

UNIVERSIDAD DE VALPARAISO

FACULTAD DE DERECHO Y CS. SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

CREACION DE UN MODELO DE INTERVENCION
EN ESTABLECIMIENTOS DE LARGA ESTADIA
PARA ADULTOS MAYORES, NO ACREDITADOS
POR EL SERVICIO DE SALUD
VALPARAISO - SAN ANTONIO, DESDE LA
PERSPECTIVA DE TRABAJO SOCIAL

INSTITUCION PATROCINANTE:
INSTITUTO NORMALIZACION PREVISIONAL

PROFESORA GUIA:
SRA. MARTA BUSTOS DIAZ

SEMINARIO DE TITULO PARA OPTAR AL GRADO
DE LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL Y TITULO
PROFESIONAL DE ASISTENTE SOCIAL.

Equipo Seminarista:

Rosa Henríquez Fariás
Anabella Leyton Fuentes
Valeria Leyton Saldivia
Paulina Vera Zamora



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



REF.: INFORMA CALIFICACIÓN SEMINARIO DE TÍTULO
ALUMNAS QUE SE INDICAN

VALPARAISO, 22 de Enero de 2003.

SEÑOR DECANO:

En mi calidad de Profesora Guía vengo en informar el Seminario de Título desarrollado durante el año académico 2002 por las alumnas de la Escuela de Trabajo Social Srtas. **ROSA HENRIQUEZ FARIAS, ANABELLA LEYTON FUENTES, VALERIA LEYTON SALDIVIA y PAULINA VERA ZAMORA** expuesto en el informe final de dicho Seminario titulado **"CREACION DE UN MODELO DE INTERVENCION EN ESTABLECIMIENTOS DE LARGA ESTADIA PARA ADULTOS MAYORES, NO ACREDITADOS POR EL SERVICIO DE SALUD VALPARAISO-SAN ANTONIO, DESDE LA PERSPECTIVA DE TRABAJO SOCIAL"**.

En la evaluación, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 42º 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 **7,0 (siete coma cero)**.

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
ALUMNAS QUE SE INDICAN.

VALPARAISO, 11 de Marzo de 2003.

SEÑOR DECANO:

En mi calidad de Profesor Informante vengo en informar el Seminario de Título desarrollado durante el año académico 2002 por las alumnas de la Escuela de Trabajo Social Srtas. **ROSA HENRIQUEZ FARIAS, ANABELLA LEYTON FUENTES, VALERIA LEYTON SALDIVIA** y **PAULINA VERA ZAMORA** expuesto en el informe final de dicho Seminario titulado **"CREACION DE UN MODELO DE INTERVENCION EN ESTABLECIMIENTOS DE LARGA ESTADIA PARA ADULTOS MAYORES, NO ACREDITADOS POR EL SERVICIO DE SALUD VALPARAISO-SAN ANTONIO, DESDE LA PERSPECTIVA DE TRABAJO SOCIAL"**.

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.

Actualmente, en nuestro país, se hace referencia con más frecuencia el concepto de Adulto Mayor. Este concepto ha desplazado a los de Tercera Edad y Senescencia sin que estos últimos pierdan plena vigencia. En los últimos años también se han visto incrementadas las investigaciones sobre el tema especialmente a nivel universitario.

En la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso también se han realizado estudios, la mayoría de ellos en el marco de Seminarios de Título. Pero hasta ahora no se había abordado el tema de los Establecimientos de Larga Estadía para los Adultos Mayores y menos sobre aquellos no acreditados por el Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio. Esta situación invariablemente le otorga el carácter de original, requisito necesario para el desarrollo de un Seminario de Título.

Metodológicamente, el seminario que se informa está muy bien estructurado tanto en lo concerniente al proceso de Ciclo Tecnológico a nivel general, como en cada una de las etapas del mismo. Por ejemplo, el Diagnóstico, resultado de la investigación, posee un adecuado Marco Teórico que se demuestra con una excelente bibliografía y uso de autores modernos. La operacionalización de las variables es correcta aunque en algunos casos no se completa con la búsqueda final de indicadores (Pág. 58). Otro pequeño error se manifiesta en la poca claridad en cuanto al número (tamaño) exacto del universo (Pág. 63).



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



2.

El análisis de los datos está bien realizado con una correcta aplicación del programa computacional SPSS.PC. Los gráficos son muy claros aunque adolecen de la identificación del número de los sujetos estudiados en términos absolutos, con un uso excesivo del análisis porcentual.

La programación, ejecución y evaluación mantienen la calidad de la sección antes comentada, demostrándose la seriedad del trabajo y mantención de una línea metodológica que arroja buenos resultados.

Por lo anteriormente expuesto vengo en calificar el presente Seminario de Título, con nota **6,5 (seis coma cinco)**.

FERNANDO PASTEN CORDOVEZ
PROFESOR INFORMANTE

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

Hemos terminado un largo camino lleno de buenos momentos, pero que no estuvo exento de dificultades, sin embargo, del cual obtuvimos un hermoso producto, este seminario de título, donde se conjugan los sueños, esperanzas y alegrías de cuatro amigas inseparables...

En este camino aprendí muchas cosas, pero la mas importante, es lo fundamental que es contar con personas que te apoyen incondicionalmente, a ellas quiero dedicarles este seminario:

A mi madre y hermano, por su paciencia, compañía y comprensión, con quienes formamos ese triangulo inseparable.

A Rosita, Anabella, y Valeria, mis amigas y compañeras de tesis.

A mi abuela.

A Beatriz, Pilar, Paola, Marisol, Claudio, Roberto, Nicolás, Jessica, Alejandra, Julita, amigas y amigos que siempre estuvieron conmigo.

A Rodrigo, por los momentos que estuvimos juntos y....

.... Al motor de mi vida, ese regalo que Dios me dio, quien me dio la fuerza, que llena mi vida de alegría, y siempre me espero con una sonrisa en su rostro, a quien amo infinitamente

a mi hija, Anahi.

GRACIAS



Busque en el diccionario definiciones de **ÁNGEL**, sin embargo ninguna de ellas se acomoda a las características de aquellos que ha puesto en mi camino el Padre. Hoy solo pretendo dar gracias a aquellas personas maravillosas que mi memoria alcanza. (Sin orden de importancia)

PADRES MIOS, cuando Dios los miró a los ojos y les concedió la bendición de convertirse en ellos, también me bendijo a mí. Papito, interminable fuente de alegría, comprensión y fuerza, gracias por tu apoyo incondicional, gracias porque sin ti no habría podido continuar y ser lo que soy ahora, Feliz Madre, a pesar de la distancia y de la esencia física que nos separa, creo que soy afortunada ya que tú siempre has estado conmigo, en mis primeras pruebas, exámenes orales y nervios propios del proceso, ahí estuviste desde lo celestial brindándome amor, como siempre.

CHANCHITOS DE MI ALMA, hermanos inmensamente amados. **KIKE**, compañero de juegos de infancia, valiente guerrero, un salmón por definición, gracias por existir y yo existir en tu vida. Mi niña hermosa, bella flor exótica del Valle del Aconcagua, que pones a mi vida la luz de tu sonrisa.

ABUELA, no tengo palabras para agradecer lo que has entregado y sacrificado para ser lo que somos ahora, nosotros, tus nietos.

IVO, mi compañero, mi vida, mi angelito, mi risa, en la inmensidad de esa palabra te amo, gracias por tus momentos de comprensión, de tolerancia, de paciencia, en fin todos los momentos compartidos, incluso aquellos.

INDÍGENAS FIESTERAS (PILAR Y ANABELLA), salsoteconas por naturaleza, risa, llanto, ridiculeces interminables, ángeles fraternos, hermanas en cristo, ansiosas por vivir, las amo.

VALO Y PAULI, mis amigas y compañeras, una bom bom de amaretto, la otra Rapunzel con cabellos de cobre, mis niñas, gracias por permitir que esto fuera posible, las amo mucho.

No puedo dejar de nombrar mi amada **JUFRA**, y todos aquellos que hicieron posible la gran misión de vida, amar sin ser amado.

Y por sobre todas las cosas gracias a **DIOS** por ponerme en este camino donde uno no pierde nada, sino que gana todo.



Muchas gracias simplemente Rosa Henríquez Fariás.

Deseada y Temida Vejez

Hoy tengo agujetas en la espalda. He desembocado en la vejez, sin darme cuenta. Sabía que iba en un tren que, inexorablemente, me llevaría a ese destino, pero el viaje fue tan entretenido, que se convirtió en una meta, y así nos olvidamos que es la vejez el último tramo de nuestro recorrido.

En las primeras etapas, atravesamos paisajes luminosos, alegres y felices, territorios desconocidos y siempre bellos, progresivamente bellos, lo que siempre nos estimula a desear alcanzar el próximo. La situación vital con la que te enfrentabas a su experimentación era la ideal para sintonizar con ellas sin cansancio, de retozar, de coger todas las flores y los frutos que ellas te ofrecían, y ante el frío de alguna estepa, supimos hacer fuego para mitigarlo, calentarnos y hacer que otros también se calentaran con él. Todo era encantador... todo.

Pero, llegó un momento en el curso de este viaje, en el que empezamos a desear volver a vivir lo ya vivido, en vez de seguir adelante; en el que aparecieron recuerdos, y quisieron erigirse en protagonistas; en el que la tenue luz de la evocación quería suplantar a los siempre vivificantes rayos de la realidad actual y, en ese punto, nos encontramos con nuestra propia vejez.

¿Acaso el tren no sigue?... ¿es que ya no son tan sugerentes los caminos a recorrer?. Los recuerdos no son, sino, sombras de límites desdibujados de imágenes siempre engañosas. Sólo son una película más que desarrollamos ante nosotros mismos, de la que ni siquiera somos los protagonistas que pretendemos ser.

No.

Yo no quiero recordar.

Yo quiero vivir. Y si vivir es sufrir, sufriré; y si vivir es temer, temeré; y si vivir es gozar, gozaré. He de asomarme de nuevo a la ventanilla de mi tren y mirar los nuevos paisajes, sin entretener su contemplación con inoportunas e inútiles comparaciones.

El pasado sería mejor o peor, pero ya fue; si lo vivimos con plenitud, gracias sean dadas a Dios por ello, pero ahora lo que más ardientemente deseo, es seguir viviendo en plenitud lo que está a nuestro alcance. El ocio, el derecho al descanso, la decadencia física, y hasta las arrugas que, aunque no son bellas, son mías, es mi realidad, con la que debo vivir y trascender.

Voy a sacudirme como un perrillo recién bañado y lanzar fuera de mí ese deseo de ser joven, y lo voy a sustituir por el sentimiento de alegría de haber podido ser vieja.... ¡quisiera ser aquel otro que ha sido alguna vez! – como diría Gaspar –

He sido otra alguna vez, pero ahora voy andando por otros caminos, y tengo que disfrutar de ellos... ¡que se vayan las sombras del pasado, que me oscurecen su contemplación!

Hoy tengo agujetas en la espalda.
Benditas agujetas, que me recordáis que estoy viva, y sigo.

Eugenia Mañas Zafra
Universidad de Granada
"Estudios de Gerontología Social"

INDICE GENERAL

Contenidos

Pág.

Presentación

Capítulo I : Antecedentes Institucionales.

Capítulo II : Diagnóstico.

2.1. Fundamentación.

2.2. Formulación del problema.

2.3. Delimitación del Tema..

2.4. Objetivos de Investigación

2.5. Marco de Referencia.

 δℓ Adulto Mayor.

 δℓ Evolución Histórica de Residencias para Adultos Mayores.

 δℓ Residencias para Adultos Mayores.

 δℓ Adulto Mayor y Contexto Social e Institucional.

2.6. Operacionalización de Variables.

2.7. Metodología de Investigación.

2.8. Análisis e Interpretación de datos.

2.9. Síntesis Diagnóstica.

2.10. Prognosis.

Capítulo III : Programación.

3.1. Presentación.

3.2. Dependencia Legal y Administrativa.

3.3. Matriz de Fundamentación.

3.4. Objetivos de Intervención.

3.5. Proyectos de Intervención.

 δℓ Proyecto de Coordinación y Gestión.

 δℓ Proyecto Socioeducativo.

Capítulo IV : Ejecución y Evaluación.

4.1. Presentación.

4.2. Ejecución y Evaluación de proyectos.

- ∂* Proyecto de Coordinación y Gestión.
- ∂* Proyecto Socioeducativo.
- ∂* Proyecto de Vinculación Social.
- ∂* Proyecto de Sensibilización y Difusión Comunitaria.
- ∂* Proyecto de Especialización Asistentes Sociales INP Quinta Región.

4.3. Evaluación de Programa.

4.4. Evaluación de las Etapas metodológicas.

Capítulo V : Rol de Trabajo Social en Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores.

Capítulo VI : Reflexiones y Propuestas.

Capítulo VII : Conclusiones Finales.

Capítulo VIII : Bibliografía recomendada.

Capítulo IX : Anexos.

9.1. Organigrama Instituto de Normalización Previsional Quinta Región.

9.2. Instrumentos de Recolección de datos.

9.3. Resultados Objetivo de Investigación General N° 1: Infraestructura y Equipamiento de 13 Residencias para Adultos mayores, Comuna de Valparaíso.

9.4. Instrumentos de Intervención Proyecto de Vinculación Social.

9.5. Instrumentos de Evaluación.

9.6. Fotografías.

- ∂* Proyecto de Coordinación y Gestión.
- ∂* Proyecto Socioeducativo.
- ∂* Proyecto de Vinculación Social.
- ∂* Proyecto de Sensibilización y Difusión Comunitaria.
- ∂* Proyecto de Especialización Asistentes Sociales INP Quinta Región.

PRESENTACIÓN GENERAL

El presente Seminario de Título, aborda el tema de los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores, de tipo informal que, surgen para dar respuesta a una población que posee una capacidad adquisitiva que le permite satisfacer, precariamente, sus necesidades básicas, pero que no tiene cabida en otro tipo de establecimientos. De esta forma, los establecimientos de larga estadía de tipo informal, se encuentran en un nivel intermedio entre aquellos con fines de lucro para personas con alto poder adquisitivo y aquellos de beneficencia para personas pobres indigentes.

Este documento, incluye la experiencia de intervención profesional de un equipo de alumnas seminaristas, compuesto por cuatro integrantes de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso, quienes pretendieron "Mejorar la calidad de prestación de los servicios otorgados por tres Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores de la Comuna de



Valparaíso, no acreditados por el Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio", mediante la realización de un Diagnóstico Social, que incluyó la recopilación de la reglamentación vigente y la caracterización de los aspectos sociodemográficos, sanitarios, psicosociales y administrativos de las residencias, a partir de lo cual, se elaboró un Programa de Intervención, compuesto por cuatro Proyectos Sociales en las áreas de Coordinación y Gestión, Socioeducativa, Vinculación Social y, Difusión y Sensibilización, las cuales tuvieron como sujetos de intervención, las residencias, encargadas, adultos mayores y red focal y, profesionales Asistentes Sociales del INP V región y red abierta.

La experiencia de intervención, se sistematiza en nueve capítulos y un manual.

Los capítulos, incluyen:

Capítulo I	Antecedentes Institucionales
Capítulo II	Diagnóstico Social
Capítulo III	Programación
Capítulo IV	Ejecución y Evaluación
Capítulo V	Trabajo Social y Establecimientos de Larga Estadía
Capítulo VI	Reflexiones y Propuestas
Capítulo VII	Conclusiones
Capítulo VIII	Bibliografía Recomendada
Capítulo IX	Anexos

Estos capítulos, recogen el proceso de aplicación del ciclo tecnológico, el cual dio origen a la elaboración de un Manual Operativo para Establecimientos de Larga Estadía de Adultos Mayores, sustentado en un Modelo Teórico de Prestación de Servicios en

Residencias, el cual pretende constituirse en una herramienta de trabajo para los profesionales Asistentes Sociales del Instituto de Normalización Previsional, institución patrocinante, que a través de esta experiencia piloto, persigue ampliar sus servicios sociales, replicándola a nivel nacional, validando el rol profesional e institucional en esta área.

*Los niños agitaron los brazos.
El viejo dejó que un último golpe del
viento, arrimara el bote a la playa. Saltó al
agua.*

*Ramón acercó los troncos, y el bote se
deslizó sobre ellos como si fueran la última
ola del viaje.*

- ¿qué hay hijos? – dijo Jacinto.

- ¿cómo le fue abuelo? – preguntó la niña.

El anciano no dijo nada.

*Sacaron los aparejos del bote y se
dirigieron a la casa.*

- ¿ya hicieron sus tareas? – preguntó Jacinto.

- Sí – contestaron los niños.

*- Abuelo, ¿cuánto es una rosa y, dos rosas y,
cinco rosas y, siete rosas?*

*- Son quince rosas – se apresuró a contestar
Ramón.*

*Una rosa y, dos rosas y, cinco rosas y,
siete rosas, pensó el viejo, son un jardín.*

Capítulo I:

Antecedentes Institucionales

PRESENTACIÓN

El ingreso a una institución, exige conocer algunos lineamientos básicos de su funcionamiento para conseguir una mejor y más rápida adaptación y, un desempeño eficiente en relación al trabajo que se desarrollará.

Por tal motivo, en el presente capítulo, se han descrito algunos antecedentes generales del Instituto de Normalización Previsional, creado el 18 de Noviembre de 1980, mediante el D.L. 3.502, con el objeto de reasignar recursos entre las distintas Cajas de Previsión, canalizar el aporte fiscal para el cumplimiento de los compromisos previsionales adquiridos y, asumir la función de coordinar y racionalizar las inversiones financieras, compatibilizándolas con los requerimientos de recursos de dichas cajas.

Entre los puntos abordados, se encuentran los antecedentes generales de la institución, ámbitos y ejes de acción. En estos últimos, se desarrolla específicamente el Eje de Servicios Sociales, por ser en éste donde se enmarca la intervención profesional; y, organización administrativa, incluyendo los niveles nacional, regional y comunal (Sucursal Valparaíso).

1.1. ANTECEDENTES GENERALES DE LA INSTITUCIÓN PATROCINANTE

☞ *Nombre* : INSTITUTO DE NORMALIZACIÓN PREVISIONAL (I.N.P.) SUCURSAL VALPARAÍSO.

☞ *Dirección* : Av. Brasil # 1265, Valparaíso.

☞ *Fono-Fax* : 213283.

☞ *Definición y Régimen Legal:*

El Instituto de Normalización Previsional (I.N.P.), es un organismo autónomo, con personalidad jurídica y patrimonio propio, de duración indefinida, que se relaciona con el Supremo Gobierno, a través del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Se rige por el Decreto Ley N° 3.502 de 1980, por la Ley N° 18.689 y por el Decreto con Fuerza de Ley N° 17 de 1989, que es su Estatuto Orgánico.

☞ *Misión:*

- a) *I.N.P.: "Participar activa e integralmente en el Sistema de Seguridad Social para contribuir a un desarrollo con equidad".*
- b) *Sucursal Valparaíso: "Otorgar atención personalizada, oportuna, integral y resolutiva en el ámbito de la Seguridad Social, mediante el trabajo en equipo y apoyado por una estructura moderna y con tecnología de avanzada".*

☞ *Función:*

Administrar la mayor parte de las prestaciones de Seguridad Social que son de responsabilidad del Estado, es decir, aquellas derivadas de estados de necesidad como vejez, invalidez, orfandad, maternidad, prestaciones familiares, cesantía y, accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

☞ *Cobertura:*

- a) *Nacional* :
 - 6 Millones de Usuarios.
 - 13 Direcciones Regionales.
 - 63 Sucursales.
 - 72 Centros de Atención.
 - 12 Agencias Móviles.
 - 102 Plazas de Pago.
 - 1.300 Puntos de Atención.

b) <i>Regional:</i>	-	303.601	Usuarios.
	-	5	Sucursales.
	-	10	Centros de atención.
	-	10	Oficinas Esporádicas.

§ Ámbitos de Acción:

- a) **Seguridad Social:** En su condición de continuador legal de las Cajas de Previsión que conformaban el antiguo régimen de reparto, el Instituto de Normalización Previsional desarrolla su labor, contribuyendo a aliviar situaciones de carencia en las diversas áreas que comprende la Seguridad Social: protege estados de necesidad causados por la vejez, invalidez, muerte y supervivencia de sus imponentes y - en su caso - de los beneficiarios de éstos.
- b) **Accidentes del Trabajo Y Enfermedades Profesionales:** Dentro de sus labores propias, el instituto interviene en la compensación del beneficio de Asignación Familiar, administra el Seguro Social de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, respecto de trabajadores de empresas privadas y servicios de la administración del Estado afiliadas al INP, desarrollando prevención de riesgos, otorgando prestaciones médicas y, concediendo y pagando los subsidios, pensiones e indemnizaciones correspondientes, a través de convenios con organismos especializados; recauda las imposiciones de los regímenes previsionales que administra y las cotizaciones de salud de las personas adheridas al sistema de salud estatal; y atiende el pago de los subsidios establecidos para proteger los estados de necesidad producidos por cesantía.
- c) **Bono de Reconocimiento:** En el marco de su relación con el sistema privado de administración de fondos de pensiones, el INP debe efectuar el proceso de emisión, visación y liquidación de bonos de reconocimiento, destinados a financiar parte de las pensiones que otorgan las AFP a las personas que optaron por afiliarse al nuevo régimen previsional.
- d) **Pensiones Asistenciales, Subsidios Familiares y Beneficios de Leyes Especiales:** Ejecuta y administra el sistema de prestaciones pecuniarias correspondiente al rol de asistencia social que cumple el Estado. Asimismo, concede y administra los beneficios establecidos a favor de los familiares de las víctimas de las violaciones de los derechos humanos, las indemnizaciones otorgadas a los trabajadores de las empresas del carbón y de los dispuestos a favor de los exonerados políticos.
- e) **Adulto Mayor:** Finalmente, inserta su accionar en el Programa Nacional de Superación de la Pobreza y en el tema de la Tercera Edad, desarrollando actividades que entregan información y permiten acceder a numerosas personas a los beneficios previsionales y de asistencia social que administra el INP. En tal sentido, destacan los programas de acercamiento a los usuarios en localidades rurales, la atención de las Unidades del INP Móvil y la vinculación con distintas organizaciones de pensionados, sindicales y comunales de todo el país.

1.2. EJES DE ACCIÓN

Desde el año 2000, el I.N.P. se planteó como objetivos prioritarios de su gestión, el desarrollo de áreas estratégicas de acción relacionadas con Riesgos Laborales, Servicios Sociales, Asistencia Social, Recaudación, Prestaciones Familiares y Prestaciones Previsionales, orientando con ello su quehacer a la entrega de una contribución más integral en el campo de la Seguridad Social del país.

☞ *Servicios Sociales:*

Los Servicios Sociales, corresponden a una de las ramas emergentes de la Seguridad Social moderna, entendidos como el conjunto de prestaciones y beneficios complementarios a las de tipo pecuniarias y sanitarias, cuyos objetivos son prevenir las situaciones de exclusión social y promover la igualdad de oportunidades para todas las personas, y en especial, de aquellas que componen los llamados grupos vulnerables, y que no pueden por sí mismos beneficiarse de las oportunidades que brinda el desarrollo. Entre los grupos prioritarios, se encuentran los adultos mayores, las personas con discapacidad y las personas en situación de extrema pobreza.

Los programas y acciones del I.N.P. en el campo de los Servicios Sociales, se han enfocado en las distintas necesidades, carencias y potencialidades de los adultos mayores y personas con discapacidad que se relacionan con el I.N.P., con la finalidad de contribuir a su integración social y a mejorar su calidad de vida. Los resultados obtenidos, han sido posibles, gracias a la experiencia que tiene el I.N.P. en la atención de los adultos mayores, a su vinculación y capacidad de convocatoria para integrarlos a sus distintos proyectos, a su presencia en todas las regiones, a la coordinación desarrollada con otros Servicios Públicos y organismos privados y, a la sensibilidad, comprensión y vocación de servicio de sus funcionarios.

La acción del I.N.P. en esta Área de la Seguridad Social, se realizó a través de su División de Servicios Sociales, Direcciones Regionales y Sucursales en todo el país. Las principales acciones desarrolladas en este campo han sido:

- Taller de Lectoescritura para Adultos Mayores Pensionados del I.N.P..
- Taller de Autocuidado de la Salud para Adultos Mayores Pensionados del I.N.P..
- Capacitación a Funcionarios en Atención de Público Adulto Mayor y con Discapacidad.
- Casas de Encuentro de Adultos Mayores.
- Cultura para el Adulto Mayor.
- Capacitación para Internet.
- Apoyo al Trabajo de las Organizaciones Gremiales.
- Proyecto Bolsa de Trabajo Electrónica para Personas con Discapacidad.
- Programa Radial "Vivencias"
- Campaña Devolviendo la Mano.

En este contexto, la Sucursal Valparaíso del I.N.P., fijó dentro de sus metas para el año 2002, desarrollar un programa tendiente a mejorar la calidad de vida en forma

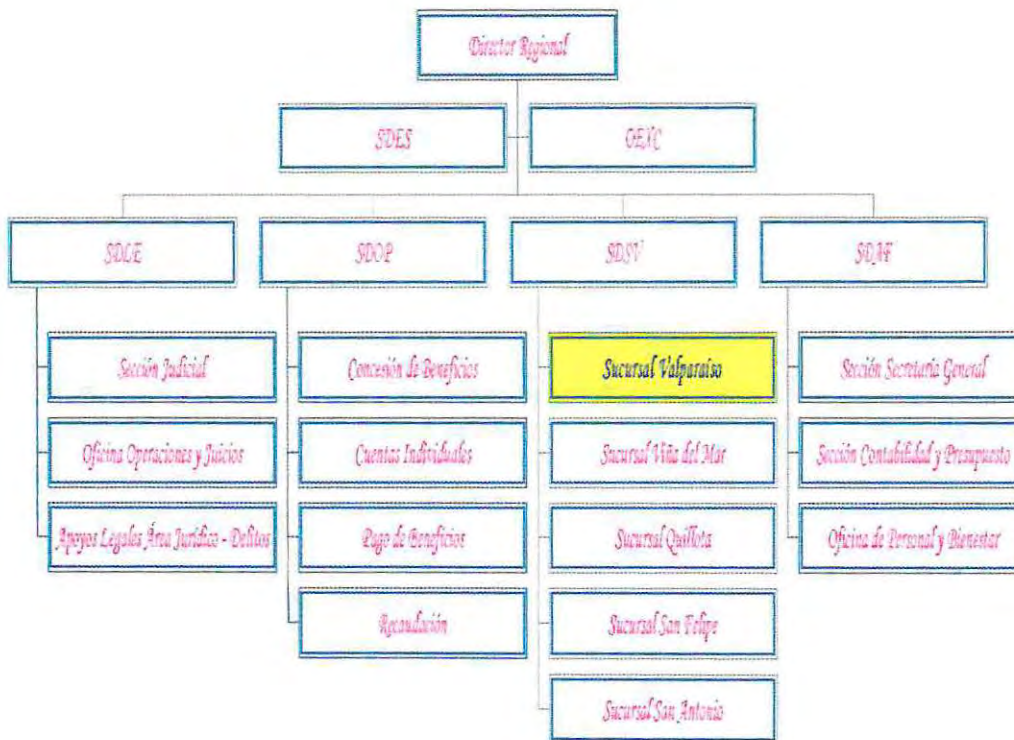
integral de los adultos mayores residentes en tres Establecimientos de Larga Estadía de tipo informal, proponiéndose integrar en el programa, al 80% de los servicios que trabajan con adultos mayores y, diseñar un modelo factible de implementar en otros establecimientos de este tipo, contando para ello, con un equipo de Alumnas Seminaristas de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso.

1.3. ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA

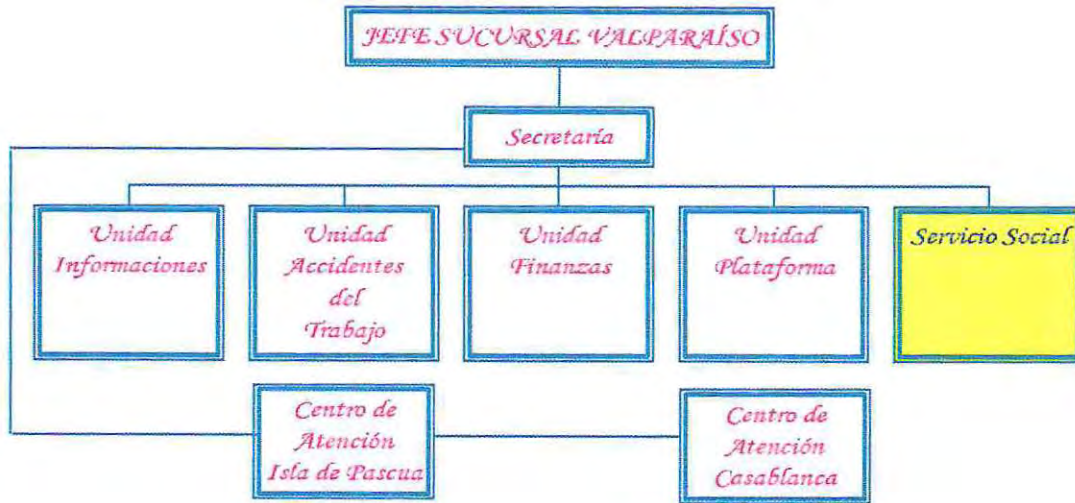
Organigrama Nacional:



Organigrama I.N.P. V Región:



Organigrama Sucursal Valparaíso:



El Mundo

Un hombre del pueblo de Neguá, en la costa de Colombia, pudo subir al alto cielo.

A la vuelta, contó.

Dijo que había contemplado, desde allá arriba, la vida humana. Y dijo que somos un mar de fueguitos.

-El mundo es eso -reveló-. Un montón de gente, un mar de fueguitos.

