voluntariado.	Colaborar, junto con las Mesas Centrales y regionales, en la elaboración de un Manual de apoyo para el voluntariado.	Documento de Mesa Central Trabajo	Fundamentalmente humano: Alumna Seminarista	El documento será enviado a todos los miembros de las Mesas Regionales para ser sancionado, mejorado y aprobado.	Al finalizar el Proyecto Piloto, se contará con un documento que represente un Manual de Apoyo para el Voluntario.
--	---	--	-----------------------------------	---	--	--

Establecer	Elaborar	O Elaborar	Documento de	Mesa Central	Fundamentalmente	El documento	Al finalizar el
<p>parámetros básicos de medición, en el proceso de intervención</p>	<p>pautas que permitan determinar mínimos deseables en la intervención con el Adulto Mayor.</p>	<p>O Mínimos de Intervención O Elaborar Condiciones Deseables para la Intervención. O Elaborar registros que permitan recolectar información</p>	<p>Trabajo</p>		<p>humanos: Profesional MIDEPLAN, Alumna Seminarista</p>	<p>será enviado a todos los miembros de las Mesas Regionales para ser sancionado, mejorado y aprobado.</p>	<p>Proyecto Piloto, se contará con pautas que representen los Mínimos de Intervención, Condiciones Deseables y Registros de recolección de información, para la intervención del Adulto Mayor.</p>

Contribuir en la Ejecución del Proyecto Piloto en Valparaíso y Tomé.	Participar y colaborar en el proceso de ejecución, a través de la entrega de material de apoyo, además de la coordinación y gestión de los recursos pertinentes para llevar a cabo el proceso.	La Alumna Seminarista se desempeñará en Valparaíso como Gestora Social, durante el último período de ejecución.	Coordinación, gestión, administración.	Gestora Social, Secretaria Regional de Planificación y Coordinación (SERPLAC), Valparaíso.	Recursos Humanos: Voluntarios, Adultos Mayores, Gestora Social. Recursos Financieros: Todos aquellos destinados por Secretaria Ejecutiva del Chile Solidario. Recursos Materiales: Dependencias de SERPLAC, material fungible, etc.	Se realizará de acuerdo a Pauta Evaluativa proporcionada por Mesa Central.	Al finalizar el Proyecto Piloto, se habrán ejecutado al menos dos de los tres elementos señalados anteriormente (Estrategia de Intervención, Manual de apoyo al voluntario, parámetros de medición)
--	--	---	--	--	---	--	---

Estrategia de Intervención con el Adulto Mayor

La Estrategia de Intervención con el Adulto mayor, pretende ser una instancia integral de acompañamiento, pero a su vez, fomentando el trabajo grupal y comunitario, además de acercarlos a la oferta pública y privada. Transversalmente, la potenciación de valencias se torna en un eje fundamental de la intervención.

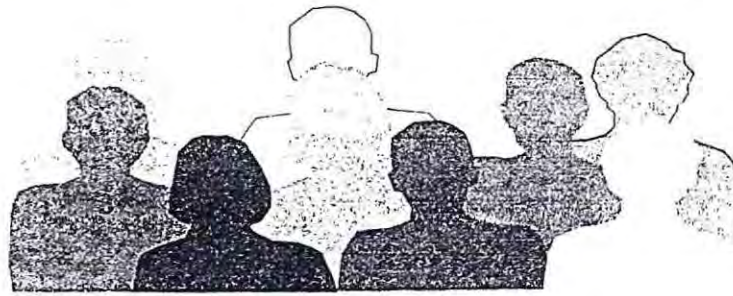


El Acompañamiento Integral, es proporcionado por el Voluntario. Este acompañamiento generalmente se realiza en el domicilio del Adulto Mayor, sin embargo, existen circunstancias en las que es necesario que este acompañamiento se realice fuera del domicilio, por ejemplo, cuando el voluntario acompaña al Adulto Mayor al Centro de Salud, o realizan paseos, etc.

Personas Voluntarias como ejecutoras del Proyecto

El voluntariado, como es conocido, corresponde a una acción altruista y desinteresada. Para el Proyecto Piloto, quien proporciona este valioso recurso humano, es la División de Organizaciones Sociales (D.O.S.), a través de sus Centros del Voluntariado, presentes tanto en Valparaíso como en Tomé. El voluntario puede ser joven, o bien, Adulto Mayor.

Niveles De intervención con el Adulto Mayor A través del Voluntariado



Individual (en el Hogar del A.M.)

Para el Adulto mayor significa:

- Tener una atención personalizada.
- Establece confianza y vínculo cercano, fomentando afectividad.
- Potencia reconocimiento personal y autoestima.
- Establece relación intergeneracional y solidaria.

Para el Voluntario significa:

- Responsabilizarse de un acompañamiento cercano con tres Adultos Mayores.
- Ser reconocido como una persona significativa que ejecuta un trabajo integral y los vincula a redes familiares y del entorno.

Grupal

Para el Adulto mayor significa:

- Vincularse con grupo de pares y voluntariado.
- Salir de su entorno, superando aislamiento y soledad (si las hubiere).
- Establecer redes de apoyo (cohesión grupal).
- Realizar actividades en pequeños grupos.
- Enfrentar miedos, desconfianzas, y mitos para con los otros.
- Primera experiencia de inserción grupal.

Para el Voluntario significa:

- Instancia de aprendizaje para manejar grupos.
 - Sentirse acompañados por el grupo de pares (responsabilidades compartidas), evitando dependencia de la relación voluntario-Adulto Mayor.
 - Vinculación con Unidades Vecinales
- * El Trabajo Grupal se realizará preferentemente en Unidades Vecinales, sin embargo, es factible su realización en escuelas, Centros de Salud u otros.

Comunitario

Para el Adulto mayor significa:

- Integrarse a la vida comunitaria de su barrio e interactuar con sus vecinos.
- Participar en la vida Social.

Para el Voluntario significa:

- Coordinar acciones con las organizaciones comunitarias cercanas al Adulto Mayor.
- Amplía marco u horizonte de solución de problemas, relacionado a demás; con las responsabilidades compartidas.
- Mayor posibilidad de derivación en caso necesario.

Nivel Individual:

- Ejecución y seguimiento del Plan de Trabajo (consensuado con el Adulto Mayor)
- Observación Participativa para complementar Diagnóstico y contrastar variables.
- •Captación del medio relacional, familiar y social como material de análisis para el resto del Equipo de Voluntarios.
- •Seguimiento de controles médicos y tratamientos en los Centros de Salud.
- •Acogida, escucha, facilitarles revistas o material de lectura (si leen).
- •Motivación y fomento de ocupaciones y aficiones personales.
- •Informarlos, motivarlos en la realización de gestiones, visitas médicas, paseos, participación en actividades

Nivel Grupal:

- Conformación de grupos de Adultos Mayores, trabajando: asistencia, integración, motivación, cohesión y sentido de pertenencia
- Inserción en Unidades Vecinales, trabajando diversas temáticas como Actividades Físicas, actividades de tiempo libre, relaciones familiares, pensamiento y lenguaje, actividades del área cognitiva.
- Difundir, información de oferta pública y privada, además de recursos para el Adulto Mayor disponibles en

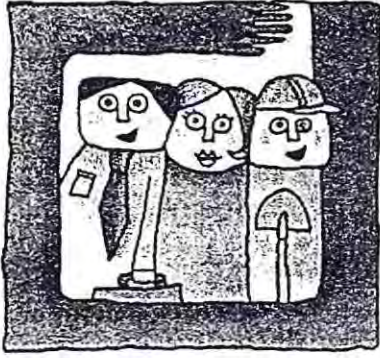
Nivel Comunitario:

- Incorporarlos si lo amerita, en programas existentes (alfabetización INP)
- Integrar al Adulto Mayor en actividades comunitarias existentes (recreativas, culturales, etc.)
- Derivación de situaciones que lo requieran

Acciones hacia el voluntariado

Si bien es cierto, el voluntario realiza un acompañamiento integral hacia el Adulto Mayor en el domicilio de este, el proceso considera también el acompañamiento hacia el voluntario, además de la retroalimentación permanente entre el equipo directivo y éstos.





Estrategia de Trabajo con Voluntariado

Los voluntarios realizarán distintas tareas, por lo que nacen tres tipologías del voluntariado dentro del Proyecto Piloto:

- 1.- voluntario de acompañamiento integral al adulto mayor
- 2.- Voluntario coordinador de grupo de voluntarios por sector
- 3.- Voluntarios capacitadores

- 1. Voluntario de acompañamiento al adulto mayor, con 3 Adultos Mayores a su cargo.**

Funciones:

- Acompañamiento del Adulto mayor en el Domicilio: dos horas semanales, cada quince días (alternando con talleres grupales).
- Acompañamiento del Adulto Mayor en los Talleres Grupales, cada quince días (alternando con acompañamiento en el hogar).
- Establecer un “nexo” entre las necesidades del Adulto Mayor y las instituciones. Detectar necesidades.
- Establecer vínculo cercano con el Adulto Mayor, evitando dependencia.

2. Voluntario coordinador de grupo, a cargo de grupo zonal de 8 a 10 voluntarios según distribución geográfica.

Funciones:

- → Organización grupo de voluntarios
- → Acompañamiento en el proceso del grupo
- → Coordinara registro de su grupo
- → Gestionara estrategias de autocuidado de grupo(persona externa, voluntario ad-hoc) según posibilidades.
- → Liderara proceso grupal en las unidades vecinales
- → Coordinara un tema dentro del grupo de coordinadores (Subsidios, salud, alfabetización, etc.) como aporte a sus pares coordinadores. Aunque deberá tener una visión integral de todos los temas.

3.- Voluntarios de capacitación:

Funciones

- Entrega contenidos grupales y/o mini-talleres a los A.M y voluntarios
- Derivación de Adultos mayores Valentes que lo deseen a organizaciones como INP (alfabetización, Municipalidad, etc)
- Distribución en tiempo de intervención al Adulto May
- 2 sesiones de actividades grupales en la unidad vecinal mas cerca del domicilio del Adulto Mayor.

- o De estas 2 sesiones una esta a cargo del voluntario capacitador y una a cargo del grupo de voluntarios.)

Temas Grupales a tratar con los Adultos Mayores

El Trabajo Grupal, aporta diversos beneficios hacia quienes vivencian estas experiencias. Si consideramos que los Adultos Mayores viven solos, las posibilidades de aislamiento social y soledad, aumentan considerablemente. Es por esta razón, que una inserción grupal se considera una estrategia adecuada para esta problemática. Como se ha establecido anteriormente, el Trabajo Grupal preferentemente se realizará en las Unidades Vecinales, sin embargo, al no ser posible contactarse con éstas, las escuelas o Centros de Salud, se transforman en alternativas viables. De esta manera, los temas a tratar serán los siguientes:

- Nutrición
- Ejercicios Físicos
- Información de oferta pública y privada
- Comunicación
- Ejercitación cognitiva, etc.

1.- Distribución del tiempo del Voluntariado de Acompañamiento por Adulto Mayor (mensual)

Es necesario considerar, que para el Proyecto Piloto de Adultos Mayores que viven solos, el tiempo programado de ejecución, corresponde a los meses de Agosto a Noviembre.

Primera Semana	Segunda Semana	Tercera Semana	Cuarta Semana	Jornada de Capacitación para el voluntario
Acompañamiento en el hogar del Adulto Mayor, trabajando temas individuales	Trabajo Grupal: voluntarios y Adultos Mayores	Acompañamiento en el hogar del Adulto Mayor, trabajando temas individuales	Autocuidado de Equipo: con Voluntario Coordinador y Capacitador	Día sábado: Mesas Central y Regional
2 Hrs. Por Adulto Mayor 6 Hrs. semanales	2 Hrs.	2 Hrs. Por Adulto Mayor 6 Hrs. semanales	2 Hrs.	7 Hrs. App.

TOTAL HORAS DE TRABAJO VOLUNTARIO MENSUAL = 23

2.- Distribución del tiempo del Voluntario Coordinador

Primera Semana	Segunda Semana	Tercera Semana	Cuarta Semana	Jornada de Capacitaci ón del voluntario
Registros Grupales: Coordinaci ón de información entregada por su grupo de voluntarios	Trabajo Grupal: preparaci ón del taller (2 Hrs.) y ejecución (2 Hrs.)	Reunión Gestor Social y Voluntario Capacitad or. Distribució n según necesidad	Autocuidado de Equipo: Reunión con voluntarios de Acompañamien to. Preparación de sesiones.	Día sábado: Mesa Central y Regional.
4 Hrs.	4 Hrs.	4 Hrs.		7 Hrs.

TOTAL HORAS DE TRABAJO VOLUNTARIO MENSUAL = 23

3.- Distribución del tiempo del Voluntario Capacitador

Primera Semana	Segunda Semana	Tercera Semana	Cuarta Semana	Jornada de Capacitación del voluntario
Preparación de material: selección de temáticas para capacitar al Adulto Mayor	Asistencia a Taller Grupal: Apoyo a voluntarios y Adultos Mayores	Reunión Gestor Social y Voluntario Coordinador. Distribución según necesidad.	Capacitación a Adultos Mayores (2 Hrs.) y preparación de la capacitación (2 Hrs.)	Día sábado: Mesa Central y Regional.
4 Hrs.	4 Hrs.	4 Hrs.	4 Hrs.	7 Hrs.

Mideplan												
Secretaría Ejecutiva Chile Solidario												
Carta Gantt												
2003												
Mesa Técnica Proyecto Piloto Adultos Mayores que viven solos												
Actividades a realizar 2003	Enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	Julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre
Conformación Mesa Técnica Santiago												
Valparaíso												
Tomé												
Elaboración Marco Teórico												
Investigación Diagnóstica												
Recogida información Cuantitativa												
Elaboración instrumento Diagnóstico Cualitativo												
Implementación Gestorías Sociales												
Habilitación del espacio físico												
Implementación sistema de información y registro												

	Enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	Diciembre
Capacitación Voluntariado Valparaíso												
Tomé												
Aplicación instrumento Valparaíso												
Tomé												
Elaboración de estrategia de Intervención (aprobada por Mesas Técnicas)												
Diseño y Metodologías de Intervención según Diagnóstico.												
Intervención Proyecto Piloto												
Primera etapa Valparaíso												
Primera etapa Tomé												
Inducción, Vinculación, levantar demanda												
Establecer línea de base												
Actividades	Enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	Diciembre
Segunda Etapa												
Consolidación de la intervención												
Interdependencia, o autonomía,												

Tercer Capítulo:
Ejecución

Introducción

La presente etapa del Seminario de Título, tiene por finalidad entregar cada elemento programado anteriormente. De esta manera, se presentará a continuación, un Manual para el Voluntario de Acompañamiento, Mínimos de Intervención, Condiciones Deseables de los Adultos Mayores y los Registros del Proyecto Piloto, los que serán utilizados por los Voluntarios y las Mesas Regionales y Centrales.

Se presentará además, el proceso de Ejecución del Proyecto Piloto en Valparaíso.

Además, se infiere que en rigor, el Intercambio Estudiantil llevado a cabo durante el Seminario de Título, también ha generado elementos fundamentales para la intervención, pero no serán incluidos en la Ejecución, porque sus implicancias son transversales a todo el Seminario.

I.-El Cuidado de las Personas Mayores Manual para Voluntarios

a.) ¿Cómo podemos ayudar en la Vida Diaria del Adulto Mayor?

1.- Movilidad en el Adulto Mayor

Si bien es cierto que no todos los Adultos Mayores en su vida cotidiana no pueden realizar actividades, si es posible que paulatinamente la movilidad de quienes no pueden hacerlo, aumente con el día a día.

Muchos Adultos Mayores no pueden realizar ciertas actividades básicas (como por ejemplo, mover los brazos, o levantar objetos livianos), fundamentalmente porque han dejado de hacerlo durante mucho tiempo (desuso).

De este modo, ¿por qué es importante que el Adulto Mayor mantenga cierta movilidad?. Porque cuando una persona mayor ha perdido la costumbre de mantenerse activo, seguramente llegará a extremos en los que el deterioro de la salud serán un eje fundamental de su estado de bienestar general. Muchas veces los cuidadores intentan evitarle esfuerzos al Adulto Mayor, por lo que finalmente se logra que la persona pierda total o parcialmente su movilidad.

El rol de la familia en el aspecto es de suma importancia, puesto que con su ayuda, el Adulto Mayor puede paulatinamente mejorar su movilidad.

Pero, ¿qué puede hacer el voluntario para ayudar a mejorar la movilidad en las Personas Mayores?

✖ En primer lugar, motivar a la red cercana al Adulto Mayor (familiares, amigos vecinos o cuidador) para que fomenten su movilidad: intentando establecer pautas simples de ejercicio diario, entregándole tareas simples, como por ejemplo, que ponga el servicio, sacudir, etc. Es necesario que cada cambio que se intente incorporar en la vida de un Adulto Mayor, sea de forma paulatina y además, se debe contar con la aprobación de éste.

✖ *Crear oportunidades para fomentar la actividad:* estimulándolo para dar paseos, animándolo y ayudándolo (dándole el brazo, ofreciéndole el bastón, etc.).

✖ Como una manera de evitar accidentes o caídas, muchas personas tienden a evitar que la persona mayor se mueva. Ante esta situación, es necesario *demostrar una actitud de seguridad* y confianza. Por ejemplo, afirmaciones como "vaya despacio...yo le ayudo" o "no se preocupe, yo estoy con usted", permitirán además, que se establezca una relación de confianza entre voluntario y beneficiario.

✖ Es necesario que el voluntario confíe en las posibilidades de movilidad que el Adulto Mayor posee.

2.- Cuando se produce el Enojo, Rabia e Ira

En las Personas Mayores, a medida que se van produciendo cambios físicos, paralelamente ocurren cambios de tipo psicológico, y más específicamente temperamentales o cambios de ánimo. Es así como es común oír que los Adultos Mayores poseen un "mal genio" o que "son enojones"...Cuando un voluntario ha decidido estar junto a una Persona Mayor, debe considerar que en el proceso de la relación establecida, evidentemente se producirán situaciones en las que predominen la tensión: enojo, ira, rabia, etc.

Las razones por las cuales las personas se comportan agresivamente son diversas:

- **Defensa** ante la sensación de que se está invadiendo su espacio personal (por ejemplo, ayudar a una persona en el aseo diario puede provocarle vergüenza u otras sensaciones desagradables).
- **Sentimientos de incapacidad** o frustración al no poder realizar las actividades más básicas (vestirse, desplazarse, comunicarse).
- **Reacción** ante una acción del cuidador (por ejemplo, el cuidador principal sale de casa y la persona mayor lo vive como si lo abandonara).
- **Depresión**, cambios en el entorno inmediato (cambio en los horarios u otra rutina cotidiana).
- Efectos de alguna **medicación**, dolor, etc.

Cuando un Adulto Mayor presenta comportamientos de este tipo, es necesario, en primer lugar, tomar en cuenta las causas. En segundo lugar, es posible tomar ciertas medidas:

Fomentar la Independencia: Es necesario fomentar la independencia en la medida que sea posible. De esta manera, aumentará la **confianza y seguridad** que debe tenerse a sí misma la Persona Mayor. Como ya se explicó anteriormente, una de las causas de la agresividad, corresponde precisamente a la frustración que provoca el hecho de tener que aceptar que ya no se es tan independiente como antes

Mantener rutinas en la vida diaria: Procure introducir el menor número posible de cambios en la vida del Adulto Mayor.. En éste punto es necesario realizar una pequeña recomendación para el voluntario, puesto que generalmente éste se inserta en el sistema de vida del Adulto Mayor, y sus expectativas son altamente positivas, por lo que intentará realizar variados cambios en la rutina de la persona. Sin embargo, ésta situación muchas veces puede incomodar al beneficiario, por lo que los cambios o modificaciones que se intenten realizar, deben hacerse de manera paulatina.

Ignorar la agresividad: Muchas veces en la vida diaria, las personas intercambian diversos tipos de sentimientos, actitudes, acciones, etc., la que están exentas de neutralidad. Por ejemplo, si un Adulto Mayor posee sentimientos de rabia, pena o tristeza, dichos sentimientos no son neutros. Sin embargo, cuando se producen sentimientos de agresividad, y éstos se manifiestan en actitudes negativas, es necesario tomar posiciones neutras, de manera que el otro perciba cierta indiferencia hacia dicha actitud.

"...Cuando se presente un comportamiento agresivo, procure no mostrar ni siquiera desaprobación o molestia por este comportamiento..."

Elogie la amabilidad: Si un Adulto Mayor presenta constantemente comportamientos agresivos, es necesario que cuando demuestre amabilidad, respeto o simpatía, se le premie, elogie o recompense por ello. La manera más óptima de elogiar un comportamiento amable, es respondiendo con igual amabilidad.

En el momento en que se producen situaciones agresivas, éstas provocan tensión en quienes la viven, por lo que es necesario siempre tomar en cuenta:

- Mantener la calma, y demostrar que lo está. Perder el control, significa aceptar que la situación se encuentra "fuera de límites".
- Informar de lo que va a hacer: Intente explicar en todo momento, paso a paso, las acciones que realizará.
- Distraerle: Procure esquivar su atención cuando prevea un comportamiento agresivo: cámbiele de tema, háblele de situaciones pasadas, anécdotas, etc.
- Preguntarle: Indague cuál cree la persona que es la causa de su comportamiento.
- Evite riesgos: Elimine aquellos objetos peligrosos que pudieran causar algún daño o accidente.

Así como es necesario tener en cuenta ciertos aspectos para enfrentar el comportamiento agresivo, a continuación se presentarán **actitudes que no deben realizarse:**

- ‡ Reaccionar impulsivamente: Recuerde siempre que el comportamiento manifestado posee ciertas causas que hay que indagar.
- ‡ Enfrentarse
- ‡ Gritar: No levante la voz, pues contribuirá a aumentar el enfado.
- ‡ Tocarle de forma inesperada: Éste tipo de acción puede ser mal interpretada.
- ‡ "Ser alarmista": No intente exagerar la situación.

✚ Alertar a otras personas: Sólo intente buscar la ayuda necesaria.

✚ Provocar

✚ Sujetarle

3.- Enfrentando la Inactividad y Tristeza

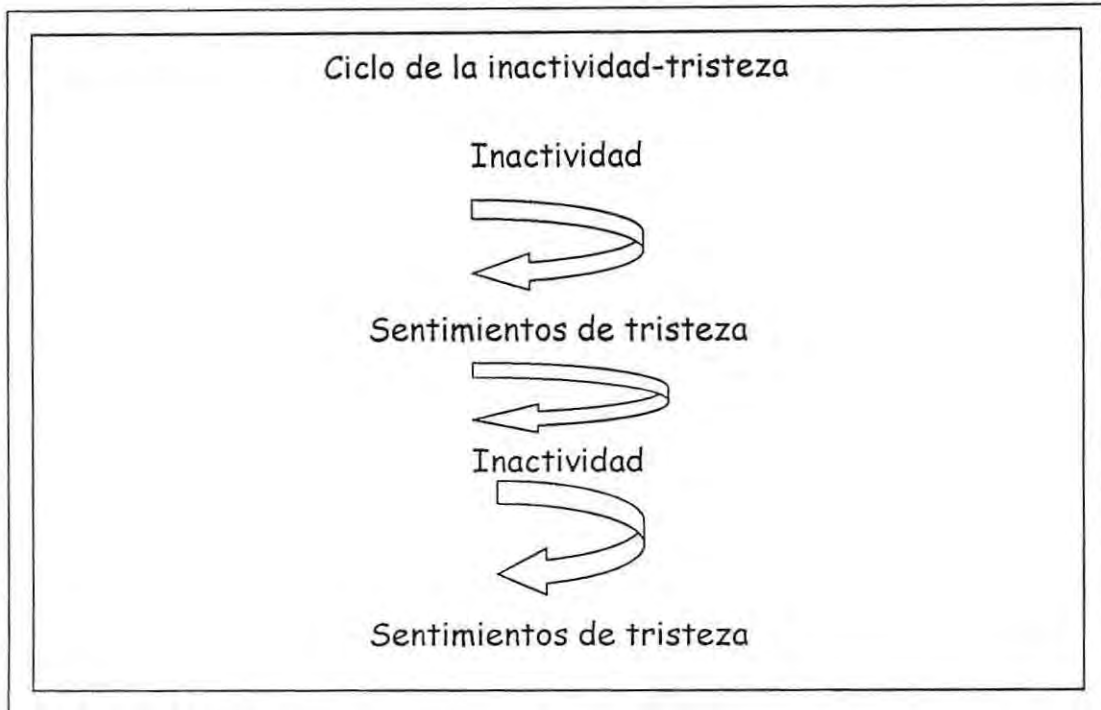
Algunas personas mayores que están enfermas se ven a sí mismas incapaces de hacer cualquier cosa, tienen sentimientos de soledad y sienten que nadie se preocupa de ellos, incluso en el caso de que existan familiares que les cuidan.¹ Para una Persona Mayor,, el estar enfermo significa muchas veces depender de otras personas, lo que, obviamente favorece la aparición de sentimientos de tristeza.

Pero no solamente el "estar enfermo" provoca que la Persona Mayor se sienta triste, desganada, etc. Un ambiente familiar tenso, un ambiente físico (vivienda) no adecuado o en mal estado, necesidades básicas no satisfechas (alimentación), o simplemente un ambiente social amenazante, son factores que inciden en el Adulto Mayor.