Cada persona brilla con luz propia entre todas las demás. No hay dos fuegos iguales. Hay fuegos grandes y fuegos chicos y fuegos de todos los colores. Hay gente de fuego sereno, que ni se entera del viento, y gente de fuego loco, que llena el aire de chispas. Algunos fuegos, fuegos bobos, no alumbran ni queman; pero otros arden la vida con tantas ganas que no se puede mirarlos sin parpadear, y quien se acerca, se enciende.

Galeano, Eduardo

Capítulo II
Diagnóstico Social

PRESENTACIÓN

El capítulo que a continuación se presenta, contiene la etapa diagnóstica de la investigación exploratoria descriptiva llevada a cabo.

En primer lugar, se exponen las razones asumidas como fundamento para realizar la investigación profesional, la cual se basa por un lado, en aspectos de tipo demográfico y, por otro, institucionales.

A continuación se presenta el problema abordado, los aspectos considerados para su delimitación y los objetivos de la investigación, entre los cuales se encuentran, conocer la reglamentación vigente en el área de los E.L.E. para adultos mayores y, caracterizar a los pensionados de la institución patrocinante y a las residencias en las cuales se encuentran. Para ello, se elaboró un marco de referencia, el cual contiene temas referidos al adulto mayor, residencias para este grupo etáreo, y las funciones y servicios a las que estos deben dar cumplimiento, incluyendo la calidad en este proceso.

Finalmente, se presenta el análisis e interpretación de los datos recogidos a través de una serie de instrumentos aplicados a las encargadas, residentes y agentes externos a éstas, entre los cuales se incluyen, fiscalizadores de estos establecimientos e instituciones vinculadas al tema.

Cabe destacar que no todos los instrumentos de recolección de datos pudieron ser aplicados al universo de adultos mayores residentes. Entre las razones por las cuales no se pudo acceder a la información, se encuentran:

- ✓ Imposible entablar una conversación con el residente, discurso incoherente y centrado en aspectos repetitivos.*
- ✓ Residente que fallece antes de aplicar los instrumentos.*
- ✓ Residente que egresa antes de aplicar el instrumento.*
- ✓ Residente con hipoacusia.*

Además, la escasez de contacto con los familiares de los residentes, dificulta la reconstrucción de las historias de vida de éstos, ya que por sí mismos, no pueden entregar la información.

2.1. FUNDAMENTACIÓN

El escenario de envejecimiento poblacional, visualizado por nuestro país a partir de la década de 1960, arroja una proyección poblacional que da cuenta de un ritmo de crecimiento permanente y sostenido para el segmento etéreo Adulto Mayor.

Es así, como en la actualidad, este conglomerado representa el 10% del total de población en nuestro país, con un número estimado de 1.500.000 personas de 60 años y más, proyectándose para el año 2025 un 16%, con una población superior a los 3.000.000 de habitantes, siendo la región de Valparaíso, la que posee el mayor índice de envejecimiento (27.4%), el más alto porcentaje de adultos mayores (11.9%) y el mayor índice de vejez (43 adultos por cada 100 menores de 15 años)¹.

En este marco, el Estado, en un intento de modernización y dando respuesta a un nuevo horizonte de sujetos de la Política Social, ha orientado la focalización de sus acciones hacia la superación de la pobreza de grupos prioritarios y las diversas formas de discriminación y exclusión², entre los cuales el segmento Adulto Mayor es considerado un actor vulnerable, emergente y de crecimiento progresivo, que da cuenta de necesidades biopsicosociales, a las cuales el Estado intenta dar respuesta, a través de sus ministerios y organismos.

En materia de seguridad social, el organismo encargado de cubrir las demandas de previsión social, es el Instituto de Normalización Previsional (INP), dependiente de la Subsecretaría de Previsión Social, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, entidad que posee una población objetivo mayoritariamente envejecida, con un 72.2% del total de adultos mayores del país³, y el que ha integrado a su rol tradicional en esta materia, aquél orientado a asumir un mayor protagonismo en la formación y desarrollo de servicios sociales. Es así, como las acciones se articulan en torno a los siguientes objetivos estratégicos:

- ☞ Promover la integración social.
- ☞ Incentivar la autonomía y autovalencia.
- ☞ Impulsar la solidaridad social y corresponsabilidad en la atención de los adultos mayores.
- ☞ Acercamiento de los servicios.
- ☞ Promover la asociatividad y apoyar las iniciativas de los usuarios de la institución (especialmente en el tema adulto mayor).

Uno de los elementos que da origen a la actual reformulación institucional, tiene relación con la dictación del DL 3500 del año 1981, el cual crea el nuevo sistema de pensiones (AFP), que establece que, a partir del año 1983, toda persona laboralmente activa debería afiliarse y cotizar en éste, constituyéndose en el único sistema previsional vigente.

¹ INE; "Enfoques Estadísticos: Boletín informativo N° 8". Adulto Mayor 2000.

² INP; "Informe de Gestión 2000"

³ INP; www.INP.cl

En este contexto, el INP, creado a partir del DL 3502 del año 1980, cumple un rol de integración de las antiguas cajas de previsión social, asumiendo la función de coordinar y racionalizar las inversiones financieras, compatibilizándolas con los requerimientos de recursos de dichas cajas.

De acuerdo a antecedentes entregados por la Encuesta de Caracterización Socioeconómica⁴ (CASEN, 1998), la población afiliada al INP, ha observado un descenso sostenido, disminuyendo en un 0,5% con respecto al porcentaje del año 1996, a causa del fallecimiento de sus pensionados y al aumento en un 0,4% de la población afiliada al sistema actual.

Las proyecciones indican que esta tendencia, iría en aumento en los próximos años, estimándose que los últimos afiliados al INP, se proyectan al año 2015.

A partir de ello, se lleva a cabo la reformulación del rol institucional, en virtud del cual se potencia la atención de los sujetos beneficiarios, ampliándose los servicios prestados y potenciando la creación de nuevos servicios sociales, orientados a los grupos vulnerables, entre los cuales se considera el segmento adulto mayor, para lo cual se han implementado diversas iniciativas, ejecutadas a través de programas orientados al fomento de la educación y cultura, autocuidado, recreación y turismo y, participación social.

El cambio de rol institucional, genera que el sujeto Adulto Mayor, adquiera relevancia desde una óptica psicosocial, siendo de interés para el INP, las condiciones y calidad de vida de sus afiliados.

En este contexto, el Área de Servicio Social del INP Sucursal Valparaíso, a través del seguimiento de pensiones, identifica una serie de Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores, que no cuentan con la acreditación sanitaria del Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio, en los cuales no se ha realizado un diagnóstico social que permita caracterizar esta realidad y planificar, desde allí, posibles intervenciones.

Los efectos que el proceso de envejecimiento involucra, han tenido y provocarán, un impacto en sectores estratégicos de la estructura y tejido social. Considerar estos elementos, es aproximarse al conocimiento de las diversas necesidades originadas a partir de este fenómeno. Por ello, es necesario el manejo de antecedentes actuales y proyectivos que fundamenten una acción planificada y orientada estratégicamente, ante lo cual el presente Seminario de Título, permitirá generar un Modelo de Intervención Integral para este tipo de establecimientos, convirtiéndose en una de las primeras experiencias nacionales para la integración multigeneracional y apoyo intersectorial, a través de la contribución profesional del mejoramiento de la calidad de vida de las personas y, en forma especial, de los adultos mayores.

⁴ Mideplan; " Situación de los Adultos Mayores en Chile: 1998"

2.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

" Desconocimiento de las condiciones de vida de los Adultos Mayores pensionados del INP Sucursal Valparaíso, que residen en Establecimientos de Larga Estadía no acreditados por el Servicio de Salud"

2.3. DELIMITACIÓN DEL TEMA

Para efectos de la investigación, se trabajará con una muestra constituida por tres Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores de la Comuna de Valparaíso, que no cuentan con la acreditación sanitaria del organismo de Salud respectivo y, en los cuales habita un total de 36 residentes del grupo etáreo en cuestión.

Estos establecimientos, fueron detectados por el Área de Servicio Social del INP, Sucursal Valparaíso, mediante la entrega de poderes para el cobro de pensiones, y/o la posesión de más de uno de éstos, por parte de una misma persona.

Los criterios utilizados para la selección de los establecimientos, se basa en el número de adultos mayores residentes (mínimo 8) y en la factibilidad de intervención, entendiéndose por ésta, la disposición de las encargadas para disponer sus establecimientos a la intervención profesional.

2.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

☞ *Objetivos Generales:*

1. "Conocer el ordenamiento político - administrativo que rige el funcionamiento de las residencias para adultos mayores"

1.1. *Recopilar antecedentes de la reglamentación vigente.*

1.2. *Conocer la forma en que se aplica la reglamentación vigente.*

1.3. *Conocer las limitaciones de aplicación de la reglamentación vigente.*

2. "Caracterizar sociodemográfica, sanitaria, psicosocial y administrativamente, tres Establecimientos de Larga Estadía de Adultos Mayores de la Comuna de Valparaíso, no acreditados por el Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio"

- 2.1. Determinar los antecedentes sociodemográficos de los adultos mayores residentes, encargadas y personal auxiliar de los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores.
- 2.2. Identificar antecedentes sanitarios, relacionados con la salud física y mental de los adultos mayores residentes.
- 2.3. Caracterizar los antecedentes psicosocial es de los adultos mayores residentes.
- 2.4. Definir la estructura organizacional, física y funcional de los Establecimientos de Larga Estadía.

2.5 MARCO DE REFERENCIA

2.5.1 *Adulto Mayor*

El envejecimiento, es resultado de una compleja interacción de procesos biopsicosociales, sinónimo de desarrollo humano, pues abarca toda la vida, dentro del cual la vejez - en un sentido amplio - es un fenómeno que comienza en la concepción y, continúa durante toda la vida.

Por tal razón, es concebido como un proceso dinámico, progresivo e irreversible, en el que intervienen múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales, caracterizándose como un fenómeno policausal, de manera que los factores intervinientes, se encuentran interrelacionados.

El autor Oscar Domínguez⁵, define la vejez como "el período que corresponde a una disminución del ritmo de trabajo, a la declinación de sus fuerzas físicas y, de sus facultades psicológicas y sociales."

A su vez, es definida como "aquella etapa de vida, en que las personas tienen un estatus social de no producción institucionalizado, justificado en un proceso psicobiológico de hipofuncionalidad progresiva y, validado por una edad cronológica⁶."

La etapa de vida a que se hace referencia, reviste características que le otorgan un perfil particular. Si bien ha sido definido por la Primera Conferencia Mundial sobre Envejecimiento, organizada por Naciones Unidas, como "toda persona mayor de 60 años⁷", ésta lleva implícita una serie de adaptaciones derivadas de necesidades biopsicosociales, que afectan su capacidad productivo - funcional, físico - cognitiva, y de autonomía y rol social, que dan cuenta de las dimensiones desde las cuales es posible analizar este fenómeno.

Dimensiones del Envejecimiento

☛ Envejecimiento Biológico:

Ha sido definido por la OMS como "un proceso fisiológico que se inicia en la concepción, que ocasiona cambios característicos para cada especie, durante todo el ciclo de vida." De esta manera, la ancianidad corporal, comienza cuando predominan los procesos de degradación, lo que sucede mucho antes de la edad senil.

Se caracteriza por ser:

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

⁵ Domínguez, Oscar; "La Vejez: una nueva Edad Social" Ed. Vicerrectoría de Asuntos Académicos, U.C. Stgo. 1979.

⁶ Bustos, Marta; Cátedra "Trabajo Social en el sector Senescencia", Escuela Trabajo Social, Universidad de Valparaíso. 2000.

Entre algunas de las causas del envejecimiento biológico, se pueden mencionar las siguientes:

- ⊗ Envejecimiento celular: que da cuenta, no sólo de un proceso natural evolutivo, sino también de factores ambientales que inciden en él. Así, por ejemplo, hábitos de nutrición, estilo de vida, presencia de estrés, entre otros.
- ⊗ Envejecimiento por cambios moleculares
- ⊗ Envejecimiento por sistemas claves del organismo: entre los cuales se encuentran el sistema nervioso, endocrino, respiratorio, los que son responsables de la disminución de las funciones del adulto mayor.

Si bien, las consecuencias de los factores que inciden en el envejecimiento, se dan en el orden biofísico, con la disminución de la agudeza sensorial, atenuando la capacidad para percibir estímulos; disminuyendo la fuerza y resistencia; alterando los sistemas digestivo y de coordinación psicomotriz, a causa de la degeneración de los tejidos nerviosos y conjuntivos, provocando trastornos en el equilibrio, en la enajenación de actos voluntarios, trastornos de la escritura y pulso; y en la declinación de la potencia sexual y reproductiva; las consecuencias de esta dimensión, no son restrictivas de ella, pues, en el esfuerzo por equilibrar los propios cambios biológicos, la persona se enfrenta a un ambiente externo, más amplio, en el cual se suceden una serie de cambios socioeconómicos y culturales, los cuales afectarán, a favor o en detrimento y, en mayor o menor grado, en la dimensión biológica de la persona que experimenta su envejecer.

☞ Envejecimiento Psicológico:

Es aquel cuyo comienzo y desarrollo no coinciden necesariamente con los de la ancianidad corporal, y puede ser definido como "la acción y el efecto del paso del tiempo sobre las funciones psicológicas."

H. Thomae, sostiene que, equivale al grado en que la rutina, la costumbre y las pautas ajustadas del comportamiento y las vivencias, predominan sobre la capacidad de organizar de forma independiente la vida⁷. Desde esta perspectiva, la vejez se caracteriza por dificultades en la capacidad para introducir modificaciones en lo ya aprendido, transformándose los nuevos aprendizajes en un problema, pues requieren introducir cambios en las categorías mentales, que la persona ha ido adquiriendo a lo largo del propio desarrollo vital, lo que incide en su capacidad de adaptación al medio.

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

- ⊗ Cambios biológico - sensoriales, que actúan en la percepción que tiene el adulto mayor de sí mismo y de los demás, afectando la interpretación que la persona hace de la realidad.

⁷ "El Proceso de Desarrollo de la Personalidad"; Apuntes Cátedra "Sicología del Desarrollo Individual", Universidad de Valparaíso. 1996.

- ⊗ Cambios biológico - cerebrales. Se ha comprobado que la masa cerebral de un anciano, pesa el 10% menos que la de una persona de menor edad, incidiendo sobre los procesos cognitivos, de memoria y aprendizaje.
- ⊗ Aprendizaje. Existen estereotipos que señalan que el adulto mayor no es capaz de aprender, lo que ha sido refutado por diversas investigaciones, que demuestran que existe en el sujeto, una plasticidad intelectual y conductual, que se logra potenciar a través de estrategias sustitutivas.
- ⊗ Funciones Intelectuales. En este aspecto, se habla de inteligencia fluida, que dice relación con la dotación genética, la cual presenta decremento con la edad; e inteligencia cristalizada, relacionada con la educación y el aprendizaje, la que se mantiene y puede aumentar en el adulto mayor, pues se basa en su experiencia y capacidad de juicio.
- ⊗ Creatividad, que se mantiene en el adulto mayor.
- ⊗ Lenguaje. En el adulto mayor se advierten dificultades para discriminar entre ciertos sonidos y comprensión del lenguaje.
- ⊗ Personalidad. Existe la tendencia entre los expertos, a referirse a un cambio, por sobre a una disminución de ella.

Los factores señalados anteriormente, configuran un perfil de adulto mayor⁸, que generalmente se ha caracterizado, en el ámbito emocional, por sus dificultades de adaptación, ocasionada por la pérdida o disminución de la importancia personal; la reducción de sus ingresos; por la dificultad de desarrollar actividades en forma normal o realizar aquellas que ejecutaba anteriormente; por ser menos considerado por los demás en torno a la toma de decisiones importantes; temor al futuro, a dejar el hogar; falta de motivaciones, de fuerza para hacer las cosas; disminución de su estatus; en tanto siente la necesidad de ser considerado una persona como todas.

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

Es en este punto, donde cobran relevancia las Habilidades Sociales de la persona, vale decir, aquellas capacidades cognitivas y destrezas conductuales, organizadas armónicamente en el curso integrado de sus acciones, dirigidas a mitos interpersonales y culturalmente aceptados, las cuales participan en la integración del individuo a su entorno mediato - inmediato, adquiriendo especial relevancia en esta etapa de vida, pues existen una serie de obstáculos y limitaciones que generan una interpretación individual y social de la vejez, en términos negativos. Así, el manejo de una o más habilidades sociales, le proporciona al adulto mayor, herramientas para el logro de una adecuada adaptación a su entorno, preservando su condición de autonomía. De esta manera, se considera que alcanzará un buen nivel de bienestar, cuando es capaz de enfrentar los cambios que ocurren en su organismo y en su medio social, con un grado de adaptación adecuado, vale decir, de adaptación y respuesta y, de satisfacción personal.

⁸ Op. Cit N°5.

☛ Envejecimiento Social:

Se refiere a los roles y funciones asignados al adulto mayor, los cuales han sido previamente definidos por la sociedad. Esta interpretación cultural, ha sido representada socialmente como una etapa de deterioro, disfuncionalidad y no - producción, la cual limita y dificulta la validación e integración social de la persona envejece.

Al hablar de envejecimiento social, nos referimos a un proceso de adaptación a condiciones cambiantes, provenientes del propio organismo, del medio social (elementos institucionales, culturales, políticos, económicos, sociales e históricos, entre otros) o de ambos, cuyo carácter dependerá de cómo se enfrenten y resuelvan los problemas de esta interacción. A nivel social, se suceden una serie de cambios que participan en la formación de la imagen social del envejecimiento. Estos son:

- ⊗ Modelo Médico Tradicional, el cual concibe la vejez en términos de déficit e involución, acentuando la percepción de un proceso degenerativo, equiparando la vejez a discapacidad.

Esta concepción de la 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, intrínsecamente, de decadencia inexorable.

En el plano subjetivo, esa actitud comporta un sentimiento de resignación y apatía, frenando la iniciativa de buscar formas de preservar la autonomía, para esforzarse por contrarrestar las limitaciones que experimentan.

En este sentido, cabe destacar que, frecuentemente, la declinación de las habilidades y capacidades se debe, primordialmente, a la falta de entrenamiento y abandono de la actividad, que al proceso de deterioro biológico en sí. De ahí, la necesidad de analizar el deterioro de quienes envejecen, a la luz de las condiciones sociales existentes y de los significados compartidos que incentivan o frenan el ejercicio de sus capacidades.

- ⊗ Jubilación

En las sociedades industrializadas, un hecho decisivo que define el envejecimiento, es el cese de la vida laboral⁹, materializado a través de la jubilación. En una cultura estructurada a partir del trabajo productivo, fuera de la unidad doméstica, la entrada y salida del mundo laboral, plantea cambios importantes en el ciclo de vida.

Como señala Vedderbun, el contenido social de toda situación de envejecimiento, es el fenómeno de jubilación, el cual implica la disminución de las obligaciones, estancamiento en el rango de las decisiones, la alteración en la estructura jerárquica dentro de la unidad familiar, afectando de manera diferencial a hombres y mujeres; quienes, no obstante, poseen un denominador común; el poner a disposición del sujeto una cantidad de tiempo libre, cuya ocupación o no ocupación, constituirá el eje de su nueva práctica social.

⁹ Redondo, Nelida: "Ancianidad y Pobreza: una investigación en sectores populares urbanos", Ed. Humanitas. B. Aires. 1990.

Este fenómeno, entra en contradicción con las normas implícitas en las "sociedades de trabajo", el cual no sólo provee las bases económicas, sino que también es el centro de sus valores básicos. Emerge, así, una situación conflictiva que impacta todos los ámbitos de la vida social y, en particular, del adulto mayor, en cuanto a las condiciones en que se redefine la identidad de esta etapa de vida.

Las consecuencias de la jubilación, no sólo afectan sobre su identidad social, sino también sobre su base económica, que se ve disminuida notablemente.

La pérdida de rol en el ámbito laboral, provoca que se suprima el soporte de su sentimiento de dignidad, generando lo que se denomina "muerte de la jubilación", lo que, sumado al cambio de situación económica, provoca que la iniciativa y el interés por el entorno, se reduzcan a medida que disminuyen los ingresos.

El impacto psicológico, afecta de manera diferenciada, desde una perspectiva de género. Así, al hombre pesa más la inserción familiar, el aprendizaje de la rutina interna, en la cual se percibe como un estorbo; mientras que a la mujer afecta más la disminución de su ingreso económico, ante la dependencia de la mayoría de ellas, de su cónyuge, las cuales, al enfrentar la viudez, deben sustentarse de exiguos ingresos, menores aún que los montos de jubilación.

- ⊙ Ideología del Viejismo: considera a la vejez como una etapa de decadencia física y mental, proyectando sobre el adulto mayor una imagen de discapacidad, inutilidad social, obsolescencia y rigidez. Esta interpretación social, se arraiga en la cultura, asumiendo un carácter implícito en el desenvolvimiento de la vida social e individual, repercutiendo en los ancianos, al asumir una actitud de resignación y apatía, restringiéndose cualquier iniciativa de superación, ante el temor al rechazo.

- ⊙ Ausencia de un Rol Social: a diferencia de las etapas de niñez, juventud y adultez; para el adulto mayor, no existe una definición sociocultural del conjunto de actividades específicas para este conglomerado y, en cuyo desempeño, éstos podrían percibirse útiles y conseguir reconocimiento social.

Se puede conjeturar que, la falta de definición de un rol social del adulto mayor, influye también en la dificultad de los individuos para otorgar un sentido pleno a su vida durante la etapa de vejez, puesto que, parte del sentido de la vida, se obtiene al cumplir el rol básico asignado por la sociedad.

A los fenómenos descritos, se agregan otros elementos que inciden en la forma en que se enfrenta este período vital. Uno de ellos, lo constituye el fenómeno de la Muerte, la cual interpreta esta etapa de vida como la fase más próxima a ella y, en que el adulto mayor debe elaborar procesos de pérdidas y reducción de sus pares significativos, percibiendo un acercamiento paulatino e inexorable de su entorno cercano hacia ella, lo que genera principalmente temor en la persona, especialmente cuando no posee un sentimiento de satisfacción ante su vida.

Por otra parte, los vertiginosos cambios de la sociedad actual, exigen del adulto mayor estrategias adaptativas relativamente efectivas, que le permitan alcanzar un grado de integración adecuada y funcional. Ello, a la luz de las características biopsicosociales del envejecimiento, reviste ciertas dificultades naturales, cobrando importancia la potenciación de ellas.

A la vez, la reducción del grupo de pares y su entorno significativo, expone al adulto mayor a la soledad, generando en él una carga psíquica, al verse limitado para dar satisfacción a las necesidades fundamentales de pertenencia y afecto.

Necesidades del Adulto Mayor

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

- ⊗ *Necesidades Fisiológicas: constituyen un requisito para la supervivencia, siendo las de mayor urgencia en el individuo. Entre ellas, se consideran: respirar, comer, beber, evacuar, dormir, protección ante temperaturas extremas, etc. Este tipo de necesidades, adquieren especial relevancia en esta etapa de vida, dado el deterioro biofísico que evidencia el proceso de envejecimiento, disminuyendo la autonomía funcional del adulto mayor y aumentando su nivel de dependencia.*
- ⊗ *Necesidad de Seguridad: contar con protección frente a amenazas (físicas, económicas, psicológicas, sociales). En este sentido, el mayor temor del adulto mayor, es a la muerte y al abandono, de carácter físico y psicosocial.*
- ⊗ *Necesidad de Pertenencia: incluye la obtención de afecto. Según el autor, en la vida urbana moderna, los lazos tradicionales familiares se ven desintegrados, conforme existen valores individuales que tienden al establecimiento de relaciones impersonales. Esto, en la etapa de envejecimiento, asume mayor relevancia ante la prevalencia de un modelo familiar bigeneracional, esto es, padre - hijo, enajenando al sujeto adulto mayor de ella, lo que repercute en la definición del rol que le compete al interior de la unidad familiar.*
- ⊗ *Necesidad de Estima: relacionadas con la consecución de prestigio, poder, con la valoración y reconocimiento de terceros. Se relaciona con la capacidad de adaptación e integración del adulto mayor entre sus pares y, a nivel social - intergeneracional.*
- ⊗ *Necesidad de Autorrealización: se refieren al impulso que lleva al desarrollo de todas las capacidades de la persona. En el sujeto adulto mayor, se relaciona con el sentido de satisfacción personal con respecto al desarrollo de su vida.*

Clasificación Adulto Mayor

Se ha constatado que la población envejecida, es heterogénea, pues incluye en este grupo, tanto a personas que aún son autónomas, activas y que poseen una buena condición de salud, mientras que hay un segmento de adultos mayores con un grado de dependencia de terceros, en virtud de la dificultad para cuidar de sí mismos en forma adecuada¹⁰.

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

Dependencia

Ha sido definida por un grupo de expertos del Consejo de Europa (1997), como "la situación en la que se encuentran aquellas personas que, por razones ligadas a la disminución o pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de una asistencia y/o ayuda importante para la realización de las actividades de la vida diaria¹¹." Si bien esta definición nos proporciona un concepto centrado en el ámbito individual, a éste deben agregarse las condiciones sociales que desencadenan la situación de dependencia del adulto mayor, entre las cuales se consideran el temor a la soledad, la viudez, la modificación en la estructura jerárquica de la familia nuclear, en la cual el adulto mayor se convierte en un miembro periférico, entre otras; las cuales incidirán en una progresiva dependencia, voluntaria o involuntaria, del sujeto hacia terceros, en lo relativo a su vida.

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

Autonomía

Alude a, permitir a la persona, disponer de su propio cuerpo y vida y, se relaciona con la capacidad de decisión en base a la voluntad, en el sentido de gozar de volición independiente.

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

La autonomía dice relación con saberse controlando el curso de la propia vida y dándole sentido con el propio esfuerzo y reflexión.

¹⁰ Manual de Geriatria. "Capítulo I: Aspectos Demográficos del Envejecimiento Poblacional en Chile", Facultad de Medicina. P.U.C.

¹¹ Rodríguez, Pilar; "El problema de la dependencia en las personas mayores", Revista Documento Social N° 112, 1998.

Desde este punto de vista, el adulto mayor, se clasifica de acuerdo al nivel de funcionalidad, en tres categorías¹²:

*** Normal - Autovalente:**

Es la persona que ha logrado un bienestar y vida satisfactoria en esta etapa y, representa alrededor del 60 - 70% de la población mayor de 65 años, la cual se caracteriza por:

- Haber asumido la vejez.
- Estar sano física y psíquicamente.
- Ser autónomo.
- Haber encausado en forma positiva y creativa la experiencia acumulada.
- Saber qué hacer con su vida, poseer una buena autoestima.
- Tener actividades de crecimiento personal.
- Tener compañía y afecto (pareja, familia, amigos).
- Tener seguridad económica.
- Tener vivienda.
- Ser capaz de realizar actividades básicas de la vida diaria (A.B.V.D.): aquellas funcionales, esenciales para el autocuidado, por ejemplo, de alimentación, vestido, desplazamiento, higiene e incontinencia.
- Ser capaz de realizar actividades instrumentales de la vida diaria (A.I.V.D.): aquellas necesarias para la adaptación, independientemente a su medio, por ejemplo, escribir, leer, limpiar, lavar, usar el teléfono y transporte público, administrar sus medicamentos y dinero, salir fuera de la casa o ciudad.

*** Frágil o Semi Valente:**

Es la persona que no ha logrado una vida plena en el transcurso de su vejez y se encuentra en una situación de riesgo. Este grupo representa aproximadamente el 30% de la población mayor de 65 años de nuestro país y, se caracteriza por:

- No haber asumido la vejez.
- Sufrir algún daño físico.
- Ser dependiente.
- No realizar actividades creativas.
- Tener baja autoestima.
- Estar carente de afecto.
- Tener problemas económicos.
- No tener posibilidades de vivir en forma independiente.
- Sufrir maltrato o sobreprotección (situación que lo inutiliza).
- Tener temores de pobreza, enfermedad, soledad.

¹² Manual de Geriatría; "Capítulo II: Proceso de Envejecimiento: sus implicancias biológicas y sociales" P.U.C.

*** Postrado:**

Es una persona muy dañada, sin posibilidades de superación, dependiente absolutamente. Representa alrededor del 3% de la población adulto mayor actual.

El conglomerado a que se hace referencia, reviste características disímiles, de acuerdo a la tipología de adulto mayor a que nos aboquemos. No es posible homologar este estrato social, el cual se diferencia según características demográficas, geográficas, económicas, sociales, individuales, entre otras.

En el presente Seminario de Título, hacemos referencia al adulto mayor residente, aquél que, a causa de factores individuales y del entorno, transcurre su etapa de vida en un establecimiento, que dedica atención y cuidado a este tipo de individuos. Como veremos, el adulto mayor residente asume características que dan cuenta de una categoría diferente, dentro del estrato adulto mayor.

Adulto Mayor Residente

Considerando que el ingreso a un establecimiento implica, frecuentemente, una ruptura con el núcleo familiar, puesto que el adulto mayor llega a la institución cuando su familia es o se considera incapaz de seguir proporcionándole los cuidados físicos que requiere o, en su defecto, porque ésta no quiere continuar manteniéndolo consigo; el ingreso a la residencia, es percibido por el adulto mayor¹³ como una vivencia de abandono y soledad, adquiriendo la significación de haber sido rechazado por su familia y carecer de un lugar donde vivir, lo que produce en él un violento sentimiento de desvalorización como persona.

Sin embargo, esta percepción tiene su contrapartida. Para la familia que decide ingresar al adulto mayor a la residencia, implica aceptar que ya no es capaz de cumplir su rol familiar en el cuidado, significándole sentimientos de culpa y la consecuente tendencia al olvido del adulto mayor, como mecanismo de defensa. En virtud de ello, visitarlo, constituye, revivir la culpa.