Cuando una persona se siente triste, generalmente, éste sentimiento va acompañado de la inactividad. Muchas veces las personas se sienten tristes (y mantienen ese estado), si no reciben pequeñas satisfacciones diarias que les haga tener un estado de ánimo alegre. Por lo general, el "sentirse triste", provoca que este estado de ánimo se prolongue en el tiempo, con lo que la situación empeora.

¹ "Cuando las Personas Mayores Necesitan Ayuda", María Izal Fernández de Trocóniz y otros. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.

A continuación, se presentará el Ciclo de la inactividad-tristeza



Como es posible apreciar, este ciclo una vez comenzado, resulta difícil salir. La forma de vencer esta situación es interrumpir en algún momento esta espiral de inactividad y tristeza.

¿Qué es posible realizar, para superar este ciclo?

- Conseguir que el Adulto Mayor, a pesar de haber perdido cierta autonomía sobre su vida, tenga ciertas responsabilidades. Por ejemplo, permitiéndole que tome la mayor parte de las decisiones en su vida, que se encargue del cuidado de plantas, animales, etc.
- Procurando que en la vida diaria se "sienta útil".
- Intentando que el Adulto Mayor realice actividades agradables en su vida diaria. Fomente el diseño de algún plan, en donde se establezcan aquellas actividades que para la persona resultan agradables. Anímelo a participar y a practicarlas!. Es muy posible que luego de un tiempo, el estado de ánimo mejore. El descubrir cuáles son las actividades que al Adulto Mayor más le gustan, toma cierto tiempo. Para eso, es necesario tener siempre paciencia.

A continuación, plantearemos ciertas actividades que podrían ser del agrado del Adulto Mayor:

- ∂ Salir a la calle
- ∂ Ir de compras
- ∂ Leer o escuchar historias
- ∂ Escuchar música (averiguar qué tipo de música)
- ∂ Ver televisión
- ∂ Reírse
- ∂ Comer con amigos o familia
- ∂ Preparar o comer aperitivos dulces
- ∂ Ayudar en las tareas domésticas (doblar la ropa, recogerla, etc.)
- ∂ Estar con la familia o los amigos
- ∂ Vestirse con su ropa favorita (averiguarlo)
- ∂ Escuchar sonidos de la naturaleza
- ∂ Recibir o enviar cartas o postales
- ∂ Salir de excursión
- ∂ Tomar café, té o refrescos con amigos
- ∂ Recibir cumplidos
- ∂ Ejercicio físico (caminar)
- ∂ Asearse o arreglarse (maquillarse, en el caso de las mujeres)
- ∂ Recordar y hablar sobre hechos pasados
- ∂ Cuidar plantas
- ∂ Cuidar animales domésticos

La agitación fundamentalmente se refiere a aquellos comportamientos que manifiestan intranquilidad, excitación y/o conductas repetitivas que la persona no puede controlar y que carecen de una finalidad aparente. A continuación, se presentarán ejemplos de cuando una persona presenta agitación comportándose repetidamente de alguna o algunas de las siguientes maneras:

- ∂ Se muestra inquieto /a
- ∂ Camina con pasos rápidos
- ∂ Se frota las manos
- ∂ Repite preguntas
- ∂ Muestra movimientos de balanceo
- ∂ Se araña o rasca la piel continuamente
- ∂ Golpea la puerta con el pie

- ∂ Cambia los muebles de lugar
- ∂ Intenta escapar de su hogar
- ∂ Abre todos los grifos
- ∂ Agita los brazos
- ∂ Hace ruidos sin finalidad aparente
- ∂ Gime, se lamenta o solloza

Es necesario recordar, que este tipo de comportamientos se visualizan una vez que la relación entre beneficiario y voluntario, ya se ha establecido.

Fundamentalmente, la agitación en el Adulto Mayor, posee diversas causas, las cuales se explicarán a continuación.

- Problemas de Salud: Muchas veces, el consumo de medicamentos puede traer otro tipo de consecuencias. La agitación puede ser una de ellas. Por esta razón, es necesario informarse e indagar en los controles médicos del Adulto Mayor.
- Limitaciones físicas y de comunicación: Muchos Adultos Mayores que han sufrido alguna enfermedad (embolias, trombosis) que les ha dejado con secuelas, pueden mostrarse agitados, ya que al padecer este tipo de enfermedades limitan muchas veces su movilidad, lo que aumenta con ello su nivel de dependencia.
- Demencia: En fases iniciales o medias de esta enfermedad, es muy común que la persona empeore paulatinamente su estado, por lo que es usual que comiencen a presentar estados de agitación.
- Alucinaciones: Este tipo de causa, generalmente va acompañada de la anterior (demencia). Por ejemplo, un tipo de alucinación puede ser dar palmadas, o ver personas que realmente no están, etc.

¿Qué es posible realizar cuando se presentan estados de agitación?

- ☉ Transmítale calma: Es importante dar seguridad, comprensión, hablar pausado. Si es posible y necesario apague el televisor o la radio.
- ☉ Distráigale: Si en determinados momentos se produce la agitación, entreténgale en otras actividades o simplemente hablele de otros temas.
- ☉ Consulte con el médico, o indague en los controles.
- ☉ Intente adecuar el ambiente: Mejorando la iluminación, instalar música suave, mejorando el espacio, etc.
- ☉ Fomente la práctica de actividades: Jardinería, paseos, etc.
- ☉ Ilumine el hogar antes de que anochezca: Muchos Adultos Mayores presentan agitaciones al atardecer o en las noches. Por ésta razón, procure encender las luces antes de que oscurezca.

5.- Alucinaciones

Fundamentalmente, las alucinaciones se producen en personas con demencia en una fase avanzada de la enfermedad, aunque también pueden estar originadas por otras causas (medicamentos, depresiones, cambios, etc.).

Cuando las personas sufren alucinaciones, ven u oyen cosas que no son reales, pueden sentir, oler o tocar cosas que no existen o tener ideas erróneas de realidad (sospechas erradas) o culpas.

Pero, ¿qué hacer cuando se presentan alucinaciones?

- Mantener la calma: Esto le ayudará a transmitirlo a la persona, por lo que la situación puede aminorarse.
- Identificarse: Es necesario que repita su nombre ante la persona, y permanezca cercano a él, de tal manera que le reconozca.
- Hablar de forma suave
- Prestar atención y proteger: Escúchelo, y no le ignore. Asegúrele que nada sucede.
- Intente distraerlo
- Dejarlas pasar: Si las alucinaciones no representan un peligro, simplemente deje que éstas ocurran.

Ahora bien, ¿qué no es correcto hacer, en caso que se presenten alucinaciones?

- ✦ No discuta con la Persona mayor, ni tampoco niegue el suceso. Sólo logrará que se sienta más nervioso /a

- † No es necesario que discrepe o esté de acuerdo con la persona que está alucinando, simplemente entréguele una respuesta que no lo comprometa.
- † Ser especialmente cariñoso.

6.- ¿Cómo comunicarnos con personas que presentan problemas auditivos?

Generalmente, la comunicación con personas que presentan problemas auditivos, son los siguientes:

- ☉ Se oyen peor los sonidos agudos
- ☉ Se malinterpretan los mensajes más fácilmente
- ☉ Se hace más difícil la comunicación no verbal (gestos, expresiones), ya que las personas con dificultades auditivas centran su atención en los labios del otro y no atienden a otras señales
- ☉ Al no entender lo que se les dice, las personas con este problema pueden volverse recelosos y desconfiados
- ☉ Tienden a estar de mal humor
- ☉ La persona se aísla

Consejos útiles:

- Elija para hablar lugares que sean silenciosos
- Capte su atención antes de hablar (tocándole si es necesario)
- Sitúese en frente de la persona con quien habla y mientras lo hace, mírele a la cara
- Asegúrese de que usted tiene suficiente iluminación sobre la cara y no sobre su espalda, para facilitar la lectura de sus labios
- Hable despacio y vocalizando de forma clara
- Utilice frases sencillas y cortas
- No cambie rápidamente de tema
- No hable demasiado alto. Basta con hablar con un volumen ligeramente más alto de lo habitual
- Acompañe lo que dice con gestos
- Escuche con sumo cuidado si el Adulto Mayor da señales de que le entiende. Hágale preguntas si es necesario para comprobar que le ha entendido

b.) ¿Cómo podemos vincular a la familia en el cuidado del Adulto Mayor?

1.- Fomentando el cuidado de la propia familia

Las personas que se encuentran al cuidado de un Adulto Mayor, vivencian a diario diversas situaciones, que dependerán de un sin fin de factores: edad del Adulto Mayor, tipo de enfermedad o enfermedades que padezca, nivel socioeconómico, dinámicas familiares, existencia o no de una red de apoyo, etc., etc., etc. De esta manera, cada caso es diferente del otro, por lo que las demandas que se requieren de las familias varían.

Sin embargo, la mayoría de estos casos suelen tener una característica en común: *pueden llegar a ser situaciones de tensión o estrés que conllevan fatiga, problemas físicos, sentimientos de impotencia, culpa, tristeza, etc. En otras palabras, se trata de un desgaste físico y emocional más o menos continuo.*

En la medida que una familia (o sus cuidadores), comienza a internarse en una rutina diaria, en la que predomina el estrés y la tensión, se hace necesario tomar en cuenta a aquellos momentos reflexivos. El reflexionar, permitirá "darse cuenta" de la situación actual en la que se encuentra la familia o el cuidador del Adulto Mayor.

A continuación, se presentarán una serie de "Posibles señales de Alerta", que la familia debe prestar vital atención

Señales de Alerta

- Problemas de sueño (despertar de madrugada, insomnio, etc.)
- Pérdida de energía (fatiga, sensación de cansancio continuo)
- Aislamiento
- Consumo excesivo de bebidas con cafeína, alcohol o tabaco
- Problemas físicos: palpitaciones, temblor de manos, molestias digestivas
- Falta de interés por actividades, personas, etc.
- Aumento o disminución del apetito
- Actos rutinarios repetitivos (por ejemplo, limpiar continuamente)
- Enfadarse fácilmente
- Dar demasiada importancia a pequeños detalles
- Cambios frecuentes de humor o estados de ánimo
- Propensión a sufrir accidentes

Resulta obvio que si se reconocen una o más de estas Señales de Alerta, es necesario buscar algún tipo de ayuda, ya sea en algún familiar, vecino o amigo cercano, con el cual se tenga confianza. Ahora bien, ¿cómo pedir esta ayuda?

♣ En primer lugar, es necesario dilucidar qué tipo de ayuda se necesita, y no esperar que los otros lo adivinen. Por ejemplo, si necesitamos que alguien se quede con nuestro familiar para que lo cuide durante unas horas, o simplemente para expresar nuestro cansancio o fatiga, no esperemos que el otro adivine nuestros deseos, simplemente, demostrémoslo.

♣ Es necesario tener en cuenta qué personas pueden ayudarnos o nos, puesto que algunas se encuentran más dispuestas a hacerlo que otras.

♣ Un buen recurso para utilizar, son las reuniones familiares. En ellas, es posible expresar todas nuestras molestias y quejas, ya que si nos atrevemos a expresarlas, la familia en conjunto puede ayudar a solucionar los problemas.

♣ Buscar ayuda en las Organizaciones Comunitarias (Iglesia, Club del Adulto Mayor) o profesionales de los Centros de Salud (Enfermera, Asistente Social, Psicólogo).

*Tenga en cuenta que:
Pedir ayuda no es un signo de debilidad, sino que es una excelente
forma de cuidar a nuestro familiar y a nosotros mismos.*

Resulta importante saber pedir ayuda en el momento justo y a las personas indicadas. No obstante, el **cuidado personal** de quienes cuidan a un Adulto Mayor, también resulta trascendental al momento de enfrentar los problemas. Por eso, es necesario tener presente:

- La importancia de dormir lo suficiente
- Hacer ejercicio con regularidad
- Evitar el aislamiento
- Salir de casa
- Mantener aficiones e intereses
- Descansar
- Organizar el tiempo
- Controlar los enojos y la irritabilidad
- Aliviar la tristeza y la depresión
- Alejar los sentimientos de culpa
- Realizar ejercicios de relajación, o simplemente tomar contacto con la naturaleza

2.- Mejorando la comunicación al interior de la familia

En las relaciones familiares, todos los problemas se solucionan conversando. El enfado, el enojo, los malos tratos, etc., tienen su solución cuando las personas conversan de ello. Es por esta razón, que es necesario e importante, expresar gran parte de los sentimientos e ideas que se tengan al respecto, en el momento justo y en el lugar adecuado. A continuación, se presentarán las ventajas de una buena comunicación y las razones por las que se consigue comunicarse de una manera efectiva.

Ventajas de una buena comunicación

- Mantenimiento de un buen clima familiar
- Hace sentir mejor a las personas involucradas
- Fomenta la autonomía del Adulto Mayor
- Facilita la solución de los problemas familiares
- Reduce la irritación o agitación.

Razones por las que se consigue comunicarse efectivamente

- Elección de un lugar adecuado (lugar cómodo, tranquilo, nunca cuando la otra persona se encuentra realizando alguna otra actividad)
- Escuchar atentamente (procure mirar a los ojos)
- Observar al familiar
- Buscar temas de conversación (las Personas Mayores suelen disfrutar mucho al hablar del pasado)
- Utilizar un lenguaje sencillo
- Dejar tiempo para responder
- Evitar generalizar (intente no utilizar el "siempre", "todo" o "nunca")

En el proceso de comunicación, que se establece con un Adulto Mayor, se hace necesario otorgarle un rol primordial a la **entrega o transmisión de afecto** a la persona que se cuida. A continuación, se sugerirán unos consejos para mejorar la transmisión de afecto hacia el Adulto Mayor, lo que ayudará paulatinamente a crear una buena comunicación.

¿Cómo transmitir afecto a su familiar?

- Facilitando la expresión de sus emociones
- Comprendiendo sus sentimientos
- Tranquilícelo (tiene relación con la seguridad y el apoyo)
- Sea positivo y demuéstrelle interés
- Ayudando a solucionar situaciones difíciles
- Evitando juzgar y aconsejar
- Utilizar contacto físico y sonrisa

3.- Favoreciendo la independencia y autoestima del Adulto Mayor

El proceso de envejecimiento conlleva, para el Adulto Mayor, una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales. Lo anterior, trae consigo también que se produzca un deterioro en la salud .

Pero no sólo el deterioro de la salud es la causa por la que las Personas Mayores dejan de hacer actividades. Las actividades y formas de actuar de los familiares y otras personas cercanas ante el deterioro de la salud del Adulto Mayor, tienen una gran influencia sobre el grado de autonomía e independencia que ésta muestra. Usualmente, los familiares tienden a responder a los problemas de autonomía de las personas a las que cuidan haciendo las cosas por ellos.

Favorecen la dependencia	Favorecen la independencia
Aseo Personal	
<i>"No te preocupes por tu aspecto, no vas a salir"</i>	<i>"Podrías afeitarte, creo que estarás mejor"</i>
Incontinencia	
<i>"Te voy a cambiar de ropa. Estás mojada"</i>	<i>Puedes cambiarte de ropa. Cuando termines te ayudo a limpiar la silla"</i>
Actividad	
<i>"Es mejor que te quedes en cama. Total, no tienes nada que hacer"</i>	<i>"¿Qué tal si te levantas y andas un poco"</i>
Alimentación	
<i>"Yo te daré la comida. Vamos a llegar tarde"</i>	<i>"Hoy vamos a comer antes para que nos dé tiempo a llegar a la hora"</i>
Higiene y Baño	
<i>"Déjame a mí la toalla. Te seco yo"</i>	<i>"Te doy la toalla para que te vayas secando por arriba. Mientras, yo te voy secando las piernas"</i>

Vestido	
<i>"Déjame que te vista. Tardamos menos"</i>	<i>"Elegimos la ropa que te vas a poner y poco a poco te la vas poniendo. Llámame si te hace falta ayuda"</i>

Siempre existe una alternativa para favorecer la independencia de un Adulto Mayor. La clave se encuentra en el conocimiento de la Persona Mayor, el cariño e incluso la creatividad.

Para potenciar la autonomía del Adulto Mayor, es necesario que la forma de pensar y actuar de quienes le rodean, sea altamente positiva y basada en el cariño y respeto mutuo hacia la persona y hacia su etapa de la vida

Si queremos potenciar la autonomía de nuestros Adultos Mayores, es necesario en primer lugar, tener paciencia y no darse por vencido, puesto que los cambios requieren de cierto tiempo. La persistencia entonces, se torna una importante compañera.

∂ Observe y trate de encontrar todo lo que el Adulto Mayor pueda hacer solo. Poner especial atención en todas aquellas actividades d la vida diaria, como bañarse, jabonarse, alimentarse, caminar, etc., ayudarán a que sea más fácil detectar en cuál de estos aspectos es posible de potenciar la autonomía.

∂ No haga por el Adulto Mayor, nada que éste pueda hacer por sí mismo. En este aspecto, es de vital importancia el punto anterior (observar las actividades que el Adulto mayor pueda realizar solo), ya que este factor, corresponde al segundo paso. Es necesario recordar, que existen tareas que el Adulto Mayor simplemente no puede realizar, como por ejemplo abrocharse los botones o amarrarse los zapatos, por lo que no hay que forzar las situaciones.

∂ Ayude al Adulto Mayor sólo lo necesario. Éste factor posee tres variantes: proporcionando ayuda verbalmente, ayudándole sólo a empezar la actividad, ayudándole a realizar la actividad específica (por ejemplo, llevar la cuchara a la boca)

∂ Prepare al Adulto Mayor para los cambios. Si va a realizar algún cambio en la rutina diaria del Adulto mayor, coménteselo con anterioridad.

∂ Mantenga las rutinas siempre que pueda.

∂ Preste atención a las preferencias de la Persona Mayor. Es necesario tomar en cuenta cuáles son los gustos y preferencias del Adulto Mayor, de ésta manera, él (ella) se sentirá partícipe de su propia vida.

∂ Procure evitar cambios bruscos en el ambiente.

∂ Tenga en cuenta la seguridad, pero también la autonomía. Un equilibrio entre ambas, fomentarán la independencia del Adulto mayor.

Al fomentar la autonomía e independencia del Adulto Mayor, debiéramos también tomar en cuenta también su **autoestima**. ¿Cómo la potenciamos?

⊗ Permita que el Adulto Mayor tome las decisiones que le afecten. Importante es entonces, preguntarle su opinión en todo lo que a él (ella) le concierne.

⊗ Haga que el Adulto mayor se sienta útil

⊗ Procure que el Adulto Mayor asuma sus responsabilidades. Dentro de éste aspecto, se hace necesario determinar los límites (enfermedades, capacidad física, etc.).

⊗ Respete su intimidad

III.- Condiciones Deseables

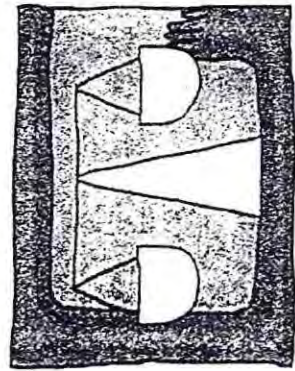
Diagnóstico	Línea de base	Objetivos a cumplir	Plan de trabajo	Seguimiento
Situación Económica				
Trabajo	<input type="radio"/> Existencia de trabajo remunerado formal o informalmente	<input type="radio"/> Intencionar su obtención		
Subsidios	<input type="radio"/> Existencia Pensión Asistencial o Vejez <input type="radio"/> Existencia SAP <input type="radio"/> Existencia Subsidio de Basura	<input type="radio"/> Intencionar su obtención <input type="radio"/> Intencionar su obtención <input type="radio"/> Intencionar su obtención		
Otros ingresos				
Otros datos diagnósticos de interés				
Vivienda				
Tenencia	<input type="radio"/> Propia, Arrendada o Cedida	<input type="radio"/> Difícil comprometerse con obtención		
Características	<input type="radio"/> Piso vivienda en buen estado <input type="radio"/> Forro vivienda en buen estado	<input type="radio"/> Intencionar su mejoramiento <input type="radio"/> Intencionar su mejoramiento		
Luz	<input type="radio"/> Luz eléctrica u otro seguro	<input type="radio"/> Asegurar seguridad de medios o mejorarlos		
Agua	<input type="radio"/> Existencia agua potable	<input type="radio"/> Intencionar o gestionar su adquisición		
Eliminación de Excretas	<input type="radio"/> Alcantarillado o Pozo Sántico	<input type="radio"/> Intencionar alcantarillado		

Cocina	<input type="radio"/> Existencia de cocina, si se necesita <input type="radio"/> Existencia de espacio para cocinar <input type="radio"/> Existencia de utensilios	<input type="radio"/> En caso necesario, intencionar adquisición <input type="radio"/> En caso necesario, intencionar adquisición <input type="radio"/> En caso necesario, intencionar adquisición		
Radio-televisión	<input type="radio"/> Tenencia de radio o televisión	<input type="radio"/> Intencionar adquisición		
Otros datos Diagnósticos de interés				

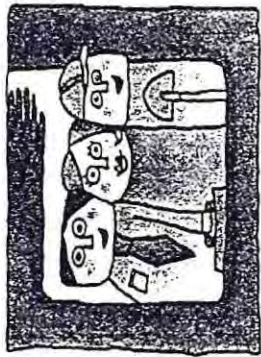
Salud y nutrición

Control Centro Salud PACAM	<input type="radio"/> Tenencia Carnet Centro de Salud <input type="radio"/> Beneficiario de PACAM	<input type="radio"/> Adquisición Carnet Centro de Salud <input type="radio"/> Adquisición de Beneficio	
Medicamentos	<input type="radio"/> Control establecido en Carnet de Salud <input type="radio"/> Tenencia de mascotas, en caso preferente	<input type="radio"/> Control de medicamentos al día <input type="radio"/> Estado de sanidad de la mascota	
Mascotas			
Requiere diagnóstico diferencial			
Otros datos diagnósticos de interés			
Facultades Mentales Alteradas	<input type="radio"/> Establecido en Carnet de Salud	<input type="radio"/> Control de enfermedad al día.	
Alfabetización			
Lea o escriba	<input type="radio"/> Sepa leer o escribir	<input type="radio"/> Intencionar incorporación en Taller de Lectoescritura	
Pensamiento y Lenguaje	<input type="radio"/> Ejercitación de Pensamiento y Lenguaje	<input type="radio"/> Práctica habitual de Pensamiento y Lenguaje	
Otros datos diagnósticos de interés			

Ocupación del Tiempo Libre			
Amigos	<input type="radio"/> Existencia de amigos <input type="radio"/> Realización de deporte, manualidades o hobbies. <input type="radio"/> Realización de paseos, visitas o salidas	<input type="radio"/> Reuniones periódicas con ellos <input type="radio"/> Práctica habitual de uno de ellos <input type="radio"/> Salidas periódicas del hogar	
Actividades			
Diversión o distracción			
Redes familiares, vecinales o del entorno			
Visitas	<input type="radio"/> Que reciba visitas de familiares <input type="radio"/> Existencia de relaciones familiares <input type="radio"/> Existencia de ayuda mutua	<input type="radio"/> Intencionar visitas <input type="radio"/> Mejorar o intencionar relaciones familiares <input type="radio"/> Mejorar o crear instancias de ayuda mutua	
Relaciones con familiares			
Relaciones con vecinos o amigos			
Otros datos Diagnósticos de interés			
Participación e Integración Comunitaria y redes			
Instituciones u organizaciones	<input type="radio"/> Conocimiento de instituciones u organizaciones <input type="radio"/> Participación en instituciones u organizaciones del barrio o la comuna	<input type="radio"/> Conocimiento de dos o más instituciones u organizaciones <input type="radio"/> Asistencia a instituciones u organizaciones del barrio o la comuna	
Participación			
Otros datos diagnósticos de interés			

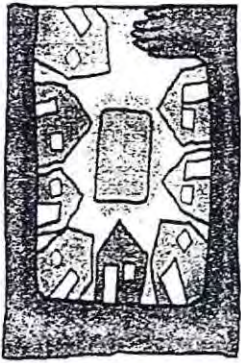


**IV.- Requerimientos
Registros Proyecto Piloto Adultos
Mayores
(Voluntarios, Coordinadores, Mesa
Regional)**



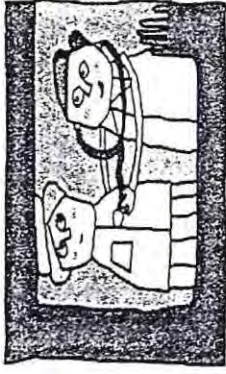
I N G R E S O S	
Requerimientos	N° de personas o enseres
Necesitan PASIS	
Investigar situación Previsional	
Con Derecho a SAP y no lo tienen	
Dependientes para investigar situación COMPIN	

E Q U I P A M I E N T O	
Requerimientos	N° de personas o enseres
Necesitan cama	
Sábanas	
Frazadas	
Almohadas	
Platos	
Tazas	
Cubiertos	
Tetera	
Olla	
Silla	
Mesa	
Radio	
Televisión	



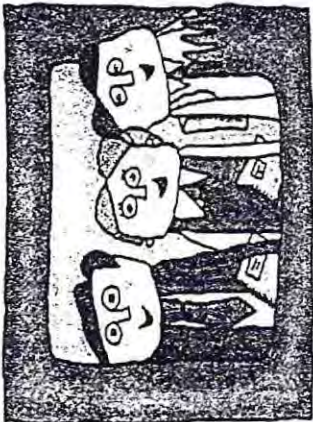
V I V I E N D A

Requerimientos	N ° de personas o enseres
No tiene pieza	
Se llueve y hay que sellar	
Abrir ventana	
Obtener luz	
Basureros	
Intencionar limpieza vivienda	
Les interesa acceder a vivienda en	

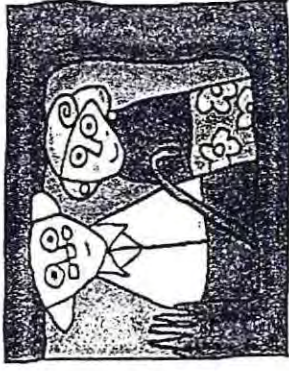


S A L U D

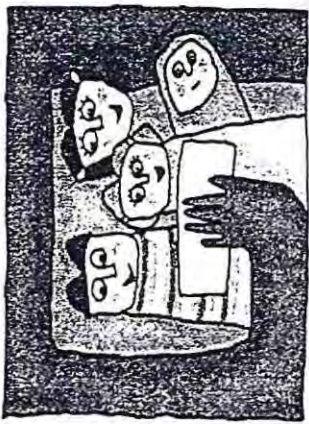
Requerimientos	N ° de personas o enseres
Inscribirse en Centro de Salud	
No tiene control al día	
Falta EFAM	
Es Dependiente, debe inscribirse para FFAM	
No tiene PACAM y es mayor de 65 años	
Necesita órtesis	
Necesita prótesis	
Tiene dependencia extrema (hay que derivar)	
Mascotas sin control	
Puede realizar ejercicio físico	



C O G N I T I V A E S T I M U L A C I O N		N ° de personas o enseres
Requerimientos		
	No conoce Programa de Alfabetización	
	Desea asistir a Programa de Alfabetización de INP	
	Ejercitar Funciones Cognitivas	

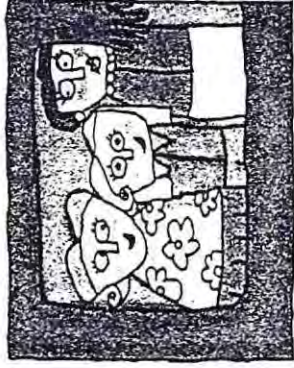


T I E M P O L I B R E		N ° de personas o enseres
Requerimientos		
	Hay que informar de alternativas de Tiempo Libre	
	Motivar a la participación de actividades de recreación	
	Intencionar incorporación a actividades de recreación	
	Intencionar incorporación a actividades de Chile Deportes	



G R U P O Y C O M U N I T A R I A P A R T I C I P A C I Ó N

Requerimientos	N° de personas o enseres
No conocen organizaciones existentes en barrio o comuna	
Se debe informar de laa personas del Proyecto a Unidades vecinales	
Debemos integrarlos a actividades comunitarias (para el equipo de voluntarios)	
Debemos intencionar paseos y visitas recreativas para Valentes	
Debemos intencionar paseos y visitas recreativas para Autovalentes	



S O C I A L E S Y C O M U N I T A R I A S R E D E S F A M I L I A R E S

	N° de personas o enseres
Tiene familia, y es necesario localizarla	
No tiene relación con alguien significativo	
No tiene contacto con sus pares	
Mal estado motivacional y/o anímico	
Se debe informar a familia de servicios de la red	
Investigar situación de maltrato	
Informar situación de maltrato	

V.- Proyecto Piloto de Adultos Mayores que viven solos

Chile Solidario

Ejecución Valparaíso

Como se ha establecido anteriormente, el Proyecto Piloto de Adultos Mayores que viven solos corresponde a una instancia de trabajo desarrollada en Valparaíso y Tomé. Sin embargo, la experiencia llevada a cabo en Tomé se ha desprendido de los lineamientos centrales, fundamentalmente porque su realidad institucional, administrativa y social ha sido distinta de Valparaíso. Los lineamientos centrales, corresponden fundamentalmente a canales de información y comunicación interrumpidos durante la ejecución del Proyecto Piloto, y una vez establecidas las Mesas Regionales de Trabajo y recolectadas las encuestas para desarrollar el Diagnóstico. De esta manera, tanto Valparaíso como Tomé, desarrollan procesos paralelos una vez que la Mesa Central entrega los resultados de las encuestas aplicadas y una vez ocurrido este hecho, bajo marcos no controlados, ambos procesos se diferencian. Es por esta razón, que a continuación sólo se presentará la ejecución del Proyecto Piloto en Valparaíso. Por último, es necesario agregar, que la Secretaría Ejecutiva del Chile Solidario, hasta la fecha de elaboración del documento, no posee información acerca del desarrollo del Proyecto Piloto en Tomé.

Ahora bien, en Valparaíso y Tomé, para la ejecución del Proyecto Piloto, Chile Solidario se ha contactado con la Secretaría Regional de Planificación y Coordinación (SERPLAC), pues la dirección del Programa a nivel regional recae en dicha institución.

Por otra parte, la División de Organizaciones Sociales (D.O.S), a través de los Centros del Voluntariado, contrata a un profesional del área social, para desempeñar la función de Gestor Social, entre los meses de Mayo a Diciembre). Las funciones del profesional son:

- Coordinar el Proyecto Piloto a nivel regional y local: con Adultos Mayores, voluntarios y Mesas de Trabajo (Regional y Central).
- Gestionar con Mesas Regionales y Central los Requerimientos evidenciados durante el proceso.

- Recolectar información para una posterior sistematización.
- Controlar el proceso en el nivel local.
- Supervisar en terreno, las actividades desarrolladas.

La ejecución del Proyecto Piloto en Valparaíso, ha continuado con los lineamientos establecidos por las Mesas de Trabajo (Regional y Central), lo que fundamentalmente se vislumbra en que efectivamente la Estrategia de Intervención y los Requerimientos establecidos (Pautas de Registro) para “levantar” la información, se han llevado a cabo en esta comuna.

Es necesario agregar, que el Proyecto Piloto en Valparaíso, ha debido incorporar un nuevo Gestor Social, pues quien se desempeñaba en esta labor, ha debido renunciar por problemas ajenos al Proyecto Piloto. De esta manera, quien asume el cargo, corresponde a la Alumna Seminarista, durante los meses de Noviembre y Diciembre, fundamentalmente por la experiencia desarrollada en torno a la temática. Por otra parte, se hace necesario establecer que el pago de los subsidios al voluntariado en Valparaíso se ha retrasado, fundamentalmente por problemas administrativos presentados en el Centro del Voluntariado (dependiente de la D.O.S.), factor que podría tener incidencia en los resultados del Proyecto Piloto.

En relación al número de voluntarios y Adultos Mayores que han participado del proceso, es posible agregar que en Valparaíso han comenzado 86 voluntarios, con 260 Adultos Mayores. Sin embargo, al finalizar el Proyecto Piloto, el número de voluntarios descendió, y por ende, el de Adultos Mayores, prestándose una cifra de 34 voluntarios y 69 Adultos Mayores.

En relación a los integrantes de la Mesa Regional, se ha destacado la participación de: Instituto de Normalización Provisional, sucursal Valparaíso, Secretaría Regional de Planificación y Coordinación (SERPLAC), Oficina Comunal del Adulto Mayor (OCAM), Comité Regional del Adulto Mayor, Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio e Intendencia regional a través de su Departamento Social.

A continuación, se presentará una tabla, que representa las actividades desarrolladas en Valparaíso, durante la ejecución del Proyecto Piloto.

Actividad	Desarrollo	Mes	Responsables	Resultados
Capacitación del Voluntariado	Se capacita al voluntariado, con la finalidad de comenzar el proceso de intervención	Septiembre	Mesas de Trabajo Central y Regional	Se capacitan 50 voluntarios, a los cuales se les destina tres Adultos Mayores a cada uno.
Acompañamiento al Adulto Mayor	Comienza intervención y puesta en marcha de la Estrategia de Intervención por parte del voluntariado	Octubre – Noviembre - Diciembre	SERPLAC; Gestor Social, Voluntariado.	Las sesiones de Acompañamiento no comienzan en las semanas previamente establecidas, debido a incompatibilidades horarias de los voluntarios (en su mayoría universitarios), o porque los Adultos Mayores no se encontraban en sus hogares al momento de la visita.
Realización de Talleres Grupales	De acuerdo a la Estrategia de Intervención, se desarrollan Talleres Grupales preferentemente en Unidades Vecinales	Octubre, Noviembre y Diciembre	Voluntarios Capacitadores	Los Talleres Grupales poseen bajo impacto en la población Adulta Mayor, fundamentalmente por la baja asistencia de los mismos. Lo anterior se explica, a juicio de

				los voluntarios "por falta de dinero para asistir o por dependencias físicas de los Adultos Mayores".
Taller de Autocuidado para Voluntarios	Taller efectuado con la finalidad de recoger elementos del proceso vivenciado por voluntarios: problemáticas, inquietudes, temores, etc.	Octubre	Gestor Social	Visualización de avances y estado actual del la ejecución del proyecto, además de inquietudes del voluntariado. Baja número de voluntarios de Acompañamiento (30).
Sistematización Requerimientos Proyecto Piloto	Recolección de Pautas de Registros del voluntariado (a través de disquetes), para conocer necesidades en relación a ingresos, salud, vivienda, redes sociales, etc. De los Adultos Mayores.	Noviembre - Diciembre	Voluntarios Gestor Social	La recolección de los datos se lentifica, debido a que los voluntarios no entregan los disquetes a sus coordinadores (Voluntario Coordinador).
Taller de Desvinculación para Voluntarios	Voluntarios manifiestan dificultades para desvincularse	Diciembre	Gestor Social Voluntarios	Entrega de técnicas y herramientas para enfrentar esta

	de Adultos Mayores			etapa. Se invitan profesionales del Programa Adopta un Hermano, para entregar aportes en la temática de la desvinculación. Continúa disminuyendo el número de Voluntarios de Acompañamiento: 22.
Jornada Encuentro entre Adultos Mayores y Voluntarios en Fundación La Semilla, Hijuelas.	Realizar un proceso de cierre formal del Proyecto Piloto	Diciembre	SERPLAC Gestor Social	Asisten cerca de 60 Adultos Mayores y 15 voluntarios, además de autoridades vinculadas al Proyecto Piloto. Se establece cierre formal.
Reuniones Mesa Regional	Reuniones periódicas con integrantes de Mesa Regional	Octubre – Noviembre - Diciembre	Integrantes de Mesa Regional, SERPLAC, Gestor Social	Las reuniones poseen bajos resultados, fundamentalmente por incompatibilidad horaria entre integrantes y baja asistencia de los mismos.
Evaluación del Proyecto Piloto	Secretaría Ejecutiva de Chile Solidario	Diciembre	SERPLAC Gestor Social	Se evalúa proceso en relación a Estrategia de

	entrega Pautas de evaluación			Intervención, actores participantes (Voluntarios, Adultos, Mayores, Mesa regional), además de las actividades llevadas a cabo.
--	------------------------------	--	--	--

Factores Explicativos de Resultados obtenidos.

Frente al proceso desarrollado durante el presente año, y además considerando que en un Proyecto Piloto se hace necesario reestructurar significativamente los lineamientos que lo sustentan, se hace necesario establecer variables que determinen o expliquen los resultados obtenidos. Por otra parte, la metodología de la Investigación – Acción, tenido una mayor relevancia en esta etapa de proceso.

- Voluntarios: Si bien este recurso humano ha sido de vital importancia para el proceso, se ha manifestado una disminución en la participación de los mismos. De acuerdo a la realidad dada, es necesario considerar que los voluntarios en su mayoría son estudiantes universitarios, y por ende, con una recarga de actividades y compromisos impostergables. En segundo lugar, se considera durante la ejecución del proceso, que el número de Adultos Mayores (3) que el voluntario de acompañamiento posee a su cargo, es excesivo, si consideramos las cargas horarias que este debe enfrentar. Finalmente, el retraso en el pago de los subsidios a los voluntarios, se torna en un factor importante en el momento de mantener las motivaciones del voluntariado.

- Talleres Grupales: La realidad ha manifestado que los Talleres Grupales poseen una baja asistencia de Adultos Mayores. Este hecho se explica a través del juicio de los Voluntarios de Acompañamiento, quienes manifiestan que los Adultos Mayores no asisten "por no tener dinero, o porque sus impedimentos físicos (dependencia) los imposibilita". Frente a esto, es posible agregar además, que la geografía de Valparaíso, es muy compleja para el desplazamiento de Adultos Mayores. Por otra parte, si se considera el Diagnóstico entregado previamente, se establece que más del 50% de los Adultos Mayores es dependiente (es decir, posee dificultades para desarrollar las actividades de la vida diaria).
- Capacitación del voluntariado: Si bien es cierto, la capacitación del voluntariado corresponde a una variable muy importante de potenciar, su realización ha permitido recoger elementos fundamentales del proceso, tales como problemáticas, estados actuales, necesidades, temores, etc.
- Mesa Regional: Uno de los actores fundamentales corresponde a los integrantes de la Mesa Regional. Sin embargo, las funciones que esta mesa debía desarrollar, no se han establecido ni plasmado en documentos o convenios entre el Chile Solidario y las instituciones. De esta manera, la Mesa Regional no posee poder de decisión, restringiendo su ámbito de acción.

Conclusiones de Ejecución

Durante el proceso de Ejecución, se han ido estableciendo diversas propuestas de intervención, las cuales poseen variados objetivos. Sin embargo, cada uno de estos objetivos es complementario uno del otro, y corresponden a necesidades emergentes del proceso de intervención. De esta manera, todos los elementos de la Ejecución, responden a variables que el Proyecto Piloto de Adultos Mayores que viven solos en su momento, ha debido satisfacer.

Como se ha planteado anteriormente, cada uno de los elementos generados en la Ejecución, han dado respuestas a necesidades inmediatas del proceso de intervención, sin embargo, su viabilidad y eficiencia, será comprobada una vez que el Proyecto Piloto de Adultos Mayores comience sus procesos evaluativos. Dichos procesos evaluativos, se encuentran en parte, fuera de los límites temporales del Seminario de Título, ya que el Proyecto Piloto contempla su finalización para el mes de Diciembre del presente año, y más aún, es necesario recordar que todo proceso inserto en una realidad social, requiere que los cambios y modificaciones se distingan a través del tiempo en un mediano y largo plazo.

Ahora bien, ante los elementos expuestos anteriormente durante la ejecución, es necesario distinguir que entre el Manual para el Voluntario, Mínimos de Intervención, Condiciones Deseables, Requerimientos y la Ejecución del Proyecto Piloto en Valparaíso, existe una diferencia fundamental, pues esta última se inserta en el ámbito práctico del proceso, y a través de esta, ha sido posible la contrastación con la realidad de muchos de los elementos anteriormente elaborados.

Bibliografía

- Documento de Trabajo, Instituto de Normalización Previsional.
- Documento de Trabajo, Instituto de Normalización Previsional Sucursal Valparaíso, 2003.
- Rojo Cristina, MIDEPLAN, 2003.
- Barros Lazaeta, Carmen. "Tiempo nuevo para el Adulto Mayor", Enfoque Interdisciplinario. "Significados y desafíos del envejecer" (Capítulo II). Editorial Sandoz, 1993.
- Domínguez Correa, Oscar: "La Vejez: una Nueva Edad Social", Vicerrectoría de Asuntos Académicos de la Universidad de Chile; Santiago, 1979.
- Escobar Frietzsche María Cristina, "Tiempo nuevo para el Adulto Mayor", Enfoque Interdisciplinario. "Situación demográfica en Chile" (Capítulo III). Editorial Sandoz, 1993.
- Marcos Olivares, Santiago. "Ancianidad, Familia e Institución". "Envejecimiento y salud", pág. 28. Amarú Ediciones, 1994.
- Cátedra "Problemas Sociales del Adulto Mayor", Escuela de Trabajo Social, Universidad de Valparaíso, 2002.
- Barros Lazaeta Carmen, "Trabajando el Envejecer". Cuadernos del Instituto de Sociología Pontificia Universidad Católica de Chile (1996).
- Carmen Reyes et altera: Chile en familia.
- Gerardo Pastur Ramos: Sociología de la Familia, Salamanca, Ed. Sígueme, 1998.

- Carmen Barros, "Vivendo el Envejecer" en Cuadernos del Instituto de Sociología, Santiago, P.U.C. 1992.
- García Pérez María del Carmen "Ancianidad, Familia e Institución". Amaru Ediciones, 1994.
- Síntesis de los principales enfoques, métodos y estrategias para la superación de la pobreza. Documento de trabajo MIDEPLAN 2002.
- Zapata, H. " Fosis, la evaluación y el fenómeno de la pobreza", 2003.
- Perona Nélide y otros. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), División de Población de la CEPAL, 2002.
- Ley 6/1999 de Atención y Protección a las Personas Mayores. Junta de Andalucía, Consejería de Asuntos Sociales.
- Servicio Nacional del Adulto Mayor. "Fomento de la autogestión de los Adultos Mayores" ,2003.
- Comité Nacional para el Adulto Mayor, "Aprendiendo a Envejecer Mejor", 1998.
- Comité Nacional para el Adulto Mayor, "Manual para el autocuidado de los Adultos Mayores", 2001.
- "Las Organizaciones de Voluntariado en la ciudad de Zaragoza": Ayuntamiento de Zaragoza, año 2000.
- "Formación en Voluntariado Social", Universidad Pablo de Olavide. Edita: Diputada de Sevilla.

Anexos

Cuarto Capítulo:

Evaluación

Introducción

En una intervención profesional, la evaluación corresponde a una etapa significativa y transversal a todo proceso. Normalmente, la intervención contempla en su metodología una evaluación constante de todas las acciones, directrices y medidas a seguir en un proceso. Sin embargo, este tipo de evaluación no llegan a plasmarse formalmente en los documentos, y se presentan como acciones corregidas, o nuevos cambios, sin contemplar que tras eso, existen procesos evaluativos significativos.

La presente etapa evaluativa intenta rescatar ciertas variables relevantes dentro del Seminario de Título, que se consideran lineamientos fundamentales para el proceso.

De esta manera, serán consideradas las variables evaluativas de: Objetivos de Programación (Evaluación por Objetivos), Metodología, Aspectos generales del Seminario de Título y Proyecto Piloto, Aportes al Trabajo Social y evaluación del rol profesional de la Alumna Seminarista. En consideración a las variables anteriormente presentadas, se estima que la presente etapa de evaluación, pretende ser un elemento transversal, considerando de igual manera, aspectos cuantitativos y cualitativos de la intervención.

1.- Evaluación de Objetivos Programáticos del Seminario de Título

De acuerdo a lo programado, el Objetivo General se describe como "Mejorar Condiciones de vida de los Adultos Mayores que viven solos del Proyecto Piloto". Dicho Objetivo General se enmarca en una necesidad inmediata del Sistema de Protección Social Chile Solidario, quien ha generado una instancia de trabajo.

Si bien es cierto, el contribuir a este Objetivo General de Programación, implica abordarlo desde un punto de vista holístico, es importante considerar que los resultados generados a partir del logro de objetivos, requieren de grandes esfuerzo a nivel profesional e institucional, fundamentalmente por el número de variables que es necesario considerar y satisfacer, y especialmente porque se trata de un grupo etéreo vulnerable y con múltiples necesidades. Por otra parte, y en relación a los Objetivos Específicos de Programación, se estima que cada uno de ellos es muy diverso entre sí, pero a su vez, contribuyen al cumplimiento del Objetivo General.

Objetivo General: "Mejorar Condiciones de vida de los Adultos Mayores que viven solos del Proyecto Piloto"		
Objetivo Específico	Indicador	Evaluación
Elaborar Estrategia de Intervención del Proyecto Piloto.	Al finalizar el Proyecto Piloto, se contará con un documento que contenga la Estrategia de Intervención, tanto para el voluntario como para el Adulto Mayor	Una vez finalizado el Proyecto Piloto, e incluso antes de comenzar la intervención, la Mesa de Trabajo Central ya contaba con un documento que contenía la Estrategia de Intervención. Este documento, entrega los lineamientos de acción tanto con el Adulto Mayor, como con el

		Voluntario. Es necesario recordar, que este Objetivo Específico se encuentra estrechamente relacionado con el proceso ejecutado en Valparaíso, pues a partir de ahí, ha sido posible contrastar dicha Estrategia.
Contribuir al mejoramiento de la calificación del voluntariado	Al finalizar el Proyecto Piloto, se contará con un documento que represente un Manual de Apoyo para el Voluntario.	Durante el proceso de ejecución del Seminario de Título, ha sido posible elaborar un Manual de Apoyo para el Voluntario. Dicho manual, pretende ser un complemento de la labor del voluntario. Ahora bien, durante el Proyecto Piloto, no ha sido posible editar el documento, fundamentalmente por falta de recursos, pero se espera que en un proceso regular, se utilice eficazmente.
Establecer parámetros básicos de medición, en el proceso de intervención	Al finalizar el Proyecto Piloto, se contará con pautas que representen los Mínimos de Intervención, Condiciones Deseables y Registros de recolección de información, para la	En relación a todos los elementos planteados como parámetros básicos de medición, es posible establecer que su elaboración se ha cumplido. Ahora bien, existe un elemento que

	intervención del Adulto Mayor.	es ajeno al proceso, y es el compromiso que pueden establecer las instituciones públicas y privadas en relación al cumplimiento de los mínimos y condiciones.
Contribuir en la Ejecución del Proyecto Piloto en Valparaíso y Tomé.	Al finalizar el Proyecto Piloto, se habrán ejecutado al menos dos de los tres elementos señalados anteriormente (Estrategia de Intervención, Manual de apoyo al voluntario, parámetros de medición)	En relación a este objetivo, es posible establecerlo como un eje importante del Seminario de Título. De acuerdo al indicador, efectivamente se han ejecutado la Estrategia de Intervención y Requerimientos del Proyecto Piloto (Registros). Por otra parte, este objetivo se considera importante pues ha permitido contrastar en la realidad, elementos anteriormente planteados tanto en el Diagnóstico como en la Programación.

Si se observa la Programación y Ejecución del Seminario de Título, es posible detectar que entre ambos existe una total concordancia entre los objetivos planteados y su posterior ejecución. Se infiere entonces, que durante el Seminario, se ha cumplido con todos los objetivos previamente establecidos.

2.- Evaluación de la Metodología

En relación a la metodología utilizada por el Proyecto Piloto, es necesario realizar una apreciación. Se plantea que la Metodología de la Investigación Acción es eminentemente participativa, al mismo tiempo que intenta recoger todos los elementos del proceso para así, evaluar y aplicar nuevas estrategias de intervención. En relación a esto, se estima que el Proyecto Piloto ha llevado a cabo un proceso participativo (por ejemplo, establecimiento de Mesas Regionales de trabajo, participación de voluntariado) y además, se han captado todos los elementos del proceso, pues la Estrategia de Intervención, requerimientos, etc., han sido elaboradas a partir de necesidades emergentes del proceso. Ahora bien, se estima además, que el Proyecto Piloto ha desarrollado también en la primera etapa, la Metodología Tradicional, ya que ha comenzado en la elaboración del diagnóstico (recolección de datos, investigación) y continuado con una programación (Estrategia de Intervención), para luego intervenir con los Adultos Mayores (proceso de ejecución), y finalmente se espera una evaluación del proceso. Debido a lo anterior, es posible afirmar que además de desarrollarse en el Proyecto Piloto una Metodología de Investigación Acción, se ha manifestado implícitamente la Metodología Tradicional.

Por otra parte, si consideramos que la Metodología de Investigación – Acción, esencialmente pretende captar todos los elementos inherentes al proceso, se considera que esto conlleva a otro proceso paralelo de constante evaluación por parte del equipo directivo. Lo anterior indica que es necesario además, desarrollar habilidades profesionales de observación.

Esto último, se encuentra estrechamente ligado a las realidades complejas y dinámicas que se enfrentan los equipos profesionales, ante lo cual una adecuada metodología permite una comprensión general de dichas realidades.

3.- Evaluación de Aspectos Generales del Seminario de Título

Lo enunciado en el último párrafo del punto anterior, permite visualizar las intervenciones en realidades complejas, por lo tanto, las metodologías deben adecuarse a ellas. En este sentido, el Seminario de Título, ha debido llevarse a cabo en un contexto institucional que si bien no es complejo, sí ha debido establecerse en forma simultánea en dos instituciones que trabajan para el Adulto Mayor. En este sentido, el Seminario de Título ha poseído un carácter interinstitucional.

Otro aspecto que caracteriza al Seminario de Título, y que es posible establecerlo en una etapa evaluativa, corresponde al contexto de planificación y políticas sociales en el que se enmarca, pues el Proyecto Piloto pretende ser una instancia que genere elementos para un proceso regular, es decir, que la intervención se establezca efectivamente en un gran número de comunas del país (Proceso Regular, en un marco cronológico al año 2005).

En relación a un aspecto de suma relevancia para el Seminario de Título, como lo ha sido la elaboración del Diagnóstico, es necesario resaltar la importancia de éste, pues su elaboración (y conocimiento de los resultados) ha condicionado de sobremanera todo el proceso. De esta manera, al conocer las características sociodemográficas de la población a la cual se esperaba intervenir, ha sido posible elaborar estrategias adecuadas de intervención, así como también los futuros lineamientos a seguir en un proceso regular.

3.a.- Evaluación de la participación en Intercambio Estudiantil (Universidad Pablo de Olavide, Sevilla, España)

El presente aspecto, representa básicamente un período de tiempo en el que el Seminario de Título se inserta en la investigación de la temática en un contexto social, cultural y político totalmente diferentes al de nuestro país, sin descuidar las similitudes que ambos países pueden tener. Dentro de este período investigativo, influye en él, que al momento de iniciarse el intercambio, no se tenían

antecedentes claros de la temática a tratar. A pesar de lo anterior, la investigación se basó fundamentalmente en tres ejes temáticos: Voluntariado Social, Servicios de Ayuda a Domicilio (S.A.D.) y medidas para evitar la institucionalización.