La situación del adulto mayor residente, se caracteriza porque:

✦ El nivel de actividad es, en general mínimo, configurándose en torno a tres actividades básicas:

- ↳ En lo que atañe a la vida cotidiana, el adulto mayor se encarga de su cuidado y aseo personal, a excepción de los casos en que se encuentre imposibilitado para realizarlo. En lo que se refiere a actividades de aseo y mantención de la residencia, la actividad del adulto mayor, por lo general, es nula.
- ↳ En cuanto a actividades recreativas, participan en aquellas que suponen una actitud receptiva: oír radio, ver televisión; siendo este tipo de recreación el más común dentro de los hogares chilenos. Diversiones que suponen una actitud activa de los participantes, son poco frecuentes, siendo reacios a este tipo de

¹³ Barros, Carmen; "La Vejez Marginada: situación del Anciano en Chile". Instituto de Sociología. P.U.C. Chile. 1979.

juegos, en tanto que las residencias, por lo general, no los estimulan.

Ocasionalmente, se organizan fiestas y paseos, oportunidad en que los adultos mayores participan activamente.

Se encuentran ausentes las actividades que signifiquen una expresión de su personalidad, a excepción de la actividad religiosa, la cual obtiene un alto interés.

↳ Por último, las actividades económicas o de trabajo remunerado, son poco frecuentes.

- ✦ Si bien la tendencia del adulto mayor, es a la inactividad, su nivel de actividad depende, en gran parte, del estímulo que reciba para realizarla.
- ✦ La actividad religiosa, se constituye en una de las de mayor preferencia entre los adultos mayores, la cual les permite trascender su soledad, relacionándolos simbólicamente con la comunidad de creyentes. Por otra parte, proporciona una respuesta para el sufrimiento, la injusticia y, especialmente, para la muerte. En suma, otorga un cauce a la situación existencial del sujeto.

Con respecto a la situación de seguridad, tanto económica como de salud, los residentes generan un sentimiento de confianza en la institución que los alberga, evidenciándose un alto nivel de dependencia hacia las personas que les proporcionan cuidados en forma directa.

Con respecto al reconocimiento social, el sentimiento de inferioridad y marginalidad, es muy fuerte, lo que genera un efecto ambiguo. Por una parte, el ingreso a la residencia, se percibe como señal de abandono y rechazo; por otra, es percibida como un refugio que los protege de un mundo al que sienten extraño y hostil.

En torno a la integración, ésta se potencia a través de la homogeneidad sociocultural y la experiencia común de vida previa a la tercera edad, entre el grupo de residentes. En cambio, cuando sólo se comparte la carencia de un hogar propio ó de familia, la tendencia al aislamiento es más notoria, inclinándose hacia la soledad. En caso de prolongarse esta situación, los adultos mayores, sufren un fuerte rechazo a establecer nuevas relaciones, llegando a situaciones extremas de permanencia por largos periodos en sus habitaciones, encerrados.

2.5.2. *Evolución Histórica de Residencias para Adultos Mayores en Chile*

La familia, ha sido definida como una institución natural de cuidado y atención hacia los individuos que la constituyen, característica propia de la familia tradicional extendida de la época pre - industrial, la cual definía roles específicos para cada uno de sus componentes, entre los cuales, el adulto mayor, era considerado un actor preponderante.

En este contexto, las necesidades y cuidado del adulto mayor en su etapa de vejez, era asumido por ella en forma íntegra. No obstante, la época industrial, conlleva una serie de transformaciones sociodemográficas que afectan la unidad familiar, experimentando cambios profundos en su composición y capacidad relativa para servirle de manera efectiva.

Bajo el impacto del proceso de modernización, la familia extendida, se transforma, progresivamente, en nuclear, sujeta a presiones que exacerbaban su fragmentación y marginalización; fenómenos entre los que se consideran la migración, urbanización, pobreza, deterioro de su base económica, crisis en servicios de apoyo, entre otros.

La respuesta familiar al cuidado del adulto mayor, en este contexto, resulta insuficiente, perfilando su crisis, a lo cual se agrega el proceso demográfico de envejecimiento poblacional, visualizado por nuestro país a partir de la década de 1960, el cual provoca la incubación de profundos cambios en la estructura y dinámica de la población.

El cambio de la estructura y composición familiar, asociado a factores de deterioro funcional que demandan una atención especializada en el cuidado y tratamiento del adulto mayor, a los que la familia se encontraba limitada a dar respuesta, generaron su desplazamiento del núcleo familiar, el cual mostraba una tendencia ascendente a buscar la prolongación de su condición de independencia y autonomía y, servicios institucionales, cuando su capacidad funcional avanzaba en detrimento de ellos.

A fines del siglo XIX, surgen las primeras iniciativas de atención social institucional al adulto mayor en Chile. A partir de 1890, las congregaciones "Hermanitas de los Pobres" y "Hermanitas de los Desamparados", instalan los primeros asilos de ancianos, los cuales proveían una atención de cuidados básicos, bajo condiciones de vida precaria a adultos mayores marginales.

Estos hechos se prolongan hasta el año 1975, en el cual el Estado, a través de la seguridad social, otorga una respuesta, beneficiando a individuos con una precaria condición socioeconómica, a partir de la creación del PASIS, entre los cuales se encuentra el segmento etéreo adulto mayor.

Más tarde, surge de una agrupación de instituciones de la Iglesia Católica, la Asociación Nacional de Instituciones de Asistencia al Anciano (ANIPSA) y, posteriormente, la Corporación Nacional de Protección al Anciano (CONAPRAN) en 1974, entidad privada sin fines de lucro y con reconocimiento estatal, que asume el tema de adulto mayor a nivel nacional, creando hogares para la atención de adultos mayores carentes de recursos, de red familiar o que, poseyéndola, sus relaciones se encuentran deterioradas, los cuales son financiados con aportes de terceros y de los propios adultos mayores.

Transformaciones en el modelo político - económico, ampliaron la oferta de servicios para el adulto mayor que comienza a perfilarse desde un punto de vista de oferta - demanda, como un nuevo sujeto de mercado, emergiendo en la oferta residencial, instituciones privadas con fines de lucro, que proporcionan servicios para usuarios con una mayor capacidad económica.

La creación de este tipo de residencias, responde a un mecanismo de mercado, sin que existieran normas regulatorias que autorizaran, controlaran y supervisaran su funcionamiento.

Es así como, actualmente, la atención institucional del adulto mayor, se perfila como una alternativa a los cuidados proporcionados al interior del núcleo familiar, cuando éstos resultan insuficientes ante las demandas y necesidades propias de este grupo etáreo; no exenta, sin embargo, de la connatural sanción social que implica el incumplimiento de un rol reconocido de la familia.

De esta forma, coexisten formalmente hogares de ancianos de beneficencia, que dan cobertura al adulto mayor marginal; y, residencias con características de hotelería geriátrica para sujetos con una alta capacidad económica, generando un vacío en la oferta formal de residencias para personas que no logran insertarse en ninguna de las anteriores categorizaciones.

A partir de ello, surgen alternativas no formales de residencias para adulto mayor, que absorben este segmento de población enajenado de la oferta actual, las cuales se caracterizan por poseer una estructura organizativa simple, capacidad inferior a 25 plazas, con una infraestructura adecuada sobre un proyecto arquitectónico ajeno a su uso primitivo y que, generalmente, se ubican en el plano urbano.

2.5.3. Política Social y Marco Jurídico

El envejecimiento de la población como fenómeno sociodemográfico, ha suscitado una serie de iniciativas a nivel gubernamental, que exigen de la autoridad, la formulación de programas y políticas para la tercera edad¹⁴.

Estos lineamientos y acciones, no obstante, no sólo están contenidas en las expresiones de voluntad política, sino también, en el orden jurídico de la sociedad, configurando un escenario que propende al logro del bienestar de este conglomerado y al resguardo de sus derechos fundamentales.

Este contexto social- institucional, se compone de la actual Política Social de Adulto Mayor, que establece Directrices de Acción, ejecutadas a escala local; Marco Jurídico, que regula la vinculación de la sociedad con este grupo etáreo; e, Instituciones u Organismos de Estado, a través de los cuales se resguardan y, originan derechos y beneficios dirigidos a éstos.

Política Social y Adulto Mayor

El término "Política de Vejez" surge en Francia, país que adopta su propia estrategia hacia 1961, al integrarse una "Comisión de Estudio de los Problemas de la Vejez", cuya misión era redactar un informe para aportar las líneas directrices para una política de la ancianidad. Las recomendaciones, giraban en torno a la adaptación de la sociedad y la presencia característica de una masa creciente de personas de edad; y, rechazaba toda solución que condujera a la segregación de los ancianos.

De esta forma, Francia, inventó el modelo de una Vejez Activa, autónoma e integrada en el medio de vida, basándose en criterios de prevención e integración. Es así, como la acción en materia de ancianidad cobra características peculiares en Francia, interesándose no sólo en mejoras económicas y de asistencia social, sino por mejoras en las condiciones de vida y por un mayor bienestar para la tercera edad.

En consecuencia, la Política para el Adulto Mayor, es aquel "conjunto de acciones, disposiciones y prácticas planificadas y/o implementadas por las autoridades estatales y municipales, con el objeto de responder a las necesidades de la población de más edad ¹⁵."

Política Social en Chile

El proceso de envejecimiento poblacional experimentado de manera paulatina en nuestro país, ha dado origen a una serie de acciones gubernamentales a partir de 1990, con la creación del Ministerio de Planificación y Cooperación, organismo al que se le asigna la tarea de abordar la temática del Adulto Mayor.

Éste, crea el Programa del Adulto Mayor, con el fin de elaborar un diagnóstico sectorial y otorgar las bases para elaborar una política nacional de carácter integral, en la que se conciba la actuación del Estado, enfocada hacia la promoción del desarrollo

¹⁴ Passante, María Inés; ""Políticas Sociales para la Tercera Edad". Ed. Humanitas. Buenos Aires. 1983.

¹⁵ Op.Cit. N°14.

personal de los adultos mayores, para ponerlos al servicio del desarrollo global del país e integrarlos en su medio, mejorando su calidad de vida¹⁶.

En el año 1995, se crea la Comisión Nacional para el Adulto Mayor y se formula, por primera vez, una política dirigida a este grupo etáreo, la cual tiene como objetivo "Lograr un cambio cultural que signifique un mejor trato y valoración de los adultos mayores en la sociedad, lo que implica una percepción distinta sobre el envejecimiento y alcanzar mejores niveles de calidad de vida".

Según el autor Jorge Tapia Videla, un alto número de países de la región latinoamericana, se encuentra en la etapa de "Institucionalización Incipiente", según categoría de complejidad y relativo grado de madurez de los servicios implementados para la población adulto mayor, caracterizada por:

- Organización de servicios sociales.
- Ampliación en la cobertura de programas de seguridad social y salud.
- Reglamentación y supervisión de instituciones que brindan ayuda al anciano, particularmente hogares y asilos de ancianos.
- Financiamiento y apoyo logístico a instituciones no gubernamentales o a acciones de ayuda para el anciano.
- Adiestramiento a nivel profesional con un componente geriátrico.
- Programas pilotos de atención domiciliaria.

Nuestro país, se encuentra en esta etapa, en la medida que, la articulación de acciones, es impulsadas a través del Estado, por medio de diversos organismos que han incluido, dentro de sus temas prioritarios, el de Adulto Mayor. No obstante, se dirige, fundamentalmente, a una población autovalente con capacidad potencial de insertarse en la red social de apoyo y, por ende, integrarse al proceso de desarrollo del país.

En este sentido, el Estado, a través del Gobierno de turno, ha asumido la parte visible del escenario de la población envejecida, entre la cual no se encuentran aquellos residentes de establecimientos de larga estadía, siendo éste, un ámbito abordado desde una perspectiva sanitaria y unidimensional, no resguardando los derechos fundamentales de las personas.

Existe de por medio, una serie de variables estructurales y microsociales que limitan la voluntad político - administrativa para su abordaje. Entre ellos, factores económicos concomitantes, de gestión administrativa e institucionalidad.

Lo anterior, se expresa en la definición de rol que le asigna el Estado a este conglomerado, a través de la política social.

Elementos Jurídicos de Protección al Adulto Mayor

Los derechos y obligaciones contenidos en el Código Civil, Código Penal y Constitución Política de la República de Chile en el ámbito de la tercera edad, conforman el marco jurídico que refleja valores y actitudes políticas respecto a las personas

¹⁶ MIDEPLAN; "Los Grupos Vulnerables: Preocupación del Gobierno de Chile". Octubre, 1993.

mayores¹⁷, que definen las normas que deben orientar los programas y acciones de la administración pública.

Se señalan, a continuación, algunos artículos que otorgan un perfil del grado de valoración de derechos y obligaciones establecidas entre la tercera edad y la sociedad civil:

Código Civil

- Art. 222: *deber de respeto y obediencia de los hijos a los padres.*
- Art. 223: *deber del hijo a cuidar de los padres y demás ascendientes, en su ancianidad, en el estado de demencia y en todas las circunstancias de la vida en que necesiten auxilios.*
- Art. 232: *establece el traspaso de la obligación de alimentación y educación del hijo a los abuelos, en caso de falta o insuficiencia de los padres.*
- Art. 321: *establece el deber de alimentos a los ascendientes.*
- Art. 1208: *establece las causas por las cuales un descendiente puede ser desheredado.*

Código Penal

- Art. 1: *definición de delito: "toda acción u omisión voluntaria penada por la ley. Estas se reputan siempre voluntarias, a no ser que conste lo contrario."*
- Art. 352: *pena de presidio menor en su grado mínimo para el que abandonare a su cónyuge o a un ascendiente o descendiente, legítimo o ilegítimo, enfermo o imposibilitado, si el abandonado sufriere lesiones graves a causa del abandono o muriere a consecuencia del abandono.*

Constitución Política de la República

- Art. 1: *las personas nacen libres e iguales en dignidad y derechos.*
- Art. 19: *protección de los derechos civiles (vida e integridad física y psíquica; igualdad ante la ley; respeto y protección a la vida privada y pública y, la honra de la persona y su familia; protección de la salud; derecho a la educación; derecho a presentar peticiones a la autoridad; libertad de trabajo y protección; seguridad social; admisión a todas las funciones y empleos públicos; no discriminación arbitraria en el trato que deben dar el estado y sus organismos.*

La existencia de cualquier norma, se relaciona directamente con el poder y capacidad de influencia de los actores sociales a quienes afecta. En el caso de los adultos mayores, su rol social es casi inexistente, su fuerza y recursos escasos, por lo que el grado de cumplimiento de las normas, depende básicamente, de la influencia de la opinión pública de los funcionarios responsables de su aplicación. La coactividad de las normas, se ve limitada por la condición de las personas de edad: física y socialmente inferior a lo del resto de los ciudadanos.

¹⁷ Moragas, Moragas, Ricardo; "Gerontología Social: Envejecimiento y Calidad de Vida". Ed. Herder. Barcelona. 1991.

Las necesidades de atención a la salud y bienestar social de las personas de edad, han sido abordadas mediante diversos sistemas y programas de servicios de protección y asistencia, orientados según dos modalidades:

- a) la Institucionalización del geronte, es decir, su internación en establecimientos sanitarios y/o de albergue.
- b) el mantenimiento del anciano en su hogar o medio habitual, con miras a evitar o postergar la internación en una institución.

La población adulto mayor residente de establecimientos de larga estadía, ve vulnerado no sólo algunos de sus derechos fundamentales (situación de abandono familiar, discriminación y exclusión social por configurarse en un grupo étnico subcultural), sino que a su vez, a nivel de participación social, es un actor periférico - marginal, no considerado integralmente en las políticas de desarrollo del país y de adulto mayor, lo que agrava su situación de marginalidad.

Instituciones Estatales

La mayoría de las instituciones que actualmente asumen una participación en el ámbito de residencias para adultos mayores, asumen su rol durante la etapa pre - constitutiva del establecimiento como tal, ante la autoridad. No obstante, la institución que asume un papel fundamental durante el proceso de funcionamiento de los establecimientos de larga estadía para adultos mayores, es el Servicio Nacional de Salud, pues es éste el encargado de supervisarlos y fiscalizarlos, mediante el cumplimiento de las disposiciones establecidas en la normativa.

Por su parte, existen otras Instituciones Estatales involucradas en el tema, de manera indirecta y, aseguran el normal y adecuado funcionamiento de Residencias, actuando, dentro de un marco general, en la forma como se desarrolla su funcionamiento:









- ⇒ Servicio de Impuestos Internos (S.I.I): Institución que cumple la función de recibir formalmente la declaración de la iniciación de actividades de los establecimientos, desde una óptica netamente económica-productiva.
- ⇒ Gobierno Local (Municipalidades): Los departamentos que participan directamente, son: Obras Municipales (D.O.M), encargado de autorizar la ubicación geográfica del establecimiento y su infraestructura y, de la regularización de las ampliaciones en el caso correspondiente; y, Departamento de Rentas y Patentes (D.R.M.), encargado de entregar la autorización municipal de funcionamiento a la residencia, como Establecimiento de Larga Estadía para Adultos Mayores.
- ⇒ Superintendencia de Electricidad y Combustible: Cumple la función de autorizar e inscribir las instalaciones eléctricas del establecimiento, mediante la fiscalización de éstas. Los encargados a nivel local, son los entes suministradores de luz eléctrica (en el caso de la quinta región: Chilquinta).
- ⇒ Cuerpo de Bomberos: Encargado de fiscalizar las salidas de emergencia y equipamiento necesario del establecimiento, respecto a situaciones catastróficas, tales como incendios, terremotos, derrumbe, etc.





2.5.4 Residencias para Adultos Mayores

Conceptualización y Características de Residencias

El término "Residencia", congrega una diversidad de instituciones que proporcionan, primordialmente, servicios de vivienda - habitación a un conjunto de individuos. A partir de este servicio básico, las residencias se diferencian en base a criterios administrativos - organizacionales y funcionales (categoría de formalidad, red de mantenimiento, dependencia, calificación y tipo de personal, servicios, tipo de residentes, entre otros).

Al respecto, la situación de Residencias para Adultos Mayores en nuestro país, en términos generales, se caracteriza por los siguientes aspectos:

-  **Tipo:** formalmente, se reconocen dos: benéficos y privados con fines de lucro, en virtud de lo cual se define el tipo de servicio que otorgan, vinculado a la capacidad económica de sus residentes.
-  **Tamaño:** varía de acuerdo a la disposición de plazas de cada establecimiento. La reglamentación no diferencia número de ellos.
-  **Categoría de Formalidad:** coexisten residencias formales e Informales, pues el costo económico de la implementación de las exigencias contenidas en la normativa vigente, contribuye al distanciamiento de residencias informales del cumplimiento de los requerimientos mínimos para su adecuado funcionamiento. En virtud de ello, se genera la coexistencia de establecimientos que funcionan al alero de la normativa y, aquellos que se encuentran al margen de ésta.
-  **Grado de Organización:** bajo, pues en nuestro país, no existe asociatividad entre las residencias para adultos mayores, lo que dificulta su representación ante la autoridad, de las inquietudes y necesidades de los encargados e instituciones, limitando, a la vez, la consecución de recursos.
-  **Recursos Humanos:** varían de acuerdo a la categoría de formalidad en que se encuentre el establecimiento, como a su vez, del grado de especialización de los servicios que presta y grado de valencia de los residentes. El personal mínimo con que debe contar, se encuentra señalado en el Reglamento para E.L.E. de Adulto Mayor.
-  **Nivel de Profesionalización:** bajo, pues el personal técnico especializado en geriatría y gerontología que desempeñan funciones dentro de las residencias, es escaso o nulo, lo que incide directamente en la calidad de la prestación de sus servicios.
-  **Prestación de Servicios:** la prestación de servicios, se focaliza en aspectos médico - clínicos.
-  **Estabilidad:** Característica que se encuentra presente en residencias de carácter informal, relacionada con variables organizacionales y eventos personales, especialmente de el/la encargado(a), las que ponen en peligro el funcionamiento y permanencia de ésta. La estabilidad / inestabilidad, se vincula a deficiencias del manejo administrativo - organizacional y a implicancias de la vida personal - familiar de el/la encargada, que influyen sobre la proyección del establecimiento y vida de sus residentes.

-  **Usuarios:** personas de 60 años y más, con distintos grados de valencia y, desde una perspectiva de género, son una población predominantemente femenina.
-  **Tipo de Ingreso:** existen circunstancias personales, familiares, económicas y de salud, entre otras, que determinan las condiciones de autonomía - dependencia en las que ingresa el adulto mayor a la residencia. En este sentido, es importante destacar que, la condición de funcionalidad del adulto mayor, no es determinante en su condición de autonomía - dependencia, que da origen a la internación.
-  **Causales de Ingreso:** son diversas: oscilan desde la pérdida de la autonomía, condiciones sociales, económicas y/o psicológicas, que van en desmedro de la integridad y bienestar de la persona.
-  **Tiempo de Permanencia de sus Residentes:** dentro de lo que corresponde a Residencias para Adultos Mayores, se pueden distinguir dos grandes categorías, de acuerdo al tiempo de permanencia de sus residentes:
 - a) Establecimientos de Larga Estadía (E.L.E.).
 - b) Establecimientos de Estadía Transitoria.

En Chile, los Establecimientos de Larga Estadía, identificados comúnmente como Hogares, Asilos de Ancianos o Casas de Reposo, rigen su funcionamiento a través del Decreto N° 2601 del Ministerio de Salud, a partir de Octubre de 1994, cuyo cumplimiento lo fiscaliza el respectivo Servicio de Salud. (Ver Anexo N° 1)

Un Establecimiento de Larga Estadía, en adelante, E.L.E., se define como: "Aquel autorizado por el Servicio de Salud correspondiente, para recibir adultos mayores que, por motivos biológicos, psicológicos o sociales, requieren de un medio ambiente protegido y cuidados diferenciados para la atención de su salud y funcionalidad"¹⁸.

En esta categoría, como ya se ha hecho mención, son incorporados los asilos u hogares, cuya dependencia, generalmente, corresponde a organismos no gubernamentales de carácter benéfico; clínicas geriátricas de carácter privado con fines de lucro; y, E.L.E. informales, de carácter privado con fines de subsistencia, que no cuentan con la acreditación sanitaria para su funcionamiento.

Haciendo mención a estos últimos, la española Elisabet Massons, elaboró un concepto que, si bien se basa en una realidad extranjera, describe perfectamente la situación de estos establecimientos en nuestro país. Los denomina Microresidencias¹⁹ y las define como "una residencia geriátrica, con una capacidad inferior a 25 plazas, ubicada en una infraestructura arquitectónica primitiva, no diseñada para ese uso, pero que posteriormente se ha rehabilitado para la atención de personas mayores y, con una estructura organizativa, catalogada por Henry Mintzberg, de "estructura simple".

La estructura simple, se caracteriza por la falta de elaboración organizacional. Generalmente, dispone de una tecnoestructura mínima o incluso nula; de un reducido equipo de apoyo; una división poco estricta del trabajo; una diferenciación mínima entre unidades; y una pequeña jerarquía directiva. Presenta poco comportamiento formalizado, haciendo uso mínimo de la planificación, de la preparación y de los dispositivos de enlace.

¹⁸ Minsal. D.S. 2601 de 1994.

¹⁹ Massons, Elisabet. "El futuro de las Microresidencias". 2002. Portal Internet www.inforesidencias.com.

Es principalmente orgánica. Suele evitar el uso de todo dispositivo de estructura formal y minimiza su dependencia sobre especialistas de equipo, los cuales suelen contratarse únicamente cuando surge la necesidad, sin quedar incorporados permanentemente a la organización. La coordinación se obtiene, principalmente, mediante la supervisión directa. Los flujos de información, atraviesan informalmente la estructura, produciéndose la mayoría de ellos, entre el director general y los demás miembros. El flujo de trabajo, también suele ser flexible, dado que son relativamente poco especializadas e intercambiables las tareas del núcleo de operaciones; asimismo, la toma de decisiones, dado que la centralización del poder, permite una rápida reacción. Las decisiones estratégicas, administrativas y operativas, pueden coordinarse con precisión, dado que un solo individuo vigila de cerca su conjunto.

No obstante lo anterior, en nuestro país existe una segunda tipología de residencia para adulto mayor, denominada *Colocación Extra Hospitalaria*, en adelante, C.E.H., dependiente administrativa y económicamente de centros hospitalarios, los cuales, en virtud de la persistente demanda de plazas cama, y el alto número de pacientes, niños, embarazadas y adultos, en estado de recuperación progresiva, que hacían disposición de éstas; se crea, con Resolución Exenta N°3B/878/1983, un fondo para la internación en establecimientos de recuperación extrahospitalaria de este tipo de pacientes, los cuales no deberían exceder de un plazo de 3 meses de iniciada su recuperación e inserción ella; ó, pacientes adultos mayores que, encontrándose en situación de abandono, son reubicados a dichas alternativas, transformándose de esta manera en establecimientos de larga estadía.

Si bien, este último tipo de establecimiento, establece un límite de tiempo en la permanencia, se transforma en una nueva categoría, *Residencia Mixta*, cuando el paciente se encuentra imposibilitado de egresar del establecimiento, por carecer de una red focal de apoyo o que, poseyéndola, se decide prolongar la permanencia en la residencia, asumiendo el costo de su estadía, la institución hospitalaria que lo deriva, mediante la categoría de colocación por abandono; ó sus familiares.

Por ende, un establecimiento de estadía transitoria, que cuenta con la autorización del servicio correspondiente para su funcionamiento (Hospital), se transforma en un E.L.E. informal ante el Servicio de Salud, que fiscaliza el cumplimiento de la normativa.

Clasificación de las Residencias

Considerando las diversas ópticas bajo las cuales nos podemos aproximar a las residencias, las clasificaremos según:

1. Tiempo de Permanencia y Autonomía de los Residentes

Esta clasificación responde al nivel de autonomía de las personas mayores. De acuerdo a ésta, las funciones y ofertas de la residencias, deben ser integrales. Supone un carácter secuencial de la atención, la que debería ofrecerse en lugares diversos, a lo largo de la historia del adulto mayor.

1.1 Residencia de Permanencia Temporal

Destinadas a ofrecer un mejoramiento funcional y psicosocial para devolver a la comunidad, individuos recuperados de sus dolencias, mediante estancias programadas en el tiempo y a un costo razonable. También, han sido definidas como " Residencias para suplir temporalmente el hogar familiar de personas con autonomía para la realización de actividades de la vida diaria.

En nuestro país, esta clasificación, corresponde a la categoría de Colocación Extra Hospitalaria.

1.2 Residencias de Estadía Permanente

Se distinguen, generalmente, en tres tipos:

1.2.1) Residencias de Válidos

Estas residencias, se encuentran destinadas a personas mayores dependientes que, necesitan un caudal considerable de cuidados.

Tienen las siguientes funciones:

- Ofrecer servicios equivalentes a los del hogar a personas que pueden valerse por sí mismas.
- Ofrecer una buena calidad de vida de quienes son válidos.
- Ofrecer disfrute (ocio, cultura, creación) y participación (política, sindical, incluso laboral).
- Prestar una atención geriátrica integral, es decir, prestación de las medidas médicas asistenciales y rehabilitadoras necesarias en cada caso para mantener o mejorar el estado de salud física - mental del residente.

1.2.2) Residencias Asistidas destinadas a quienes ya no son Válidos.

Centros gerontológico de atención especializada e integral a mayores con graves minusvalías. A estas incapacidades, habrá de añadirse la circunstancia de presentar una problemática social que les impida permanecer en su domicilio.

Usuarios:

- Personas incapacitadas, como secuela de enfermedades degenerativas o neurológicas.
- Personas que, por inmovilidad prolongada, presentan grave dificultad para la deambulación.
- Personas con alta senilidad, generalmente con más de 85 años, que tengan dificultades para valerse por si mismas.
- Personas dependientes por causa psíquica, sin un trastorno grave de su comportamiento.

1.2.3) Residencias Mixtas

Equipada para ambos tipos de residentes. Su estructura y diseño, deben hacer factible la atención, tanto a residentes válidos como incapacitados, que necesiten asistencia.

Esta tipología de residencia, supone dificultades en su funcionamiento y financiamiento y, tensión existente entre "Integración" de las personas no válidas en ambiente de válidos y también, "calidad de vida" para residentes válidos.

2. Según Objetivos y Funciones en razón del Tipo de Residencia

Generalmente, se le asignan a las Residencias tareas preventivas, terapéuticas y rehabilitadoras, ampliando en ocasiones este marco, incluyendo tareas sustitutorias y paliativas. Sin embargo, en limitadas ocasiones, se pone énfasis en el carácter existencial y no meramente asistencial.

A continuación, se presenta un cuadro que contiene las funciones que debería cumplir una residencia de adulto mayor:

<i>Funciones</i>	<i>Objetivos</i>
<i>Preventivas</i>	<i>Mantener: La autonomía. Las capacidades cognitivas y funcionales, evitando o retrasando su deterioro. Los recursos y actividades sociales.</i>
<i>Rehabilitadoras</i>	<i>Recuperar las capacidades alteradas (sociales, físicas, mentales).</i>
<i>Terapéuticas</i>	<i>Atender en la enfermedad. Atender en la convalecencia.</i>
<i>Sustitutorias</i>	<i>Dar soporte, ayudar en las funciones alteradas o perdidas. Favorecer e impulsar las relaciones sociales.</i>
<i>Paliativas</i>	<i>Disminuir dolores y los sufrimientos físico - psíquicos.</i>

3. Según Categoría de Formalidad

- ◊ *Reconocidos: en esta categoría, se ubican aquellos establecimientos que cumplen con la reglamentación del Servicio de Salud para Establecimientos de Larga Estadía (E.L.E.) y, por ende, cuentan con la acreditación sanitaria requerida.*
- ◊ *No reconocidos: todos aquellos E.L.E. que se encuentran al margen de la reglamentación contenida en el Decreto N°2601.*

Actores de las Residencias

En el funcionamiento de las residencias para adultos mayores, interactúan, a lo menos, tres actores: Residente, Personal y Red Focal.