Del primer eje temático, ha sido posible rescatar la importancia de la calificación del voluntariado (capacitación), aspectos de su formación, permanencia, selección, etc.

Del segundo eje temático, ha sido posible extraer las actividades que el voluntario puede desarrollar con el Adulto Mayor en su domicilio, además de la importancia que significa el tener un equipo de trabajo calificado para llevar a cabo este tipo de acciones.

El tercer eje temático ha permitido visualizar la gama de acciones o medidas que es posible realizar para que el Adulto Mayor permanezca la mayor cantidad de tiempo posible en su medio habitual (hogar).

Por otra parte, y como el concepto lo indica, el "Intercambio Estudiantil" entrega una visión global de una cultura distinta de la de origen, por lo que además, sus implicancias van más allá de la temática del Adulto Mayor.

4.- Aportes al Trabajo Social

generalmente, de toda acción profesional que el Trabajador Social realice, es posible entregar aportes válidos para el ejercicio de la profesión. De esta manera, de nada sirve realizar acciones en beneficio de las personas, grupos o comunidades, si no se reflexiona en algún momento.

Como se ha enunciado anteriormente, un elemento que caracteriza al Seminario de Título, corresponde al contexto de planificación y políticas sociales en el que se enmarca.

Un rol que el Trabajador Social habitualmente desempeña, corresponde al de implementador de políticas sociales, rol que dista mucho al de gestor de las mismas. De esta manera, se considera poco habitual que el Trabajador Social contribuya directamente en la elaboración de políticas sociales, pues más bien, el aporte como profesión se hace de forma más indirecta (levantamiento de demandas, detección de necesidades). Es por esta razón, que se considera que el presente Seminario de Título corresponde a un pequeño aporte al Trabajo Social en materia de planificación de políticas sociales.

Ahora bien, este aporte en cuanto a la planificación de políticas sociales, ¿qué implicancias tiene para la profesión?

Fundamentalmente, las implicancias son de tipo académico y niveles profesionales, pues por una parte, las exigencias y demandas de los sujetos se tornan cada vez más distantes y es necesario no perderlas de vista, y a su vez, aumentan las exigencias institucionales. Por otra parte, es necesario poseer una visión profesional más holística de la realidad, tomando en cuenta, a su vez, las diferencias intrínsecas de cada persona o comuna.

5.- Evaluación del Rol Profesional de la Alumna Seminarista

El Rol Profesional corresponde a una variable importante de evaluar, puesto que este ha ido variando a lo largo del proceso.

En primera instancia, desde el comienzo del seminario y hasta finalizado el intercambio (primer semestre del 2003), el rol de la Alumna Seminarista ha sido eminentemente investigativo, ante una temática poco definida (es necesario recordar, que la temática con la cual se inició el seminario era "Familia en el Adulto Mayor: un factor relevante para evitar sus institucionalización). Si bien es cierto, la temática investigada de igual manera ha sido útil para la posterior etapa del seminario, ésta cambia al igual que el rol profesional.

Durante el segundo semestre del 2003, la realidad institucional cambia, puesto que la realización del Proyecto Piloto ya no depende del Instituto de Normalización previsional, sucursal Valparaíso, sino que depende básicamente del Ministerio de Planificación. A medida que la realidad institucional cambia, también lo debe hacer el Rol Profesional de la Alumna Seminarista, pues su incorporación es a través de la Mesa Central del Proyecto Piloto, por lo que se transforma de un rol investigador, a otro en el que prima la colaboración ante la necesidad de planificación. Finalmente, éste es el rol que se mantiene hasta la última etapa del proceso.

Bibliografía

- Documento de Trabajo, Instituto de Normalización Previsional.
- Documento de Trabajo, Instituto de Normalización Previsional Sucursal Valparaíso, 2003.
- Rojo Cristina, MIDEPLAN, 2003.
- Barros Lazaeta, Carmen. "Tiempo nuevo para el Adulto Mayor", Enfoque Interdisciplinario. "Significados y desafíos del envejecer" (Capítulo II). Editorial Sandoz, 1993.
- Domínguez Correa, Oscar: "La Vejez: una Nueva Edad Social", Vicerrectoría de Asuntos Académicos de la Universidad de Chile; Santiago, 1979.
- Escobar Frietzsche María Cristina, "Tiempo nuevo para el Adulto Mayor", Enfoque Interdisciplinario. "Situación demográfica en Chile" (Capítulo III). Editorial Sandoz, 1993.
- Marcos Olivares, Santiago. "Ancianidad, Familia e Institución". "Envejecimiento y salud", pág. 28. Amarú Ediciones, 1994.
- Cátedra "Problemas Sociales del Adulto Mayor", Escuela de Trabajo Social, Universidad de Valparaíso, 2002.
- Barros Lazaeta Carmen, "Trabajando el Envejecer". Cuadernos del Instituto de Sociología Pontificia Universidad Católica de Chile (1996).
- Carmen Reyes et altera: Chile en familia.
- Gerardo Pastur Ramos: Sociología de la Familia, Salamanca, Ed. Sígueme, 1998.

- Carmen Barros, "Vivendo el Envejecer" en Cuadernos del Instituto de Sociología, Santiago, P.U.C. 1992.
- García Pérez María del Carmen "Ancianidad, Familia e Institución". Amaru Ediciones, 1994.
- Síntesis de los principales enfoques, métodos y estrategias para la superación de la pobreza. Documento de trabajo MIDEPLAN 2002.
- Zapata, H. " Fosis, la evaluación y el fenómeno de la pobreza", 2003.
- Perona Nélide y otros. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), División de Población de la CEPAL, 2002.
- Ley 6/1999 de Atención y Protección a las Personas Mayores. Junta de Andalucía, Consejería de Asuntos Sociales.
- Servicio Nacional del Adulto Mayor. "Fomento de la autogestión de los Adultos Mayores" ,2003.
- Comité Nacional para el Adulto Mayor, "Aprendiendo a Envejecer Mejor", 1998.
- Comité Nacional para el Adulto Mayor, "Manual para el autocuidado de los Adultos Mayores", 2001.
- "Las Organizaciones de Voluntariado en la ciudad de Zaragoza": Ayuntamiento de Zaragoza, año 2000.
- "Formación en Voluntariado Social", Universidad Pablo de Olavide. Edita: Diputada de Sevilla.

Anexos

Anexo N ° 1
Instrumento de Recolección de datos (Elaboración, MIDEPLAN)

MIDEPLAN INP DOS MINSAL SENAMA

Proyecto Piloto Adultos Mayores que viven solos
Comunas Valparaíso y Tomé Sistema Chile Solidario

Instrumento diagnóstico

La intervención hacia los adultos mayores solos del Sistema Chile Solidario es un desafío. Este desafío tiene como objetivo "contribuir a la valencia de las personas" con lo que se reafirma la autonomía, se morigera el riesgo que los adultos mayores tienen de perder autonomía y se contribuye a salir de la dependencia.

Concretar este desafío implica realizar una intervención con nuevos componentes que logren dicho objetivo.

Para construir estos componentes se requiere conocer de parte de los propios adultos mayores los elementos que les ayudan en su vida cotidiana a una mayor y mejor valencia.

Para recabar la información de parte de los adultos mayores necesitamos aplicar un instrumento que nos dé luces sobre cuales son los elementos que los ayudan en su vida cotidiana.

La sistematización de la información recabada por el instrumento nos permitirá construir un modelo de intervención para las familias unipersonales que ingresen al Sistema Chile Solidario.

El instrumento que se propone es complementario con el del programa de Salud del Adulto Mayor del MINSAL que se denomina “Evaluación Funcional del Adulto Mayor”, que sirve para el propósito de la intervención anteriormente señalada, en cuanto determina el estado de salud del adulto mayor, permitiendo clasificarlos en auto valentes, autovalentes con riesgo y dependientes.

El instrumento que presentemos contribuirá a conocer otros elementos de la vida cotidiana de los Adultos Mayores para ayudar a su valencia de acuerdo a la clasificación anteriormente mencionada.

Características del Instrumento.

Este instrumento debe tener algunas características: la primera es que debe ser corto, para no molestar a las personas en su tiempo; la segunda específica por lo que debemos apuntar a lo más indispensable y concreto en la confección de las preguntas para hacerlo accesible a respuestas asertivas. Y tercero, de acuerdo a lo anterior las preguntas deben ser en lo posible cerradas.

El instrumento a finalizar tendrá un espacio de "observaciones" del entrevistador para que relate la actitud del adulto mayor a las preguntas, y el entorno en que vive, el cual debe ser lo más detallado posible.

Debemos acotar que en este instrumento se han agregado algunas preguntas sobre habitabilidad. Estas se han extraído de la encuesta Casen. En algunos casos son iguales y en otros han sufrido pequeñas modificaciones. Esto se ha considerado así, porque se necesita saber las condiciones en que viven los adultos mayores.

Dimensiones del Instrumento

El instrumento tiene las siguientes dimensiones, en las cuales determinamos su objetivo de información

- I.- identificación.** Nos permite saber quién es la persona, si tiene subsidios, como asimismo las características de la propiedad en que habita.
- II.- "evaluación interactiva del adulto mayor"**, esta dimensión nos sirva para averiguar las interacciones que tiene el adulto mayor con otras personas, (implícitamente, los posibles momentos de conversación que pudiera tener) y si no las tiene la posibilidad de otorgarle compañía para realizarlas.
- III.- "evaluación funcional del adulto mayor"**, nos sirve para determinar si el adulto mayor necesita de ayuda para actividades de la vida cotidiana como bañarse, tomar sus medicamentos, prepararse la comida o hacer las tareas de la casa. O sea, si autovalente, autovalente con riesgo o dependiente. Esta dimensión está cubierta por el instrumento del ministerio de salud
- IV.- "evaluación laboral del adulto mayor"**, esta dimensión nos sirve para determinar si el adulto mayor quiere trabajar y cuales son sus potencialidades para hacerlo.
- V.- "evaluación de las aspiraciones del uso del tiempo libre del adulto mayor"** que nos sirve para determinar si quiere compartir con otras personas sus experiencias y sus necesidades de recreación.

VI.-“evaluación de participación en organizaciones comunitarias”, que nos permitirá si participa de las organizaciones comunitarias fundamentales.

I.- Identificación	FECHA:
---------------------------	---------------

1. - Nombre.....
2. - Edad:
3. - Dirección:
4. - N° teléfono.....
5. -Comuna:
6. -Región:
7. -Lee.....
8. -Escribe.....

Subsidios.

9. -¿tiene Ud. alguno de los siguientes subsidios?

9.1. -PASIS: Sí... No...

9.2. -sap: Sí... No...

9. - Otro...

Vivienda.

¿10? -¿de dónde proviene el agua de su vivienda?

- 10.1. - Red pública con medidor propio
- 10.2. - Red pública con medidor compartido
- 10.3. - Red pública sin medidor
- 10.4. - Pozo o noria
- 10.5. - Río, vertiente o estero
- 10.6. - otra

¿11? -¿cuál es el sistema de distribución de agua de su vivienda?

- 11.1. - Con llave dentro de la vivienda
- 11.2. - con llave fuera de la vivienda
- 11.3. - no tiene sistema, la acarrea

12. -Su vivienda tiene agua caliente

12.2. -Si...

12. -2 No...

13. -La vivienda en que Ud. vive, ¿dispone de sistema de eliminación de excretas?

- 13.1. - Si, con baño conectado al alcantarillado
- 13.2.- Si, con baño conectado a poza séptica
- 13.3. -Si con letrina sanitaria conectada a fosa séptica
- 13.4. -Si con cajón sobre pozo negro
- 13.5. -Si, con cajón sobre acequia
- 13.6. - no dispone de sistema

14. -La vivienda en que Ud. vive se ilumina con

- 14.1 Luz eléctrica
- 14.2 Velas
- 14.3 Lámpara a parafina
- 14.4 Lámpara a gas
- 14.5 Otro

15. -Ud. se cocina. Si es **si** preguntar

¿Con qué?

- 15.1 Gas
- 15.2 Carbón
- 15.3 Leña
- 15.4 Parafina
- 15.5 otro

16. -Si es **no**

Preguntar ¿cómo hace para alimentarse?

16.1 Come en otro lugar... 16.2 ¿dónde?.....

16.3 Le traen a la casa... 16.4 ¿quién?.....

17. -¿con que calienta su casa en invierno?

17.1 Con estufa

17.2 Con brasero

17.3 Otro

18. La vivienda en que habita es:

18.1 Casa sola

18.2 Departamento en edificio

18.3 Pieza en casa o departamento

18.4 Mediagua

18.5 Rancho, ruca o choza

18.6 Otro

19.-Material predominante en muros exteriores de la vivienda

19.1.- Ladrillo o concreto

19.2.-Albañilería de piedra

- 19.3.- tabique forrado por ambas caras
- 19.4.- Adobe
- 19.5.-Barro, quincha o pirca
- 19.6.- Tabique sin forro interior (madera u otro)
- 19.7.-Desecho (cartón, lata, sacos, etc)
- 20. Material predominante en el piso de la vivienda
- 20.1.- Radier revestido (parquet, cerámica, tabla, flexit, etc.)
- 20.2. - Radier no revestido
- 20.3. -Tabla o parquet sobre soleras o vigas
- 20.4. Madera, plástico o pastelones sobre tierra
- 20.5. -Piso de tierra

- 21. Material predominante en el techo de la vivienda

- 21.1. - Teja, tejuela, losa de hormigón con cielo interior
- 21.2. - Zinc o pizarreño con cielo interior
- 21.3. -Zinc, pizarreño, teja, tejuela o madera sin cielo interior
- 21.4. - Fonola
- 21.5. - Paja, coirón, totora o caña
- 21.6. - Desecho (plástico, lata, cartón, etc.)

- 22 ¿su vivienda es?
- 22.1 Propia...
- 22.2 Arrendada...
- 22.3 Cedida...
- 22.4 Prestada...

Si es **arrendada** pregunte.

¿23? -¿Cuánto paga Ud. por el arriendo?

23.1. - de 0 a 10000. -

23.2. - de 10001 a 20000

23.3. - de 20001 a 30000

23.4 de 30001 a 40.000

23.5 mas de 40.000

24.1 ¿Quien paga el arriendo?

24.1 ¿Ud.?...

24.2 Otro... (ya sea persona o institución)

Si es **Otro**, preguntar

¿25? -¿quién?....

26. - Si es el Adulto Mayor, preguntar ¿necesita ayuda para pagar el arriendo?

26.1.Sí...

26.2 No...

(si es **sí** pregunte)

¿27? - ¿cuánto necesita?

27.1. - de 0 a 10000. -

27.2. - de 10001 a 20000

- 27.3. - de 20001 a 30000
- 27.4. - de 30001 a 40000
- 27.5. - más de 40000

El entrevistador debe indagar sobre el equipamiento del lugar en que vive el adulto mayor, en cuánto a sí tiene:

- 28. - baño:
 - 28.1. compartido..
 - 28.2.no compartido
- 29. radio:
 - 29.1.Sí...
 - 29.2 No...
- 30. -televisor:
 - 30.1 Sí...
 - 30.2 No...
- 31. - cocina
 - 31.1 compartida
 - 31.2 no compartida
- 32. - calefont:
 - 32.1 Sí
 - 32.2 No
- 33. - teléfono
 - 33.1 Sí
 - 33.2 No

II.- Interactiva.

- 34. - ¿tiene Ud. familia?
 - 34.1 Sí...
- 36.-¿Cuántas veces lo visitan a la semana?
 - 36.1 Una

- 34.2 No... 36.2 dos,
36.3 tres
36.4 más de tres
- 35.- ¿lo visitan sus familiares?
35.1 Sí...
35.2 No...
- 37.- ¿tiene amigos?**
37.1. Sí...
37.2 No...
- 38.- ¿se reúne con ellos?
38.1 Sí...
38.2 No...
- 39.- se junta con sus vecinos
39.1 Sí...
39.2 No...
- 40.- ¿le gustaría que lo visitara a Ud. una persona aún que no fuera ni familiar ni amigo?
40.1 Sí...
40.2 No...

III.-Laboral.

41. - ¿Actualmente Ud. trabaja?
41.1 Sí.....
41.2 No.....
- 42.- si es **Sí.. Preguntar**
42.1 ¿dónde?.....
42.2 ¿en qué?.....
43. -Si es **NO, preguntar**
43.1 ¿Por qué?.....
43.2 ¿Hace cuanto tiempo que no trabaja?

IV.- Uso del tiempo libre.

44. ¿qué actividades hace Ud. en su casa?
44.1 quehaceres domésticos
44.2 trabaja para otros
44.3 leer
44.4 ver TV
44.5 escuchar radio
44.6 conversar con amigos
- 45.- ¿se reúne Ud. con otros adultos mayores, fuera de la casa? (Puede formularse la pregunta con otras personas de su edad?)
45.1 Sí...
45.2 No...
Si es no, pregunte

¿46? - ¿por qué no se reúne?

- 46.1 no me gusta salir de la casa
- 46.2 no sé dónde ir
- 46.3 no tiene dinero para hacerlo
- 46.4 me cuesta andar
- 46.5 otra

Si es sí, pregunte.

¿47? - ¿dónde se reúne con ellas?

- 47.1 en el club deportivo
- 47.2 en el negocio de la esquina
- 47.3 en la parroquia
- 47.4 en casa de otro amigo
- 47.5 en la calle
- 47.6 otro

¿48? - ¿qué hacen cuando se juntan?

- 48.1 conversar
- 48.2 jugar carta, dominó, rayuela
- 48.3 otro

49. - ¿le gustaría formar parte de una organización con otras personas como Ud., aquí en el barrio?

52. - ¿asiste o participa en ellas?

52.1 Habitualmente

52.2 Ocasionalmente

¿53? - ¿cuál le parece más adecuada a sus intereses?

Respuesta de acuerdo a alternativas de pregunta 51

54. -¿Asiste Ud. al consultorio de su comuna?

57. ¿Va Ud. A la Municipalidad?

54.1 Sí...

57.1 Sí...

54.2 No...

57.2 No...

55. - Si es no, preguntar ¿por qué no asiste?

58. - Si es que SI VA A.....

55.1 me queda lejos

58.1 Hacer trámites

55.2 me tratan mal

58.2 A ver a la Asistente Social

55.3 no me atienden a la hora

58.3 A pedir ayuda

55.4 hay mucha gente

58.4 Otra

55.5 no se saca nada

55.6 otra

56. - Si es sí, preguntar

59. - Si es NO.....

56.1 a control

59.1 no tengo nada que hacer allí

56.2 me pongo inyecciones

59.2 no me interesa

56.3 a buscar mis alimentos

59.3 cuando voy no me atienden bien

56.4 a vacunarme
56.5. otra

59.4 para ir allá hay que tener pititos
59.5 otra

**Informe Aplicación
Pre-Test en Hogares de Adultos
Mayores
Unipersonales**

Anexo N ° 2 (Elaboración: Alumna Seminarista)

Alumna Seminarista :Ana Paulina Reinoso Caneo
Universidad de Valparaíso
Escuela de Trabajo Social

INTRODUCCIÓN

De acuerdo a los cambios demográficos vislumbrados en los últimos tiempos, los lineamientos institucionales se han configurado de tal manera, que no es posible estar ajeno a dicha realidad.

La problemática actual, se ve acrecentada con el aumento de Adultos Mayores que viven en condiciones de pobreza, y que además deben enfrentarla solos.

Es por esta razón, que el Ministerio de Planificación, bajo el marco de "contribuir a la valencia de las personas Adultas Mayores", ha implementado un Instrumento que permita recabar información acerca de las condiciones que rodean al Adulto Mayor que habita en la comuna de Valparaíso. Dichas condiciones, consideran al ámbito biológico, habitacional y social del Adulto Mayor. Sin embargo, se hace necesario contar con la ayuda de otra institución que también se encuentra comprometida con la población Adulta Mayor en la región. Este es, el Instituto de Normalización Previsional, quien se transforma así, en un ente colaborador y complementario a la labor.

El presente Informe, representa los resultados de dicho instrumento, el que ha sido aplicado a ocho Adultos Mayores que residen en la comuna de Valparaíso. De entre ellos, la población está compuesta por cuatro hombres y cuatro mujeres, de los cuales cinco cuentan con Pensión Asistencial y uno con Pensión Programada de A.F.P., la que de acuerdo a información proporcionada por el Adulto Mayor, estaría con los fondos próximos a consumirse y sin derecho a Garantía Estatal. En cuanto a las zonas que han sido consideradas, se encuentran los sectores de: Playa Ancha, Cerro Barón, Cerro Merced, Cerro La Cruz, Cerro Cordillera, Cerro Yungay, Cerro Concepción y Placilla Oriente.

El resultado de la aplicación del Instrumento, ha sido dividida en variables, para una mejor comprensión.

DESARROLLO

1.- Objetivos del Instrumento

De acuerdo a los objetivos que persigue la aplicación del Instrumento, es posible explicitar cuatro. En primer lugar, éste debe ser corto, para no molestar a las personas en su tiempo; en segundo lugar, se debe apuntar a lo más indispensable y concreto en la confección de las preguntas para hacerlo accesible a respuestas asertivas; en tercer lugar, de acuerdo a lo anterior las preguntas deben ser en lo posible cerradas; y en cuarto lugar, el instrumento intenta verificar domicilio e identidad del Adulto Mayor.

- **Tiempo de Duración:** Del total de ocho entrevistas aplicadas, el tiempo de duración osciló entre 10 y 20 minutos, con un promedio de 15 minutos. Es necesario agregar, que el tiempo de duración varía de acuerdo a distintas condiciones, tanto del medio como de autovalencia del Adulto Mayor, es decir, existieron personas (tres) que necesitaron ayuda de un ente externo que le ayudara a contestar las preguntas. En estos casos, el ente correspondía a un familiar cercano o vecino.

- **Contenido:** De acuerdo a los objetivos perseguidos por el Instrumento, las preguntas expuestas poseen la característica de ser cerradas y concretas. Es por esta razón, que el tiempo de duración no excedió a los 20 minutos. Es posible agregar, que el contenido entregado se presenta al entrevistado de una manera clara y explícita, ante lo cual, éste responde de manera asertiva. Lo mismo ocurre con aquellas personas que necesitaron ayuda para responder.

Finalmente, es posible inferir, que los objetivos técnicos que el Instrumento persigue, se cumplen a cabalidad, desde el punto de vista del Tiempo de Duración y su Contenido.

2.- Dimensiones del Instrumento

- **Individualización:** Del total de entrevistados, sólo dos no contaban con ingresos fijos.

- **Evaluación Interactiva del Adulto Mayor:** En este punto, es posible realizar ciertas apreciaciones. Desde el punto de vista del Trabajo Social, las relaciones interpersonales que el Adulto Mayor pueda establecer, son de suma importancia, ya que una favorable interacción con el medio, indica buen nivel de integración, capacidad para solucionar y enfrentar problemas, expectativas y calidad de vida. En cuanto a los casos expuestos, todos poseían algún tipo de relaciones interpersonales, ya sea, a través de la familia o en caso de ausencia de ésta, por medio de vecinos o familiares lejanos. De esta manera, de los Adultos Mayores entrevistados, todos poseían algún tipo de apoyo en cuidados y afecto. En esta dimensión, ante la pregunta "¿le gustaría que lo visitara a ud. una persona aunque no fuera ni familiar ni amigo?", todos respondieron que les agradaría tal proposición. Esto denota la creciente necesidad de los Adultos Mayores de interactuar con personas ajenas a su realidad.

- **Evaluación Funcional del Adulto Mayor:** Si bien el Instrumento no indagaba a través de las preguntas la autovalencia del Adulto Mayor, sí ha sido posible determinar que todos ellos presentan roles en los quehaceres domésticos dentro del hogar, ya sea cocinar, lavar, realizar aseo o cuidar nietos.

- **Evaluación Laboral del Adulto Mayor:** Del total de entrevistados, todos han respondido positivamente ante la posibilidad de una inserción laboral, sin embargo, aluden a la falta de oportunidades que el medio entrega para ello. En cuanto a las preferencias o potencialidades que se vislumbran, se encuentran actividades manuales como el tejido en el caso de las mujeres y la construcción o carpintería en los hombres.

- **Evaluación de las aspiraciones del uso del tiempo libre del Adulto Mayor:** Es importante destacar, que el Adulto Mayor no considera los quehaceres domésticos como parte del tiempo libre, ya que para ellos, corresponden a actividades obligatorias y cotidianas. Sin embargo, el tiempo libre es ocupado en escuchar radio o ver televisión o dedicarse a actividades manuales, además de interactuar con otros grupos u organizaciones comunitarias.

- **Evaluación de participación en organizaciones comunitarias:** En esta dimensión, las preferencias de los Adultos Mayores se encuentran divididas: si bien todos conocen las distintas organizaciones comunitarias presentes en el sector, su participación en ellas es escasa. La organización más concurrida corresponde a aquella de tipo religiosa.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Al aplicar el instrumento, es posible inferir acerca de la efectividad de éste. En cuanto a su tiempo de aplicación, es apto, ya que no "quita tiempo" al Adulto Mayor entrevistado. El contenido, por otra parte, es claro, explícito y concreto, por lo que se adecua a las condiciones del Adulto Mayor.

Por otra parte, el Instrumento recoge a cabalidad todos los aspectos biológicos, habitacionales y sociales que rodean al Adulto Mayor, a partir de lo cual, es posible realizar una intervención.

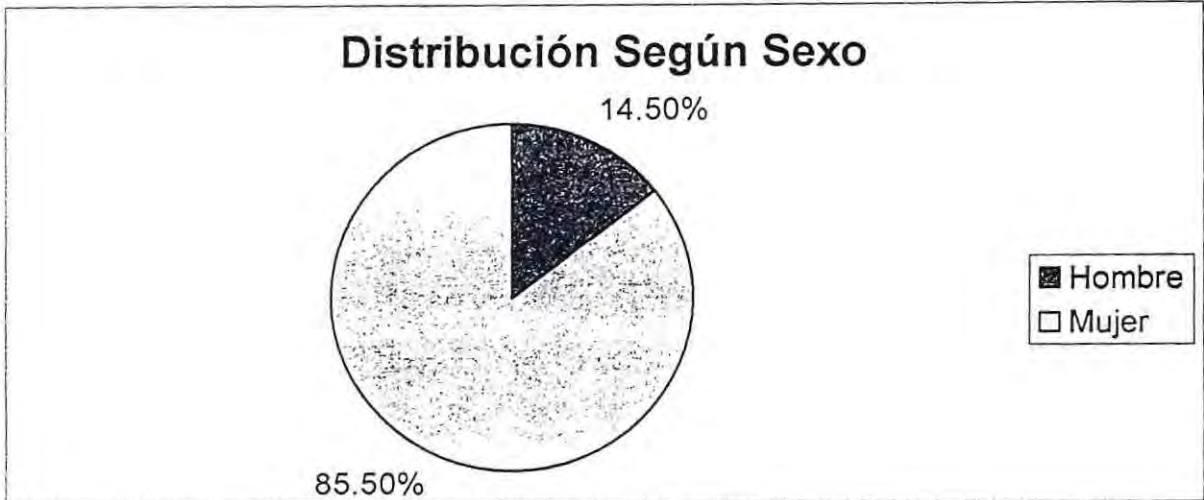
Anexo N ° 3
(Elaboración: Alumna Seminarista)
Perfil de Voluntarios
Valparaíso

En la comuna de Valparaíso, se identifica un total de 83 voluntarios, de los cuales se desprenden las siguientes variables:

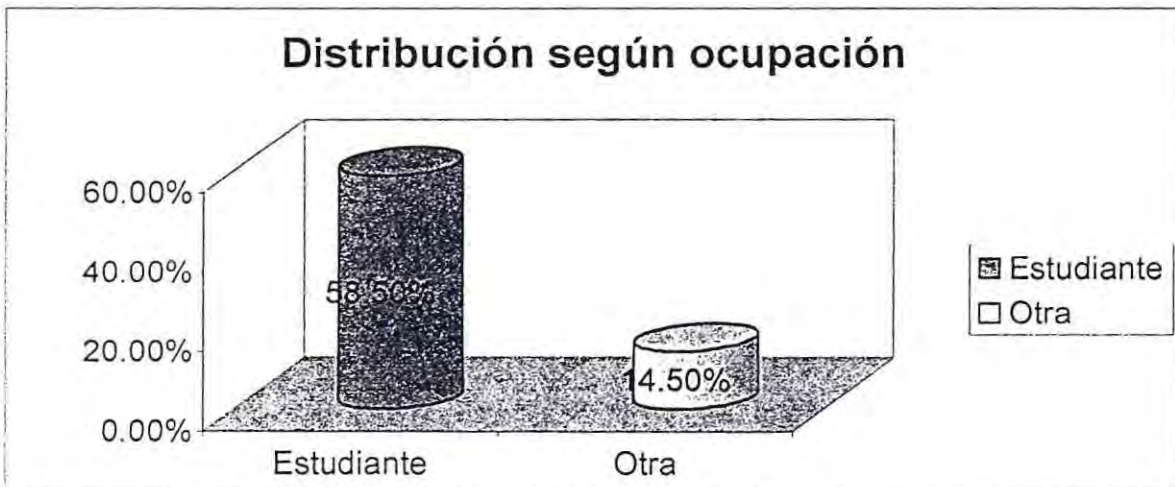
- **Edad:** En cuanto a la edad de los voluntarios, el mayor número de ellos se concentra entre los 18 y 27 años (95.2%), mientras que sólo cuatro tienen entre 41 y 68 años (4.8%).



- **Sexo:** Se observa que del total de los voluntarios, el 85.5% (71) de ellos es de sexo femenino, mientras que el 14.5% (12) es de sexo masculino.



- **Ocupación:** Al igual que en la variable anterior, se observa que el 85.5% (71) de los voluntarios son estudiantes, en tanto que, el 14.5% (12) no especifican profesión. Sin embargo, sólo uno de ellos se define como "dueña de casa".



- **Lugar de residencia:** Del total de voluntarios, un 20.5% (17) residen en zonas aledañas a Valparaíso y Viña del Mar, esto es, entre Quilpue, Villa Alemana, Belloto, Quillota y La Calera.



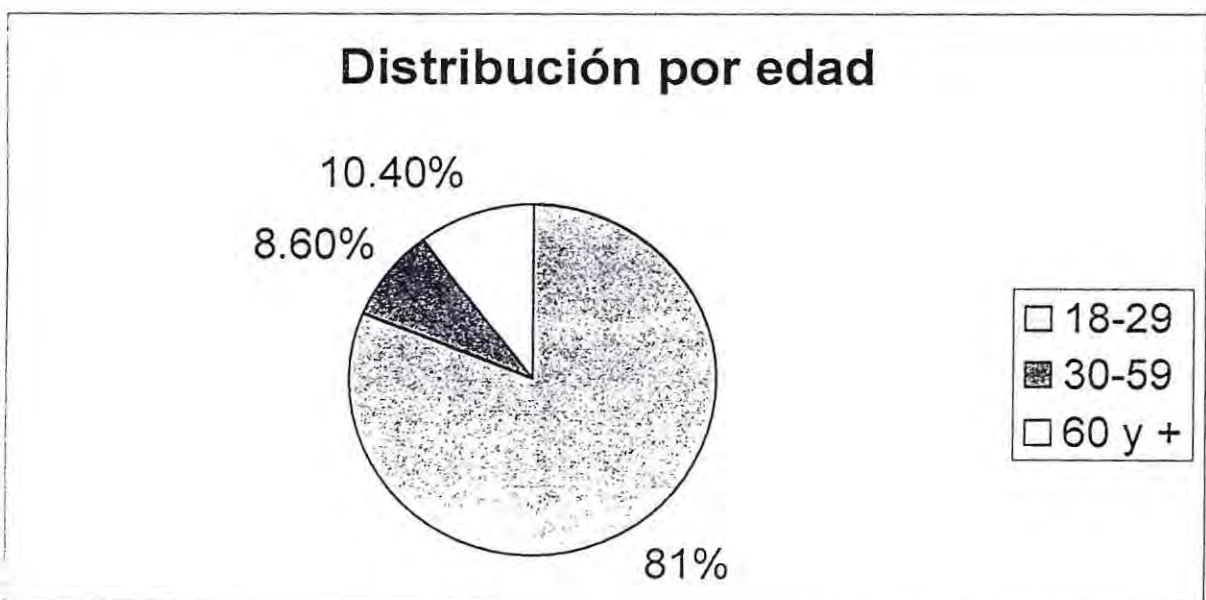
- **Experiencias Previas:** En las fichas personales de cada voluntario, no se especifica claramente cuáles han sido las experiencias personales previas que ellos han tenido. Sin embargo, un número no muy significativo ha manifestado que efectivamente han realizado actividades relacionadas con la misma temática. La presente variable, debe investigarse con mayor profundidad.

Perfil Voluntarios

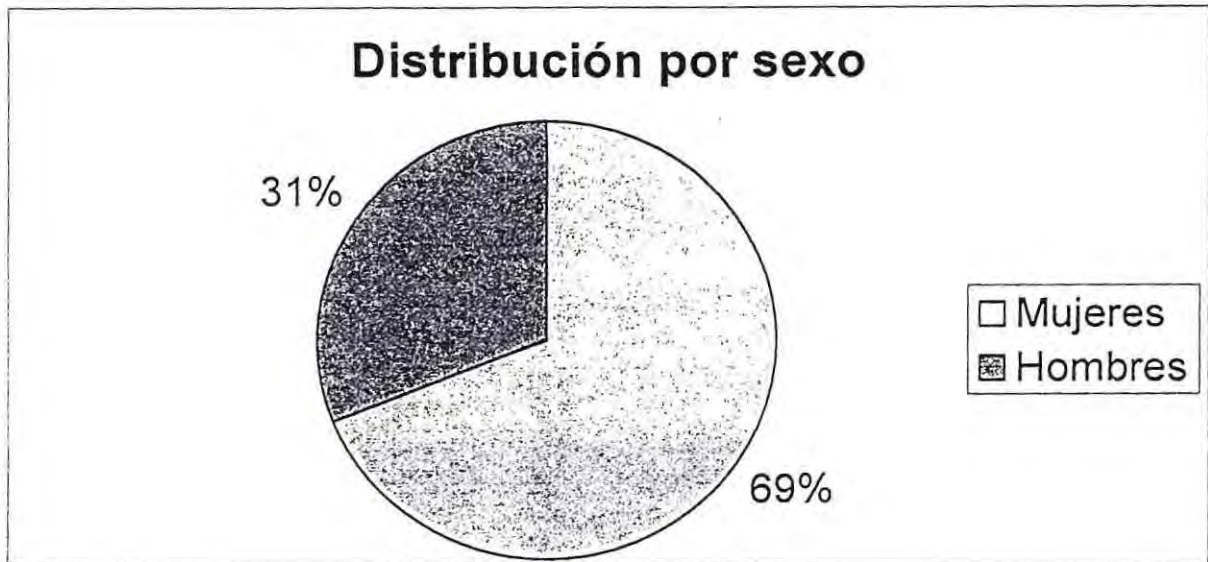
Tomé

En la ciudad de Tomé, se identifica un total de 58 voluntarios, de los cuales se desprenden las siguientes variables:

- **Edad:** En cuanto a la edad, el mayor número de voluntarios se concentra entre los 18 y 29 años, lo que corresponde al 81% (47), mientras que entre los 30 y 59 años se encuentra un 8.6% (5) de ellos. Los voluntarios mayores de 60 años corresponden al 10.4% (6).



- **Sexo:** Del total de los voluntarios, un 69% (40) de ellos son mujeres, mientras que el 31% (18) son hombres.



- Para la ciudad de Tomé, no se han agregado las variables de ocupación, lugar de residencia y experiencias previas, por no contar con dicha información.

Universidad de Valparaíso – Universidad Pablo de Olavide
Programa de Intercambio
Seminario de Título

Informe Intercambio Estudiantil Universidad de Valparaíso – Universidad Pablo de Olavide

Anexo N ° 4 (Elaboración: Alumna Seminarista)

Alumna Seminarista:
Docente Supervisora:
Fecha:

Ana Paulina Reinoso Caneo
Marta Bustos
Sevilla, Junio del dos mil tres

Introducción

El presente documento corresponde a un Informe de Avance de Seminario de Título, bajo el marco del Programa de Intercambio sostenido por la Universidad de Valparaíso y la Universidad Pablo de Olavide.

La temática fundamental que aborda el Seminario de Título corresponde a las *Medidas para evitar la institucionalización del Adulto Mayor*. Dicha problemática, se encuentra abordada de sobremanera en países más desarrollados, mientras que en Latinoamérica y más específicamente en Chile, su abordaje comienza recientemente a cobrar relevancia.

En Chile, el Ministerio de Planificación y el Instituto de Normalización Previsional, se encuentran actuando de manera conjunta con aquella población Adulta Mayor que vivencia situaciones de riesgo social a causa de vivir solos. Sin embargo, los recursos económicos existentes son escasos y las plazas en las Residencias de Larga Estadía también. Es por ésta razón, que se hace necesario utilizar aquel recurso humano que actúa desinteresadamente, y de manera altruísta, como lo son los voluntarios.

De ésta manera, la acción conjunta de dos instituciones, sumando la acción voluntaria, han permitido la creación de un Proyecto Piloto de Ayuda a Domicilio (con las variantes que la realidad nacional lo permiten) en las comunas de Valparaíso y Tomé.

La Alumna Seminarista, se encuentra inserta en ambas instituciones, además de la Universidad de Valparaíso, para colaborar con la perspectiva y la Investigación realizada durante el período que dure el Programa de Intercambio.

Para realizar dicha investigación, se ha considerado abordarla desde la perspectiva de Ejes Temáticos de Investigación, los que en éste caso, serían tres.

El primero de ellos corresponde a la Acción Voluntaria, teniendo en cuenta conceptos, legislación (su aplicación en Chile) y sobre todo su formación y selección. Para éste eje, se ha tomado en cuenta la acción que llevada cabo el Aula de Voluntariado de la Universidad Pablo de Olavide y la ONG Geron.

El segundo Eje Temático, corresponde a los Servicios de Ayuda a Domicilio (SAD), su definición, objetivos y funcionamiento. La inserción institucional se ha llevado a cabo a través del Servicio de Ayuda a Domicilio de San Pablo – Nervión.

El Tercer y último eje, corresponde a los beneficios que implicaría la no internación del Adulto Mayor y la permanencia de éste en su medio natural.

Primera Parte

Voluntariado Social: Recursos para el Adulto Mayor

En nuestras sociedades, y a nivel mundial, cada vez se hacen más escasos los recursos para poder satisfacer las demandas que la población requiere satisfacer. Si bien, los esfuerzos, tanto de los gobiernos, como de entidades privadas no alcanzan a cubrir dichas necesidades, existen personas naturales que se encuentran dispuestas a trabajar en aras del desarrollo de grupos y comunidades en condiciones de riesgo social.

A continuación, se presentará una serie de definiciones de voluntariado, a partir de la perspectiva de diversos autores.

Se entiende por voluntarios a "aquellas personas, mayores de 18 años, excluidas las que forman parte de los órganos de dirección, que de una manera regular, aportan su tiempo libre en tareas de gestión de servicios a la propia entidad o a terceras personas, pero siempre dentro de programas establecidos y dirigidos para la organización. El voluntario puede tener o no, la condición de socio."¹

The Volunteer Center define voluntario como "aquella persona que emprende un trabajo libremente, sin expectativas de remuneraciones económicas, en beneficio de alguien que no sea familia inmediata, no requerida por el Estado u otras instituciones públicas".²

La Cruz Roja Española define voluntario como "una persona que reflexivamente llega a adquirir una conciencia solidaria que la impulsa a actuar en colaboración con otras personas, con el objeto de despertar en ellos su propia capacidad para mejorar la calidad de vida. Por ello se capacita y organiza adecuadamente."³

Finalmente, Cáritas define al voluntario como "aquella persona que además de sus propias labores profesionales y status, de modo continuo, desinteresado y

¹ "Las Organizaciones de Voluntariado en la ciudad de Zaragoza": Ayuntamiento de Zaragoza, año 2000.

² "Formación en Voluntariado Social", Universidad Pablo de Olavide. Edita: Diputada de Sevilla

³ Op. Cit. N° 2

responsable dedica parte de su tiempo a actividades no a favor de sí mismo ni de los asociados (a diferencia del asociacionismo), sino a favor de los demás, o de intereses sociales colectivos, según proyecto que no se agota en la intervención misma (a diferencia de la beneficiencia), sino que tiende a erradicar o modificar las causas de la necesidad o marginación social.”⁴

Los voluntarios, como todo ser humano q se dedica a una determinada acción, se encuentra motivado por diversos factores que lo llevan a integrarse a una determinada organización y colaborar con sus fines.

De acuerdo a investigaciones psicosociales, las motivaciones que el voluntariado posee para emprender una acción, se hace referencia a las siguientes:

- En el voluntariado, coexisten una variedad de motivos, y que cumplen funciones psicosociales diversas para las distintas personas, o incluso para una misma persona.
- Los voluntarios, con independencia del ámbito de intervención, de las características propias y de la tarea que realicen, consideran más importantes los motivos heterocentrados, en comparación con los motivos autocentrados.
- La frecuencia relativa con la que los voluntarios mencionan distintos motivos, varía según la edad de la muestra de los voluntarios, o la problemática sobre la que intervienen.
- Los motivos iniciales para implicarse en una actividad voluntaria pueden ser distintos a los motivos para continuar realizándola. La experiencia del voluntariado, cambia al voluntario, y también sus motivaciones.

De esta manera, y para concretizar, Víctor Renes a modo ilustrativo enuncia que las motivaciones se encuentran condicionadas por:

- Objetivos personales
- Las experiencias previas
- La imagen de la organización
- Las creencias humanitarias o filosóficas
- Las creencias religiosas

⁴ Op. Cit. N° 2

- La conciencia política
- Acontecimientos concretos

El voluntariado ha sufrido una profunda renovación y transformación, que va desde el asistencialismo arcaico, basado en un compromiso voluntario individual, a ser un movimiento colectivo, donde la solidaridad adquiere formas nuevas e innovadoras. Su función ya no es exclusiva de llenar los huecos o vacíos institucionales. Se va transformando en trabajo voluntario, integrándose en las tareas que desarrollan las instituciones, dándoles a éstas un papel humanizante, flexible, despertando una toma de conciencia, creando de este modo, una acción reivindicativa a través de su propia actividad.

El voluntariado, como algo inserto en la propia comunidad, debe estar en un continuo proceso de transformación y adaptación a lo que sucede en su entorno, es decir, evoluciona igual que evoluciona la sociedad y actualmente y, en cierto modo, es signo de las propias contradicciones que ésta tiene.⁵

1.- Características fundamentales del Voluntariado

José Madrid (1998 p.65) propone resaltar cuatro características fundamentales:

1. El voluntario se integra a la organización libremente: No debe encontrarse coaccionado por ningún otro factor más que su firme decisión y su profunda convicción.
2. Se asocia con ello a otras personas: no son menos válidos los aportes libres y espontáneos de personas que deciden actuar por su cuenta y riesgo. Pero desde una asociación de voluntarios es reconocido legalmente, porque posee personalidad jurídica, es más fácil interpelar a la Administración, a la propia sociedad, y evidentemente, también se tiene más fuerza.

⁵ "Voluntariado y Centros de Servicios Sociales". Consejo general de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. Siglo XXI de España Editores, 1991.

3. El voluntariado actúa de modo altruísta: Es decir, presta sus servicios sin buscar compensaciones de ningún tipo.
4. La finalidad de su acción es brindar una auténtica ayuda. Los destinatarios de esta ayuda, pueden ser las personas individuales, los grupos o toda la sociedad.⁶

1.1. - Lineamientos del Voluntariado

El ámbito de acción del voluntariado, es diverso y muy amplio, indistintamente de la sociedad en la cual se inserte. Sin embargo, Jesús Madrid ⁷ distingue dos lineamientos de la Acción Voluntaria.

a) Voluntariado Asistencialista

El voluntariado que llamamos asistencialista está constituido por las organizaciones que mantienen básicamente los viejos esquemas de las organizaciones tradicionales de ayuda. Predomina en su quehacer una visión paternalista del Trabajo Social.

Simplificando mucho, es posible inferir que los voluntarios de organizaciones actúan "para" las personas que sufren, considerándolas como sujetos pasivos de su acción beneficiadora: proporcionan una ayuda de carácter temporal, sin preocuparse apenas de activar las capacidades y energías del asistido para que superen por sí mismo su conflicto.

Las energías de estas organizaciones se dirigen principalmente a la satisfacción de las necesidades inmediatas de los sujetos sin hacer una lectura más profunda de las causas que la producen.

b) Voluntariado de crecimiento y desarrollo

⁶ Op. Cit. N°2

⁷ "Voluntariado y Acción Comunitaria". María José Aguilar (Compiladora). Espacio Editorial, 1992.

Este voluntariado actúa desde un Marco Teórico más moderno y progresista:

“El objetivo esencial del voluntariado de desarrollo, dice Espinoza Vergara (1983⁸), es despertar y generar la propia capacidad de las personas para movilizarle en la solución de los problemas”.

El voluntariado de crecimiento podemos decir que no sólo actúa “para” la persona necesitada, sino que también “con” la persona necesitada. Lo que busca preferentemente es provocar un proceso de cambio y de crecimiento que modifique también los esquemas mentales del sujeto a través de los cuales interpreta la realidad, contribuyendo sin darse cuenta a crear o a mantener el problema.

Esta línea de voluntariado es de gran importancia, no sólo porque realiza programas de ayuda inmediata, sino porque también se propone:

- Detectar problemas nuevos.
- Denunciarlos.
- Sensibiliza a la sociedad sobre ellos.
- Prevenirlos.
- Compromete activamente a los propios sujetos en la solución de los mismos.

1.2.- Características del Voluntariado Moderno

- a. El voluntariado moderno es expresión de la sociedad evolucionada

En algunos ambientes de nuestra sociedad se mira a las Organizaciones Voluntarias con desconfianza: se les considera como una tarea anacrónica de viejos románticos y ambientes tercermundistas. Pero aún más triste es constatar que estos prejuicios son fáciles de encontrar en representantes de la Administración y de los Servicios Sociales oficiales.

⁸ “Teoría y práctica del Servicio Voluntario”. Mario Espinoza Vergara. Editorial Hvmánitas, 1983.

Sin embargo, no concuerda este prejuicio con la realidad. La abundancia de asociaciones de ayuda es un signo de modernidad y de conciencia social de los ciudadanos. De hecho, es en los países más desarrollados donde florecen más y mejores experiencias de voluntariado.

b. Universalización del fenómeno voluntario

Los cambios operados en la sociedad actual, han influido progresiva, pero profundamente en generar un replanteamiento nuevo del fenómeno del voluntariado que afecta a su naturaleza, principios, beneficiarios, programas y métodos de acción.

Un cambio muy significativo, como indica Jacques Meurant (1979), es que en el servicio voluntario moderno ha ido desapareciendo la noción de clases sociales.

c. Desplazamiento del interés hacia el Voluntariado de Crecimiento y desarrollo

El despertar de una mayor conciencia social en la sociedad moderna está generando una mayor valoración e interés hacia el voluntariado de Crecimiento y desarrollo. Este desplazamiento del interés introduce cambios muy significativos en los viejos esquemas de las asociaciones tradicionales y facilita la aparición de nuevas iniciativas, más acordes con esta nueva línea de crecimiento.

d. Mayor importancia de la dimensión interpersonal en la relación Voluntario Asistido

Como todos sabemos, en épocas anteriores la atención de ciertas necesidades básicas del necesitado dependía, casi exclusivamente, de la generosidad de los individuos y de las organizaciones benéficas privadas. Actualmente, ésta situación no es así, pero no por eso han terminado los problemas; con el cambio de esquemas del hombre moderno cada vez surgen más y más necesidades que cubrir.

Este cambio del entorno social tiene fuertes repercusiones en los centros de interés de las Organizaciones Voluntarias. En efecto, una vez cubiertas las necesidades básicas por los Estados, el centro de interés de las Organizaciones Voluntarias se va desplazando hacia programas y campos de acción en los cuales prima especialmente, más que el servicio en sí, la relación interpersonal, el encuentro personal que tiene lugar entre el voluntario y la persona que recibe el servicio, la satisfacción de las necesidades psicológicas de los individuos.

Por eso se observa hoy en día una mayor atención a estas necesidades en las Asociaciones Voluntarias tradicionales, así como el nacimiento de otras muchas Organizaciones que centran su interés en la satisfacción de estas necesidades humanas: cercanía, comunicación, afecto, relación personal, para responder a los nuevos males de soledad, incomunicación, etc.

e. Anacronismo e inadecuación de la contraposición Voluntarios-Profesionales

Es frecuente encontrar en numerosos escritos sobre voluntariado la distinción y la contraposición entre Voluntarios y Profesionales. En esta división, se supone que los "profesionales" son los entendidos en la materia, y por eso se les paga. Los voluntarios son "aficionadillos" a hacer el bien y claro, así no se puede cobrar, aunque "es muy de alabar su voluntad". Además, como se parte de que los voluntarios son sólo aficionados a hacer el bien, se dice repetidamente que deben colaborar bajo la dirección y supervisión de los profesionales.

Es por esta razón, que puede sostenerse que el nivel de formación, ni siquiera el alcanzado por la posesión de títulos universitarios, el que constituya el criterio último para distinguir el "sindicato" de los profesionales del "sindicato" de los voluntarios.

El único criterio válido de distinción de voluntario, como ya señalamos anteriormente, es que el voluntario actúa por altruismo, sin compensaciones materiales, mientras que los no voluntarios tienen otro tipo de motivación. Por eso la contraposición adecuada a "trabajador voluntario" es "trabajador remunerado", debiendo rechazar la contraposición Profesional (léase: "entendido") frente a voluntario (léase: "aficionado") por ser inexacta y rebajar la figura del voluntario.

A continuación, se presentarán diversas Tablas Explicativas con la finalidad de hacer más exhaustiva la caracterización del voluntariado.⁹

Tabla N °1

Distribución de Voluntarios según sector de la población que atienden

Población general	53%
Infancia y Juventud	23.1%
Ancianidad	6.0%
Transeúntes y Pobreza	4.6%
Tercer Mundo	3.0%
Minusválidos Físicos	2.7%
Minusválidos Psíquicos	2.4%
Minorías Étnicas	1.2%
Toxicómanos	1.0%
Resto de Sectores	3.0%

Del total del voluntariado social, sólo un 6% de ellos se dedica a la atención o al cuidado del Adulto Mayor, quedando en los primeros lugares la Población General, la Infancia y la Juventud.