Por **Residente**, entenderemos "Aquella persona que habita o vive en una casa, en la que, sujetándose a una reglamentación determinada, convive con otras personas."

Al considerar que, los términos de habitabilidad en E.L.E., se supeditan, tácita o implícitamente, a condiciones de beneficio mutuo (prestación de servicio - ingreso económico), el Residente se convierte en Usuario de los servicios proporcionados en la residencia.

En este contexto, el concepto de Usuario, se entenderá como "receptor del producto o servicio que se entrega, fruto de un proceso de intercambio".

Desde una perspectiva organizacional, la prestación del servicio, busca la satisfacción plena de las necesidades de sus usuarios, de tal forma que los servicios que reciban, deben cubrir íntegramente las necesidades y cumplir con las especificaciones reglamentarias, satisfaciendo plenamente todas sus expectativas.

Para su logro, el personal de la residencia, compuesto por el Encargado o Sostenedor y, Personal Auxiliar - de trato directo o dedicado a funciones domésticas - debe procurar el bienestar de sus residentes, durante su período de estadía.

Entenderemos por **Encargado o Sostenedor**, a "la persona que tiene a su cargo, suministrar o facilitar los elementos necesarios o convenientes para el logro de un fin determinado". En el caso de los E.L.E. para Adultos Mayores, es la persona responsable de buscar los medios para satisfacer las necesidades de los residentes. Las encargadas, a su vez, cumplen diversas funciones simultáneamente, de tipo administrativo y doméstico: el transporte del adulto mayor fuera del domicilio, ayuda al desplazamiento de la persona mayor al interior de la residencia, realiza actividades para la higiene personal del adulto mayor, supervisa la toma de medicamentos, colabora en tareas de enfermería, resuelve situaciones conflictivas derivadas del cuidado, entre otras.

En el área del cumplimiento de funciones administrativas - directivas, cabe destacar que, todo establecimiento de larga estadía para adultos mayores, debería favorecer el desarrollo de sus residentes, como asimismo, entregar una atención social y multiprofesional, que permita atender a personas con diferentes grados de valencia. De igual manera, se debe desarrollar un programa de intervención, focalizado en cuatro áreas, principalmente: psicosocial, educación, sanitaria y actividades básicas de la vida diaria.

La persona responsable de cumplir con estos objetivos y programas de intervención, es el Director o Encargado de la Residencia, responsabilidad que supone la aplicación del Proceso Administrativo, satisfacer al destinatario de los servicios prestados, procurar seguridad al adulto mayor y personal del establecimiento, proporcionar y facilitar la comunicación al interior del establecimiento y coordinar el equipo de trabajo.

Por tanto, son funciones de la gestión directiva:

- ✓ Determinar los objetivos de la institución.
- ✓ Organizar a las personas, conciliando durante el proceso la cantidad de recursos existentes y las demandas de los residentes.
- ✓ Coordinar personas, recursos y actividades.
- ✓ Dirigir.
- ✓ Controlar .
- ✓ Evaluar.

El cumplimiento de estas funciones, supone la existencia de determinadas características por parte del Director. Doris Sequeira²⁰, señala algunas características que debe poseer el administrador o sostenedor de residencias para adultos mayores:

- ⇒ Necesidad de *profesionalismo*.
- ⇒ Capacidad para *transmitir órdenes*.
- ⇒ *Estimular y reconocer el trabajo desarrollado por sus colaboradores*.
- ⇒ *Participar en la formación de su equipo, como asimismo, tener conocimiento respecto a los intereses de éste, con el objeto de aunar criterios de intervención*.
- ⇒ *Creatividad e iniciativa, principalmente para la optimización de recursos*.
- ⇒ *Visión holística de la situación socioeconómica de la Residencia; capacidad de dar soluciones reactivas y proactivas*.

Funciones y Servicios que Prestan las Residencias

La permanencia en E.L.E., supone que éste se convierte en el entorno inmediato que, debe proporcionar lo necesario para dar respuesta a los diversos tipos de necesidades que poseen, destacando las necesidades de salud y afecto, especialmente relevantes en esta etapa de vida.

La identificación de las funciones o servicios que deben prestar estos establecimientos, en un marco de calidad, considera las diversas necesidades de los adultos mayores desde la teoría de Necesidades de Maslow, permitiendo elaborar el siguiente esquema:

²⁰ Seminario "Gestión de Residencias para Adulto Mayor". Santiago . 2002.

<i>Funciones</i>	<i>Servicios</i>
Hospedaje (Estar)	- Vivienda. - Alimentación. Territorio (identidad)
Asistencial (Ser)	- Atención de la salud física. - Atención del funcionamiento cognitivo. - Atención del funcionamiento afectivo. - Atención del funcionamiento Social. - Atención de la preservación de la propia imagen.
Preservación de la Inserción o Reinserción. (Hacer)	- Relacional. - Ocupacional. - Con la Comunidad.
Realización (Llegar a ser)	- Aptitudes y potencialidades. - Libidinales. - Religiosas.
Muerte. (Dejar de ser)	- Tratamiento de la agonía. - Rituales. - Asistencia Jurídica, administrativa.

1. Hospedaje

1.1. *Vivienda:*

Los E.L.E., se transforman en la vivienda del adulto mayor, razón por la cual, debe adecuar los servicios privados y comunes para los residentes. Este servicio está relacionado con la infraestructura, la cual debe ser adecuada a las necesidades de los ancianos.



1.2. *Alimentación:*

Existen funciones emocionales y sociales vinculadas a la alimentación y al grado de placer que involucra esta función, constituyendo uno de los últimos refugios sensoriales para muchas personas de edad que han perdido otros alicientes y sensibilidades.

En razón de ello, se hace necesario enfocar esta función integralmente, incluyendo por un lado, el aspecto nutricional, de acuerdo a las necesidades y requerimientos nutritivos individuales y colectivos específicos y, por otro, el aspecto social - emocional que significa el hecho de compartir una mesa de manera agradable.

1.3. *Territorio (Identidad)*

La pérdida del territorio donde transcurrió la mayor parte de la vida del adulto mayor, es uno de los factores que inciden negativamente en la crisis de la institucionalización, en virtud de lo cual los E.L.E. deben procurar proporcionar espacios de identidad al interior de la residencia, lo que ofrece paliativos a los sentimientos de desarraigo. Dentro de este servicio, se incorporan también:

- **Seguridad:** dice relación con el mantenimiento de las condiciones de seguridad en los establecimientos que disminuya el riesgo.
- **Accesibilidad:** vinculado también, con la infraestructura y diseño del E.L.E.
- **Control del Entorno:** referido a facilitar la demarcación del espacio, apropiación del territorio, de un espacio que se convierte en un lugar de vida permanente.
- **Privacidad:** relacionado con preservar la intimidad de los residentes, asegurada en cuartos compartidos.

2. Asistencial:

2.1 Atención de la Salud Física

La atención de la salud física debe ser entendida como en una dimensión más amplia a la tradicionalmente referida (aspecto biofísico). La entenderemos, pues, como aquella que tiene, además de la dimensión médica, las dimensiones sociales e institucionales.

- **Dimensión Médica:** medicina preventiva, promoción de la salud, diagnósticos médicos, tratamientos, nutrición, seguimiento de tratamiento, control.
- **Dimensión Social:** evaluación subjetiva del estado de salud, aprendizaje y reaprendizaje de habilidades funcionales y, de actividades de la vida diaria.
- **Dimensión Institucional:** coordinación sociosanitaria; atención primaria, especializada, hospitalaria, salud mental. Reglamentación y control, análisis de las tipologías o requerimientos de los residentes.

2.2 Atención del Funcionamiento Cognitivo

Dentro de este servicio se incluyen algunas áreas, que deben ser potenciadas en algunos aspectos referidos al sistema cognitivo:

- Funcionamiento de la memoria.
- Funcionamiento cognitivo de la demencia.
- Estimulación física.
- Orientación Espacial.
- Estimulación Sensorial.
- Estimulación del lenguaje.



2.3 Atención del Funcionamiento Afectivo

Dentro de este servicio, se incluye el trabajo con residentes que manifiestan problemas afectivos de distinto orden (depresiones, trastornos afectivos mayores y menores, suicidios, ansiedad), como a la vez, la potenciación de habilidades sociales que aporten a la preservación y mejoramiento de esta condición.

2.4. *Atención del Funcionamiento Social*

Involucra la generación de apoyo, a través de la integración social y la potenciación de todos los tipos de redes.

2.5. *Atención de la Preservación de la Propia Imagen*

Considerando que el aspecto personal de un sujeto, es por una parte, síntoma de su estado físico y emocional y, por ende, factor de mejoría o agravamiento; y, por otra, un indicador del grado de atención que se le dispensa, los E.L.E. deben procurar otorgar los cuidados correspondientes, de acuerdo a las necesidades de cada residente.

3. **Preservación de la Inserción o Reinserción**

Inserción: es el establecimiento de vínculos entre la persona residente y el resto de los ocupantes del E.L.E..

Reinserción: consiste en reanudar los antiguos contactos con personas, evitar la desvinculación y fomentar las relaciones con el exterior.

Mantener las relaciones internas y externas al E.L.E.. Esta función se cumple, a través de diferentes estrategias, que involucran a diversos actores (familia, pares, cuidadores, nuevas parejas). A continuación, se mencionan las siguientes:

- Incluir relaciones de afuera hacia adentro del E.L.E.: intervención con familiares y organismos de apoyo social.
- Sacar las relaciones del E.L.E. hacia afuera: inserción de los residentes en organizaciones.
- Estimular nuevas o antiguas aficiones.
- Generar nuevas relaciones: intervención desde la comunidad.

4. **Realización**

Se define como la práctica y disfrute de todas las capacidades de la persona. La realización, aparece referida a la posibilidad de cultivar la identidad, aptitudes y potencialidades, las que darían como resultado, una mejor calidad de vida.

4.1. *Aptitudes y Potencialidades:*

- Desarrollar programas de afiliación frente al anonimato, religiosas o filosóficas, respetando la libertad por las creencias y ejercicio de éstas; valoración y formación de las diferencias culturales.
- Actividades frente a la pasividad: desarrollo físico: gimnasia, expresión corporal, paseos, deportes, turismo.
- Información frente al aburrimiento: formativo - culturales: tertulias, cine, teatro, video, lectura; dinámica ocupacional: dibujo, pintura, cerámica; memoria colectiva: historias, tradiciones, reconstrucciones, cuentos.
- Convivencia frente a la soledad: recreativas: juegos al aire libre, sociales, convivencia.

4.2. *Libidinales y de Gozo:* actividades planificadas de tiempo libre, animación sociocultural, recreación, tratamiento de la vida sexual.

4.3 *Religiosas o de Apoyo Espiritual:* no se restringe a la profesión de algún credo religioso en especial, sino a actividades que se atienen a la dimensión valórica - espiritual de la persona, relacionada con su filosofía y existencia. Se considera que, el ejercicio espiritual, es una de las actividades que mayor aceptación tiene entre los adultos mayores, pues responde a una necesidad en la que se realiza una evaluación de la vida de la persona.

5. Muerte

El proceso de vivencia y enfrentamiento de la muerte, tiene distintos ritmos de aparición. Es por ello que, constituye un servicio inherente al funcionamiento de la residencia, el cual debe otorgarse de manera adecuada. Incluye:

- Tratamiento de la agonía: apoyar en el proceso de muerte de los adultos mayores, tratando de limitar el dolor, otorgando una atención paliativa.
- Rituales: conocer el proceso de muerte y duelo, decisión del tipo de ayuda al residente, entre otros.
- Asistencia jurídica, administrativa: trámites que se deben seguir, una vez concretado el proceso de muerte.

Calidad y Prestación de Servicios

Las alternativas de cuidado institucional para el adulto mayor, dispuestas por entidades residenciales, se vinculan a una gama de consideraciones previas, relacionadas con el resguardo de condiciones mínimas que aseguren una calidad de vida adecuada del adulto mayor residente. Éstas, a la vez, dicen relación con características propias de su grupo étnico, como de los servicios y funciones que prestan las residencias, estableciéndose en virtud de ello, parámetros que permiten una medición de calidad de los servicios que prestan.

Entenderemos "Calidad", remitida al resguardo del bienestar físico, psicológico y relacional de la persona, la cual supone que los servicios que presten los establecimientos, deberán cumplir con las funciones y especificaciones para las que han sido creadas, respondiendo a las necesidades y expectativas que los clientes y usuarios posean.

Una óptica de gestión empresarial, considera que los servicios de calidad, orientados al adulto mayor, deben orientarse a la satisfacción de sus inquietudes dentro de los recursos humanos y materiales disponibles, siendo el usuario quien determina el tipo y nivel de servicios prestados; en tanto el sostenedor, es quien debe gestionar la satisfacción de las expectativas del adulto mayor²¹.

²¹ Cuatrecasas, Luis; "Gestión Integral de la Calidad: Implantación, Control y Certificación" Ed. Gestión 2000. Barcelona. 1999.

Para alcanzar en forma adecuada la satisfacción de necesidades básicas la OMS²², ha identificado un conjunto de características que deben poseer los servicios prestados por los E.L.E. para otorgar servicios de calidad:

- *Óptimos: una aproximación entre lo real e ideal, orientado a las necesidades sentidas por el adulto mayor, difiriendo en las características físico - adaptativas de cada uno de ellos.*
- *Actualizados: de acuerdo a la información disponible y al manejo de ella.*
- *Integrados: considerando al adulto mayor desde una perspectiva biopsicosocial.*
- *Seguros: previendo los riesgos latentes y manifiestos que atenten contra el estado de salud.*
- *Eficientes; y,*
- *Satisfactorios.*

Algunos criterios generales de evaluación de los servicios, proporcionados por Luis Catrecasas, nos entregan directrices respecto de los requisitos o expectativas que utiliza el usuario para juzgar la calidad del servicio. Entre ellos:

- ⊕ *Elementos Tangibles: apariencia de las instalaciones físicas y materiales.*
- ⊕ *Fiabilidad: habilidad del proveedor para realizar el servicio prometido de manera fiable y adecuada.*
- ⊕ *Capacidad de Respuesta: disposición a ayudar al usuario y proveerle de un servicio rápido.*
- ⊕ *Profesionalidad: posesión de las capacidades requeridas y manejo del servicio.*
- ⊕ *Cortesía: atención, consideración, respeto y amabilidad del personal.*
- ⊕ *Credibilidad: veracidad y honestidad en el servicio que provee.*
- ⊕ *Seguridad: inexistencia de peligros, riesgos o dudas.*
- ⊕ *Accesibilidad: facilidad para establecer contacto con el servicio.*
- ⊕ *Comunicación: mantener al usuario informado, utilizando un lenguaje comprensible; y, capacidad de escucharle.*
- ⊕ *Comprensión del Usuario: esfuerzos por conocer sus necesidades.*

La calidad de vida del residente, depende²³ de los medios materiales y humanos requeridos y disponibles en la residencia, en función de las características de éstos; y, de la suficiencia y adecuación de los medios utilizados en brindar la atención necesaria.

²² Letelier, Mitzi; Ponencia "Calidad de los Servicios". Seminario "Gestión de Residencias para Adulto Mayor". Santiago. 2002.

²³ IMSERSO; "Las Personas Mayores y las Residencias: Un Modelo Prospectivo para Evaluar las Residencias". Madrid. 2000.

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Ø *Objetivos Generales:*

1. "Conocer el ordenamiento político administrativo, que rige el funcionamiento de las residencias para adultos mayores"

Ø *Objetivos Específicos:*

- 1.1. *Recopilar antecedentes de la reglamentación vigente.*

<i>Variable</i>	<i>Indicador</i>
<i>Reglamentación Vigente:</i> <i>Todas aquellas normas, decretos, reglamentos y/o leyes que actualmente rigen el funcionamiento de las Residencias de adultos mayores.</i>	<i>1. Normas</i> <i>2. Decretos</i> <i>3. Reglamentos</i> <i>4. Leyes</i>

1.2. Conocer la forma en que se aplica la reglamentación vigente.


<i>Variable</i>	<i>Dimensión</i>	<i>Sub – Dimensión</i>	<i>Indicador</i>
<p><i>Aplicación del Reglamento:</i></p> <p><i>Procedimiento al que encargadas, fiscalizadores e instituciones dan cumplimiento, como parte del proceso de acreditación para E.L.E..</i></p>	<i>Encargadas</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Aquellas identificadas en el catastro (Ver Anexo N°2) 	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento de la reglamentación. - Conocimiento del proceso de regularización. - Conocimiento de las instituciones involucradas. - Conocimiento de organismos fiscalizadores.
	<i>Fiscalizadores</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Sra. Alicia Ramos, Fiscalizadora E.L.E. Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio (S.S.V.SA.) - Matilde Iturriaga, Fiscalizadora C.E.H. S.S.V.SA. - Susana Montenegro, Encargada C.E.H. Hospital Carlos Van Büren. - Patricia Rebolledo, Encargada CEH, Hospital Valparaíso. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento de la reglamentación. - Conocimiento del rol institucional. - Criterios de aplicación. - Coordinación interinstitucional
	<i>Instituciones</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Superintendencia de Electricidad y Combustibles. - Servicio de Impuestos internos. - Municipalidad. - Dirección General de Bomberos. - Superintendencia de Servicios Sanitarios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento de la reglamentación. - Conocimiento del rol institucional. - Procedimiento de aplicación. - Coordinación interinstitucional.

1.3. Conocer las limitaciones de aplicación de la reglamentación vigente para el funcionamiento de las residencias para adultos mayores, permanentes y transitorias.

<i>Variable</i>	<i>Dimensión</i>	<i>Sub dimensión</i>	<i>Indicador</i>
<p><i>Limitaciones de la reglamentación vigente:</i></p> <p><i>Dificultades de aplicación de la normativa actual de funcionamiento de los E.L.E., por parte de las encargadas, entes fiscalizadores y las instituciones involucradas durante el proceso de acreditación.</i></p>	<i>Encargadas</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Aquellas identificadas en el catastro. (Ver Anexo N° 2) 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación de los requisitos de la reglamentación. - Evaluación de la coordinación. - Principales problemas para dar cumplimiento a la reglamentación.
	<i>Fiscalizadores</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Sra. Alicia Ramos, Fiscalizadora E.L.E. Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio (S.S.V.SA). - Matilde Iturriaga, Fiscalizadora C.E.H. S.S.V.SA. - Susana Montenegro, Encargada C.E.H. Hospital Carlos Van Büren. - Patricia Rebolledo, Encargada C.E.H., Hospital Valparaíso. 	
	<i>Instituciones</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Superintendencia de Electricidad y Combustibles. - Servicio de Impuestos Internos. - Municipalidad. - Dirección General de Bomberos. - Superintendencia de Servicios Sanitarios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Criterios de aplicación.

2. "Caracterizar sociodemográfica, sanitaria, psicosocial y administrativamente, tres Establecimientos de Larga Estadía de Adultos Mayores de la Comuna de Valparaíso, no acreditados por el Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio."

2.1. Determinar los antecedentes sociodemográficos de los adultos mayores residentes, encargadas y personal auxiliar de los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores.

Variable	Dimensión	Sub-Dimensión	Indicador					
<p>Antecedentes Sociodemográficos:</p> <p>Condiciones de la población en estudio: adultos mayores, encargadas y personal auxiliar, en relación a edad, género, nivel educacional, estado civil, ingreso económico, fuente de ingreso, profesión u oficio, religión, existencia de hijos y número de residentes por hogar.</p> 	Adultos Mayores Residentes	1. Edad	*60-65	*65-70	*70-75	*75-80	*80 y más	
		2. Género	*Femenino	*Masculino				
		3. Nivel Educacional	*Básica Incompleta	*Básica Completa		*Media Incompleta		
			*Media Completa	*Superior Incompleta		*Superior Completa		
			*Sin estudios					
		4. Estado Civil	*Casado	*Soltero	*Viudo	*Separado	*Anulado	*Sin Información
		5. Ingreso	*35.100-50.000	*50.100-70.000	*70.100-100.000	*Más de 100.000		
			*Sin ingresos	*Sin Información				
6. Fuente de ingreso	*Pensión del INP	*PASIC	*Fuerzas Armadas	*AFP				
7. Profesión u Oficio	*Dependiente	*Independiente	*Dueña de Casa	*Sin información				
8. Previsión de Salud	*Fonasa A	*Fonasa B	*Fonasa C	*Fonasa D	*Capredena			

		9. Religión	*Católica *Agnóstico	*Evangélica *Otra	*Testigo de Jehová *Otra	*Adventista
		10. Existencia de Hijos	*Sí	*No		*Sin Información
		11. N° Residentes por Hogar	*San José	*Abuelito Feliz		*Dulce Vida
	Encargadas	1. Edad	*25-30	*30-35	*35-40	*40-45 *45-50
		2. Género	*Femenino	*Masculino		
		3. Nivel Educativo	*Básica Incompleta *Media Completa *Sin estudios		*Básica Completa *Superior Incompleta	*Media Incompleta *Superior Completa
		4. Estado Civil	*Casada	*Soltera	*Viuda	*Separada *Anulada
		5. Ingreso	*Monto			
		6. Profesión u Oficio	*Cuál			
		7. Religión	*Católica *Agnóstico	*Evangélica *Otra	*Testigo de Jehová	*Adventista

	<i>Personal Auxiliar</i>	<i>1. Edad</i>	<i>*25-30 *30-35 *35-40 *40-45 *45-50</i>
		<i>2. Género</i>	<i>*Femenino *Masculino</i>
		<i>3. Nivel Educacional</i>	<i>*Básica Incompleta *Básica Completa *Media Incompleta *Media Completa *Superior Incompleta *Superior Completa *Sin estudios</i>
		<i>4. Estado Civil</i>	<i>* Casada * Soltera * Viuda *Separada *Anulada</i>
		<i>5. Ingreso</i>	<i>*Menor de Mínimo *Mínimo *Mayor del Mínimo</i>
		<i>6. Previsión de Salud</i>	<i>*Fonasa A *Fonasa B *Fonasa C *Fonasa D *Otra</i>
		<i>7. Religión</i>	<i>*Católica *Evangélica *Testigo de Jehová *Adventista *Agnóstico *Otra</i>

2.2. Identificar antecedentes sanitarios, relacionados con la salud física y mental de los adultos mayores residentes.

Variable	Dimensión	Sub - Dimensión	Indicador	Sub - Indicador	Valor	
<p>Antecedentes Sanitarios:</p> <p>Todos aquellos aspectos necesarios de considerar para caracterizar las condiciones de salud física y mental de los residentes de los E.L.E.</p>	1. Salud Física	1.1 Prevalencia de Enfermedades	*Alzheimer	*Arritmia Cardiaca	*Sí	*No
			*Arteriosclerosis	*Artrosis		
			*Cáncer	*Cardiopatía		
			*Demencia Senil	*Diabetes		
			*Epilepsia	*HTA		
			*Insuficiencia Renal	*Osteoporosis		
		1.2 Limitaciones en las Funciones Fisiológicas	*Alimentación	*Hay que darle de comer	*Sí	*No
				*Requiere supervisión para comer	*Sí	*No
				*Come solo	*Sí	*No
			*Higiene Personal	*Hay que bañarlo	*Sí	*No
				*Requiere supervisión para bañarse	*Sí	*No
				*Se baña solo	*Sí	*No
*Necesidades Fisiológicas	*Hay que vestirlo	*Sí	*No			
	*Requiere supervisión para vestirse	*Sí	*No			
	*Se viste solo	*Sí	*No			
1.3. Limitaciones en la Movilidad	*Valente	*Con incontinencia urinaria y/o fecal	*Sí	*No		
		*Requiere ayuda para ir al WC	*Sí	*No		
		*Semi-Valente	Sí	*No		
		*Postrado	*Sí	*No		
		*Movilidad condicionada al uso de silla de ruedas	*Sí	*No		
*Puede caminar con ayuda	*Sí	*No				

			*Pueden caminar, pero no usar transporte público		*Sí	*No
			*Con deambulación errática		*Sí	*No
		1.4. Riesgo de caídas	*Con pérdidas del equilibrio		*Sí	*No
			*Con problemas de visión		*Sí	*No
			*Con problemas osteomusculares		*Sí	*No
			*Con fracturas producidas por caídas		*Sí	*No
			*Con limitaciones podológicas		*Sí	*No
			*Otras		*Sí	*No
	2. Salud Mental	2.1. Limitaciones en las Funciones Mentales	*Con alteraciones en la memoria		*Sí	*No
			*Con alteración de la orientación temporo-espacial		*Sí	*No
			*Con patologías psiquiátricas		*Sí	*No
			*Otras		*Sí	*No
		2.2. Problemas Emocionales y/o Depresivos	*Con antecedentes de intentos de suicidio		*Sí	*No
			*Con deseos de morir		*Sí	*No
			*Con pérdida de autoestima		*Sí	*No
			*Con sentimientos de inutilidad		*Sí	*No
			*Que no quieren vivir en la residencia		*Sí	*No
			*Que no visualizan un proyecto de vida		*Sí	*No
		2.3. Con problemas de Comportamiento	*Que presentan conductas agresivas dirigidas a terceros		*Sí	*No
			*Que presentan conductas agresivas dirigidas a objetos propios o ajenos		*Sí	*No
			*Con trastorno en la conducta sexual		*Sí	*No
			*Que no acatan normas de convivencia		*Sí	*No

2.3. Caracterizar los antecedentes psicosociales de los adultos mayores residentes.

Variable	Dimensión	Sub - Dimensión	Indicador	Sub - Indicador	Valor	
<p>Antecedentes Psicosociales:</p> <p>Aquellos aspectos relacionados con el área psicológica y social de los residentes de los E.L.E..</p>	1. Área Social	1.1 Valoración Social	*Procedencia al ingreso	*Domicilio	*Sí *No	
				*Otra residencia	*Sí *No	
				*Hospital	*Sí *No	
				*Otra	*Cuál	
				*Tipo de ingreso	*Voluntario	*Sí *No
					*Obligatorio	*Sí *No
					*Por decisión de otros	*Sí *No
				*Ciudad de procedencia	*Valparaíso	*Sí *No
					*Otra	*Cuál
				*Nivel funcional al ingreso	*Valente	*Sí *No
		*Semi-Valente	*Sí *No			
		*Postrado	*Sí *No			
		*Adaptación inicial a la residencia	*Buena	*Sí *No		
		*Adaptación actual a la residencia	*Regular	*Sí *No		
			*Mala	*Sí *No		
		*Nivel relacional externo	*Salidas diarias	*Sí *No		
			*Salidas fines de semana	*Sí *No		
			*Salidas quincenales	*Sí *No		
			*Salidas mensuales	*Sí *No		
			*Salidas ocasionales	*Sí *No		
			*No sale	*Sí *No		
			*Otra	*Cuál		

	2. Área Psicológica	2.1 Habilidades Sociales	<i>*Capacidad de adaptación</i> <i>*Asertividad</i> <i>*Capacidad de escucha</i> <i>*Confianza</i> <i>*Empatía</i> <i>*Expresión de sentimientos</i>		<i>*Sí</i> <i>*Sí</i> <i>*Sí</i> <i>*Sí</i> <i>*Sí</i> <i>*Sí</i>	<i>*No</i> <i>*No</i> <i>*No</i> <i>*No</i> <i>*No</i> <i>*No</i>
		2.2 Funcionamiento Psíquico	<i>*Irritabilidad</i> <i>*Llantos sin razón</i> <i>*Desesperanza</i> <i>*Sentimientos de fracaso</i> <i>*Sentimientos de inutilidad</i> <i>*Sentimientos de soledad</i>		<i>*Sí</i> <i>*Sí</i> <i>*Sí</i> <i>*Sí</i> <i>*Sí</i> <i>*Sí</i>	<i>*No</i> <i>*No</i> <i>*No</i> <i>*No</i> <i>*No</i> <i>*No</i>

2.4. Definir la estructura organizacional, física y funcional de los Establecimientos de Larga Estadía.

Variable	Dimensión	Sub-Dimensión	Indicador	Sub-Indicador	Valor
<p><i>Estructura Administrativa:</i></p> <p><i>Aspectos de la estructura organizacional, física y funcional de las residencias de adultos mayores, que permite caracterizar de manera específica su funcionamiento.</i></p>	<p><i>1. Estructura Organizacional:</i></p> <p><i>Aspectos administrativos, contables y relativos a la distribución de las funciones del personal, que establecen el ordenamiento institucional.</i></p>	<p><i>1.1. Aspectos Administrativos</i></p>	*Protocolos y sistemas de registros	<p>*Orientados al residente</p> <p>*Orientados a la familia</p> <p>*Orientados al personal</p> <p>*Orientados a las redes abiertas</p>	<p>*Si *No</p> <p>*Si *No</p> <p>*Si *No</p> <p>*Si *No</p>
			*Red de mantenimiento	<p>*Aportes del residente</p> <p>*Aportes de la familia de los residentes</p> <p>*Aportes de otras instituciones</p>	<p>*Si *No</p> <p>*Si *No</p> <p>*Si *No</p>
			*Tipo de aportes	<p>*Materiales</p> <p>*Financieros</p>	<p>*Si *No</p> <p>*Si *No</p>
			*Aspectos administrativos formales	<p>*Existe libro foliado para uso de los residentes y familiares</p> <p>*Existe convenio de estadía o contrato</p> <p>*Existe un criterio de distribución de las funciones para la atención del residente</p>	<p>*Si *No</p> <p>*Si *No</p> <p>*Si *No</p>
			*Personal	<p>*Existe contrato de trabajo</p> <p>*Tipo jornada de trabajo</p>	<p>*Si *No</p> <p>*Jornada Completa</p> <p>*Media Jornada</p> <p>*Menor sueldo mínimo</p> <p>*Sueldo mínimo</p> <p>*Mayor sueldo mínimo</p>
				*Ingreso	
				*Existencia de turnos	*Si *No

		1.2. Aspectos Contables		<p>*Existe registro y/o libro de contabilidad</p> <p>*Poseen las encargadas iniciación de actividades</p> <p>*Reconocen su código de actividad</p> <p>*Cuentan con asesoría contable</p>	<p>*Sí *No</p> <p>*Sí *No</p> <p>*Sí *No</p> <p>*Sí *No</p>
		1.3. Funciones	<p>*Funciones directivas</p> <p>*Funciones de trato directo con los residentes</p> <p>*Funciones domésticas</p>	<p>*Determina los objetivos de la institución</p> <p>*Coordina actividades</p> <p>*Dirige</p> <p>*Evalúa</p> <p>*Organiza y distribuye recursos</p> <p>*Higiene y aseo personal de los residentes</p> <p>*Nutrición</p> <p>*Cuidados médicos</p> <p>*Recreación de los residentes</p> <p>*Aseo y ornato de las residencias</p> <p>*Recolección, Lavado, planchado de la ropa de los residentes</p> <p>*Adquisición de alimentos y útiles de aseo</p>	<p>*Quién</p> <p>*Quién</p> <p>*Quién</p> <p>*Quién</p> <p>*Quién</p> <p>*Quién</p> <p>*Quién</p> <p>*Quién</p> <p>*Quién</p> <p>*Quién</p>
	2. Estructura Física: Aquellos aspectos relacionados con la infraestructura y equipamiento de las residencias.	2.1. Infraestructura	<p>*De servicios higiénicos</p> <p>*De la cocina</p> <p>*Para útiles de aseo y ornato</p>	<p>*Aquella que especifica el reglamento del Servicio de Salud para E.L.E.</p>	<p>*Sí *No</p>

	3. Estructura Funcional: Aquellos aspectos relativos a la prestación de servicios en los E.L.E. y a la calidad de éstos.	2.2. Equipamiento.	*General *Médico *De la cocina *De los servicios higiénicos	*Aquella que especifica el reglamento del Servicio de Salud para E.L.E.	*Sí *Sí *Sí *Sí	*No *No *No *No
		3.1. Prestación de Servicios	*Hospedaje	*Vivienda *Alimentación *Territorio (identidad)	*Sí *Sí *Sí	*No *No *No
			*Asistencial	*Atención de la salud física *Atención del funcionamiento cognitivo *Atención del funcionamiento afectivo *Atención del funcionamiento social *Atención de la preservación de la propia imagen (vestuario)	*Sí *Sí *Sí *Sí *Sí	*No *No *No *No *No
			*Preservación de la Inserción o Reinserción	*Relacional *Ocupacional *Con la Comunidad	*Sí *Sí *Sí	*No *No *No
			*Realización	*Aptitudes y potencialidades *Libidinales y de gozo *Religiosas	*Sí *Sí *Sí	*No *No *No
			*Muerte	*Tratamiento de la agonía *Rituales *Asistencia Jurídica - administrativa	*Sí *Sí *Sí	*No *No *No

		3.2. <i>Calidad de la prestación</i>	<i>*Percepción de los Residentes</i> <i>*Percepción de las Encargadas</i> <i>*Percepción del Personal</i>	<i>*Hospedaje</i> <i>*Asistencial</i> <i>*Preservación de la Inserción o</i> <i>Reinserción</i> <i>*Realización</i>	<i>*Sí</i> <i>*Sí</i> <i>*Sí</i> <i>*Sí</i>	<i>*No</i> <i>*No</i> <i>*No</i> <i>*No</i>
--	--	--------------------------------------	---	---	--	--

2.7. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio, es de tipo exploratorio - descriptivo.

Exploratorio, porque el objetivo, fue examinar un tema de investigación que no ha sido antes abordado desde la perspectiva psicosocial, puesto que no se encontraron planteamientos teóricos relacionadas con el tema a nivel nacional, sino sólo antecedentes geriátricos; siendo necesario recurrir a bibliografía extranjera para obtener referentes previos. Por ende, constituye una de las primeras experiencias de intervención social - profesional en nuestro país.

Este estudio, pretendió aumentar el grado de familiaridad de los Asistentes Sociales con el fenómeno de los E.L.E. para adultos mayores, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa sobre una variable particular del contexto, identificar conceptos o variables promisorias y contribuir al conocimiento, mediante la sistematización de la experiencia acumulada, aportando elementos teórico - prácticos a un modelo de intervención.

Descriptivo, porque se buscó especificar las propiedades relevantes de los actores relacionados con los E.L.E., tales como, instituciones, fiscalizadores, residencias, encargadas, personal auxiliar, adultos mayores residentes y red focal, mediante una caracterización que consideró la medición de diversas dimensiones insertas en el proceso de prestación de servicios.

§ Unidad de Análisis:

La definición del universo, se obtiene a través de la selección realizada por las Asistentes Sociales pertenecientes al Área de Servicio Social de la institución patrocinante (INP), quienes utilizaron como principales criterios de selección, el número de residentes por establecimiento (8 como mínimo) y la factibilidad de intervención, entendiéndose por ésta, la disposición de las encargadas para disponer sus establecimientos a la intervención profesional.

De esta forma, el universo de intervención, se compone por: tres Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores de la Comuna de Valparaíso, no acreditados por el Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio, dentro de los cuales se trabajó con las cuidadoras (tres encargadas y cuatro auxiliares) y usuarios (38 residentes, de los cuales 17 pertenecen al género masculino y 21, al género femenino).

A continuación, se presenta una breve descripción de éstos:

a) Hogar San José:

- Nombre Encargada: Jeannette Valenzuela García.
- N° de Auxiliares: 1 Persona.
- N° de Residentes del Sexo Femenino: 4 Mujeres.
- N° de Residentes del Sexo Masculinos: 5 Hombres.
- Tiempo Residente con Mayor Antigüedad: 5 Años.
- Residente de Mayor Edad: 87 Años.

b) Hogar Dulce Vida:

- Nombre Encargada: Iris Valenzuela García.
- N° de Auxiliares: 1 Persona.
- N° de Residentes del Sexo Femeninos: 7 Mujeres.
- N° de Residentes del Sexo Masculinos: 2 Hombres.
- Tiempo Residente con Mayor Antigüedad: 5 Años.
- Residente de Mayor Edad: 91 Años.

c) Hogar El Abuelito Feliz:

- Nombre Encargada: Ana Zapata De la Cuadra.
- N° de Auxiliares: 2 Personas.
- N° de Residentes del Sexo Femenino: 9 Mujeres.
- N° de Residentes del Sexo Masculino: 11 Hombres.
- Tiempo Residente con Mayor Antigüedad: 2 Años.
- Residente de Mayor Edad: 81 Años.

Sin embargo, para el logro del Objetivo General N° 1 de investigación, se aplicaron instrumentos de recolección de datos (Ver Anexo N° 3), respecto a la reglamentación vigente, a 13 encargadas de los establecimientos identificados en la etapa diagnóstica (entre ellos, los 3 sujetos de intervención); a un representante de las cinco instituciones involucradas durante el proceso de acreditación de los E.L.E. (Superintendencia de Electricidad y Combustible, Servicio de Impuestos Internos; Municipalidad, a través de sus Departamentos de Obras y Rentas; Dirección General de Bomberos y Superintendencia de Servicios Sanitarios); y, a cuatro fiscalizadoras de las residencias para adultos mayores, permanentes y transitorias, pertenecientes al Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio, Hospital Carlos Van Büren y Hospital Valparaíso.

⌘ *Sistema de Recolección de Datos:*

Con el objeto que la información obtenida sea válida y confiable y, desde una óptica integral, se utilizaron instrumentos de recolección de datos (Ver Anexo N° 3), provenientes de técnicas cuantitativas y cualitativas, aplicados a:

a) *Instrumentos Cuantitativos:*

- *Encuesta de Caracterización Sanitaria de los Residentes, aplicada a las Cuidadoras (Encargadas y Personal Auxiliar).²⁴*
- *Encuesta de Caracterización Psicosocial de los Residentes, aplicada a las Cuidadoras (Encargadas y Personal Auxiliar).*
- *Encuesta de Caracterización Administrativa de los establecimientos, aplicada a las Encargadas.*

b) *Instrumentos Cualitativos:*

- *Entrevistas Semi - Estructuradas sobre Percepción de la Prestación de Servicios otorgada por los establecimientos, aplicadas a Residentes, Cuidadoras (Encargadas y Personal Auxiliar) y Agentes Externos a las residencias.*
- *Historias de Vida de los Residentes²⁵.*

⌘ *Sistemas de Análisis e Interpretación de Datos:*

- *S.P.S.S.: Programa computacional*
- *Análisis e interpretación grupal.*

²⁴ En caso de no tener acceso a la información, a través de las cuidadoras, se recurrirá a fuentes, tales como: familia de los residentes, diagnósticos médicos o médicos tratantes de los residentes.

²⁵ En caso de no tener acceso a la información mediante el residente, se recurrirá a las cuidadoras o, en caso contrario, a los familiares.

2.8. ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

2.8.1. Ordenamiento Político - Administrativo para Residencias de Adultos Mayores

Reglamentación Vigente:

Esta variable, consideraba la recopilación de todas aquellas normas, decretos, reglamentos y/o leyes que actualmente rigen el funcionamiento de las residencias para adultos mayores, tanto de tipo permanentes, como transitorias.

Es así, como se encuentran algunos decretos de orden general, emitidas por el Ministerio de Salud, que no sólo se aplican a estas residencias, sino también a otro tipo de establecimientos, tales como hoteles y similares. Por ejemplo, el D.F.L. N° 725 de 1968, referente al Código Sanitario y el D.S. N° 594 del año 2000, que aprueba el Reglamento sobre las Condiciones Sanitarias y Ambientales Básicas de los Lugares de Trabajo. Sin embargo, también existe una normativa específica en esta área.

En relación a las residencias de tipo permanente, se encuentra el Decreto N° 2601 de 1994, el cual aprueba el Reglamento de Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores.

Y, en relación a las residencias de tipo transitorias, si bien existe una normativa que las rige, ésta es genérica para todo tipo de C.E.H., tanto de adultos, como de otros grupos. Así, encontramos la Resolución Exenta N° 3B/878 de 1983, que establece un Fondo para Internación en Establecimientos de Recuperación Extrahospitalaria, Colocación Intrafamiliar y Traslado de Pacientes a Establecimientos de Origen, modificada por la Resolución N° 844 de 1985; la Resolución Exenta N° 1.384 de 1985, la cual Modifica y Complementa la R.E. N° 844 de 1985; y Normas de Manejo Administrativo para Colocaciones Extrahospitalarias Adultos. (Ver Anexo N° 1). Cabe señalar que no fue posible acceder al documento que contiene la Resolución N° 844 de 1985, por encontrarse en proceso de modificación.

En cuanto a lo anterior, es posible señalar que, toda la reglamentación vigente, excepto la normas de manejo administrativo para C.E.H., no considera la dimensión psicosocial como parte del proceso de supervisión y acompañamiento de las residencias, abocándose específicamente a aspectos sanitarios.

*Aplicación de la Reglamentación Vigente:**a) Encargadas:**⌘ Conocimiento de la Reglamentación:*

8/13 encargadas, señalaron conocer el reglamento que rige el funcionamiento de los E.L.E.; 2/13, el de C.E.H.; y, 3/13 ambos reglamentos. Sólo una de las encargadas que señaló conocer los reglamentos, no logró identificarlos.

Estos antecedentes, contrastados con la información recopilada en la instancia socioeducativa de uno de los proyectos de intervención, dan cuenta de un desconocimiento fáctico generalizado de los reglamentos, tanto de E.L.E. como de C.E.H.. El acercamiento y conocimiento a ellos, se da, a través de un proceso de modelaje, basado en mitos aprendidos y transmitidos, a partir de experiencias de sus pares, exacerbando las características negativas de los reglamentos. El conocimiento transmitido, con la distorsión descrita, predispone la relación que establece, cada una de ellas, con los organismos fiscalizadores.

⌘ Conocimiento del Proceso de Regularización:

En esta línea, 9/13 encargadas, señalaron conocer los procedimientos para la obtención de la acreditación sanitaria. Sin embargo, respondieron de manera incompleta al momento de identificar los pasos a seguir. Ninguna de las encargadas, señaló el procedimiento completo y correcto, lo cual se convierte en un factor obstaculizador en la búsqueda por regularizar el establecimiento.

⌘ Conocimiento de las Instituciones Involucradas:

Las instituciones más conocidas, involucradas en el proceso de regularización, son, en orden descendiente: Bomberos (6/13), Servicio de Salud (5/13), Superintendencia de Electricidad y Combustibles (3/13), Servicio de Impuestos Internos (2/13), y Superintendencia de Servicios Sanitarios (1/13). Sin embargo, fueron enunciadas de manera aislada por las encargadas, quienes no lograron identificar el rol de cada una de éstas.

⌘ Conocimiento de Organismos Fiscalizadores:

Las encargadas, señalaron conocer las instituciones responsables de fiscalizar (12/13), identificando en orden descendiente: el Servicio de Salud, Consultorios - Hospitales, Bomberos, Superintendencia de Servicios Sanitarios (Esval) y Servicio de Impuestos Internos. De lo anterior, se infiere que, al desconocer el rol que tienen las instituciones, confunden aquellas involucradas durante el proceso de regularización

con aquellas encargadas de la labor fiscalizadora, en las cuales no se encuentran Cuerpo de Bomberos ni la Superintendencia de Servicios Sanitarios.

b) *Fiscalizadores:*

☞ *Conocimiento de la Reglamentación:*

Las cuatro profesionales que fiscalizan el funcionamiento de residencias para adultos mayores ((E.L.E. (1) y C.E.H. (3)) en la Comuna de Valparaíso, desde el punto de vista sanitario, conocen la normativa actual que los rige, tanto aquella relativa a su área específica de fiscalización, como aquella que no les compete formalmente, lo cual facilita su labor, desde la perspectiva que, las residencias de carácter transitorio, se convierten en E.L.E.

☞ *Conocimiento del Rol Institucional:*

Entre los roles institucionales de las profesionales relacionados con las C.E.H., se encuentran: recepción y tramitación de demandas para colocación, evaluación de situaciones sociales de pacientes y residentes; y, supervisión de las residencias, utilizando como estrategias: la realización de visitas trimestrales y contactos periódicos con las encargadas. Sin embargo, la ingerencia profesional respecto a los E.L.E., es solamente de solicitud de plazas, derivación y sugerencias.

La labor de supervisión y fiscalización, es reconocida de suma importancia por las profesionales que la ejecutan, ya que ésta no es solamente administrativa, sino también, se orienta a aspectos técnicos. Además, incluye la emisión de informes al Servicio de Salud, respecto a la situación general de las residencias. Asimismo, se desarrolla un trabajo en equipo para la implementación de programas orientados hacia el mejoramiento de la reglamentación actual.

Cabe señalar que, el reconocimiento asignado por las encargadas al Servicio de Salud, originado en su facultad legal para fiscalizar a las residencias, valida su rol, asegurando el cumplimiento de las exigencias impuestas, dando efectividad a la observancia de las normas establecidas.

☞ *Criterios de Aplicación:*

Los criterios se caracterizan por ser flexibles en su aplicación.

Respecto al procedimiento que les compete realizar, la fiscalizadora de E.L.E., Sra. Alicia Ramos Fuentes, señaló que la aplicación del reglamento, debe ser flexible, dado que a nivel comunal, no existen establecimientos acreditados sanitariamente por el organismo fiscalizador (tanto privados, como de beneficencia). Por lo tanto, el proceso de aplicación del reglamento, se realiza a través del

cumplimiento de etapas, establecidas de acuerdo al tipo de residencia y criterio profesional.

Las fiscalizadoras de C.E.H., señalaron que poseen criterios de aplicación amplios, a los que se da cumplimiento mediante la intervención profesional, realizando visitas trimestrales, supervisiones directas a las encargadas; y, contacto con los familiares de los residentes y con las instituciones involucradas en el tema, coordinando aportes externos.

La forma en que se dan a conocer las exigencias de los diferentes reglamentos, es por medio del contrato, escrito o consensual, de iniciación de la actividad como guardadora²⁶, respecto a los servicios que deben prestar, obligaciones y forma en que se realizarán las supervisiones. Es durante estas últimas, donde se les entrega información y capacitaciones a las encargadas en diferentes ámbitos geriátricos.

No obstante lo anterior, es necesario señalar que los criterios de aplicación de la normativa, no se establecen como una política institucional, ateniéndose a criterios profesionales, circunscritos temporalmente.

§ *Coordinación Interinstitucional:*

No todas las instituciones relacionadas con el tema, conocen la reglamentación, por lo cual la coordinación interinstitucional, se ve dificultada.

Se reconoce la importancia de llevar a cabo una coordinación, pues se concibe como un recurso de apoyo a la labor que cumplen, tanto las instituciones hospitalarias, como las encargadas. En función de este punto, se puede establecer que, solamente los fiscalizadores de C.E.H., establecen algún tipo de vinculación con entes institucionales externos, entre los que se destacan: INP y AFP, como organismos que realizan los trámites previsionales de sus residentes; Obispado y otras instituciones religiosas para dar apoyo a pacientes terminales y postrados; Tribunales, que dictan medidas de protección; Gobierno Local y, otras instituciones u organismos que orienten su actuar profesional hacia los adultos mayores (ONG, Hogares, Asilos y Hospederías de Adultos Mayores). Sin embargo, se establece que no existen criterios comunes, respecto al cumplimiento de la labor profesional, con estas instituciones. Solamente principios de funcionamiento compartidos, como el de velar por la protección del Adulto Mayor vulnerable. Asimismo, señalaron que la coordinación establecida, no se ha podido ampliar a otras dimensiones, por lo que se puede evaluar como insuficiente e inadecuada, ya que no existe conciencia de la necesidad de formar una mesa de trabajo en el tema.

²⁶ La categoría "guardadora", corresponde a la calificación que le asignan los centros hospitalarios a encargadas de residencias de estadía transitoria.

c) *Instituciones:*

§ *Conocimiento de la Reglamentación:*

Los entrevistados de las instituciones que se presentan durante el proceso de acreditación de los E.L.E para adultos mayores, señalaron no conocer específicamente el reglamento que rige el funcionamiento de éstos. Ello se debe, al contexto general de la normativa de estas instituciones, por lo cual no cuentan con especificaciones particulares para este tipo de residencias.

§ *Conocimiento del Rol Institucional:*

Si bien, los encargados de las diferentes instituciones, no reconocieron un rol específico en la acreditación de los E.L.E. para adultos mayores, sí lo asumieron el rol institucional que les compete. Este rol, se relaciona con la aplicación de normas que también son impuestas en la supervisión o fiscalización de su área, a otros establecimientos, como se especificó anteriormente, puesto que, no trabajan con categorías.

Asimismo, identificaron con claridad el procedimiento para evaluar, fiscalizar y orientar. Destacaron, en general, que el rol que cumplen, es de suma importancia, ya que son los únicos organismos legalmente establecidos y autorizados para desempeñarlo.

§ *Procedimiento de Aplicación:*

Respecto a este punto, los diversos responsables, señalaron que, no existen criterios especiales para los E.L.E., sino normas generales y, en rigor, se aplica lo que el reglamento respectivo exige.

La forma en que las instituciones dan a conocer las diferentes exigencias institucionales, se caracteriza por ser directa, a través de la consulta de los interesados; escrita, mediante dípticos y boletines informativos; y, comunitaria, por medio de la difusión de normas legales y publicaciones en el diario oficial. Señalaron que, la información es suficiente y clara, ya que son precisas y se encuentran al alcance de todos los interesados. Sin embargo, contienen elementos y conceptos técnicos, destinados a personas que se desempeñan en el área.

§ *Coordinación Interinstitucional:*

Los diferentes responsables, señalaron que, no existe coordinación interdisciplinaria para trabajar en el tema.

Respecto a la necesidad de establecer la coordinación interinstitucional, las opiniones de los encargados de estas organizaciones, se dividen en:

- ✓ Aquellos que señalaron la importancia de trabajar en conjunto con otras instituciones, para así optimizar los recursos y entregar un enfoque integral; y,
- ✓ Aquellos que opinaron que no es necesaria, ya que todo se encuentra establecido, trabajándose con normas generales.

Limitaciones de la Reglamentación Vigente:

a) Encargadas:

⌘ Evaluación de los Requisitos de la Reglamentación:

En cuanto a las exigencias, 6/13 encargadas, las consideran excesivas; 5/13, adecuadas; 1/13, exigentes, pero adecuadas para las necesidades de los adultos mayores; y, 1/13, accesibles y adecuados.

Es posible señalar que, en general, el reglamento se considera adecuado, reconociendo que las exigencias estipuladas en él, implican un alto costo financiero de implementación en los establecimientos. No obstante, reconocen que, se configura en virtud del resguardo de las condiciones sanitarias de los residentes. (Ver Anexo N°4).

⌘ Evaluación de la Coordinación:

Existe una proporción similar entre las encargadas que señalaron que, existe coordinación (5/13), y las que opinaron que no (6/13); 2/13, manifestaron no tener antecedentes al respecto.

⌘ Principales Problemas para dar Cumplimiento a la Reglamentación:

Las mayores limitaciones identificadas por las encargadas para dar cumplimiento a las exigencias del reglamento, se relacionaron con:

- ✓ La infraestructura de las residencias, las cuales presentan barreras arquitectónicas. Por ejemplo, casas de dos pisos, dado al diseño típico de la comuna.
- ✓ La condición de tenencia de éstas que, en su mayoría, son arrendadas, por lo cual les resulta difícil efectuar cambios estructurales, ya que requieren de la autorización de sus propietarios.
- ✓ Limitaciones económicas que, impiden la adaptación de las condiciones estructurales y técnicas exigidas en las residencias, las que presentan costos elevados. Ejemplo de ello, es la disposición de timbre de tipo continuo, que en ninguna de las residencias está presente.

A raíz del conocimiento del reglamento, a través de mitos aprendidos y transmitidos, mediante la experiencia de sus pares, las encargadas mantienen una creencia errónea que, involucra la relación entre aplicación del reglamento y gasto económico elevado, desconociendo las exigencias de tipo administrativo que, en general, significan no incurrir en altos costos.

6) *Fiscalizadores:*

⌘ *Principales Limitaciones de la Reglamentación:*

La fiscalizadora del S.S.V.S.A., Departamento de Profesiones Médicas y Paramédicas, respecto a los E.L.E., no visualiza limitaciones en el reglamento, señalando que es completo y específico, en cuanto a las exigencias de infraestructura y equipamiento y, en lo relativo a los requerimientos del personal técnico - profesional que debe existir en éstos. Se considera adecuado, en la medida que resguarda las condiciones mínimas para la atención del adulto mayor.

Esto, da cuenta del énfasis sanitario del actual reglamento, que considera, dentro del modelo de prestación de servicios que deben cumplir los E.L.E., sólo el servicio de atención a la salud física de la función asistencial; y, en parte, el servicio de vivienda de la función de hospedaje, ya que establece requisitos de equipamiento e infraestructura, omitiendo todos aquéllos referidos al funcionamiento psicosocial de los residentes.

Las limitaciones para dar cumplimiento a las exigencias del reglamento, se situarían, según señaló, en las encargadas de los establecimientos, planteando que no existe motivación para conocerlo e iniciar el proceso de implementación.

Desde la perspectiva de las fiscalizadoras de C.E.H., éstas señalaron que, las limitaciones del reglamento que rige los E.L.E., se centran en la inexistencia de un equipo técnico dedicado a trabajar en el tema y en lo irreal de las exigencias, ya que no se acercan a las características de la comuna.

Sus implicancias, se orientan directamente hacia el bienestar sanitario del adulto mayor residente, generando que, el funcionamiento de los establecimientos, en la prestación de servicios, no se lleve a cabo de manera óptima. Por su parte, el grado de exigencia del reglamento, genera temor entre las encargadas, creando obstáculos para el inicio del proceso de acreditación sanitaria.

Frente a esta situación, las profesionales señalaron que, el rol que les compete, es apoyar y fiscalizar los diferentes establecimientos, como asimismo, informar de esta realidad a las autoridades competentes, con el objeto que se reconozca como una necesidad real de la comuna.

En el caso de los establecimientos de estadía transitoria, se señaló que las exigencias establecidas, se consideran aceptables y flexibles, ya que es el principio para brindar atención de calidad al adulto mayor, siendo concientes, respecto a la necesidad de evaluarlas en forma acuciosa y responsable, desde una perspectiva

interdisciplinaria, a modo de abordar todos aquellos aspectos que no se consideran. De la misma forma, incluir en el reglamento, elementos de manejo administrativo-contable para uniformar a los establecimientos en este rubro.

Sin embargo, señalaron que, las principales limitaciones, versan entre la inexistencia de atención y supervisión integral del paciente en el sistema de C.E.H. por parte de profesionales de otras áreas, como por ejemplo, Terapeuta Ocupacional; y, la responsabilidad que les compete a los familiares frente al proceso de internación y estadía de los adultos mayores en los establecimientos. Todo esto, dificulta la superación de diversas problemáticas que enfrenta el adulto mayor residente, complejizando aún más el proceso de recuperación de su salud.

El rol profesional que identificaron frente a esta situación, se orienta hacia el diagnóstico y apoyo de las diversas situaciones contingentes, como asimismo, la búsqueda de fórmulas para que puedan ser resueltas de manera adecuada.

Frente a las diversas limitaciones que los profesionales identificaron en la existencia y aplicación de la normativa vigente que rige el funcionamiento de los E.L.E. y los de Estadía Transitoria de adultos mayores, se perfila la necesidad de participar en la creación de una Comisión de Trabajo, donde se evalúe el funcionamiento de ambos tipo de establecimientos, proponiendo, a través de esta instancia, nuevas normas y procedimientos de aplicación.

⌘ *Criterios de Aplicación:*

Los criterios de aplicación de la reglamentación para E.L.E., se caracterizan por la flexibilidad en la fiscalización de las exigencias, respecto al número de baños, números de residentes por dormitorio, equipamiento e infraestructura. Esta situación, se fundamenta en el antecedente que, en la Comuna de Valparaíso, no existen residencias que cuenten con la acreditación sanitaria del Servicio de Salud, tanto privados, como de beneficencia.

Respecto a las C.E.H., señalaron que existen criterios amplios y profesionales de supervisión del trabajo de las encargadas, mediante un enfoque de formación socioeducativo.

c) *Instituciones:*

⌘ *Criterios de Aplicación:*

Respecto a este punto, los diversos responsables, señalaron que, no existen limitaciones que dificulten la aplicación de los reglamentos, ya que éstos, contienen normas generales, aplicadas indistintamente al tipo de establecimiento.

2.8.2. Caracterización Sociodemográfica, Sanitaria, Psicosocial y Administrativa de Tres Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores

Antecedentes Sociodemográficos:

a) Adultos Mayores Residentes:

Edad:

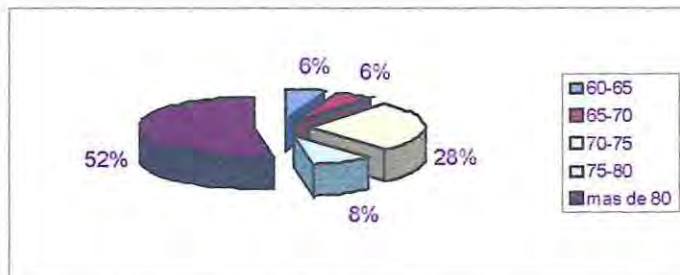


Gráfico N° 1

El gráfico nos muestra que, un alto porcentaje de los adultos mayores estudiados, tiene más de 80 años (52%), siguiendo con un 28%, aquéllos que se encuentran en el tramo desde 70 a 75 años. Asimismo, se presenta un 8% de residentes, cuyas edades fluctúan entre los 75 y 80 años. En un porcentaje similar (6%), se encuentran los adultos pertenecientes a los tramos de 60 a 65 años y 65 a 70.

Género:

Es posible establecer que, en la clasificación de adultos mayores por género, no se observan diferencias considerables, ya que las mujeres, superan en cantidad a los hombres, sólo en un 12%. Es así, como el porcentaje de mujeres internadas en los establecimientos, es de un 56%, mientras que la cantidad de hombres, se representa con un 44% de los adultos mayores residentes.

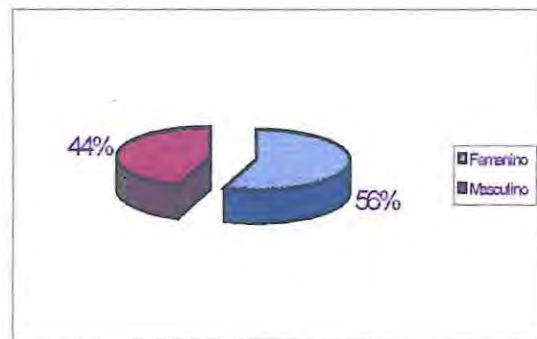


Gráfico N° 2

Desde el punto de vista teórico, se plantea la predominancia del género femenino en las residencias. Sin embargo, la investigación demuestra que, esta aseveración, sólo es representativa de uno de los establecimientos evaluados, no reflejando la realidad del universo, porque la diferencia entre géneros, no es relevante.

Cabe destacar que, en los tres establecimientos diagnosticados, no existen criterios de selección por género para el ingreso.