⁹ Op. Cit. N°1

Tabla N °2

Composición Media de edad de los voluntarios en las asociaciones

Edad	Porcentaje
18-25 años	39.3%
26-35 años	35.1%
35-45 años	11.7%
45-60 años	6.9%
60 y + años	6.7%

Tabla N °3

Actividad Laboral Voluntarios

Trabajadores	39.6%
Estudiantes	35.1%
Jubilados	11.7%
Dueñas de Casa	6.9%
Cesantes	6.7%

Tanto la Tabla N °2 y N °3, se encuentran sumamente relacionadas, ya que manifiestan que las personas jóvenes y adultos jóvenes, gran parte de ellos estudiantes, conforman la población voluntariada social.

En cuanto al género, es posible determinar que las mujeres representan el 58% del voluntariado social, mientras que los varones representan el 42%.

Dedicación de los voluntarios

Tabla n °4

a) Horas a la semana

	- 5hr.	5 a 10 hr.	10 a 20 hr.	+ de 20 Hr.	NS/NC
Atención y acompañamiento personal	31.1%	33.3%	17.8%	15.6%	2.2%

Tabla N °5

b) Días de la Semana

	Fines de Semana	Entre semana	Ambos
Atención y acompañamiento personal	8.9%	62.2%	28.9%

De lo anterior, se desprende que el voluntario principalmente atiende y acompaña menos de 10 horas a la semana, y ésta la realiza en los días de la semana.

2.- Formación del Voluntariado

Todos estamos de acuerdo, al menos teóricamente, en la importancia fundamental que tiene la formación para lograr un voluntariado que pueda responder adecuadamente a las necesidades y exigencias de la sociedad de hoy.

Pero la importancia teórica que concedemos a la formación de voluntariado contrasta fuertemente con la situación de hecho que constata Espinoza Vergara (1983)¹⁰:

"Desgraciadamente –dice-, uno de los más grandes fallos que anotamos en las actividades del voluntariado en cualquier parte del mundo es la poca importancia práctica que se le ha dado a este aspecto (formación), aunque teóricamente siempre se le está dando el carácter de una condición fundamental."

De esta manera, se torna necesario considerar el proceso de formación del voluntariado, como un elemento o factor que incidirá en los resultados finales de la Acción Voluntaria. Dicha consideración, debe internalizarse tanto en las instituciones como en el voluntariado y en la propia comunidad.

2.1- Necesidad de la Formación

La necesidad de formación para el voluntario es clara. La finalidad última de la acción voluntaria, como sabemos, es ayudar eficazmente a la persona asistida en la resolución de su problema. Los otros fines o motivaciones que puedan acompañar la acción del voluntario son accesorios; así, la satisfacción personal, el enriquecimiento personal del voluntario, la ocupación del tiempo libre, el olvido de los propios problemas, el sentirse útil, etc. Es sumamente importante respetar esta jerarquía de prioridades; pues la inversión de estos valores y prioridades sería una instrumentalización de la persona ayudada en beneficio de las necesidades subjetivas del voluntariado de ayuda.

¹⁰ Op. Cit. N° 8

Ahora bien, si la finalidad es ayudar eficazmente a la persona necesitada, es evidente que el voluntario necesita una formación sólida para prestar una ayuda eficaz.

En síntesis, el voluntariado moderno debe ser capaz de armonizar la preparación técnica y la disponibilidad altruista.

2.2- Dinámica del proceso de Formación

María José Aguilar¹¹, citando al profesor Rocamora (1986), distingue en el proceso formativo del voluntario un triple movimiento de *interrogación*, de *negación* y de *afirmación*. Dichos elementos, se consideran útilmente necesarios para comenzar un proceso de formación del voluntario, de manera que éste internalice y comprenda la acción futura a realizar, además de ser elementos básicos para comenzar dicho proceso.

La formación, en primer lugar, debe ser un *autocuestionamiento* sobre las propias actitudes y posibilidades para la actividad que se desea realizar. En la formación, es necesario preguntarse acerca de las capacidades propias y los límites para desempeñar la labor en cuestión. Desde un punto de vista lineal, esto es necesario, porque no es posible llegar al final del camino sin reflexionar antes sobre el punto de partida, sin observar lo que se tiene y dónde se quiere llegar.

La formación como negación hace referencia al propósito y compromiso del "formando" de ir eliminando las actitudes y comportamientos propios que pueden obstaculizar la relación de ayuda con la persona asistida. Desde la perspectiva del lenguaje común, es como un renunciamiento e "ir arrojando el lastre para volar más ligero".

El tercer y último movimiento es la *afirmación*, el que tiene que ver con la formación propiamente tal. Es quizás, el aspecto más señalado de todo proceso formativo, el que implica nuevos conocimientos y nuevas técnicas. Es necesario tener en cuenta, que ésta dimensión no debe confundirse con la entrega de

¹¹ Op. Cit. N° 7

información o instrucción, sino más bien debe entenderse como un proceso holístico, integral y dinámico.

Ésta concepción no estática del proceso formativo, nos ayuda a visualizar su importancia, y la implicancia que tiene sobre todos sus actores: voluntarios, institución, comunidad, etc.

2.3 Etapas de formación del voluntario

A. Formación Inicial

Esta formación es sumamente necesaria e indispensable. La capacitación inicial, debe estar considerada a nivel institucional como un proceso elemental al que deben someterse todos los voluntarios que se integran a ella. Los contenidos específicos de la formación del voluntario pueden variar de acuerdo a la naturaleza de cada institución, pero es posible identificar un denominador común para todas ellas:

1.- Filosofía del voluntariado: Durante esta etapa, se incluyen todos aquellos aspectos valóricos e ideológicos que inspiran a la acción voluntaria, así como también la legislación, clases o tipos de Organizaciones Voluntarias, etc.

2.- Conocimiento de la propia Organización Voluntaria: Incluye datos generales de la organización , así como su funcionamiento, metas, objetivos, historia, etc.

3.- La persona del Voluntario: Esta etapa, se considera un factor de suma importancia, puesto que en ella cada voluntario debe tener conciencia y claridad de sus motivaciones personales, fortalezas, debilidades, etc.

4.- Técnicas de Comunicación y Relación de Ayuda: Espinoza Vergara¹² plantea que la acción voluntaria es eminentemente comunicacional. De ahí el énfasis que es necesario darle a éste aspecto de la relación que se establecerá entre el voluntario y el usuario, además de la relación que la institución debe tener con el resto de los actores. El voluntario necesita una formación adecuada a fin de que este encuentro facilite verdaderamente el crecimiento del usuario.

¹² Op. Cit. N° 8

5.- Educación para la vida en grupo: El voluntario que se integra a una organización, necesariamente deberá trabajar con un grupo de personas, cuyo actuar, estará determinado por objetivos comunes. Es por esta razón, que un conocimiento acerca de técnicas grupales, manejo relacional de grupo, solución de problemas y habilidades grupales, deben ser instauradas en aquel voluntario que se inserta en una organización.

6.- Conocimiento de la problemática específica: De acuerdo a la problemática sobre la cual va a trabajar el voluntario, es necesario que éste reciba conocimientos específicos, y debe entregársele una vital importancia a este factor, puesto que es en base a ésta sobre la cual el voluntario intervendrá.

7.- Conocimiento de las técnicas o métodos de ayuda: Frente a una problemática específica determinada, el voluntario necesitará ciertas técnicas o métodos de intervención. Por ejemplo, un voluntario que trabaje con ancianos que padecen de alzheimer, debe tener conocimientos específicos y técnicas de manejo de la enfermedad, para una mejor atención del usuario.

B. Formación Permanente

La Formación Permanente¹³ del voluntariado corresponde a la actualización de conocimientos y reciclaje que debe hacer fundamentalmente de técnicas, lineamientos y metodologías para seguir respondiendo adecuadamente a las necesidades de los asistidos.

Los objetivos de la Formación Permanente son los siguientes:

- Actualización de los conocimientos del trabajo social: Este es un factor sumamente obvio y necesario para adecuarse a las problemáticas actuales que vayan surgiendo.
- Visión Más profunda de la realidad: El contacto que el voluntario tiene con la realidad social, le permite replantearse su visión y formarse un juicio de ella: aprende a distinguir causas, conocer el contexto, etc.

¹³ Op. Cit. N° 11

- Profundización y refuerzo de la motivación del voluntario: este es un factor de suma importancia, puesto que la motivación, constituye al voluntario como tal, y por lo mismo requiere de un constante interés y refuerzo. Este objetivo de la Formación Permanente, se encuentra contrastado normalmente por la motivación ideológica y/o valórica que el voluntario tiene para trabajar, con el encuentro que éste tiene con la realidad social.
- Aumento del nivel de Participación e Integración del voluntario en la Asociación: En la medida que el voluntario se siente integrado a un grupo de trabajo, sus niveles de satisfacción mejorarán sustantivamente, y el desempeño que éste realice en la organización, dependerá en gran medida de las posibilidades de participación que se le brinden, lo que de manera directa, influirá sobre los usuarios o receptores de la acción voluntaria.

3.- Selección de Voluntarios

La selección de voluntarios es un proceso complejo, puesto que requiere tener cierta claridad, tanto de los conceptos como de lo que se espera de la labor voluntaria. Es por ésta razón, que los objetivos de la acción voluntaria y los perfiles de voluntarios deben establecerse con anterioridad al proceso de selección.

Jesús Madrid, en el texto compilado por María José Aguiar, ya citado anteriormente, propone ciertos Criterios de Selección de los voluntarios.

- ✓ Estructura Psicológica Sana: De acuerdo a las características del voluntariado moderno, se le entrega una mayor importancia a la dimensión interpersonal en la relación Voluntario-Asistido, en donde lo más importante no es tanto el servicio material recibido, como la relación interpersonal y el encuentro que se realiza entre ambos.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, se considera que sólo ofrece garantías de poder ayudar a otra persona el voluntario que tiene una estructura psicológica sana y que él mismo se siente en proceso de crecimiento.

- ✓ Motivación Sana: Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, las motivaciones de los voluntarios son de diversas naturalezas, pero fundamentalmente, son ideológicas y valóricas. Una motivación sana entonces, es aquella que está de acuerdo con los valores que persigue el voluntariado: altruismo y solidaridad humana.

- ✓ Capacidad de Trabajo en Equipo: La labor voluntaria, debe realizarse bajo un marco de Trabajo en Equipo. La consecución de los fines no se estima posible bajo otra modalidad. Si bien, es necesario que durante las capacitaciones se entreguen conocimientos básicos acerca del Trabajo en Equipo, fundamentalmente este proceso se verá determinado por las capacidades y habilidades individuales de cada miembro. Otro factor importante, es que el voluntario debe tener en cuenta que su labor se está realizando en nombre de una organización determinada, y no de manera personal.

- ✓ Destrezas sociales y de relación de ayuda: Cuando se habla de Destrezas Sociales, es imposible dejar de citar a Watzlavick, Baevin y Jackson (1967) quienes ponen como primer axioma de la comunicación la siguiente proposición "No es posible no comunicarse"¹⁴. Un criterio importante para seleccionar voluntarios, que están en contacto permanente con personas en actitud de ayudar, debe ser un aceptable nivel de destrezas sociales (escuchar y responder) y de relación de ayuda.

¹⁴ "Teoría de la Comunicación Humana". Watzlawick, baevin y Jackson. Herder, Barcelona 1981.

Segunda Parte

Servicios de Ayuda a Domicilio (SAD)

EL origen en España de los Servicios de Ayuda a Domicilio (SAD), puede situarse en la década de los 70, cuando, por orden del Ministerio del Trabajo el 19 de Marzo de 1970, se establecía el Servicio Social de Asistencia a los ancianos, que fijaba entre sus objetivos la “organización de asistencia o ayuda domiciliaria a los beneficiarios” (art. 2º, aptdo. B. De la citada norma). Por otra parte, la orden del mismo Ministerio de 26 de febrero de 1971 aprobaba el Plan Nacional de la Asistencia a los ancianos, una de cuyas áreas de actuación consistía en el desarrollo de la ayuda a domicilio.

No obstante, lo cierto es que las experiencias que en la década de los 70 se pusieron en marcha como consecuencia de dicha normativa sólo fueron unos proyectos aislados, que, desde luego, no alcanzaron significación estadística. El inicio del SAD en carácter general podemos situarlo a partir de la formación de los primeros ayuntamientos de la democracia, que tuvo lugar con las elecciones municipales de 1979, si bien su extensión en todo el territorio del Estado no se realiza hasta bien entrados los años 80.

Fuera de las fronteras españolas, puede afirmarse que en el conjunto de muchos de los países más desarrollados del mundo de la extensión generalizada del SAD da comienzo con algunos años de anticipación, en comparación con España. Algunos de ellos, como los países nórdicos, Gran Bretaña y Holanda comienzan a implantarlos con posterioridad al fin de la II Guerra Mundial, como correlato del triunfo de las ideas acerca del Estado de Bienestar propugnadas por Beveridge y Keynes y dentro de un contexto amplio de seguridad social, que incluye las pensiones, la asistencia sanitaria y servicios sociales, uno de cuyos pilares es el SAD. Concretamente, en Gran Bretaña se regula en 1946. El Gobierno Holandés, por su parte, organiza y financia un sistema de ayuda a domicilio en el año 1947.

En Dinamarca, la primera legislación sobre ayuda domiciliaria se produce en 1949.¹⁵

Esencialmente, el SAD consiste en ofrecer una ayuda personal y/o determinados servicios en el domicilio de ciertos individuos (personas mayores, discapacitadas, enfermas, familias desestructuradas, etc.) cuya independencia funcional se encuentra limitada o que atraviesan una situación de crisis personal o familiar. Por otra parte, además del cuidado y atención personales a quienes son sus usuarios/as, en la prestación de otros servicios considerados clave para favorecer un aceptable grado de independencia, tales como la limpieza del hogar, la cocina, hacer la compra, lavar y planchar ropa, realizar determinadas gestiones, etc. También suelen incluirse como prestaciones complementarias del SAD las reparaciones o adaptaciones de la vivienda, instalación de aparatos o ayudas técnicas, el servicio de teleasistencia domiciliaria, el servicio de comidas o lavandería a domicilio, etc.

Formalmente, definiremos al Servicio de Ayuda a Domicilio como *un programa individualizado, de carácter preventivo y rehabilitador, en el que se articulan un conjunto de servicios y técnicas de intervención profesionales consistentes en atención personal, doméstica, de apoyo psicosocial y familiar y relaciones en el entorno, prestados en el domicilio de una persona mayor dependiente en algún grado, con el objetivo básico de favorecer el incremento de la autonomía personal en su medio habitual de vida.*¹⁶

¹⁵ EL Servicio de Ayuda a Domicilio: Programación del Servicio. Manual de Formación para Auxiliares. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Editorial Médica Panamericana, 1997

¹⁶ Opp. Cít. N° 1

1.-- Objetivos generales del SAD

Fundamentalmente, los objetivos generales del SAD son los siguientes:

1. Incrementar la autonomía de la persona mayor atendida para que pueda permanecer viviendo en su casa el mayor tiempo posible.
2. Conseguir cambios conductuales en la persona mayor tendientes a mejorar su calidad de vida.
3. Facilitarle la realización de tareas y actividades que no puede realizar por sí sola, sin interferir en su capacidad de decisión.
4. Fomentar el desarrollo de hábitos saludables (alimentación, higiene, ejercicio físico, etc.)
5. Adecuar la vivienda a las necesidades de la persona atendida, mediante reparaciones, adaptaciones y/o instalación de ayudas técnicas.
6. Potenciar el desarrollo de actividades en la propia casa y en el entorno comunitario, dentro de las posibilidades reales de cada persona.
7. Aumentar la seguridad personal.
8. Potenciar las relaciones sociales, estimulando la comunicación con el exterior, y paliar así posibles problemas de aislamiento y soledad.
9. Mejorar el equilibrio personal del individuo, de su familia y de su entorno mediante el reforzamiento de los vínculos familiares, vecinales y de amistad.¹⁷
10. Favorecer la prevalencia de sentimientos positivos ante la vida, desterrando actitudes nihilistas y autocompasivas.

Es necesario destacar, que cada uno de los objetivos anteriormente nombrados, son importantes por su especial relieve, pero el objetivo fundamental del SAD es el **incremento de la autonomía personal**.

Es conocido y preconizado que difícilmente los recursos económicos públicos van a poder abordar en su totalidad este servicio. A pesar de que se hagan grandes esfuerzos, no se podrá cubrir toda la demanda actual y futura, especialmente cuando existe un aumento de la población que en un principio parece ser uno de

¹⁷ Opp. Cítt. Nº 2

los colectivos más importantes que se beneficiará de esta ayuda, es decir, los Adultos Mayores.

Por otro lado, un exceso de intervención institucionalizada, puede provocar la inhibición de la solidaridad en los sectores sociales, acción vecinal y familiares cercanos. Ante esta situación se están implicando cada vez más las organizaciones no gubernamentales, intentando que la población participe y comprenda el esfuerzo conjunto que debe realizarse para mejorar su calidad de vida, en una acción sincronizada entre todos los sectores.

Con demasiada frecuencia, y con el fin de dar de sí los escasos presupuestos destinados a este servicio, entre otras razones se ha recurrido a emplear a trabajadores sin ningún tipo de relación laboral ni cobertura legal, que han sido encubiertos bajo la denominación de voluntarios. Este sistema ha sido llevado a cabo por el sector público, privado y organizaciones no gubernamentales, que han visto una fórmula de aumentar sus ingresos o disminuir sus costes. Pero en todos ellos, la gestión fue dificultosa: los mal llamados "voluntarios" han exigido sus derechos, recurriendo a las magistraturas para regularizar la situación.

En España se les denomina "Auxiliares de Domicilio" a aquellas personas que realizan la ayuda a domicilio, quienes reciben una remuneración por parte de las organizaciones. El curso de formación dura aproximadamente 585 horas y es impartido por ONG's o Institutos Profesionales. Su labor entonces, se ve diferenciada de aquellas personas que realizan sus actividades en forma voluntaria.

Después de este proceso se ha replanteado la fórmula operativa de ponerlo en marcha; se ha fomentado la creación de cooperativas de trabajadores que realizan ayuda a domicilio.

Es, en la actualidad, donde los distintos profesionales remunerados que intervienen en la ayuda a domicilio tienen sus tareas definidas y su relación laboral clara, siendo el momento de intervención del voluntariado con sus funciones específicas y propias. Por un lado, las necesidades vitales de subsistencia están siendo atendidas por programas con su personal asalariado de las Administraciones, organizaciones no gubernamentales, cooperativas..., pero esta atención debe complementarse con otras, que si bien no son de tipo material, sí lo

son en el orden psicosocial de la persona; es aquí donde va a tener un papel fundamental el voluntariado.

Es conveniente aclarar que el voluntariado en la ayuda a domicilio al que nos referimos es aquel que desarrolla su labor de una forma gratuita, dentro de un programa organizado donde las atenciones básicas son cubiertas por un equipo remunerado.

2.- Funciones del SAD

Las funciones que ejerce la prestación de Ayuda a Domicilio, la podemos enmarcar dentro de los siguientes niveles de actuación:

- Preventivo:
 - Evitando el desarraigo social que conlleva el internamiento en una situación y contribuyendo, por lo tanto, a mantener al beneficiario en su medio.
 - Apoyando a la familia o individuo para evitar las situaciones que conllevan a la desorganización y perjuicios de los mismos.

- Asistencial:
 - Cubriendo parte de las necesidades de la vida cotidiana contribuyendo a mejorar su calidad de vida.

- Rehabilitador:
 - Poniendo al alcance del beneficiario los medios necesarios para desenvolverse en su medio habitual.
 - Estimulando las habilidades sociales que favorezcan la adaptación del medio.
 - Contribuyendo a la integración y normalización, de la situación o problema que no pueda superarse. Es decir, el beneficiario debe recibir

el apoyo necesario para suplir su carencia o problema en la vida cotidiana.¹⁸

Desde la perspectiva de las funciones del SAD, es posible determinar a este servicio como una acción que pretende ser integral, ya que sus funciones son preventivas, asistenciales y rehabilitadoras, escapando del mero asistencialismo, promoviendo así, habilidades para la vida y la salud de los usuarios.

De esta manera, pasaremos a explicitar las características del SAD:

- o Carácter universal e igualitario, ya que en principio debe dirigirse a la población que lo necesite.
- o Normalizador e integrador: cubre sólo aspectos necesarios y dentro del entorno del individuo.
- o Preventivo; actúa para prever y evitar situaciones de inadaptación, remediando situaciones de crisis e institucionalización.
- o Participativo, es decir, debe fomentar la participación del propio usuario en la marcha y desarrollo del servicio.
- o Descentralizador, ya que la gestión depende de los servicios sociales comunitarios.
- o Planificación y coordinación. Se trata de un servicio impartido por profesionales donde las actuaciones están coordinadas y planificadas con antelación para cubrir unos objetivos concretos. Por ello requiere una evaluación continuada de la situación, ya que en principio se trata de una prestación transitoria que se da en un momento dado y cubre una carencia que no puede ser atendida por otras vías.

En relación a la prestación transitoria o permanente de los servicios, es necesario definir los usuarios del SAD:

- Personas mayores de 60 años.
- Minusválidos.
- Usuarios con problemas de familia e infancia.
- Otros Toxicómanos, alcohólicos, enfermos....

¹⁸ "Servicio de Ayuda a Domicilio en las Capitales Andaluzas". Informe al Parlamento de Andalucía, enero de 1995. Defensor del Pueblo Andaluz.

El SAD va dirigido a familias o individuos, que se encuentran incapacitados para realizar ciertas tareas de vida cotidiana, ya sea con un planteamiento a corto o largo plazo, ya que en el caso de los Adultos Mayores la prestación se prolonga en el tiempo, pues estos beneficiarios se enfrentan con frecuencia a impedimentos difíciles de superar, ya sea por causa de una enfermedad crónica o alguna incapacidad.

3.- Criterios para la puesta en marcha de proyectos de voluntariado en la Ayuda a Domicilio

Los proyectos de Voluntariado en la ayuda a domicilio deben de guiarse de manera necesaria por los siguientes criterios:

1. Debe de estar dentro de un programa global e integrado de atención domiciliaria del Centro.
2. Existencia de una programación objetiva de necesidades a cubrir, donde se especifique y delimite la labor de los voluntarios.
3. Coordinación con otros servicios existentes para evitar duplicidad.
4. Preparación y formación adecuada de los voluntarios sobre el trabajo a realizar.
5. Soporte institucional y de personal retribuido que apoyen la labor de los voluntarios.
6. Evaluación continua por parte de la institución, voluntario y usuario.

4.- Actividades que pueden realizar los voluntarios en la Ayuda a Domicilio

Si partimos de que el programa de voluntariado en la ayuda a domicilio está integrado dentro del programa de actuación global del centro, las actividades que éstos pueden desarrollar variarán enormemente, estando en función de aquél, y los recursos que se destinen a tal fin.

Como norma general, el voluntariado actúa fundamentalmente en aquellas actividades donde se necesita relación interpersonal, diálogo, compañía e integración.

Un aspecto que hay que señalar dentro de las actividades que el voluntario puede hacer es que éste no se limitará exclusivamente a actuar en el domicilio del receptor, su acción le llevará a realizar y organizar actividades fuera del mismo, animándolo para que participe en las acciones que llevan a cabo en su entorno más próximo, relacionándolo con otras personas en parecidas circunstancias, fomentando de este modo, la autoayuda. A continuación, se presentarán algunas de las actividades que el voluntariado puede realizar en la Ayuda a Domicilio:

- En el propio domicilio:
 - Captación del medio relacional, familiar y social como material de análisis para el resto del equipo técnico.
 - Seguimiento de tratamientos médicos y rehabilitadores.
 - Compañía, escucha, acogida, escribir las cartas, revistas.
 - Fomento de ocupaciones y aficiones personales.
 - Adaptaciones al hogar.
 - Educación para la mejora del entorno convivencial.

- En el exterior:

- Acompañamiento en la realización de gestiones, visitas médicas, paseos...

- Actividades de enlace con su entorno social más próximo, integrándolo en las actividades del barrio, ayudándoles a iniciar o reestructurar relaciones familiares o sociales.

- Organización de actividades lúdicas y recreativas.

- Generales

- Detección de posibles casos necesarios de la ayuda a domicilio.

- Cooperación en estudios e investigaciones sobre este tema.

- Cadenas telefónicas de solidaridad y atención inmediata.