§ Nivel Educativo (N = 30)

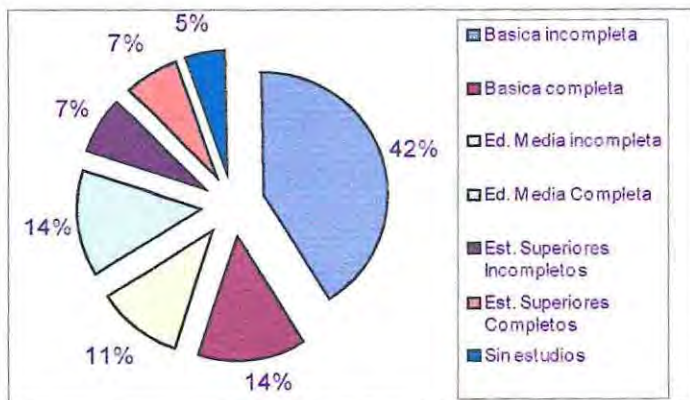


Gráfico N° 3

Como se observa en el gráfico, un porcentaje considerable de adultos mayores, posee algún tipo de instrucción en el sistema de educación formal. Es así, como del total de personas consultadas, sólo un 5% no posee estudios.

Un 42%, se encuentra en la categoría básica incompleta y, sólo un 14%, alcanzó a completar la educación general básica obligatoria.

En un segundo nivel, nos encontramos con que un 11% de los adultos mayores residentes, cursó la educación media incompleta, mientras que un 14%, finaliza satisfactoriamente este nivel.

Respecto a la educación superior, se señala que un 7%, no completa sus estudios en este nivel, mientras que un porcentaje similar, logra cursar los estudios superiores completos.

§ Estado Civil:

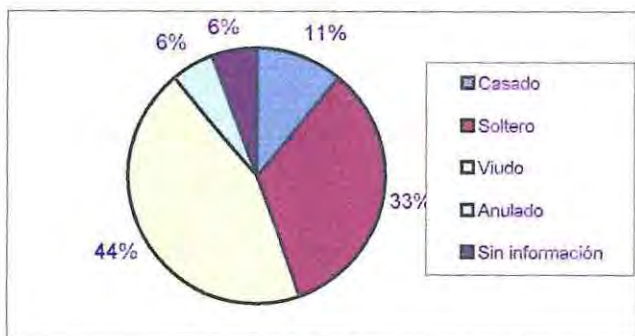


Gráfico N° 4

Respecto a la categoría estado civil, la mayoría de los residentes, se encuentra actualmente sin pareja (83%), distribuyéndose en forma descendiente de la siguiente manera:

- Viudos: 44%.
- Solteros: 33%.
- Anulados: 6%.

En relación al porcentaje de residentes con pareja, sólo un 11% es casado, distribuyéndose de forma equivalente, el porcentaje de matrimonios que cohabitan en la misma residencia y aquéllos que poseen un escaso contacto de visitas con éste (cónyuge fuera de la residencia).

§ Ingreso Económico:

En relación a esta categoría, se señala que el 77% de los adultos mayores residentes, perciben algún tipo de ingreso económico, proveniente de pensiones previsionales, fundamentalmente, de los cuales:

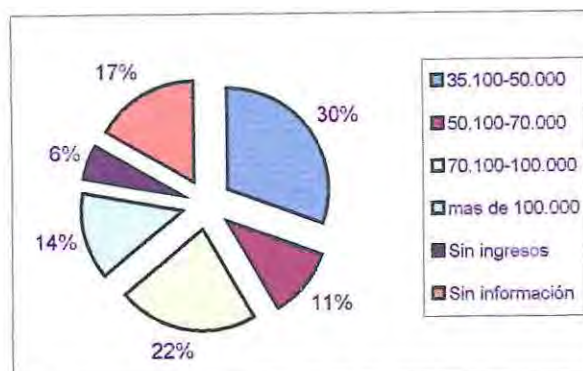


Gráfico N° 5

- Un 30% recibe un ingreso que fluctúa entre \$35.100 y \$50.000.
- Para un 11%, su ingreso varía entre \$50.100 y \$70.000.
- El 22% de los adultos mayores, percibe una pensión que varía entre los \$70.100 y \$100.000.
- Un 14%, cuenta con un ingreso económico mayor a la suma de \$100.000, que no excede los \$160.000.
- El 6% de los residentes, no posee ingreso económico propio, del cual un 3%, se encuentra en trámite la pensión asistencial; y,
- No es posible acceder a la información del 17% de los residentes.

Al respecto, se destaca:

- a) En cuanto al género, existe mayor prevalencia de pensiones asistenciales en hombres, mientras que las mujeres perciben mayoritariamente pensiones de viudez, no teniendo pensiones que den cuenta de una vida laboral activa.
- b) La investigación señala que, un número importante de residentes de colocaciones extrahospitalarias, ingresa al establecimiento sin previsión, situación en la cual, es el propio centro de salud que deriva ó, en su defecto, la encargada de la residencia, quien inicia el trámite previsional.
- c) Lo anterior, da cuenta de la desprotección previsional en que se encuentran los adultos mayores al momento del ingreso a la residencia, como asimismo, del grado de desvinculación familiar.
- d) El tipo y monto de pensión de los residentes, condiciona el ingreso a establecimientos privados de categorías informales, cuya mensualidad no excede al ingreso económico percibido por los adultos mayores.
- e) Por ende, la red de mantenimiento de las residencias, se sustenta principalmente a través de las pensiones, determinando la calidad y cantidad de servicios otorgados por éstas.
- f) Es importante destacar que, no existe dentro de la oferta formal de E.L.E para adultos mayores, una alternativa dirigida a este segmento socioeconómico de residentes, incidiendo en el surgimiento de alternativas informales de carácter privado con fines de sostenimiento, que presentan una limitada prestación de servicios.

☞ **Fuente de Ingreso:**

Del total de residentes que perciben pensión previsional, un 36% posee Pensión Asistencial (Pasis) y, un 57%, es pensionado del INP, mientras que sólo un 7%, es pensionado de las FFAA y AFP.

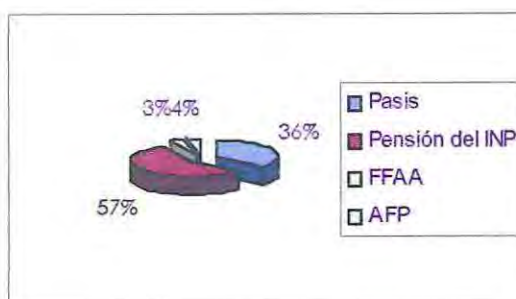


Gráfico N° 6

Importante es señalar que, aunque el Pasis no es tramitado por el INP, el pago se realiza a través de este organismo, motivo por el cual los residentes que cuentan con este beneficio, se consideran usuarios de la institución. En consecuencia, un 93% de los residentes, es pensionado del INP, fundamentándose en este hecho la intervención institucional y profesional en residencias informales para adultos mayores.

☞ **Profesión u Oficio:**

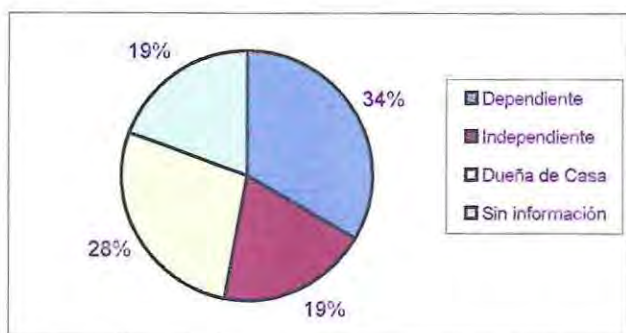


Gráfico N° 7

Del total de adultos mayores residentes en los establecimientos estudiados, se observa que, un 34% se desempeñó laboralmente como trabajador dependiente, mientras que un 19% desarrolló actividades de manera independiente. Un 28%, fue durante toda su vida, dueña de casa, siendo esta categoría ocupada en su totalidad por mujeres.

Cabe destacar que, la mayoría de los trabajadores independientes, en su vida laboral activa, no realizaron cotizaciones previsionales; mientras que en relación a los trabajadores dependientes, sus empleadores no impusieron en las cajas respectivas, generando lagunas en las semanas legalmente establecidas para el surgimiento de su derecho previsional, lo cual incide en el porcentaje de personas beneficiarias de Pasis.

☞ **Previsión de Salud:**

Respecto a la previsión en salud, el 97% de los adultos mayores, es beneficiario del sistema público de atención en salud, de los cuales el 33%, posee Tarjeta Tipo A; un 39% de los residentes, es beneficiario de Fonasa Nivel B; mientras que los adultos mayores con Fonasa Nivel C y D, es representado con un 11% y 14%, respectivamente.

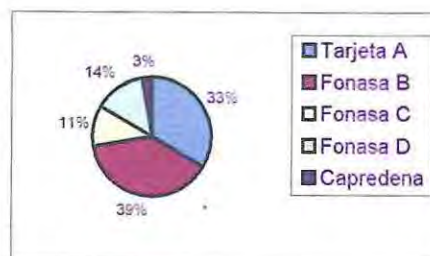


Gráfico N° 8

Sólo un 3%, pertenece al sistema previsional de salud de las FFAA, es decir, Capredena.

Al respecto, se puede establecer una relación entre el número de Pasis y beneficiarios de tarjeta de gratuidad para la atención de salud (Tipo A), dando cuenta de su precaria condición socioeconómica.

Religión:

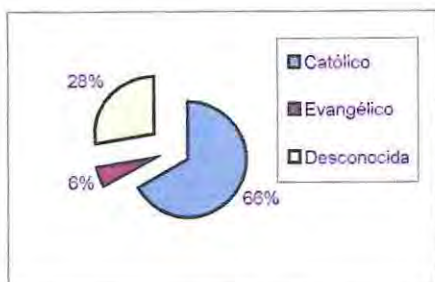


Gráfico N° 9

Respecto a la adhesión a algún credo religioso, se señala que el 66% de adultos mayores, se identifican con la religión Católica, seguida por la Evangélica, con un 6%.

No es posible acceder a esta información en un 28% de los sujetos.

La profesión de credo, no obstante, no es limitación para realizar ejercicios espirituales que diversas organizaciones religiosas llevan a cabo en las residencias, contando con un alto grado de participación y adherencia.

Esto, da cuenta de la importancia del apoyo espiritual para los adultos mayores en esta etapa de vida, el cual es visualizado como una necesidad sentida por ellos.

Existencia de Hijos:

Como demuestra el gráfico, la mayor cantidad de residentes (53%), tiene hijos vivos y, un porcentaje significativo, pero inferior (36%), señaló no poseerlos actualmente. En tanto que, en un 11% de residentes, no es posible acceder a la información.

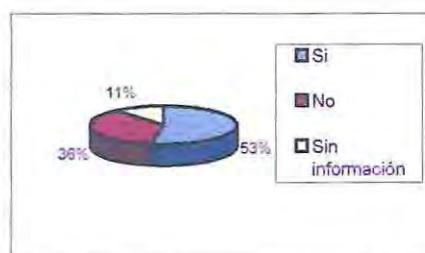


Gráfico N° 10

De los residentes que tienen hijos vivos, el 41%, posee un hijo; un 29%, posee dos hijos; el 24%, tiene tres hijos; y, por último, el 6%, señala tener cinco hijos.

No obstante lo anterior, el grado de vinculación familiar con sus descendientes, entendida como visitas periódicas, contacto telefónico, compromiso afectivo con el familiar, participación en actividades y cumplimiento de las obligaciones establecidas con la encargada, está presente sólo en el 15% de los hijos.

Esto, expresa los efectos de las modificaciones en el modelo familiar, en el cual el cambio de familia extensa a nuclear, lleva implícito una desvinculación familiar exacerbado por la subcultura de la vejez, desplazando a los adultos mayores a una progresiva situación de abandono, por la imposibilidad de brindarle cuidados y atención de acuerdo a sus necesidades físicas, representando una de las causales por las cuales éstos son ingresados a residencias.

☞ *Número de Residentes por Establecimiento:*

De los adultos mayores estudiados, el 53% se encuentra en el Hogar El Abuelito Feliz, un 25% en el Hogar San José y un 22% en el Hogar Dulce Vida.

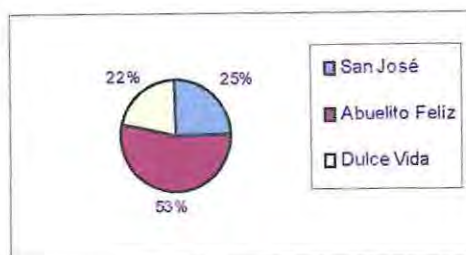


Gráfico N° 11

b) *Encargadas:*

☞ *Edad:* sus edades fluctúan entre los 35 y 50 años.

☞ *Género:* femenino.

☞ *Nivel Educativo:* el total de ellas, cumple con la Educación Media Completa. Cabe destacar que, dos de ellas, cuentan con conocimientos técnico - contables.

☞ *Estado Civil:* Casadas o separadas de hecho.

☞ *Ingreso Económico:* Si bien, su ingreso económico supera el millón de pesos, es posible establecer que el ingreso líquido de cada una, no supera los \$500.000, cálculo que se obtiene, realizando las deducciones correspondientes a gastos por canon de arriendo, consumos básicos (luz, agua, gas, teléfono) y alimentación. Su fuente de ingreso, es principalmente, el pago mensual de los residentes. El excedente de la red de mantenimiento²⁷, constituye el principal ingreso mensual de la encargada, el que transforma la administración de la residencia, de carácter privado, en un establecimiento que permite la subsistencia del núcleo familiar.

☞ *Profesión u oficio:* Dos de ellas, obtienen un título técnico de nivel medio en contabilidad y otra, egresa de la educación científico humanista. Poseen conocimientos teóricos en cuidado de enfermos y primeros auxilios, habiendo sido capacitadas por instituciones hospitalarias (específicamente C.E.H.) en diversos temas atinentes al tipo de residentes que poseen (Nutrición, Cuidado de Enfermos Psiquiátricos, Cuidado de Enfermo Terminales, Tuberculosis, Alcoholismo, entre otros). Dos de ellas, no imponen en el sistema previsional, mientras que otra, lo hace bajo el alero de asesora del hogar.

Las motivaciones de su desempeño como encargadas se basan, principalmente, en una vocación de servicio, que se conjuga generalmente con una tradición familiar en el cuidado de adultos mayores y, una necesidad de subsistencia.

²⁷ Entendida como aquellos Recursos, materiales y financieros, con que cuenta la residencia para su mantenimiento.

☞ **Religión:** todas señalaron pertenecer a la iglesia católica, aunque no de manera activa.

Respecto a las labores administrativas de las encargadas, cabe destacar que se desarrollan al interior de la residencia, que es a la vez, su hogar, compartiendo el espacio laboral y familiar, lo que impacta positiva o negativamente, de acuerdo al tipo de adaptación de ésta, sobre la estabilidad de la residencia y bienestar de los residentes.

En este sentido, el inadecuado manejo de conflictos o situaciones a nivel personal o familiar, inciden en la estabilidad de la residencia y en la calidad de prestación de servicios al adulto mayor.

La relación de pareja, incide en el adecuado - inadecuado manejo administrativo - organizacional del establecimiento, constatándose que si el cónyuge o pareja se involucra en las actividades de éste, se convierte en un ente facilitador y de apoyo, fundamental en la estabilidad de la residencia. De lo contrario, se transforma en un potencial obstaculizador del funcionamiento de ésta, en la medida en que en el proceso de convivencia, se comparte con los residentes, demandando por parte de la encargada, altas exigencias.

c) **Personal Auxiliar:**

☞ **Edad:** sus edades fluctúan entre los 30 y 50 años. Es así como 2/4, se encuentran en el quinquenio que abarca desde los 30 a 35 años; 1/4, entre los 40 y 45 años; y, 1/4, entre los 45 y 50 años de edad.

☞ **Género:** femenino.

☞ **Nivel Educativo:** todas formaron parte de la educación formal: 1/4 presenta educación general básica incompleta; 2/4, educación general básica completa; y, sólo una, educación media incompleta.

No es un personal con calificación de técnico de nivel medio, sino más bien, se caracteriza por un escaso nivel de capacitación en cuidado o atención de adultos mayores. El medio de formación más común, se encuentra al interior de la propia residencia, a través de la instrucción en aspectos básicos que le proporciona la encargada ó, en caso contrario, el resto del personal auxiliar, si se cuenta con éste. En tal caso, la auxiliar se transforma en un riesgo potencial, por la escasa o nula capacitación.

☞ **Estado Civil:** 3/4 son casadas, mientras que una se mantiene actualmente soltera.

☞ **Ingreso Económico:** las remuneraciones de las cuatro auxiliares, fluctúan entre los \$70.100 hasta los \$100.000. No tienen contrato escrito, motivo por el cual ninguna de ellas, es imponente de algún régimen previsional.

Sufren la inestabilidad de la relación laboral, con una permanente recontractación, una vez que han sido despedido. Esta situación, se origina en una reducida oferta de personal capacitado e interesado en el ámbito de residencias

informales, debido a la ausencia o escaso estímulo para desempeñarse laboralmente en ellas.

El personal, es contratado para realizar labores domésticas, las que se combinan con cuidados al adulto mayor.

Mantienen una relación laboral, no formalizada por medio de un contrato de trabajo, debido a razones organizacionales (incumplimiento del reglamento); de la encargada, producto de la imposibilidad de contratar por su calidad de imponentes como trabajadoras de casa particular; ó, por voluntad de la propia auxiliar (no acepta que se le descuente un porcentaje del ingreso para su cuenta de capitalización individual de fondos previsionales). Esto, constituye un factor de riesgo, tanto para las encargadas de las residencias, como para las auxiliares. Las primeras, se exponen a que, en caso de despido del personal, existan demandas laborales en su contra; y, las segundas, no contarán con la protección previsional para la etapa de vejez.

Se clasifican en dos tipos: Personal de Trato Directo, el que desempeña sus funciones, directamente en la atención del adulto mayor, cumpliendo, por ejemplo, actividades de higiene y aseo personal, recreación, apoyo en el proceso de alimentación y movilidad, administración de fármacos, entre otras; y, Personal destinado a Funciones Domésticas, dedicado a labores de limpieza y preparación de los alimentos dentro de la residencia. Sin embargo, el personal auxiliar de E.L.E. de tipo informal, se caracteriza por cumplir funciones de trato directo y funciones domésticas, indistintamente.

- ☒ *Previsión de Salud: 2/4, tienen Tarjeta de Gratuidad; 1/4, Fonasa Nivel B; y, en la misma proporción, no presenta ningún tipo de previsión de salud.*
- ☒ *Religión: todas profesan la religión católica.*

Antecedentes Sanitarios:

Para el presente estudio, la caracterización de los antecedentes sanitarios de adultos mayores residentes de Establecimientos de Larga Estadía no acreditados el SSVSA, considera dos áreas específicas, que corresponden a:

a) *Salud Física:*

- Prevalencia de Enfermedades en Adultos Mayores Residentes.
- Limitaciones de las Funciones Fisiológicas.
- Limitaciones en la Movilidad.
- Riesgo de Caídas.

b) *Salud Mental:*

- Limitaciones en las Funciones Mentales.
- Problemas Emocionales y/o Depresivos.
- Problemas de Comportamiento.
- Hábitos Tóxicos.

a) *Salud Física:*⌘ *Prevalencia de Enfermedades:*

<i>Enfermedades</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>S/inf</i>	<i>Total</i>
Alzheimer	13.9%	86.1%	0	100%
Arritmia cardiaca	8.3%	89.9%	0	100%
Arteriosclerosis	5.6%	91.7%	2.8%	100%
Artrosis	11.1%	86.1%	2.8%	100%
Cáncer	5.6%	94.4%	0	100%
Cardiopatía	5.6%	91.7%	2.8%	100%
Demencia senil	22.2%	77.8%	0	100%
Diabetes	41.7%	58.3%	0	100%
Epilepsia	5.6%	94.4%	0	100%
Hta	63.9%	36.1%	0	100%
Insuficiencia renal	2.8%	94.4%	2.8%	100%
Osteoporosis	8.3%	89.9%	0	100%

Dentro de las enfermedades con mayor prevalencia en los establecimientos estudiados, se establecen la Hipertensión Arterial (HTA), seguida por la diabetes y la demencia senil, distribuyéndose el resto de los porcentajes, de manera similar. La existencia de estas enfermedades, se presenta en un cuadro de poli morbilidad, esto es, coexiste más de una enfermedad en cada uno de los residentes, aumentando su riesgo vital en virtud de la discontinuidad de los controles biopsicosociales que, inciden negativamente sobre la salud física del adulto mayor (situación de abandono o débil vinculación con la red focal; bajo

nivel de estimulación psicoafectiva y cognitiva; debilitamiento de su capacidad de autonomía; escasa estimulación de sus habilidades sociales, entre otras).

☞ Limitaciones en las Funciones Fisiológicas:

Funciones Fisiológicas	Si	No	Total
ALIMENTACIÓN			
Hay que darles de comer.	13,2%	86,8%	100%
Requiere supervisión para comer.	31,6%	68,4%	100%
Come solo.	81,6%	18,4%	100%
HIGIENE PERSONAL			
Hay que bañarlo.	81,6%	18,4%	100%
Requiere supervisión para bañarse.	0%	100%	100%
Se baña solo.	18,4%	81,6%	100%
Hay que vestirlo.	68,4%	31,6%	100%
Requiere supervisión para vestirse.	7,9%	92,1%	100%
Se viste solo.	23,7%	76,3%	100%
NECESIDADES FISIOLÓGICAS			
Con incontinencia urinaria y/o fecal.	39,5%	60,5%	100%
Requiere ayuda para acudir al WC.	36,8%	63,2%	100%

Las funciones fisiológicas de los adultos mayores residentes, serán analizadas desde tres perspectivas:

1. Alimentación Autónoma.
2. Higiene Personal.
3. Necesidades Fisiológicas.

En cuanto a la Autonomía en la Alimentación, un 86,8% de los residentes, come solo; un 31,6%, requiere de algún tipo de supervisión; y, sólo a un 13,2% de los residentes, hay que darles de comer.

Respecto a la Higiene Personal, al 81,6% de los residentes, es necesario bañarlos y, sólo un 18,4%, se baña solo, sin ayuda directa o supervisión. Lo mismo sucede en lo que se refiere a la vestimenta: al 68,4%, es necesario vestirlos; un 7,9%, requiere de apoyo y/o supervisión; y, un 23,7%, se viste solo.

En las Necesidades Fisiológicas, se detecta una situación similar: el 39,5% de los residentes, presenta incontinencia urinaria y/o fecal; un 36,8%, requiere ayuda o supervisión para acudir al WC; y, sólo el 23,7%, acude al baño solo, no requiriendo ayuda de terceros o de implementos de apoyo.

La autonomía en las Funciones Fisiológicas durante el proceso de ingesta de alimentos, no presenta un deterioro significativo, debido a que la mayoría de los residentes, no requieren de un apoyo directo par realizar esta función (86,8%).

Independiente de la condición de autonomía o dependencia del adulto mayor para realizar las actividades básicas de la vida diaria, las cuidadoras (personal auxiliar y

encargadas), supervisan o ayudan en la realización de éstas, como un medio de resguardo para la integridad física del adulto mayor ante los riesgos que podrían presentarse. No obstante, esta situación limita la potenciación de la capacidad de autonomía del adulto mayor residente, aumentando progresivamente su dependencia en aspectos básicos de su convivencia.

☞ *Limitaciones en la Movilidad:*

<i>Limitaciones en la Movilidad</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>Total</i>
Valente.	5,2%	94,8%	100%
Semi-Valente.	76,6%	23,4%	100%
Postrado.	18,2%	81,8%	100%
Movilidad condicionada al uso de silla de ruedas.	31,6%	68,4%	100%
Puede caminar con ayuda de implementos.	47,6%	52,4%	100%
Pueden usar transporte público.	5,2%	94,8%	100%
Con deambulación errática.	65,8%	34,2%	100%

Respecto a las limitaciones en la movilidad de los residentes, un 18,2% se encuentra postrado; un 76,6%, es semivalente, de los cuales un 31,6%, requiere del apoyo de silla de ruedas, un 47,6%, de implementos como burritos o bastones y, un 65,8%, presenta deambulación errática, identificándose casos que son posibles de ubicar en más de una categoría. Finalmente, cabe señalar que, sólo un 5,2%, se encuentra valente, estando en condiciones de salir de la residencia y usar transportes públicos.

Los términos valente, semivalente y postrado, se entenderán en el sentido estricto de las limitaciones físicas de la persona que, afectan su movilidad, entendiendo por valente, a aquél que es capaz de realizar las actividades de la vida diaria, relacionadas con el desplazamiento, prescindiendo de algún tipo de apoyo, personal o mecánico; semivalente, aquél que para movilizarse, requiere de la asistencia de personal auxiliar o algún apoyo mecánico (burrito, silla de ruedas, bastones, etc); y, postrado, aquél que por su condición, no es capaz de movilizarse de manera independiente y autónoma.

☞ *Residentes con Riesgo de Caídas:*

<i>Riesgo de Caídas</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Total</i>
Con pérdidas del equilibrio.	78,9%	21,1%	100%
Con problemas de visión.	7,9%	92,1%	100%
Con problemas osteomusculares.	26,3%	73,7%	100%
Con fracturas producidas por caídas.	13,2%	86,8%	100%
Con limitaciones podológicas.	78,9%	21,1%	100%

Con respecto a los factores de riesgo que hacen a los residentes vulnerables a las caídas, se identificó que, la mayor parte de ellos (78,9%), presenta pérdidas del equilibrio y limitaciones podológicas.

Los problemas osteomusculares, no presentan una mayor prevalencia (26,3%). Asimismo, sólo un 7,9% de los residentes, presenta problemas de visión y, un 13,2%, fracturas por caídas. Este último, se constituye en causa - consecuencia del riesgo ante caídas.

Es importante destacar que, los residentes poseen, en este sentido, más de un factor de riesgo. Esto quiere decir que, presentan más de una limitación física que los acerca a la posibilidad que este hecho acontezca. Lo anterior, se relaciona con el deterioro físico progresivo y con la escasa estimulación de la movilidad de los residentes al interior de los establecimientos (ausencia de actividades físicas de fortalecimiento muscular y articular y, cognitivas), incrementando aún más la dependencia durante su estadía en la residencia.

b) Salud Mental

⌘ Limitaciones en las Funciones Mentales.

<i>Limitaciones en las Funciones Mentales:</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Total</i>
Con alteraciones en la memoria.	60,5%	39,5%	100%
Con alteración de la orientación temporo- espacial.	89,5%	10,5%	100%
Con patologías psiquiátricas.	25%	75%	100%

La mayor parte de los adultos mayores, presentan limitaciones o deterioro en sus funciones mentales y/o cognitivas. Es así, como un 60,5%, posee problemas específicos con la memoria a corto y largo plazo, en tanto que un 89,5%, presenta desorientación témporo-espacial. Un 25%, presenta algún tipo de patología siquiátrica, siendo las de mayor prevalencia, demencia senil (22.2%) y esquizofrenia (2.8%).

La presencia de patologías siquiátricas, puede incidir en:

- a. Una actitud sobreprotectora de parte de las encargadas hacia los residentes que poseen estas patologías.
- b. Incremento del aislamiento del grupo de pares hacia los adultos mayores con enfermedades siquiátricas, produciéndose una discriminación de acuerdo a la condición de valencia que cada residente posea.
- c. Distanciamiento, físico o afectivo, de la red focal como mecanismo de defensa ante la imposibilidad de prolongar la vinculación con el adulto mayor.

⌘ Problemas Emocionales y/o Depresivos:

<i>Problemas Emocionales y/o Depresivos</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>Total</i>
Con antecedentes de intentos de suicidios.	0	100%	100%
Con deseos de morirse.	5,3%	94,7%	100%
Con pérdida de autoestima.	10,5%	89,5%	100%
Que no quieren vivir en la residencia.	2,6%	97,4%	100%
Que no visualizan un proyecto de vida.	76,3%	27,3%	100%

Los residentes, no presentan un alto grado de problemas emocionales, expresados en conductas autodestructivas, como intentos de suicidio. Sin embargo, un 5,3% presenta deseos de morir, en tanto que el 10,5%, posee deterioro de la autoestima.

Sólo el 23,7%, visualiza un proyecto de vida, constituyéndose un 76,3% de adultos mayores restantes que, no lo visualizan, siendo esta cifra, el indicador de uno de los principales síntomas de trastornos depresivos en las residencias. Esta situación, se asocia a la idea que esta etapa de vida y, su estadía en el establecimiento, anula las proyecciones y proyectos futuros y, por ende, deben esperar la muerte.

Resulta interesante analizar este resultado a la luz del proyecto de vida del adulto mayor residente, pues da cuenta de un sentimiento de desesperanza que podría relacionarse con el mito que interpreta el ingreso a la residencia como un lugar de segregación de la comunidad, derivado, en parte, de la ausencia de un rol productivo legitimado por el entorno.

A lo anterior, se suma el hecho que este tipo de establecimientos, carece de espacios de interacción, recreación y de realización, promoviendo, indirecta e inconscientemente, esta condición en los adultos mayores.

⌘ Problemas de Comportamiento:

<i>Problemas de Comportamiento</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Total</i>
Que presentan conductas agresivas dirigidas a terceros.	13,2%	86,8%	100%
Que presentan conductas agresivas dirigidas a objetos propios o ajenos.	5,7%	94,3%	100%
Con trastornos en la conducta sexual.	0	100%	100%
Que no acatan normas de convivencia.	10,5%	89,5%	100%
Con conductas autodestructivas.	0	100%	100%

Los residentes que manifiestan problemas de comportamiento, no son porcentualmente significativos en relación al universo. Las conductas agresivas, dirigidas tanto a terceros como a objetos, se presenta sólo en un 13,2% y 5,7%, respectivamente.

Respecto al cumplimiento de normas, sólo un 10,5% de los residentes, presentan algunas dificultades, no convirtiéndose en un patrón de conducta al interior de la residencia.

Se podría establecer una relación preliminar entre la prevalencia de patologías psiquiátricas y problemas de comportamiento.

§ Hábitos Tóxicos

Hábitos Tóxicos	Sí	No	Total
Con adicción al Alcohol.	0	100%	100%
Con adicción al tabaco.	15,8%	84,2%	100%
Con adicción a otras drogas.	0	100%	100%

La aplicación del instrumento a las encargadas arroja que, no existe prevalencia de hábitos tóxicos en los residentes, como tampoco adultos mayores con adicción al alcohol u otra droga, presentando sólo un 15,8% de los residentes, dependencia al tabaco.

Sin embargo, en una instancia posterior, mediante el diagnóstico clínico, realizado en una de las residencias, se pudo pesquisar bebedores en riesgo por parte de algunos residentes, de género masculino, situación que se visualiza de riesgo, por las diferentes patologías y tratamientos medicamentosos.

En síntesis y considerando los antecedentes sanitarios de los Adultos Mayores residentes, se puede establecer que, en lo referido a la Salud Física, la mayor parte de éstos presentan autonomía respecto a la alimentación, no presentándose la misma situación en lo que se refiere a Higiene y Necesidades Fisiológicas, donde un elevado número de residentes requieren de ayuda directa y/o supervisión.

Respecto a la Movilidad, la relación entre Valentes y Semi-Valentes /Postrados, es diferente, presentándose un porcentaje superior de Semi-Valentes (76.6%), y un 23.4% entre Postrados y Semivalentes. Asimismo, se presenta una predisposición a las caídas, debido al número de adultos mayores con pérdidas de equilibrio y problemas podológicos, situación que se agudiza considerando las características de las cuidadoras (auxiliares y encargadas), quienes mantienen y/o potencian la situación de dependencia de los adultos mayores.

En cuanto a la Salud Mental, la mayor parte de los residentes presenta limitaciones en las funciones relativas a esta área, principalmente en lo que se refiere a la pérdida de la memoria a corto plazo y desorientación témporo espacial. Sin embargo, no existe una prevalencia de patologías siquiátricas diagnosticadas y problemas de comportamiento de los residentes. Lo mismo sucede en cuanto a los hábitos tóxicos, en donde se presentan adicción al tabaco 15.8% y consumo de alcohol en algunos casos.

*Antecedentes Psicosociales:**a) Área Social:*Valoración Social:*⌘ Procedencia al Ingreso:*

A través de la investigación realizada, se obtuvieron los siguientes resultados:

- Un 60% de los Adultos Mayores Residentes, proviene de su domicilio particular;
- Un 20%, del hospital;
- El 14,3%, proviene de otra residencia de adultos mayores; y, por último,
- El 5,7%, proviene de lugares no especificados.

El alto porcentaje de residentes provenientes del la entidad hospitalaria, se debe

a que uno de los establecimientos sujetos de investigación, es a la vez, Colocación Extrahospitalaria de este centro de salud, por lo cual la mayoría de sus residentes, son derivados de éste.

Por tanto, es posible afirmar que, la mayoría de los adultos mayores, se encontraba en su domicilio o en convivencia con algún familiar, generalmente hijo/a. En ambos casos, la condición de deterioro físico del adulto mayor o situaciones psicosociales, influyeron en que éste se vea limitado para realizar las actividades básicas y/o instrumentales de la vida diaria, dando origen a la necesidad de proporcionar cuidados especiales que la red focal de apoyo (si existe), no le pudo otorgar.

Esta situación, influye en barajar alternativas institucionales de cuidados especializados, ante lo cual las residencias para adultos mayores, constituyen una opción viable de respuesta a los requerimientos de los sujetos involucrados.

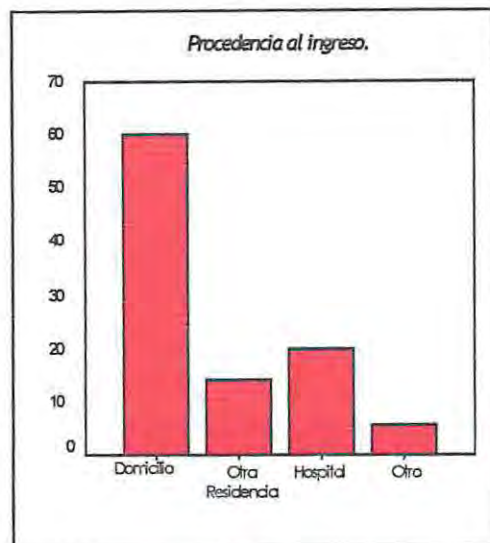


Gráfico N° 13

§ Tipo de Ingreso:

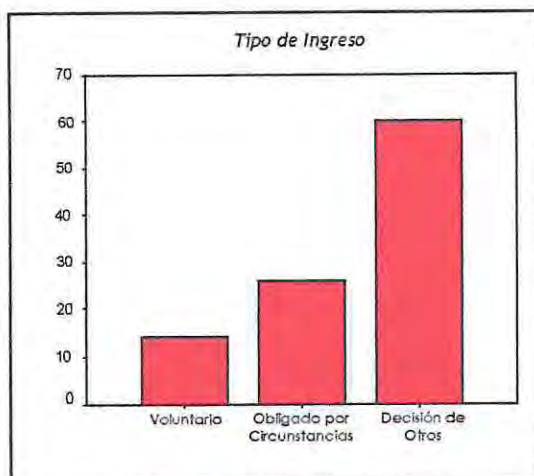


Gráfico Nº 14

En cuanto al origen de la decisión que conlleva el ingreso del adulto mayor a la residencia, se establece que el mayor porcentaje de adultos mayores (60%), ingresa por "Decisión de Otros", principalmente de familiares. Esto podría explicarse, debido a la disminución o pérdida de su autonomía, lo cual les impide la toma de decisiones y la autodeterminación, dando inicio a una creciente dependencia.

La siguiente categoría, la constituye "Obligado por Circunstancias" que, en la mayoría de los casos, se relaciona con problemas de salud (disminución o pérdida de sus capacidades biológicas, físicas y/o psicológicas), económicos (indigencia) y sociales (abandono).

El porcentaje más bajo, lo constituye la categoría de "Ingreso Voluntario", con sólo un 14.3%, compuesta principalmente por hombres, los cuales no se encuentran preparados para realizar actividades instrumentales de la vida diaria, a pesar de su condición de autonomía y autovalencia. Esto se corrobora con la teoría, que señala los efectos de género que provoca la jubilación en el hombre, a quien le resulta más difícil la inserción familiar y aprendizaje de la rutina interna, debido al desconocimiento de cómo llevar a cabo las actividades domésticas.

Es importante señalar que, la decisión de ingresar un familiar a un establecimiento que le otorgue los cuidados que la red focal institucionalmente debe proporcionar, implica por una parte, una sanción social que afecta la vinculación con el adulto mayor, en la medida que cuestiona valóricamente al núcleo familiar que lo excluye, estigmatizando las razones de la internación; y, por otra, genera sentimientos de ambivalencia y culpabilidad al sistema familiar. Todo ello, se desarrolla en un marco sociocultural que, le asigna a este tipo de instituciones, una connotación negativa, sustentada en la subcultura de la vejez.

8 Ciudad de Procedencia:

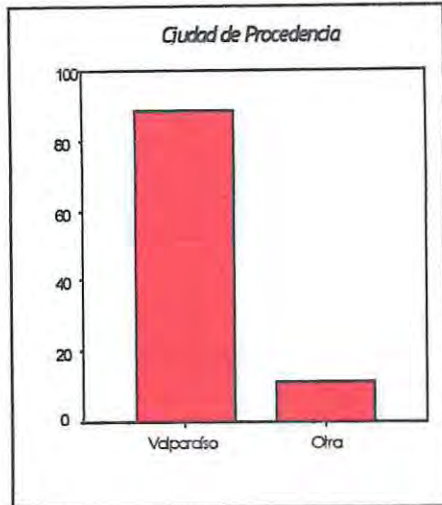


Gráfico N° 15

Del total de residentes adultos mayores, un 88,6%, señala como ciudad de procedencia, la Comuna de Valparaíso y, sólo un 11,4%, otra ciudad. Por lo tanto, no existe una inmigración de relevancia que pudiera explicar, en parte, la desvinculación familiar, producto de un distanciamiento geográfico de los residentes.

8 Nivel Funcional al Ingreso:

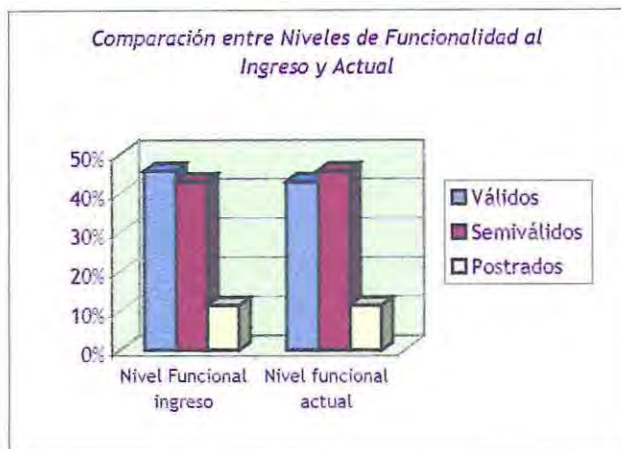


Gráfico N° 16

Comparando los niveles de funcionalidad de los adultos mayores residentes, al momento de ingresar a las residencias y, al momento de aplicar el instrumento de recolección de datos, se observa una variación mínima en los niveles de funcionalidad de éstos. Así, los cambios se presentan principalmente, en los niveles de valencia y semi-valencia, reflejando una disminución de los adultos mayores valentes, de un 45,7% a un 42,9% y, aumentando en la misma proporción, a semi-válidos. En cuanto al nivel de funcionalidad del adulto mayor postrado, no existen variaciones, manteniéndose los mismos valores (11,4%).

A la luz del marco de referencia, de los antecedentes recopilados en la observación directa y de las entrevistas efectuadas a las encargadas respecto al nivel funcional de sus residentes, se corrobora que actividad física-recreativa dirigida al adulto mayor, es mínima o nula, originada en ideas prejuiciadas de éstas, respecto a las preferencias de los adultos mayores en este sentido y la prevalencia de enfermedades que limitan la movilidad de los residentes, generando un mantenimiento decreciente de sus niveles de validez.

§ *Adaptación Inicial y Actual a la Residencia:*

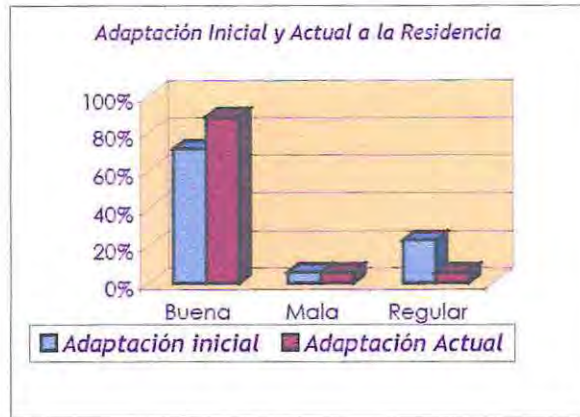


Gráfico N° 17

Los niveles de adaptación observados en los adultos mayores, estableciendo una comparación desde su ingreso a la residencia y la situación actual, se califican como positivos.

Existe un aumento en la proporción de adultos mayores que presentan una buena adaptación a la vida de la residencia (71,4% a un 88,5%). Asimismo, las adaptaciones clasificadas como malas, se mantienen; y, las regulares, disminuyeron considerablemente. Esto, podría relacionarse con la disminución de los adultos mayores que no quieren vivir en la residencia, por lo que se puede inferir que, el proceso de inclusión a ésta, evoluciona a favor de su adaptación.

En este sentido, las encargadas poseen diversas estrategias destinadas a facilitar este proceso y paliar las dificultades derivadas de la desvinculación familiar.

§ *Nivel Relacional Externo:*

La proporción de adultos mayores que no salen de las residencias, es considerablemente mayor (54,3%), en relación al resto de las categorías. Esto significa que, más de la mitad de los residentes, se encuentran totalmente desvinculados del mundo exterior, incluidas las organizaciones comunitarias, las instituciones y la red focal, siendo la única instancia de contacto con el entorno externo a la residencia, los controles de salud, que algunos adultos mayores realizan en compañía de un tercero, generalmente las encargadas.



Gráfico N° 18

Los demás valores, se distribuyen de manera similar, destacando las salidas de los fines de semana y salidas mensuales.

La desvinculación de las residencias, se presenta en dos categorías:

- Interna: ausencia de salidas de los adultos mayores de la residencia; y,
- Externa: Escasa o nula incorporación de actividades de la comunidad al interior de la residencia, lo que agudiza los bajos niveles de integración social de los residentes.

Relaciones Sociales:

En segundo lugar, el Área Social, incluye la evaluación de las relaciones sociales de los residentes, enfocada principalmente hacia la manera en que éstos establecen actualmente, vínculos con su red focal, dentro de la cual se incluye el cónyuge o pareja, hijos y, parientes cercanos y amigos. Involucra, además, la red abierta, que considera la participación de diversas organizaciones o grupos de la comunidad.

⌘ Cónyuge o Pareja :

<i>Relaciones de Parejas</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>
<i>Con cónyuges o parejas vivas</i>	19.30%	80.7%
<i>Con cónyuges o parejas vivas que comparten la misma residencia</i>	11.10%	---
<i>Con cónyuges o parejas vivas que no comparten la misma residencia</i>	8.2%	---
<i>Viudos</i>	45.2%	---
<i>Solteros</i>	32.3%	---
<i>Separados</i>	3.2%	--
<i>Tipo de Apoyo de los Residentes con Cónyuges Vivos</i>		
<i>Afectivo</i>	14.8%	
<i>Material</i>	---	---
<i>Económico</i>	---	---
<i>Afectivo y Económico</i>	---	---
<i>No Corresponde (residentes sin pareja o que no reciben visitas de las parejas)</i>	84.8%	
<i>No responde</i>	0.4%	
<i>Grado de Satisfacción de la Relación de los Residentes con Cónyuges Vivos</i>		
<i>Alto</i>	3.7%	
<i>Medio</i>	11.1%	
<i>Bajo</i>	--	---
<i>No Corresponde (residentes sin pareja o que no reciben visitas de las parejas)</i>	84.8%	
<i>No responde</i>	0.4%	
<i>Periodicidad de las Visitas de Cónyuges o Parejas que no Viven en la Residencia</i>		
<i>Diariamente</i>	11%	
<i>Semanal</i>	4.1%	
<i>Quincenal</i>	----	---
<i>Mensual</i>	----	---
<i>No la Visita</i>	4.1%	
<i>No corresponde (residentes sin parejas)</i>	80.7%	

Es importante considerar que, un alto porcentaje de los residentes, actualmente no tiene pareja (83%), ya sea porque es viudo (44%), soltero (33%) o separado (6%) y, sólo un 11%, aún la mantiene. Del porcentaje de residentes con parejas presentes, se distribuye equitativamente aquéllos con cónyuges que comparten la misma residencia y aquéllos que no.

En cuanto a la periodicidad de las visitas de los cónyuges, un 11,1% lo realiza semanalmente, porcentaje que coincide con la categoría de cónyuges que viven en la misma residencia, razón por la cual se ven todos los días. Las otras categorías (visitas semanales - no se visitan nunca), se distribuyen igualmente con 4,1%. El porcentaje restante, no corresponde, ya que estos residente no tienen pareja.

Respecto al grado de satisfacción de la relación que establecen actualmente con sus cónyuges o parejas, del porcentaje de residentes que mantienen contacto periódico, señalan mayoritariamente, una satisfacción media (11,1%) y, sólo un 3,7%, la valora de manera positiva. El porcentaje restante, no corresponde, porque no tiene pareja o los que aún tienen, no los visitan. El principal apoyo de los que mantienen contacto con sus parejas, es el afectivo.

Importante es considerar, el tipo de relación que se establece con las parejas en esta época de la vida, destacándose el elevado porcentaje de residentes solos, ya sea porque están viudos, nunca se casaron o se separaron. Del porcentaje de residentes con pareja, los niveles de relación bajan considerablemente, con una periodicidad mínima de visitas y otro porcentaje que no visita a sus parejas (a pesar que en los datos anteriores, se señale que un 11,1% se ve diariamente, pero esta situación se explica en razón que ambos residentes comparten la misma residencia).

Un aspecto que destaca, es el apoyo afectivo entre los cónyuges, siendo la única categoría que se menciona. Éste se centra en la compañía, amor y aceptación de la situación actual.

☞ Con los Hijos (N = 36):

Relaciones con los Hijos	Sí	No
Residentes que tienen Hijos	65.5%	34.5%
<i>Apoyo que le Otorgan</i>		
Afectivo	20.8%	
Material	--	--
Económico	12.5%	
Afectivo y Económico	12.5%	
No Responde	4.2%	
No Corresponde (no ve a los hijos o no tiene hijos)	50%	
<i>Grado de Satisfacción de la Relación</i>		
Alto	2.5%	
Medio	8.3%	
Bajo	--	--
No Responde	8.3%	
No Corresponde	50%	

<i>Periodicidad de las Visitas</i>		
Diarias	4.3%	--
Semanales	13%	--
Quincenales	8.7%	--
Mensuales	13.7%	--
A lo Lejos	8.7%	--
No lo/a Visita	4.3%	--
No Corresponde	47.8%	--

El 65,5% de los residentes tiene hijos, con un apoyo principalmente centrado en lo afectivo (20,8%). Respecto a la periodicidad de las visitas, las mensuales son levemente superiores (13,7%) a las semanales (13%).

En cuanto al grado de satisfacción de su relación actual, un 8,3% las categoriza como regular y la misma cifra, no responde la pregunta. Existe un porcentaje del 50% de residentes que no corresponde, en el cual se encuentran las personas que no tienen hijos o que teniéndolos, no existe una relación de cercanía entre ellos.

☞ Con Parientes Cercanos:

<i>Parientes Cercanos</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>
Residentes con Parientes Cercanos	62.1%	37,9%
<i>Qué Parientes Cercanos</i>		
Hermanos	29.4%	--
Sobrinos	10.3%	--
Nietos	10.3%	--
No Especifica	10.3%	--
Varios (madre, hermanas)	6.9%	--
No Corresponde	37.9%	--
<i>Tipo de Apoyo de los Residentes con Parientes</i>		
Afectivo	16.7%	--
Material	8.3%	--
Afectivo y Económico	16.7%	--
Económico	--	--
Ningún Apoyo	8.3%	--
No Corresponde	50%	--
<i>Grado de Satisfacción de la Relación</i>		
Alto	16.7%	--
Medio	29.2%	--
Bajo	4.2%	--
No Corresponde (no tiene parientes o no los visitan)	50%	--
<i>Periodicidad de las Visitas</i>		
Diarias	4.3%	--
Semanales	13%	--
Quincenales	8.7%	--
Mensuales	13.7%	--
A lo lejos	8.7%	--
No lo/a Visita	4.3%	--
No Corresponde	47.8%	--

En virtud de lo anterior, es posible afirmar que, la mayoría de los residentes, tiene parientes cercanos (62,1%), principalmente, hermanos; y, el tipo de apoyo que se establece, es afectivo y económico.

Respecto a la periodicidad de las visitas, éstas se realizan mayoritariamente de manera mensual (13,7%), destacándose aquellas de carácter discontinuo, lo que de acuerdo a las encargadas, es producto de un alejamiento que evoluciona progresivamente.

El grado de satisfacción de la relación que se establece, alcanza niveles medios.

☞ Con el Grupo de Pares:

<i>Relaciones con el Grupo de Pares:</i>		
	<i>Sí</i>	<i>No</i>
<i>Residentes con amigos en la residencia</i>	16%	84%
<i>Residentes con amigos fuera de la residencia</i>	20%	--
<i>Residentes que no tienen amigos</i>	64%	--
<i>Apoyo que le Otorgan</i>		
<i>Afectivo</i>	16%	--
<i>Material y Afectivo</i>	4%	--
<i>Económico</i>	--	--
<i>Ninguno</i>	8%	--
<i>No Corresponde</i>	72%	--
<i>Grado de Satisfacción de la Relación</i>		
<i>Alto</i>	16%	--
<i>Medio</i>	4%	--
<i>Bajo</i>	--	--
<i>No Responde</i>	8%	--
<i>No Corresponde</i>	72%	--
<i>Periodicidad de las Visitas</i>		
<i>Diarias</i>	16%	--
<i>Semanales</i>	4%	--
<i>Quincenales</i>	--	--
<i>Mensuales</i>	--	--
<i>A lo lejos</i>	8%	--
<i>No lo/a Visita</i>	8%	--
<i>No Corresponde</i>	64%	--

La mayoría de los residentes, señaló no tener amigos, dentro ni fuera de la residencia. Mientras que, sólo un 16%, considera amigos a los compañeros de residencia y, el porcentaje restante, señaló tener sólo conocidos. Un 20%, plantea tener amigos fuera de la residencia.

El apoyo que reciben, se centra principalmente en el afectivo, destacándose un porcentaje que no tiene ningún apoyo de sus amigos (8%).

El porcentaje que señaló ver a sus amigos diariamente (16%), se relaciona con los residentes que consideran a sus compañeros, como amigos. Los porcentajes restantes, se distribuyen entre visitas a lo lejos y sin visitas, ambos con un 8% cada una; y, visitas semanales, con un 4%. A pesar de lo anterior, el grado de satisfacción de los residentes que mantienen contacto con sus amigos, es alto.

2 Con la Red Abierta:

<i>Red Abierta</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>
<i>Participación en actividades de la comunidad</i>	--	100%

Respecto a la participación de los residentes en la red abierta, existe una nula incorporación a grupos o instituciones de la comunidad, con un 100% de residentes que no participan en éstos. Esto, debido a la salud fisiológica de los adultos mayores residentes, la cual les impide realizar actividades fuera del establecimiento, como asimismo, la falta de grupos funcionales o comunitarios que otorguen apoyo a éstos.

Considerando los resultados obtenidos, se puede afirmar que, existen características comunes en las relaciones sociales de los residentes, pues éstas se caracterizan principalmente, por escasos contactos con la red focal: cónyuges, hijos, parientes cercanos o amigos. La periodicidad de las visitas, es escasa en la mayoría de los casos y, en aquéllos donde se presentan contactos diarios, estos se relacionan directamente con que los residentes comparten la residencia, ya sea con su cónyuge o amigos.

Una situación particular, la constituye el apoyo que los residentes perciben de dichas relaciones, las que principalmente se centran en el afecto, comprensión y compañía de quienes los visitan, aunque éstas no presenten un patrón continuo y permanente. A pesar de ello, el grado de satisfacción de las relaciones, fluctúa entre las categorías de bueno y regular.

Importante es mencionar, el alto grado de satisfacción de los adultos mayores residentes, cuando existe un contacto más permanente con su red focal, con relaciones cercanas y comprometidas. Lo anterior, permite al residente, valorarse y no sentirse abandonado en un lugar ajeno y distinto al cual estaba acostumbrado. Reforzar los lazos afectivos, es una tarea fundamental y se convierte en una de las funciones primordiales de estos establecimientos, pero a la vez, una de las más difíciles de realizar, dada la lejanía y despreocupación de la mayoría de los familiares. Asimismo, potenciar la valoración del grupo de pares en que el adulto mayor está inserto, es un aspecto que favorece la integración de éstos, reforzando el sentido de pertenencia a un espacio común entre los mismos.

Los resultados obtenidos, dan cuenta de una realidad con escasos vínculos afectivos en las historias relacionales actuales de los residentes, pero a pesar de lo anterior, se visualiza la importancia de estos contactos, ya que como se menciona anteriormente, no están totalmente potenciados y, los residentes obtienen de ellos, altos grados de satisfacción y un fundamental apoyo afectivo.

Historia de Vida de los Residentes:

§ Tipo de Familia de Origen (N = 24):

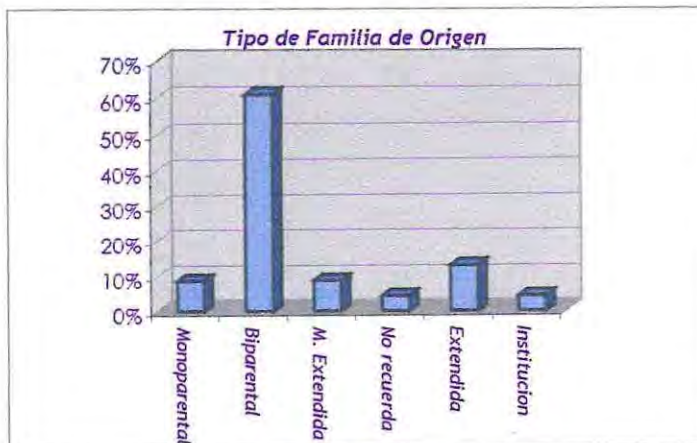


Gráfico Nº 19

La mayor parte de los residentes (60,9%), proviene de familias biparentales; mientras que un 13%, de familias extendidas (abuelos y otros familiares). Las demás categorías, se distribuyeron de manera similar. Un elemento

particular, lo constituye la categoría "Institución", que se relaciona con la infancia de un adulto mayor, vivida en un Hogar de Menores.

§ Comparación entre Zonas de Nacimiento, Infancia y Estudios (N= 24):

Respecto a las zonas de nacimiento, infancia y estudios de los residentes, existe un porcentaje mayoritario de adultos mayores (56,5%), que nacieron en la Zona Central (Valparaíso, Quillota, Petorca, San Felipe, Chincolco y la Isla de Juan Fernández), manteniéndose en ésta durante su infancia y, existiendo un aumento a un 66,7% de personas, al llegar la etapa de estudios.

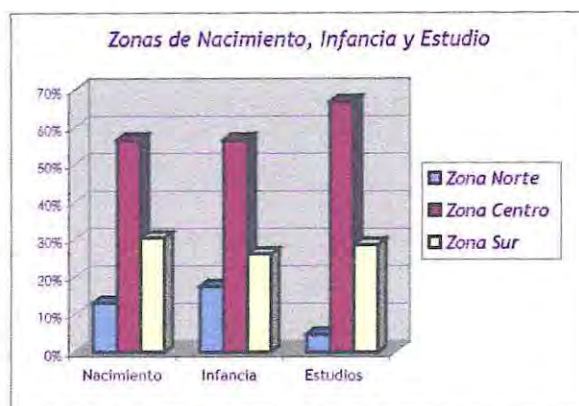


Gráfico Nº 20

Existe un porcentaje considerable de adultos mayores (30%) que, presentan como ciudades de origen, lugares del Sur de Chile (Concepción, Chillán y Valdivia). Esta situación, se mantiene sin cambios significativos durante las etapas investigadas. Sólo presenta una leve disminución de un 30% a un 26,1%, en la categoría " lugar donde vivió su infancia", elevándose levemente en la etapa de estudios, a un 28,6%.

En cuanto a la Zona Norte, existe un cambio considerable. Se presenta un 18% de residentes provenientes de este sector, de ciudades como Iquique y Antofagasta. Esta situación, disminuye levemente en la categoría infancia (17,4%) y, de manera considerable, durante la etapa de estudios, a un 4,8%, lo que demuestra el nivel de migración interna desde la zona norte a la zona central, situación que coincide en la mayoría de los casos con

las migraciones de las familias de origen de los adultos mayores para mejorar sus condiciones de trabajo y estabilidad laboral, asociándose este hecho, a la crisis económica de las salitreras del norte (1920).

☞ *Relaciones Durante el Matrimonio (N = 24):*

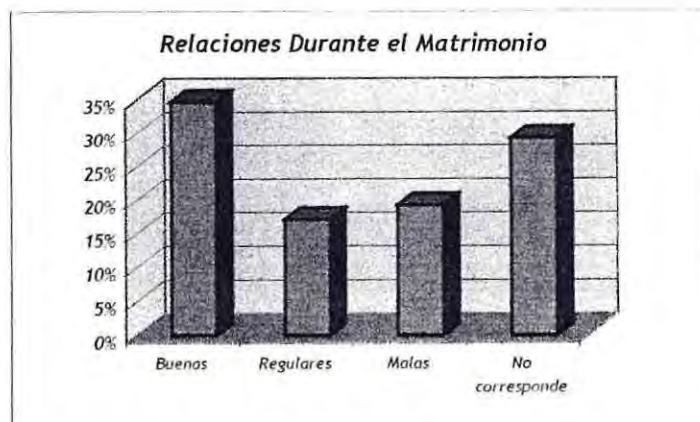


Gráfico N° 20

Considerando que, un 70,8% de los residentes, contrajeron matrimonio o tuvieron pareja y, respecto a la evaluación de la vinculación conyugal que establecieron, se puede señalar que, la mayoría (34,6%), considera haber tenido buenas relaciones, con parejas estables y un pasar tranquilo, económica y afectivamente. En tanto, un 17%, señaló haber tenido relaciones regulares y, un 19,2%, las cataloga como malas, con separaciones a los pocos años de matrimonial y, en algunos casos, presencia de Violencia Intrafamiliar.

El 29,2%, no contrajo matrimonio, por lo cual se categoriza como no corresponde.

☞ *Razón por la Cual Ingresa a la Residencia (N = 24):*

Respecto a las razones por las cuales los adultos mayores han ingresado a la residencia, se presentan tres categorías mayoritarias, las cuales corresponden a:

- ✓ Derivación del Hospital (21%).
- ✓ Enfermedad, pero no derivado del Hospital (21%).
- ✓ Decisión de familiares. (21%)

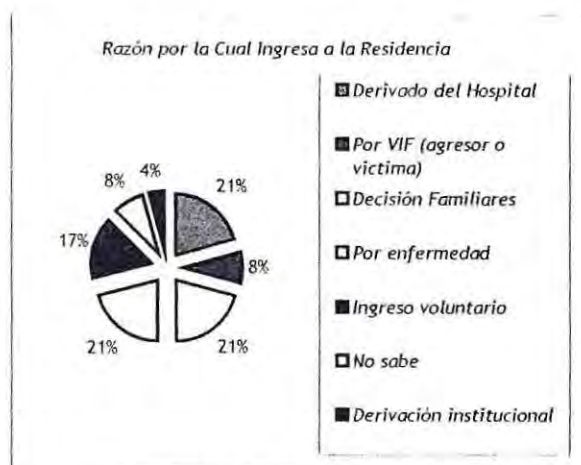


Gráfico N° 22

El siguiente porcentaje de importancia, lo presenta la categoría "ingreso voluntario" con un 17%, en el cual los adultos mayores, señalaron que, al quedarse solos en su domicilio, deciden voluntariamente ingresar a una residencia.