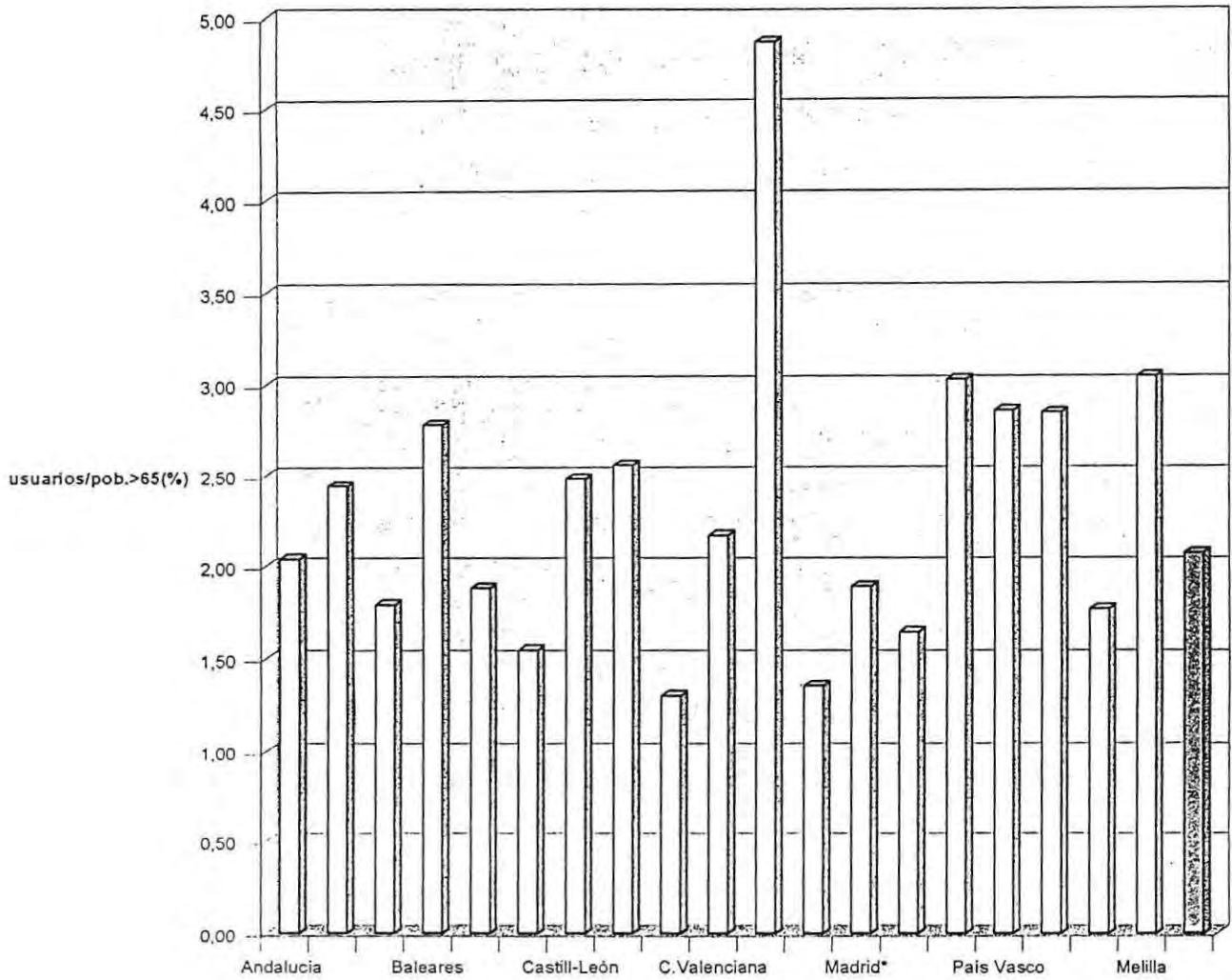
5.- Datos y Gráficos generales

Tabla N ° 6
Servicio Público de Ayuda a Domicilio en España. Usuarios. Enero
2001

Ámbito Territorial	Poblac.>65	Nº usuarios	Índice de Cobertura
Andalucía	1.040.072	21.191	2,04
Aragón	253.807	6.189	2,44
Asturias	229.061	4.095	1,79
Baleares	123.450	3.431	2,78
Canarias	194.256	3.649	1,88
Cantabria *	99.416	1.537	1,55
Castill-León	545.374	13.514	2,48
Casti-La Mancha	341.181	8.711	2,55
Cataluña	1.070.370	13.898	1,30
C.Valenciana	666.753	14.430	2,16
Extremadura	198.551	9.659	4,86
Galicia	543.783	7.350	1,35
Madrid*	754.588	14.240	1,89
Murcia	162.580	2.667	1,64
Navarra	97.171	2.938	3,02
País Vasco	353.681	10.096	2,85
La Rioja	51.319	1.458	2,84
Ceuta	7.764	137	1,76
Melilla	6.382	194	3,04
España	6.739.559	139.384	2,07

Fuente: INE base. *Cifras de población referidas a 1/01/99. Revisión del Padrón Municipal 1999*; Consejerías de Sanidad y Servicios Sociales de CC.AA. Diputaciones Forales Vascas

Servicio Público de Ayuda a Domicilio. usuarios. Índice de cobertura. Enero 2001



En relación a la cobertura, se hace necesario destacar que el Servicio de Ayuda a Domicilio en España, se encuentra muy por debajo de los índices presentados por Suecia, Dinamarca, Reino Unido, Francia, Bélgica, Finlandia y Austria.

Tabla N ° 7

Pais	Cobertura
Suecia	18.4
Dinamarca	20.5
Reino Unido	12.5
Francia	6.1
Bélgica	6
Finlandia	18.4
Austria	8.8

Fuente: "La Asistencia Domiciliaria en Europa". Documentos de Bienestar Social, 1990

Si bien los datos anteriores, temporalmente distan mucho de los datos actuales españoles en relación con la cobertura, es posible establecer puntos de comparación, en la medida que determina las diferencias que existen entre los estados para aplicar la Ayuda Domiciliaria.

Tabla N ° 8

Servicio Público de Ayuda a Domicilio en España. Coste y Financiación. Enero 2001

Ambito Territorial	Coste/hora (ptas)	Coste medio(pts) mensual/usuario	% Copago
Andalucía *	1.397	12.238	5,00%
Aragón	1.242	20.493	15,00%
Asturias	1.228	18.911	5,75%
Baleares	1.720	20.640	-----
Canarias	1.774	21.288	-----
Cantabria*	1.065	10.469	-----
Castill-León	1.093	23.631	9,45%
Casti-La Mancha	1.056	21.278	-----
Cataluña	1.532	10.418	-----
C.Valenciana*	1.500	19.500	-----
Extremadura	925	8.788	-----
Galicia	1.100	37.400	
Madrid*	1.500	21.750	8,00%
Murcia	1.220	18.300	5,00%
Navarra	2.549	29.263	7,80%
País Vasco	2.071	48.855	10,58%
La Rioja	1.289	15.468	20,00%
Ceuta	1.265	15.180	0,00%
Melilla	2.268	45.360	0,00%
España	1.544	23.291	

Fuente: Consejerías de Sanidad y Servicios Sociales de CC.AA.Diputaciones Forales Vascas

Tercera Parte

Institucionalización: ¿Por qué evitarla?

Alternativas Residenciales para nuestro Adultos Mayores

La realidad española, en cuanto a la configuración de medidas tendientes a la protección de los Adultos Mayores, dista bastante de lo que se establece en nuestro país. Si bien es cierto que el envejecimiento de la población en Chile se asemeja, o tiene tendencias a acercarse a la realidad española, es necesario recordar que dichos procesos se han retrasado en nuestra sociedad, es decir, mientras en el continente europeo se tomaban medidas para mejorar la calidad de vida de la población adulta, en nuestro país recién se controlaba la natalidad...

Es por esta razón, que es posible integrar dos ámbitos culturales diferentes para establecer nuevas medidas en cuanto al mejoramiento de la calidad de vida de nuestros Adultos Mayores. Su aplicabilidad, dependerá en gran parte de los factores que incidan en el fenómeno, sus variables y las experiencias en torno el tema.

Una de las consecuencias que conlleva la institucionalización del Adulto Mayor, corresponde a los gastos públicos que esta situación genera. Por lo tanto, evitarla supone una disminución de dicho gasto, el que podría utilizarse en ampliar servicios, cobertura, calidad, etc.

Otro efecto que provoca la institucionalización del Adulto Mayor, corresponde a las funciones de cuidado y protección que le corresponden a la familia. Institucionalizando al Adulto Mayor, la familia ve disminuida su responsabilidad frente a la persona.

El revertir estas dos situaciones iniciales, anteriormente propuestas, corresponden a razones suficientes que los organismos e instituciones (incluidas las familias) deben responsabilizarse, pues los beneficios se traducen en términos micro y macrosociales.

Sin embargo, las consecuencias que derivan de la institucionalización del los Mayores, son múltiples, pero a su vez, es necesario adentrarse en las diversas Alternativas de Residencias, las que pueden dar luces acerca de un futuro trabajo en nuestro país.

La legislación española, establece la importancia de mantener al Adulto Mayor en su entorno natural y familiar, es por esta razón, que existen diversas Alternativas de Residencia, es decir, programas llevados a cabo por los Servicios Sociales para evitar la institucionalización del Adulto Mayor. Ciertamente, los Servicios de Ayuda a Domicilio corresponden a dichos programas, cuya finalidad última es ser una Alternativa a la Residencia.

1.- Legislación Española en torno a la Temática

La base de una legislación, entrega las directrices de una acción conjunta. En torno a la protección de la población Adulta Mayor, la legislación española establece diversas garantías, las cuales se sustentan en principios que buscan superar las tendencias asistencialistas, llegando de esta forma, a configurar marcos de protección integrales para las personas mayores.

De esta manera, la Ley 6/1999 de Atención y protección de las Personas Mayores, establece que ésta representa una apuesta decidida por nuevos sistemas de protección que, superando el "asistencialismo" den respuestas globales, integradoras y eficaces para que las personas mayores puedan "envejecer en casa" con su familia y en su entorno.¹⁹

Para fundamentar el marco legislativo en la regulación de la protección de las Personas Mayores, se hará alusión a la Ley de Andalucía, ya que en teoría es similar a la establecida en la Constitución Española, pero las modificaciones son aquellas realizadas para adaptarse a la realidad andaluza, la que no dista en gran medida de la que rige al resto del país.

¹⁹ Pérez Saldaña Isaías. Consejero de Asuntos Sociales. Ley 6/1999 de Atención y Protección a las Personas Mayores. Junta de Andalucía, Consejería de Asuntos Sociales.

Por otra parte, la presente Ley establece en el Artículo I, entre sus **Objetivos**, lo siguiente:

- a) Impulsar y mejorar el bienestar físico, psíquico y social de las personas mayores y proporcionarles un cuidado preventivo, progresivo, integral y continuado, en orden a la consecución del máximo bienestar en sus condiciones de vida, prestando especial atención a aquéllas con mayor nivel de dependencia.
- b) Velar por la suficiencia económica de las personas mayores con objeto de favorecer su integración social.
- c) Procurar la integración de las personas mayores en todos los ámbitos de la vida social mediante su participación en las actividades que se lleven a cabo en su entorno físico y cultural, así como fomentar la aportación de sus conocimientos y experiencia a las restantes generaciones.
- d) Posibilitar la permanencia de los mayores en el contexto sociofamiliar en el que han desarrollado su vida.
- e) Promover las condiciones precisas para que las personas mayores lleven una vida autónoma, ofertando los medios para desarrollar sus potencialidades y frenar los procesos involutivos que acompañan a la edad avanzada.
- f) Prevenir y evitar situaciones de riesgo social que puedan dar lugar a situaciones de maltrato y desasistencia.
- g) Favorecer la solidaridad entre las generaciones.
- h) Fomentar la participación del movimiento asociativo de las personas mayores en el proceso de integración comunitaria.
- i) Sensibilizar a la sociedad andaluza respecto de la situación de las personas mayores, con las exigencias que plantea la evolución demográfica actual y futura y con las consecuencias del progresivo envejecimiento de la población de la Comunidad Autónoma.

j) Potenciar la implicación social por medio del desarrollo de medidas que promuevan la solidaridad hacia las personas mayores con especiales necesidades de atención.

k) Establecer los mecanismos de apoyo generacional necesarios, consistentes en medidas de acción positiva que posibiliten que la obligada transición de la vida activa laboral a la situación de jubilación o de inactividad laboral asimilada se realice de la forma menos traumática posible.

l) Propiciar la participación de las personas mayores, a través de las organizaciones en que se integran, en el proceso de toma de decisiones sobre el planeamiento y gestión del sistema de atención y protección diseñado en esta Ley.

m) Promover los valores representados por las personas mayores.

Con los objetivos anteriormente planteados, queda establecido el carácter integral de la presente Ley. De esta manera, se intenta potenciar en los Adultos Mayores su autonomía, proteger a las personas dependientes, favoreciendo en lo posible la permanencia en sus hogares de origen e integrarlos de manera progresiva en la sociedad, a través de la participación e información. Se han ennegrecido ciertos objetivos, para que el lector pueda visualizar que la permanencia en el medio familiar de los Adultos Mayores, es un elemento de suma importancia que la Ley establece.

En el Artículo VI de la misma Ley se establece una disposición acerca del **Voluntariado y Ayuda Mutua**, y se establece lo siguiente: "Las Administraciones Públicas de Andalucía promoverán el desarrollo del voluntariado de mayores como forma de participación en los diversos campos donde interviene el voluntariado así como grupos de ayuda mutua, dentro del propio colectivo".²⁰

La legislación Andaluza (y por ende, el resto de la española también), aluden al voluntariado como una herramienta que es capaz de promover acciones que permitan la participación de la comunidad. Este reconocimiento es de suma importancia, pues la acción voluntaria deja de ser un medio que se encuentra implícito en el actuar comunitario, para convertirse en un ente que permite el desarrollo de las comunidades y sus valores.

²⁰ Ley 6/1999 de Atención y Protección a las Personas Mayores. Junta de Andalucía, Consejería de Asuntos Sociales.

La familia siempre ha jugado un rol primordial. En España (y en Chile de igual manera), el soporte social y familiar es el que mayoritariamente proporciona los cuidados al anciano y constituye, con mucho, la red de cuidados más importante. La conveniencia de no separar al Adulto Mayor de su entorno familiar y social (si su estado no lo hace absolutamente necesario) recomienda considerar el papel que actualmente está ocupando la red de cuidados informales y la conveniencia de facilitar la continuidad de estos servicios. Sin embargo, algunos factores sociales, como la creciente incorporación de la mujer al trabajo y las dificultades de acceder a una vivienda, amenazan la continuidad en el futuro de esta protección familiar, y presiona al aumento de la demanda de servicios de cuidados de media y larga estancia.

El Artículo IX, se refiere al **Apoyo Familiar** y en él se plantean básicamente medidas de "respiro" para aquellas familias que necesiten cierta ayuda. Si por otra parte, consideramos que aquellas familias que conviven con un Adulto Mayor que se encuentra enfermo, o es dependiente, éstas vivencian un constante nivel de estrés familiar.

En el Apoyo familiar de la ley de Atención y Protección a las Personas Mayores se establece lo siguiente:

1. Las Administraciones Públicas apoyarán a las familias y a otros cuidadores que tengan a su cargo la atención de una persona mayor dependiente, a través de medidas y programas de información y entrenamiento en las habilidades necesarias para afrontar su cuidado, así como a través de medidas de soporte sociosanitarias que compensen la dedicación familiar intensiva y eviten situaciones extremas de cansancio familiar. En todo caso se asegurará la participación activa y de forma directa en este apoyo familiar de los servicios sociales comunitarios.
2. Asimismo, se potenciará la creación de asociaciones de grupos de ayuda y otras redes de apoyo entre los familiares que cuidan a personas mayores con problemas de autonomía personal u otra índole.

Como es posible visualizar, el Apoyo Familiar se sustenta en una ayuda comunitaria, enfocada básicamente al reforzamiento de roles, valores y habilidades familiares de ayuda y cuidado.

Para proporcionar la ayuda que anteriormente se expone y sustentar una política que apuesta por la autonomía de las personas, además de que éstas permanezcan el mayor tiempo posible en sus hogares, se hace necesario contar con un sistema de **Servicios Sociales Especializados**.

En el Artículo 14 establece que éstos son instrumentos para la atención a las personas mayores dirigidos a posibilitar su integración social, habrán de procurar estructurarse en los ámbitos más próximos al ciudadano, evitando situaciones de desarraigo, y se estructurarán a través de:

- Centros de día.
- Unidades de estancias diurnas.
- Viviendas tuteladas.
- Centros residenciales.
- Otras alternativas (*).

Los Servicios Sociales especializados tenderán a estructurarse en los ámbitos más próximos a las personas a quienes prestan servicio, evitando situaciones de desarraigo.

- Centros de día: Los centros de día se configuran como centros de promoción de bienestar de las personas mayores, tendentes al fomento de la convivencia, la integración, la participación, la solidaridad y la relación con el medio social, pudiendo servir, sin detrimento de su finalidad esencial, de apoyo para la prestación de servicios sociales a otros sectores de la población.
- Unidades de Estancias Diurnas: Las unidades de estancias diurnas están destinadas a prestar una atención integral durante parte del día a personas mayores con un grado variable de dependencia física o psíquica. Su objetivo es mejorar o mantener el nivel de autonomía personal de los usuarios y apoyar a las familias o cuidadores que afrontan la tarea de atenderlos.
- Viviendas Tuteladas: Son viviendas tuteladas aquéllas destinadas a personas mayores que posean un grado suficiente de autonomía personal y

se configuran como pequeñas unidades de alojamiento y convivencia ubicadas en edificios o zonas de viviendas normalizadas, sometidas al cumplimiento de los requisitos establecidos en la normativa sobre centros de servicios sociales, y supervisadas por una entidad de servicios sociales, tanto de carácter público como privado.

- Centros Residenciales: Los centros residenciales son centros de alojamiento y de convivencia que tienen una función sustitutoria del hogar familiar, ya sea de forma temporal o permanente, donde se presta a la persona mayor una atención integral.
- Otras Alternativas (*): Las Administraciones Públicas fomentarán aquellos programas dirigidos a favorecer la permanencia de la persona mayor en su entorno, tales como:
 - a) Integración Familiar, destinado a fomentar la integración del mayor en su propia familia u otras familias, en caso de que la persona mayor se encuentre sola y existan familias que deseen atenderlas e integrarlas en su propia unidad familiar.
 - b) Alojamiento de Jóvenes con Personas Mayores, dirigido a promover la estancia de jóvenes con personas mayores que, por sus circunstancias, se encuentren solas y deseen dar alojamiento a estas personas.
 - c) Viviendas Compartidas, destinadas a dar alojamiento a varias personas ya sean mayores o a jóvenes y mayores indistintamente, siempre que su grado de autonomía les permita esta convivencia.
 - d) Otros análogos.

(*) De manera que la presente Ley puede ser utilizada en Chile, se considerarán como Alternativas residenciales, todos aquellos programas que favorezcan la permanencia del Adulto Mayor en su entorno, por lo que la última categoría de los Servicios Sociales Especializados, es la que será de utilidad en un próximo trabajo chileno. Si bien, los Servicios de Ayuda a Domicilio no se encuentran explicitados en la Ley, éstos son evidentemente considerados como una Alternativa a la residencia.

2.- Gasto Público

A pesar de que está suficientemente contrastado el aumento del consumo de servicios sanitarios en la población Adulta Mayor y que el continuo aumento de los gastos sociales se asocia al envejecimiento de la población, algunos autores opinan que la consideración por parte de los gobiernos de que el envejecimiento es la causa inevitable que justifica el incremento de los gastos responde más a un deseo de eludir su responsabilidad por controlar mejor el gasto que a la inexorabilidad real de contener los costes por esta causa. (Evans, R.G., 1985; Newhouse, J.P., 1993). La controversia sobre las causas del incremento del gasto sanitario como consecuencia del envejecimiento de la población puede deberse a que, aunque la atención de las patologías más frecuentes de los Adultos Mayores no son precisamente las que consumen más recursos sanitarios, las estancias más prolongadas en los hospitales las ocasionan los pacientes ancianos. El incremento del consumo de servicios sanitarios no se debería solamente al incremento de la población anciana, sino a otros factores relacionados con cambios de lado de la oferta o en los valores sociales (Barer, M. L., et al, 1995; Newhouse, J. P., 1993) Desde este punto de vista, el progresivo aumento de los gastos sanitarios se debería principalmente a cambios sociales, una mayor oferta de servicios y el aumento de los costes de tecnología.²¹

Las personas de más avanzada edad, generalmente con limitada o nula autonomía, originan unos gastos sanitarios muy superiores a la media. Para diversos países, se ha estimado que el gasto sanitario de las personas de 65 a 74 años es entre dos y tres veces el de las personas de menos de 65 años, pero el gasto de las personas de más de 75 años puede llegar a ser entre tres y seis veces mayor (OECD, 1996). El 60 por 100 de las personas de más de 65 años sufren una enfermedad crónica diagnosticada por el médico frente a un 25 por 100 del resto de la población.

Una de las características del gasto en servicios sociales y, en general de los gastos en protección social es su distribución no uniforme entre los distintos grupos de edad de la población, ya que la asignación de los programas de gasto en servicios sociales se encuentra condicionada a la edad según la finalidad de

²¹ Martínez Zahonero, José Luis. "Economía del Envejecimiento. Calidad y financiación de los cuidados prolongados para los ancianos". Consejo Económico y Social (CES), 2000.

dichos programas (por ejemplo, el gasto en Tercera Edad se asigna en su mayor parte al grupo de 65 años y más; el gasto en el colectivo menores se dirige a la población de 0 a 15 años...).

Por esta razón, los cambios que se produzcan en la estructura de la población en los próximos años, van a incidir sobre la evolución y composición del gasto en servicios sociales.²²

El aumento automático del gasto en servicios sociales como consecuencia de la evolución demográfica se estima en un 16% entre 1990 y el año 2020; un 9% desde 1990 hasta el año 2000 y un 10% desde 1990 hasta el 2005.

La distribución de dicho crecimiento por grupos de edad pone de manifiesto que la principal causa explicativa del mismo se encuentra en el aumento de la población de 65 años y más, que provocará una expansión del gasto en servicios sociales del 47% entre el año 1990 y 2020. Dicho aumento será entre 1990 y el año 2000 el 25% y entre 1990 y el 2005 del 29%.

Este fuerte crecimiento se verá contrarrestado, en parte, por la drástica reducción del gasto en servicios sociales correspondiente a la población más joven, de 0 a 15 años, que se estima en un 27% entre el año 1990 y el año 2020; un 23% entre 1990 y el 2000 y un 24% entre 1990 y el año 2005.

El gasto destinado al grupo de edad entre 16 y 64 años también contribuirá, en menor medida que el grupo de 65 años y más, al crecimiento del gasto en servicios sociales hasta el año 2025 (5%), si bien, entre 1990 y el año 2020 no experimentaría variación.

El crecimiento esperado en el gasto en servicios sociales debido a la evolución demográfica representa asimismo un cambio en la estructura del gasto por grupos de edad. (Ver recuadro).

²² Barca tejeiro, José. "El Gasto Público en Servicios Sociales en España". Ministerio del trabajo y Asuntos Sociales., 1997.

Distribución del Gasto en Servicios Sociales por Grupos de Edad (%)

Grupo de Edad	1990	2000	2005	2020
0-15 años	16.8	11.9	11.6	10.6
16-64 años	39.9	38.4	37.9	34.5
65 y + años	43.3	49.7	50.5	54.9
Total	100	100	100	100

El gasto en servicios sociales asignado al grupo de 65 años y más pasa de representar el 43.3% del gasto en 1990 al 54.9% en el año 2020, lo que se traduce en una ganancia de 11.7 puntos porcentuales. Dicho aumento se realizará a costa de la pérdida relativa que experimentarán los grupos de 0 a 15 años y de 6 a 64 años, estimada en 6.2 y 5.4 puntos porcentuales respectivamente.

Finalmente, y de lo anteriormente expuesto, es posible concluir que en los próximos treinta años se va producir un crecimiento del gasto en los servicios sociales como consecuencia del envejecimiento de la población, estimado en un 16%, que impulsará al alza sobre todo el gasto en programas dirigidos a la Tercera Edad.²³

²³ Opp. Citt.

3.- Servicio de Ayuda a Domicilio

En el capítulo anterior, ha sido definido y conceptualizado el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD), pero recordaremos su definición: "Servicio que proporciona una serie de atenciones preventivas, educativas y asistenciales a personas que presentan dificultades en la realización de actividades domésticas habituales. Va dirigida a prestar las atenciones necesarias de los ciudadanos, facilitando la permanencia en su medio habitual de vida para evitar situaciones de desarraigo".

El SAD, entre otras cosas, trata de eludir el desarraigo social del beneficiario del servicio, soslayando el internamiento en un centro y el alejamiento de su medio de vida. En el marco de este discurso, se considera que hoy día la atención residencial debe ser sustituida por la aplicación de medidas asistenciales en el propio entorno natural del beneficiario, y en este sentido, se recomienda el SAD como modelo asistencial que dé respuesta a las necesidades personales, económicas y sociales del anciano.²⁴

Es necesario recordar, que lo anteriormente expuesto, corresponde a un Informe realizado para el Parlamento Andaluz, por lo que el párrafo contiene un elemento que abusa la convicción por parte de los poderes políticos para que se dé apoyo a éste servicio.

Si bien el SAD retrasa el ingreso del anciano en un Centro Residencial, existe otro elemento que es importante destacar. En Andalucía, actualmente existe un déficit de plazas para ingresar a las residencias. En el año 1995 existía un déficit de 14.088 plazas. Este índice tan bajo de plazas residenciales provoca lista de espera para acceder a las mismas –hasta tres años se necesitan para ingresar en algunas de las residencias de asistidos- y condiciona un mayor volumen de población tributaria de las ayudas a domicilio. En el resto de España, los datos son los siguientes:

²⁴ "El Servicio de Ayuda a Domicilio en las Capitales Andaluzas". Informe al Parlamento de Andalucía Enero de 1995. Defensor del Pueblo Andaluz, 1995.

Centros	4.138
Plazas	213.989
Ratio*	3,18

* N° de plazas por cada 100 personas Mayores de 65 Años
 Datos referidos a Enero de 2001²⁵

En este punto, se entra a una nueva problemática que aqueja a los Servicios Sociales, y éste es, que el indicador del número de plazas residenciales debería ser proporcional al número de ayudas a domicilio que se conceden. Sin embargo, la cobertura del servicio ha sido tratada en otro capítulo del presente Informe.

Finalmente, es posible inferir que el Servicio de Ayuda a Domicilio, está pensado para proporcionar, mediante personal especializado, una serie de atenciones preventivas, formativas, asistenciales y rehabilitadoras a personas que presentan dificultades en la realización de sus actividades domésticas y habituales, con el fin de posibilitar, como su nombre lo indica, la permanencia del ciudadano en su medio habitual de vida, evitando las situaciones de desarraigo y si a lo anterior, se suman las necesidades y/o preferencias de los Adultos Mayores por mantenerse en su ambiente origina: el 95% de éstos quiere envejecer dignamente en casa, en su hábitat, puesto que la institucionalización provoca en ellos problemas de nivel personal (soledad, sensación de rechazo), como a nivel familiar (destrucción de la unidad familiar).²⁶

²⁵ **Fuente:** INE base. *Cifras de población referidas a 1/01/99. Revisión del Padrón Municipal 1999 y Consejerías de Sanidad y Servicios Sociales de las CC.AA. Diputaciones Forales Vasca*

²⁶ Op. Cit N° 4

Conclusiones y Aprendizajes

El investigar y conocer sistemas de ayuda en realidades ajenas, es un tanto complejo, pero a la vez, enriquecedor y apasionante. No sólo es una alternativa viable, sino que además, permite dar luces acerca de una problemática actual que afecta a un determinado grupo, y por ende, al resto de la sociedad. Permite además, aprovechar recursos existentes, tanto en las instituciones como en las personas, para mejorar la calidad de vida de la población.

No obstante, frente al conocimiento de una determinada realidad, para aplicarla en otra, es necesario realizar ciertas transformaciones, que permitirán el desarrollo de un plan de acción, puesto que en Ciencias Sociales y más específicamente en Trabajo Social, es conocido que "todas las realidades son diferentes", ya que fundamentalmente, lo que es eficaz para una sociedad, difícilmente de manera pura, lo será para la otra.

De esta manera, y en relación a los tres Ejes Temáticos planteados en el documento, es posible modificar todos aquellos elementos recopilados en la investigación, para luego poder aplicarlos en la realidad chilena.

En primer lugar, si se toma en cuenta que básicamente se intenta realizar un Proyecto Piloto en dos comunas, cuyo objetivo es implementar un sistema de acompañamiento y ayuda a domicilio, a través de voluntarios, y no un servicio de ayuda propiamente tal y con personal calificado, entonces se está frente a una realidad completamente distinta a la estudiada.

En segundo lugar, y desde la perspectiva del primer Eje Temático (Acción Voluntaria), es necesario rescatar elementos tales como la Ley del Voluntariado, y fundamentalmente se aplicabilidad en Chile, además de la formación y selección de los mismos.

Si bien es cierto, que en Chile no existe (ni tampoco existirá a corto plazo) una Ley que proteja a los voluntarios, es posible realizar cambios a nivel micro social, o más bien, a nivel microinstitucional. Como no es posible adquirir derechos, si no están estipulados en una Ley, entonces las instituciones u organizaciones deberán trabajar en la elaboración de “convenios de acción” entre los voluntarios y las propias entidades, en donde queden establecidos obligaciones, deberes, principios valóricos, etc.

Como ya se dijo anteriormente, el segundo Eje Temático, que tiene relación con los Servicios de Ayuda a Domicilio (SAD), no será aplicado en Chile con todos sus componentes, fundamentalmente por un tema de recursos, legislación, capacitación...Sin embargo, el sistema de funcionamiento es el que será utilizado, además de sus principios básicos, como lo son el mantenimiento del Adulto Mayor en su hogar y el favorecimiento de la autonomía del mismo.

Finalmente, el tercer Eje Temático nos proporcionará un Marco Referencial para la acción, puesto que en él se sustenta un elemento transversal a los dos ejes anteriormente nombrados.

Cuando un proceso recién comienza, es imposible establecer predicciones, pero seguramente con “buenas intenciones” nada en profundidad se logrará. Sin embargo, la utilización de procesos metodológicos rigurosos y con profesionalismo, además de un buen Equipo de Trabajo, es posible lograr resultados favorables para mejorar la calidad de vida de muchos Adultos Mayores que habitan en nuestro país.

Bibliografía

- ❖ "Las Organizaciones de Voluntariado en la ciudad de Zaragoza": Ayuntamiento de Zaragoza, año 2000.
- ❖ "Las Organizaciones de Voluntariado en la ciudad de Zaragoza": Ayuntamiento de Zaragoza, año 2000. "Formación en Voluntariado Social", Universidad Pablo de Olavide. Edita: Diputada de Sevilla
- ❖ "Voluntariado y Centros de Servicios Sociales". Consejo general de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. Siglo XXI de España Editores, 1991.
- ❖ "Voluntariado y Acción Comunitaria". María José Aguilar (Compiladora). Espacio Editorial, 1992.
- ❖ "Teoría y práctica del Servicio Voluntario". Mario Espinoza Vergara. Editorial Hymánitas, 1983.
- ❖ "Teoría de la Comunicación Humana". Watzlawick, beavin y Jackson. Herder, Barcelona 1981.
- ❖ El Servicio de Ayuda a Domicilio: Programación del Servicio. Manual de Formación para Auxiliares. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Editorial Médica Panamericana, 1997
- ❖ "Servicio de Ayuda a Domicilio en las Capitales Andaluzas". Informe al Parlamento de Andalucía, enero de 1995. Defensor del Pueblo Andaluz.
- ❖ Ley 6/1999 de Atención y Protección a las Personas Mayores. Junta de Andalucía, Consejería de Asuntos Sociales
- ❖ Ley del Voluntariado 7/2001. Junta de Andalucía, Consejería de Asuntos Sociales.

Anexos
Documento Intercambio

Ley del Voluntariado

Ley 7/2001, Andalucía

La Ley del Voluntariado de Andalucía parte del reconocimiento de que el carácter autónomo y dinámico del movimiento voluntario constituye un valor a proteger y fomentar.

La Ley pretende, fundamentalmente, promover la libertad de los ciudadanos a expresar su compromiso voluntario a través de los cauces y organizaciones que mejor satisfagan sus intereses y motivaciones. Asimismo, obliga a los poderes públicos a remover los obstáculos que impidan la participación a través de la acción voluntaria organizada y a disponer los medios y recursos para posibilitar el ejercicio efectivo de la acción voluntaria y su promoción en la sociedad civil, evitando establecer trabas que coarten el desarrollo de su autonomía y capacidad de iniciativa.

La Ley regula las relaciones entre organizaciones de acción voluntaria y las Administraciones Públicas en lo que constituyen fines e intereses comunes, basándose en el principio de complementariedad y de mutuo reconocimiento, estableciendo los pertinentes órganos de participación e interlocución y los necesarios mecanismos de coordinación de sus actuaciones.

De igual modo, la Ley asume que la esencia de la acción voluntaria se fundamenta en el compromiso libre, responsable y altruista de los voluntarios, expresados sin que exista obligación personal o medie retribución económica alguna. Por ello, considera que su mejor incentivo es el reconocimiento de su interés social y el establecimiento de las medidas de apoyo que faciliten la eficacia de sus actuaciones.

En las disposiciones generales se establece que el objeto de la Ley es regular la acción voluntaria organizada, no entrando a considerar las actuaciones aisladas o esporádicas, realizadas por razones de amistad, benevolencia o buena vecindad. La ley, es por tanto, una norma para el voluntariado organizado, esto es, que se desarrolla a través de entidades sin ánimo de lucro. Las Administraciones Públicas, en su respuesta a las necesidades sociales y en su tarea de apoyo y

promoción a la acción voluntaria, deberán colaborar y convenir sus acciones y programas con las organizaciones sociales existentes en su ámbito de competencia. Sólo de forma excepcional y en ausencia de otras alternativas, podrán las Administraciones Públicas promover la organización de acciones voluntarias que le están directamente vinculadas y que, en cualquier caso, deberán atenerse a lo establecido en esta Ley.

Sin embargo, no se crea en el marco de la presente Ley una nueva categoría de asociación en relación a las entidades que desarrollan la acción voluntaria. Tampoco se ha querido entrar a considerar las motivaciones u orientaciones personales de los voluntarios, que, en cualquier caso, habrán de respetar los principios básicos establecidos por la Ley.

La Ley, por tanto, define la acción voluntaria organizada como una actividad específica que hay que considerar de forma objetiva y positiva, diferente de cualquier otra actividad o forma de prestación de servicios, ya sea civil, laboral, funcional o mercantil. En el mismo sentido, la Ley define la especificidad de la acción voluntaria organizada respecto a la acción pública estableciendo los términos en que sus respectivas actividades de interés social deben ser consideradas complementarias.

Así considerada, la actividad voluntaria se basa en un conjunto de relaciones entre personas físicas (voluntarios y beneficiarios) y personas jurídicas (las entidades y las Administraciones Públicas) que es necesario regular estableciendo, entre otros contenidos, derechos y deberes de unos y otros.

Se ha querido con esta Ley ampliar la regulación de la relación entre personas voluntarias y profesionales, favoreciendo la complementariedad en las áreas donde la intervención de las personas voluntarias esté ligada al trabajo profesional.

Con relación a las entidades que desarrollen una acción voluntaria, la Ley opta por establecer unos requisitos legales mínimos. La Ley del Voluntariado de Andalucía, sin embargo, amplía los derechos de estas entidades, reconociéndoles formalmente su condición de instrumentos de participación ciudadana en el diseño de las políticas públicas y atribuyéndoles el derecho a ser representadas en los órganos de consulta e interlocución que se creen para hacer efectiva la

participación, de modo que se facilite por parte de las Administraciones Públicas su colaboración en el seguimiento y evaluación de la gestión y ejecución de las iniciativas que sean objeto de consulta. Estos nuevos derechos se articularán a través de los órganos de participación e interlocución que la Administración de la Comunidad Autónoma promocionará en todos los niveles administrativos de su territorio.

Ley del Voluntariado (Síntesis)

Titulo I: Disposiciones Generales

Artículo 3: Concepto de acción voluntaria organizada.

1.- A los efectos de la presente ley, se entiende por acción voluntaria organizada el conjunto de actividades que sean desarrolladas por personas físicas y cumplan las siguientes condiciones:

- a. Que sean de interés general, de acuerdo con el área de actuación en las que se desarrollan, con arreglo en lo dispuesto en el artículo 5 de esta ley.
- b. Que sean consecuencia de una decisión libremente adoptada.
- c. Que se realicen en forma responsable y gratuita.
- d. Que se desarrollen en el marco de programas concretos realizados a través de entidades sin ánimo de lucro.

2.- No se considerará acción voluntaria:

- a. Las actuaciones aisladas o esporádicas, realizadas por razones familiares, de amistad, benevolencia o buena vecindad.
- b. Las que se realicen como consecuencia de una relación civil, laboral, funcional o mercantil.

- c. Las realizadas por los objetores de conciencia en cumplimiento de la prestación social sustitutoria, y cualquier otra actuación que se derive de una obligación personal o deber jurídico.
- d. Las realizadas como práctica profesional, laboral o cualquier otra fórmula orientada a la acumulación de méritos.

Artículo 4: Principios Básicos

- a. La **libertad** como principio fundamental de la expresión de una opción personal tanto de las personas voluntarias como de los destinatarios de su acción.
- b. La **participación** como principio democrático de intervención directa y activa de los ciudadanos y ciudadanas en las responsabilidades comunes, promoviendo el desarrollo de un tejido asociativo que articule a la comunidad desde el reconocimiento de su autonomía y pluralismo.
- c. La **solidaridad** como principio del bien común que inspira actuaciones a favor de personas y grupos desfavorecidos, atendiendo el interés general y no exclusivamente el de los miembros de la propia organización.
- d. El **compromiso social** como principio de corresponsabilidad que orienta a una acción estable y rigurosa, busacando la eficacia de sus actuaciones como contribución a los fines de interés social.
- e. La **autonomía respecto de los poderes públicos y económicos** como principio que ampara la capacidad crítica e innovadora de la acción voluntaria, sensibilizando a la sociedad sobre nuevas necesidades y estimulando una acción pública eficaz.

Artículo 6: Funciones.

1.- La consecución de fines de interés general por la acción voluntaria organizada se desarrollará mediante el cumplimiento de algunas de las siguientes funciones:

- a. La detección y el conocimiento de necesidades sociales existentes o emergentes.
- b. La promoción y defensa de derechos individuales y colectivos.
- c. La información y sensibilización social en torno a tales necesidades y derechos, así como la reivindicación y la denuncia cuando fuera necesario.
- d. El fomento de la iniciativa social y la articulación del tejido asociativo para promover la participación ciudadana.
- e. La intervención directa o la colaboración complementaria de la acción de los profesionales en la prevención y resolución de problemas o necesidades cívico-sociales.

2.- En ningún caso podrá la acción voluntaria organizada reemplazar las actividades que estén siendo desarrolladas por medio de trabajo remunerado o servir para eximir a las Administraciones Públicas de garantizar a los ciudadanos las prestaciones o servicios que éstos tienen reconocidos como derechos frente a ellas.

Título II: De los destinatarios de la acción voluntaria.

Artículo 7: Derecho a beneficiarse de la acción voluntaria.

1.- Todas las personas tienen derecho a beneficiarse de la acción voluntaria, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, etnia, género, sexo, orientación sexual, religión, discapacidad, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.

2.- En todo caso, a acción voluntaria organizada que, al amparo de esta Ley, se desarrolle al alero de las Administraciones Públicas deberá dar prioridad a las actuaciones que den respuesta a las necesidades de las personas y grupos con mayores carencias.

Artículo 8: Derecho a una acción voluntaria de calidad.

1.- Los destinatarios de la acción voluntaria tienen derecho a que ésta sea desarrollada de acuerdo a programas que garanticen la calidad y duración de las actuaciones, y en especial, cuando de ellas se deriven servicios y prestaciones personales.

2.- Los destinatarios de la acción voluntaria tienen derecho a recibir información, tanto al inicio como durante la ejecución de los programas de acción voluntaria, sobre las características de los programas que se benefician, así como a colaborar en su evaluación.

3.- A todos los efectos, la responsabilidad de estos programas corresponde a las entidades que asumen la organización de la acción voluntaria.

4.- La cualidad de destinatario de la acción voluntaria no podrá quedar condicionada, en ningún caso, a la aceptación de un determinado credo o ideología.

Artículo 9: Derecho a sustituir a la persona voluntaria asignada o prescindir de a acción voluntaria.

Cuando existan causas que lo justifiquen, los destinatarios de la acción voluntaria podrán solicitar y obtener el cambio de la persona voluntaria asignada, si lo permiten las circunstancias de la entidad, pudiendo en cualquier caso prescindir en todo momento de los servicios de un determinado programa de acción voluntaria.

Artículo 11: Derechos.

Las personas voluntarias tienen los siguientes derechos:

- a. A recibir de las entidades que desarrollan la acción voluntaria, tanto con carácter inicial como permanente, la información, formación, orientación, apoyo y, en su caso, los medios materiales necesarios para el ejercicio de las funciones que se les asignen.
- b. Al respeto de su libertad, dignidad, intimidad, creencias y orientación sexual, sin que puedan ser tratados con discriminación o menoscabo de sus derechos fundamentales.
- c. A participar en la organización en que estén colaborando de acuerdo a sus estatutos o normas internas, en cualquier caso, a participar de forma directa y activa en la elaboración, ejecución y evaluación de los programas concretos en que desarrolle su acción voluntaria.
- d. A ser asegurados contra riesgos de accidente y enfermedad así como respecto a los daños y perjuicios causados a terceros, derivados directamente del ejercicio de la actividad voluntaria, con las características que se establezcan reglamentariamente.
- e. A que, por parte de la entidad responsable de los programas, les sean reembolsados los gastos que pudieran derivarse del desempeño de sus actividades, siempre que hayan sido previamente autorizados por la misma.
- f. A disponer de una acreditación que identifique de su condición de personas voluntarias.
- g. A obtener el respeto y reconocimiento por el valor social de su contribución, y a solicitar de las entidades en que colaboren la acreditación de los servicios prestados.
- h. A cesar en su condición de personas voluntarias en los términos acordados con la entidad en que colaboren.
- i. A realizar la actividad en las debidas condiciones de seguridad e higiene en función de la naturaleza y características de aquélla.

- j. Cualesquiera otros derechos reconocidos en la presente Ley y en el resto del ordenamiento jurídico.

Artículo 12: Deberes.

Las personas voluntarias tendrán los siguientes deberes:

- a. Cumplir los compromisos adquiridos con las entidades en las que colaboren, respetando los fines y normativas de las mismas.
- b. Guardar la debida confidencialidad respecto de la información recibida y conocida en el desarrollo de su actividad.
- c. Rechazar cualquier contraprestación material que pudiera serles ofrecida por parte de los beneficiarios o de cualquier otra persona relacionada con ellos, como remuneración de sus actividades voluntarias.
- d. Actuar en forma diligente y responsable de acuerdo con el compromiso de incorporación suscrito con las organizaciones en que colaboren.
- e. Respetar los derechos de los destinatarios de su acción voluntaria.
- f. Seguir las instrucciones técnicas para el adecuado desarrollo de las actividades encomendadas, que se les señalen por los responsables de los programas designados por la entidad organizadora.
- g. Utilizar debidamente las acreditaciones y distintivos otorgados por la organización en la que colaboren.
- h. Respetar cuidar los recursos materiales que pongan a su disposición las organizaciones responsables del programa en que participen.
- i. Observar las medidas de seguridad e higiene que se adopten.

Título IV: De las entidades que desarrollan la acción voluntaria.

Artículo 13: Requisitos legales de las entidades que desarrollen programas de acción voluntaria.

1.- Las entidades que desarrollen programas de acción voluntaria habrán de estar legalmente constituidas, tener personalidad jurídica, carecer de ánimo de lucro, y contar con la participación de personas voluntarias.

Artículo 14: Derechos

Las entidades que desarrollen programas de acción voluntaria tienen los siguientes derechos:

- a. A recibir las medidas de apoyo financiero, material y técnico, mediante recursos públicos orientados al adecuado desarrollo de sus actuaciones.
- b. A contar con el reconocimiento por parte de la sociedad del interés social de sus cometidos.
- c. A ostentar independencia y autonomía, y que se les facilite la participación en el diseño y ejecución de las políticas públicas a través de los órganos creados al efecto.
- d. A elaborar sus propias normas de funcionamiento interno, que deberán ajustarse a lo establecido en la presente Ley.

Artículo 15: Deberes.

Las entidades que desarrollen acción voluntaria deberán:

- a. Cumplir los acuerdos establecidos con las personas voluntarias en el compromiso de incorporación.
- b. Asegurar a las personas voluntarias contra los riesgos de accidente y enfermedad, así como respecto a los daños y perjuicios ocasionados a terceros, derivados directamente del ejercicio de la actividad voluntaria organizada por la entidad, con las características que se establezcan reglamentariamente.
- c. Cubrir los gastos que pudieran derivarse de la acción voluntaria, dotándola de los medios adecuados para el cumplimiento de sus cometidos y reembolsando a las personas voluntarias los gastos que les ocasione el desarrollo de su actividad, siempre que hayan sido previamente autorizados por la entidad.
- d. Facilitar la incorporación de las personas voluntarias en la elaboración , ejecución y evaluación de los programas y actividades en que intervengan.
- e. Proporcionar a las personas voluntarias la formación y orientación necesaria para el desarrollo de sus actividades, dotando a las personas voluntarias de los conocimientos teóricos y prácticos precisos y garantizando el oportuno reciclaje a lo largo de su etapa como voluntario.
- f. Facilitar a las personas voluntarias una acreditación que les habilite e identifique para el desarrollo de su actuación.
- g. Expedir a los voluntarios un certificado que acredite su participación en los programas de acción voluntaria en que hayan colaborado.
- h. Llevar un registro de altas y bajas de las personas voluntarias que colaboren con la entidad, con indicación de los programas a los que estuvieran adscritos.
- i. Garantizar a los voluntarios la realización de su actividad en las debidas condiciones de seguridad e higiene en función de la naturaleza y características de aquéllas.

Aplicaciones Ley de Voluntariado de Andalucía, en Chile

A la luz de la Ley de Voluntariado, Ley 7/2001, Andalucía, es posible realizar determinadas aplicaciones o usos en nuestro país, en aras de un Proyecto que permita la participación y colaboración del voluntariado social.

Si bien en nuestro país, no existe una ley que regule la acción voluntaria, ni las organizaciones en las que se lleva a cabo, es posible recoger aquellos aspectos que fundamentan y sustentan las acciones voluntarias que se desarrollan en aquellas organizaciones, que requieren de bases que iluminen su actuar.

En primer lugar, la Ley define, en el artículo 3, a la acción voluntaria organizada como *“el conjunto de actividades que sean desarrolladas por personas físicas y cumplan las siguientes condiciones:*

- e. Que sean de interés general, de acuerdo con el área de actuación en las que se desarrollan, con arreglo en lo dispuesto en el artículo 5 de esta ley.*
- f. Que sean consecuencia de una decisión libremente adoptada.*
- g. Que se realicen en forma responsable y gratuita.*
- h. Que se desarrollen en el marco de programas concretos realizados a través de entidades sin ánimo de lucro.”*

En lo concerniente al punto d, anteriormente señalado, es posible inferir que en nuestro país, no todas aquellas instituciones que trabajan con voluntariado social, poseen un programa o proyecto definido de acción, con lineamientos concretos y/u objetivos generales o específicos para lograr una transformación inicial, o comprender la problemática. Sin embargo, el concepto es posible aplicarlo en nuestro país, eso sí, con las desventajas que tiene, al no establecerse en una Ley.

Así mismo, y en relación al mismo artículo 3, es posible aplicar igual clasificación para determinar lo que no es considerada acción voluntaria:

- e. “Las actuaciones aisladas o esporádicas, realizadas por razones familiares, de amistad, benevolencia o buena vecindad.*

- f. *Las que se realicen como consecuencia de una relación civil, laboral, funcional o mercantil.*
- g. *Las realizadas por los objetores de conciencia en cumplimiento de la prestación social sustitutoria, y cualquier otra actuación que se derive de una obligación personal o deber jurídico.*
- h. *Las realizadas como práctica profesional, laboral o cualquier otra fórmula orientada a la acumulación de méritos.”*

Toda acción voluntaria no debe estar exenta de un conjunto de principios que sustenten dicha acción, es decir, ésta debe fundamentarse en valores que guíen el actuar de quienes se identifican y practican la acción voluntaria.

En esta materia, la Ley del Voluntariado de Andalucía, determina como principios básicos de la acción voluntaria, la libertad, participación, solidaridad, compromiso social y autonomía respecto a los poderes públicos y económicos.

El artículo 6, infiere en torno a las funciones que deben desempeñar los voluntarios, éstas son:

- f. *“La detección y el conocimiento de necesidades sociales existentes o emergentes.*
- g. *La promoción y defensa de derechos individuales y colectivos.*
- h. *La información y sensibilización social en torno a tales necesidades y derechos, así como la reivindicación y la denuncia cuando fuera necesario.*
- i. *El fomento de la iniciativa social y la articulación del tejido asociativo para promover la participación ciudadana.*
- j. *La intervención directa o la colaboración complementaria de la acción de los profesionales en la prevención y resolución de problemas o necesidades cívico-sociales.”*

Es necesario agregar, que el voluntariado social muchas veces posee internalizadas las diversas funciones que anteriormente se plantean, muchas veces sin saberlo, sin embargo, un adecuado desempeño de funciones y roles, sólo es posible en la medida que se utilicen herramientas transversales al proceso de ayuda voluntaria, éstas son, la capacitación, formación y constante actualización de conocimientos que un voluntario debe poseer.

Los destinatarios de la acción voluntaria, tienen derecho a beneficiarse de la misma, sin que prevalezca cualquier tipo de discriminación (sexo, raza, ideología, etc.), además de poseer derecho de beneficiarse de una acción voluntaria de calidad. Por otra parte, el beneficiario tiene el derecho a sustituir a la persona voluntaria asignada o prescindir de la acción voluntaria. Todos estos aspectos, son posibles de aplicar en nuestro país, reiterando nuevamente, con la desventaja de no estar regidos por reglamento alguno.

En cuanto a las personas voluntarias (Título III, artículo 11), y en relación a una posible intervención con éstos, es de suma importancia establecer los derechos que plantea la Ley del Voluntariado, ya que en nuestro país, no existe reglamentación alguna que garantice el cumplimiento de los mismos. Sin embargo, es necesario tener en conocimiento, pues en la formación del voluntariado, deben establecerse cuáles son sus derechos, para poder exigirlos y cumplirlos frente a una organización y las personas.

Como no es posible estipular una serie de obligaciones y deberes entre voluntarios y organizaciones, a la luz de una Ley del Voluntariado inexistente en Chile, sí se pueden establecer convenios o compromisos entre las organizaciones y los voluntarios, para garantizar en cierta medida, que ambas partes poseen deberes, derechos u obligaciones que se deben cumplir.

Estos convenios o compromisos, deben establecerse de acuerdo a la iniciativa propia de cada entidad, y considerando la realidad propia y particular de cada una de ellas y considerando además a los directores de los organismos, representantes, y por supuesto, a los propios voluntarios. Es por esta razón, que cada convenio o compromiso, tendrá un carácter local.