La Violencia Intrafamiliar, agrupa al 8% de los ingresos, el cual se distribuye de manera igualitaria entre víctimas y agresores. El otro 8%, señaló no saber o no recordar el motivo por el cual ingresó a la residencia; y, el porcentaje restante, corresponde a derivaciones institucionales.

b) Área Psicológica:

⌘ *Habilidades Sociales de los Residentes:*

El primer aspecto a considerar dentro de la caracterización psicológica de los adultos mayores residentes, es el relacionado con las capacidades cognitivas y destrezas conductuales, que éstos presentan. Estas habilidades sociales, fueron identificadas como:

- Capacidad de Adaptación.
- Asertividad.
- Capacidad de Escucha.
- Confianza.
- Empatía.
- Expresión de Sentimientos.

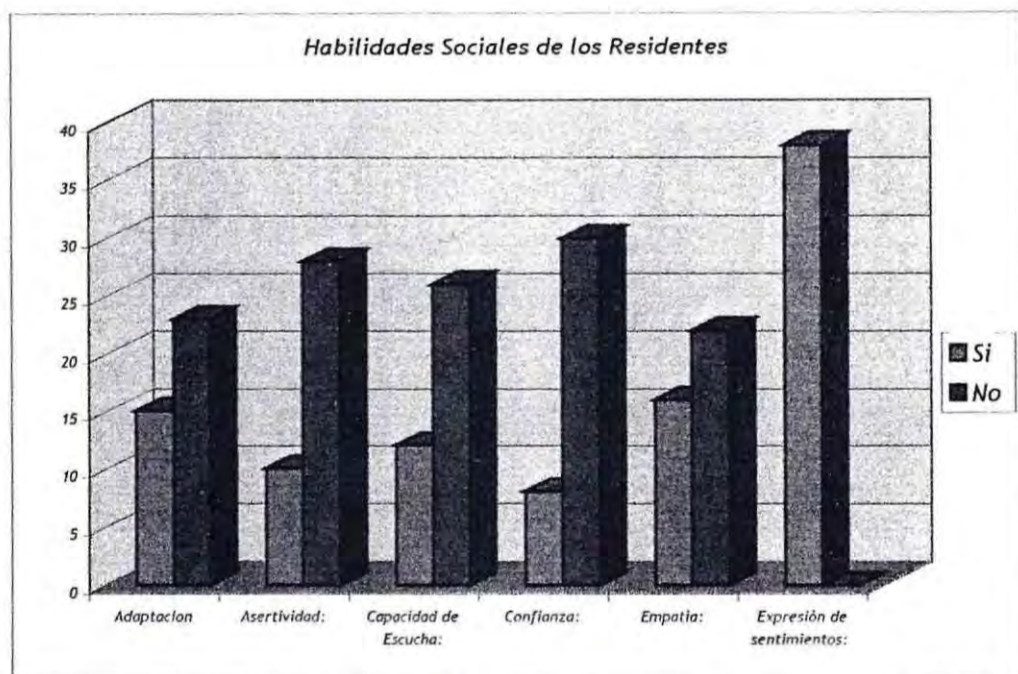


Gráfico N° 24

De acuerdo a los resultados expuestos en el Gráfico N° 24, es posible realizar las siguientes afirmaciones, considerando de manera específica cada una de las habilidades:

1. Respecto a la capacidad de adaptación a la residencia, sólo un 39,5% de los adultos mayores, han desarrollado este proceso adecuadamente, enfrentando en forma positiva los cambios vividos, tanto del entorno, como del propio desarrollo. Sin embargo, el

60,5% de ellos, presentan cierto grado de dificultad adaptativa al medio en que actualmente se desenvuelven.

2. En cuanto a la *Asertividad*, que se definió como la capacidad de los adultos mayores de expresar directamente lo que piensan y poner en evidencias las discrepancias, sólo 26,3%, presenta dicha habilidad, siendo la mayoría de ellos (73,7%), poco asertivos.

3. Puede afirmarse que, un 65,8% de los adultos mayores residentes, no presenta la capacidad de escuchar con interés a la persona que les comunica algo (esto, atribuido principalmente a la disminución de la sensibilidad acústica), contando con esta capacidad, sólo el 34,2% de ellos, con quienes se puede establecer un diálogo coherente, situado en el aquí y ahora, estableciéndose una comunicación directa y fluida entre ambas partes, captando los mensajes verbales y no verbales.

4. En cuanto a la *Confianza*, la mayoría de los adultos mayores, es decir, el 78,9%, no se siente seguro con las personas que lo rodean, encontrándose en sólo un 21,1%, esta habilidad.

5. Respecto a la *Empatía*, sólo un 44,7% de los adultos mayores, son capaces de comprender las opiniones, actitudes, roles y sentimientos de los demás y, un 55,3% no presentan esta capacidad.

6. El 100% de los adultos mayores residentes, son capaces de expresar sus sentimientos en forma adecuada, entendido esto, como la capacidad de responder al mundo de una manera abierta, honesta y espontánea, sin la presencia de elementos que obstaculicen la libre expresión emocional.

Puede afirmarse que, la mayor parte de los residentes, presenta un mínimo desarrollo o mantenimiento de habilidades sociales, las cuales se ven condicionadas a la persona con la que establece la relación y el grado de vinculación existente entre ellos. Así, por ejemplo, sus habilidades sociales son mayormente observadas por las encargadas que por personas ajenas.

El mínimo desarrollo o mantenimiento de las habilidades sociales, se refleja en la dificultad de adaptarse adecuadamente a su etapa de vida y a los cambios que ella ha ocasionado; no son asertivos, han perdido la capacidad de escucha, no confían en las demás personas de su entorno cercano y la capacidad empática, no está presente. En su mayoría, sólo conservan la capacidad para expresar sus sentimientos.

Lo anterior, se relaciona en gran medida, con la inexistencia de actividades que potencien el funcionamiento cognitivo y el nivel relacional de los adultos mayores residentes (ver caracterización administrativa), lo que va en desmedro del desarrollo y mantención de dichas habilidades.



§ Funcionamiento Psíquico:

El segundo aspecto a considerar en el área psicológica de los residentes, es el funcionamiento psíquico de éstos, el cual se midió, a través de la presencia o ausencia de algunas características de los adultos mayores. Estos aspectos, fueron definidos como:

- Irritabilidad.
- Llantos sin Razón.
- Desesperanza.
- Sentimientos de Fracaso.
- Sentimientos de Inutilidad.
- Sentimientos de Soledad.

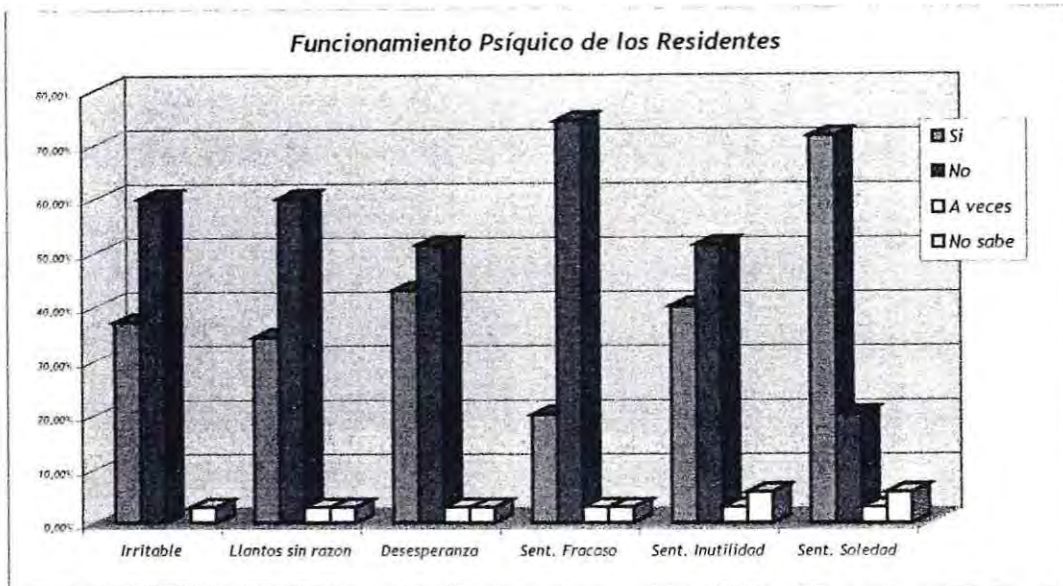


Gráfico N° 25

Considerando los datos presentados en el gráfico, se puede establecer que el funcionamiento psíquico de los residentes, se caracteriza, de acuerdo a cada uno de los aspectos considerados, por:

1. En relación a la irritabilidad, sólo un 37,1% de los residentes, se irrita con facilidad y sin motivo aparente, no encontrándose en un 60% de los residentes, dicha característica, frente a agresiones externas justificadas o injustificadas. Dentro de los adultos mayores, existe un 2,9% que se desconoce si presenta dicha característica, dado el reducido tiempo de permanencia en la residencia.
2. En relación a los llantos sin razón, sólo un 43,3%, presentan esta reacción, siendo sensibles ante factores inespecíficos. En tanto, el 60% no presenta llantos sin motivo aparente de manera reiterativa y sin causales determinantes. En cuanto al porcentaje restante (2,9%), éste presenta esta característica de forma esporádica y, en un porcentaje similar, se desconoce la situación, producto del reducido tiempo de permanencia en la residencia.

3. En cuanto al *sentimiento de desesperanza*, un 42,9%, presenta dicha característica, con expectativas negativas o pesimistas frente a su futuro. El 51,4%, no presenta dichos elementos en su conducta cotidiana. Del porcentaje restante, un 2,9%, sólo a veces presenta sentimientos de desesperanza; y, del mismo porcentaje, no se sabe, por el poco tiempo de permanencia en la residencia, al momento de aplicar el instrumento.

4. Respecto a los *sentimientos de fracaso*, en sólo un 20%, se observa esta condición con sentimientos negativos ante la visualización de su pasado y de la valoración de los logros en su vida. En tanto, el 74,3%, no presenta dichas reacciones, evaluando de manera positiva o al menos satisfactoria, el transcurso de su vida. Del 5,8% restante, un 2,9%, sólo a veces plantea el sentimiento de fracaso y, del porcentaje restante, se desconoce la información, debido al poco tiempo de permanencia en la residencia.

5. El *sentimiento de inutilidad* en los residentes, se presenta en un 40% de ellos, en quienes se visualizan reacciones y sentimientos negativos hacia su capacidad de realizar actividades propias de ayuda a terceros. Un 51,4%, se siente aún capaz de ayudar a otros y de realizar distintas actividades. Sólo en un 2,9%, se visualiza a veces tal sentimiento, desconociéndose la información, en un 5,7%.

6. El *sentimiento de soledad* en los residentes, se presenta en un porcentaje mayor que todas las otras características, con un 71% que expresa sentimientos de soledad la mayor parte del tiempo. Sólo un 20% no presenta dicho sentimiento, un 2,9% sólo a veces y en un 5,7%, no se sabe.

Considerando todos los elementos entregados, se puede establecer que el funcionamiento psíquico de los residentes, se caracteriza por tener presente una mayor prevalencia de aspectos positivos, destacándose un alto porcentaje de residentes que no se irritan con facilidad y que no presentan llantos sin razón ni sentimientos de fracaso. En cambio, existe un porcentaje considerable, que tienen sentimientos de desesperanza, de inutilidad y de soledad.

El sentimiento de desesperanza hacia el futuro, a pesar de no tener un porcentaje significativamente mayor, presenta una diferencia mínima entre la existencia o inexistencia de éste. De esta misma forma, los sentimientos de inutilidad, no presentan una diferencia significativa entre la presencia o ausencia de éstos.

La situación que más difiere de la media del funcionamiento psíquico de los residentes, es la relacionada con los sentimientos de soledad, en donde existe una alta prevalencia de adultos mayores con dicha característica. La mayor parte de los ellos, proyecta estos sentimientos, producto al desarraigo de sus familias de origen y de sus amistades. Los niveles de comunicación entre los residentes, no se potencian en las residencias, existiendo pocos espacios de interacción entre éstos, sumado a la discontinuidad de las visitas de sus familiares, lo que potencia aún más este sentimiento.

Estructura Administrativa:

Para realizar la caracterización de los antecedentes administrativos de los E.L.E., éstos se dividieron en tres áreas, cada una con sus respectivas dimensiones e indicadores:

a) Estructura Organizacional:

Aspectos administrativos, contables y relativos a la distribución de las funciones del personal, que establecen el ordenamiento institucional.

b) Estructura Física:

Aquellos aspectos relacionados con la infraestructura y equipamiento de las residencias.

c) Estructura Funcional:

Aquellos aspectos relativos a la prestación de servicios en los E.L.E. y a la calidad de éstos.

De acuerdo a lo anterior y, considerando los resultados obtenidos a través de las entrevistas estructuradas aplicadas a las encargadas de los E.L.E., fue posible constatar lo señalado en el marco de referencia, esto es, la Estructura Administrativa de las Residencias, se caracteriza por presentar una estructura simple, disponiendo de un reducido número de trabajadores, división poco estricta del trabajo y una pequeña jerarquía directiva. No presentan un comportamiento formalizado, haciendo uso mínimo de la planificación y preparación de las actividades. No se utiliza un dispositivo estructural formal y minimiza la dependencia de especialistas en el área, los que se incorporan sólo cuando surge la necesidad, sin quedar incorporados a la estructura administrativa.

De acuerdo a todos los antecedentes recopilados en relación con cada una de las áreas de los Antecedentes Administrativos, se puede señalar lo siguiente:

a) *Estructura Organizacional:*

Para el presente estudio, la caracterización de la estructura organizacional de los E.L.E., fue dividida en tres áreas, que corresponden a:

- Aspectos Administrativos.
- Aspectos Contables.
- Distribución de las Funciones al Interior de la Residencia.

Aspectos Administrativos:

⌘ *Protocolos y Sistemas de Registro:*

<i>Existencia de Protocolos</i>	<i>Orientados al Residente</i>	<i>Orientados a los Familiares</i>	<i>Orientados al Personal</i>	<i>Orientados a las Redes Abiertas</i>
Sí	3	3	3	0
No	--	---	---	3
<i>Existencia de Sistema de Registro</i>	<i>Orientados al Residente</i>	<i>Orientados a los Familiares</i>	<i>Orientados al Personal</i>	<i>Orientados a las Redes Abiertas</i>
Sí	1	1	0	0
No	2	2	3	3

Respecto a los Aspectos Administrativos, se puede señalar que los tres E.L.E., poseen Protocolos. Sin embargo, las encargadas de las residencias, no conocen dicho concepto, por lo que ante la pregunta, señalaron no poseerlos; pero considerando que los Protocolos, son los procedimientos de las instituciones ante algunas situaciones específicas, puede afirmarse que las tres residencias cuentan con dichos elementos, pero sin sistematización, los que se relacionan, por ejemplo, con cómo realizar el ingreso de un residente, qué hacer frente a un incendio o ante la caída de un residente. El punto es que, las cuidadoras tienen claros los procedimientos, pero no el nombre técnico de los mismos, es decir, no están concientes que tienen un Protocolo de Ingreso, un Protocolo de Emergencia, un Protocolo de Caídas u otros. Además, los Sistemas de Registro que debieran acompañar a cada uno de los protocolos, son casi inexistentes. Sólo una de las residencias cuenta con un sistema de registro básico (cuaderno), que no incorpora todos los elementos necesarios. Finalmente, cabe destacar que las encargadas, no reconocen la importancia que tienen los sistemas de registro, tanto para el resguardo de los residentes, como de ellas mismas.

Esta información concuerda plenamente con lo planteado desde la teoría, en donde se plantea la estructura simple de este tipo de residencia, con un desconocimiento de estos instrumentos, que asumen gran importancia, como mecanismos de respaldo mutuo, entre residentes y familiares, además de constituirse en un medio a través del cual se mantiene ordenada la gran cantidad de información que manejan de los residentes.

⌘ Red de Mantenimiento:

<i>Aportes</i>	<i>Aportes del Residente</i>	<i>Aportes de los Familiares</i>	<i>Aportes de Otras Instituciones</i>
<i>Sí</i>	<i>3</i>	<i>3</i>	<i>2</i>
<i>No</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>1</i>

⌘ Tipo de Aportes:

<i>Aportes del Residente</i>	<i>Aportes de los Familiares</i>	<i>Aportes de Otras Instituciones</i>
<i>Financieros (Pensiones entre \$35.000 y \$80.000)</i>	<i>Financieros (Complemento de las Mensualidades)</i>	<i>Materiales (Remedios)</i>

La Red de Mantenimiento de los E.L.E., se basa en tres aportes principales:

- ✓ *Aporte económico de los residentes, que fluctúa entre \$35.000 y \$100.000, proviniendo estos montos de sus pensiones. Cabe señalar que, la diferencia entre el pago de un residente y otro, no presenta criterios predeterminados, quedando a la voluntad de la encargada, el monto exigido en cada caso particular. Sólo en uno de los E.L.E., el pago de la mensualidad, es en promedio menor que en los otros dos, siendo éste uno de los únicos establecimientos en donde se reciben adultos mayores con PASIS.*
- ✓ *Cuando las pensiones se encuentran por debajo del pago mensual mínimo que exigen las residencias, son los familiares de los residentes los que complementan este monto. Además, los familiares deben aportar los útiles personales del residente y, en los casos que corresponda, los pañales.*
- ✓ *Otro aporte al mantenimiento de los E.L.E., en el caso específico de una de las residencias que, es además colocación extrahospitalaria, lo constituye el establecimiento de salud que le deriva adultos mayores. En su caso particular, es el hospital el que paga diariamente la estadía del paciente, cuyo monto es cubierto en primer lugar, con su pensión de vejez y, en caso que ésta sea menor que el monto cancelado por concepto de colocación, el establecimiento de salud, cubre dicho déficit.*
- ✓ *De las tres residencias, sólo dos señalan recibir aportes institucionales materiales, los que corresponden principalmente, a medicamentos otorgados por los centros de salud.*

§ Aspectos Administrativos Formales:

<i>Sí/No</i>	<i>Libro Foliado para Familiares</i>	<i>Convenio de Estadía</i>	<i>Criterio de Distribución de Funciones</i>
<i>Sí</i>	0	0	0
<i>No</i>	3	3	3

En lo que se refiere a los Aspectos Administrativos Formales, se puede señalar que, las tres residencias, carecen de Libro Foliado para uso de los familiares y residentes, en caso de reclamos, sugerencias y/o felicitaciones. Tampoco realizan un convenio de estadía formal y escrito con los familiares de los residentes; y, no existe un criterio de distribución de las funciones que se realizan al interior de la residencia.

§ Personal:

<i>Contrato de Trabajo</i>	<i>Jornada de Trabajo</i>	<i>Ingreso</i>	<i>Existencia de Turnos de Trabajo</i>
<i>No</i>	<i>Jornada Completa (9^{oo} a 18^{oo})</i>	<i>Menor del Sueldo Mínimo</i>	<i>No</i>

El Personal de Trato Directo, no cuenta con contrato de trabajo formal, lo que limita la imposición de cotizaciones; su jornada laboral se distribuye en 8 horas diarias, con 1 hora de colación, no existiendo turnos de trabajo; y, su sueldo promedio, es de \$90.000.

Aspectos Contables:

En lo que se refiere a los Aspectos Contables al interior de las residencias, éstos se caracterizan por ser de tipo informal, con gran cantidad de falencias y desconocimientos en dicha área. De los E.L.E. estudiados, sólo uno recibe apoyo contable externo, desligándose totalmente la cuidadora de dichos trámites, desconociendo incluso bajo qué código de actividad tributa. En cuanto a las otras dos residencias, éstas no han realizado iniciación de actividades y, por ende, no tienen código de actividad ni cancelan impuestos. Tampoco llevan un registro contable.

<i>Sí/No</i>	<i>Libro y/o Registro de Contabilidad</i>	<i>Iniciación de Actividades</i>	<i>Código de Actividad</i>	<i>Asesoría Contable</i>
<i>Sí</i>	1	1	0	1
<i>No</i>	2	2	2	2
<i>No sabe</i>	0	0	1	0

Funciones:

Las funciones dentro de las residencias, se pueden clasificar en:

- Funciones Directivas.
- Funciones de Trato Directo con los Residentes.
- Funciones Domésticas.

§ Funciones Directivas:

<i>Funciones Directivas</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>Quién</i>	<i>Qué</i>
<i>Determina Objetivos Institucionales</i>	3	0	<i>Hospital Van Büren (1) Encargadas (2)</i>	<i>"Cuidado Integral de los A.M."</i>
<i>Coordina Actividades</i>	3	0	<i>Encargada</i>	<i>Todas las Actividades</i>
<i>Dirige</i>	3	0	<i>Encargada</i>	<i>La Residencia</i>
<i>Evalúa</i>	3	0	<i>Encargada</i>	<i>Evolución Residentes</i>
<i>Organiza y Distribuye Recursos</i>	3	0	<i>Encargada</i>	---

Respecto a la *Función Directiva*, se puede señalar que, todas las actividades que ésta incorpora, son realizadas en las residencias. La mayor parte de dichas funciones, son llevadas a cabo por las encargadas o dueñas de los establecimientos, destacándose las funciones de coordinación, dirección, evaluación, organización y distribución de recursos. Sólo en la categoría relacionada con la determinación de los objetivos institucionales, es donde se encuentra la injerencia directa del Hospital Van Büren en la residencia que tiene categoría de colocación extrahospitalaria. Dentro de esta misma función, el objetivo de las residencias es similar, señalando todas como base de su quehacer, el cuidado integral del adulto mayor.

§ Funciones de Trato Directo con los Residentes:

<i>Funciones de Trato Directo</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>Quién</i>
<i>Higiene y Aseo Personal de los Residentes</i>	3	0	<i>Auxiliar</i>
<i>Nutrición</i>	3	0	<i>Encargada y Auxiliar</i>
<i>Cuidados Médicos</i>	3	0	<i>Encargada</i>
<i>Recreación de los Residentes</i>	2	1	<i>Encargada y Auxiliar</i>

En lo referido a las *Funciones de Trato Directo con los residentes*, todas las especificadas en dicha categoría, son llevadas a cabo en las residencias. La mayoría de las funciones, son compartidas por las encargadas y las auxiliares, salvo una función: cuidados médicos, la cual es llevada a cabo principalmente por las encargadas, dada su especialización o cursos realizados para desarrollar dicha función.

§ Funciones Domésticas:

Funciones Domésticas	Sí	No	Quién
Aseo y Ornato de la Residencia	3	0	Auxiliar
Recolección, Lavado y Planchado de la Ropa de los Residentes	3	0	Cuidadora y Auxiliar
Adquisición de Alimentos y Útiles de Aseo	3	0	Cuidadora

Las **Funciones Domésticas**, que fueron definidas como aseo y ornato de la residencia; recolección, lavado y planchado de la ropa de los residentes; y, adquisición de alimentos y útiles de aseo, son cumplidas a cabalidad en las residencias. Dichas funciones, son llevadas a cabo, principalmente, por las auxiliares, pero con apoyo y supervisión directa de las encargadas.

b) Estructura Física:

La caracterización de la Estructura Física de las Residencias, se dividió en dos áreas, que corresponden a:

- **Infraestructura:** entendida como el conjunto de elementos o servicios que se consideran necesarios para el funcionamiento de una organización.
- **Equipamiento:** entendida como aquellos elementos necesarios con los que se provee una residencia para su uso específico con adultos mayores.

Además, se consideran en esta caracterización, todos los elementos que establece el reglamento del Servicio de Salud (D.L. N° 2601 de 1996), que rige el funcionamiento de los Establecimientos de Larga Estadía.

Infraestructura:

§ De Servicios Higiénicos:

Posee	Sí	No
Baños	3	0
Tinas	3	0
WC	3	0
Duchas	3	0
Agua Caliente	3	0
Agua Fría	3	0

Respecto a la **Infraestructura de los Servicios Higiénicos**, se puede señalar que las tres residencias, cuentan con los elementos básicos para su funcionamiento. Todos cuentan con baños, tinas y WC. En lo que se refiere al tipo de agua, las tres poseen agua fría y caliente.

☞ *De la Cocina:*

<i>Posee</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>
<i>Conexión a gas</i>	3	0
<i>Ventilación</i>	3	0

Las tres residencias, poseen conexión a gas. Dos de las tres, cuentan con conexión a gas licuado y, sólo una, a gas de cañería. En cuanto a la ventilación, las tres poseen ventilación natural y sólo dos residencias, cuentan con campana.

☞ *Para Útiles de Aseo y Ornato:*

<i>Posee</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>
<i>Lugar donde se guarda la ropa sucia</i>	3	0
<i>Lugar donde se guardan los útiles de aseo</i>	3	0
<i>Lugar donde se lava la ropa</i>	3	0
<i>Lugar donde se seca la ropa</i>	3	0
<i>Lugar donde se plancha la ropa</i>	3	0
<i>Lugar donde se almacenan los alimentos</i>	3	0

En cuanto al equipamiento para el aseo y ornato de la residencia, aunque se señala que las tres poseen lugares donde guardar distintos implementos para este fin, es importante señalar que existe una carencia de espacios físicos, por lo que adecuan o adaptan algunos espacios. Así, se puede señalar que:

- En cuanto al lugar donde se guarda la ropa sucia, sólo 1/3 residencias, cuenta con un cuarto específico para este fin. Las otras dos, utilizan una pieza destinada a uso de los residentes o el baño de los mismos.
- En cuanto al lugar donde se guardan los útiles de aseo, una residencia lo hace en el estante de la cocina, la otra en el baño y sólo una posee un cuarto específico para ello.
- En cuanto al lugar donde se lava la ropa, sólo 1/3 residencias posee un cuarto específico para ello y las otras dos, ubican la lavadora en un cuarto destinado al uso de los residentes y/o en el baño de los mismos.
- En cuanto al lugar de secado de la ropa, 2/3 residencias, utiliza el patio para este fin, con apoyo del centrifugado; y, una de las residencias, al no poseer patio, realiza el secado de la ropa en los pasillos de la residencia.
- En cuanto al lugar donde se plancha la ropa, sólo 1/3 residencias posee un lugar específico para este fin. Las otras dos, utilizan el baño o el dormitorio de los residentes.

Por todo lo anterior, cabe señalar que la infraestructura de las residencias, es inadecuada para los fines que persiguen, siendo adaptadas para lograr en parte sus objetivos.

Equipamiento:A *General:*

<i>Posee</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>
Timbre de tipo continuo por cama	0	3
Sala de recepción	2	1
Sala de estar para el 100% de los residentes	2	1
TV a disposición de los residentes	2	1
Equipo de Música a disposición de los residentes	2	1
Iluminación Natural	3	0
Juegos de Salón	1	2
Revistas, Libros	2	1
Espacios exteriores de recreación	1	2
Comedor para el 50% de los residentes	2	1
Guardarropa por residente	0	3
Velador por cama	3	0

En cuanto al equipamiento general de las residencias, se puede señalar que:

- Sólo 2/3 residencias, poseen sala de recepción adecuada, sala de estar para el 100% de los residentes, televisión y equipo de música de la propiedad de la residencia a disposición de éstos, como asimismo, comedor para el 50% de sus usuarios y, revistas y libros a disposición de estos.
- La residencia que no posee TV y equipo de música, suple esta falencia con los que los residentes llevan consigo al momento de su ingreso.
- En cuanto a los juegos de salón, sólo una residencia cuenta con juegos propios a disposición de los residentes, mientras que en las otras, los juegos son propiedad de los propios adultos mayores.
- Sólo 2/3 residencias, cuentan con espacios exteriores para afectos recreacionales; estando una de ellas, ubicada en una vivienda de dos pisos, no poseyendo, por lo tanto, con patio o espacios exteriores.
- Las tres residencias cuentan con iluminación natural, aunque dos de ellas, por su ubicación, poseen una mayor iluminación, especialmente en los espacios compartidos.
- Ninguna de las residencias posee timbre de tipo continuo por cama, ni ropero por residente. Sólo cuentan con guardarropa compartido.

B *Médico:*

<i>Posee</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>
Historia Clínica por residente	2	1
Termómetro	3	0
Toma Presión	2	1
Catres clínicos	2	1
Esfigmomanómetro	0	3
Estetoscopio	0	3

En cuanto a este tipo de equipamiento, las tres residencias cuentan solamente con uno de los elementos básicos: termómetro. En cuanto al toma presión, sólo está presente en 2/3 residencias y lo mismo sucede con los catres clínicos, los cuales se encuentran en irregular estado de mantención, dada la antigüedad de éstos. Se presenta, por lo tanto, una incompleta y deficiente implementación de los equipamientos médicos necesarios.

En cuanto a las historias clínicas de los residentes, ninguna de las tres residencias posee todos los antecedentes que se requieren. Sólo cuentan con algunos datos aislados, como recetas y diagnósticos actuales.

Respecto a los implementos de apoyo para residentes con limitaciones en la movilidad, no cuentan con elementos propios y, los que existen, son de propiedad de los residentes con dichos problemas.

§ De la Cocina:

Posee	Sí	No
Suelos y Paredes Lavables	3	0
Refrigerador	3	0
Vajilla	3	0
Lavadora	3	0

Las cocinas de las residencias estudiadas, cuentan con los elementos básicos en sus cocinas, como por ejemplo, refrigeradores y vajilla suficiente para la totalidad de los residentes.

§ De los Servicios Higiénicos:

Posee	Sí	No
Entrada Apta para Silla de Ruedas	2	1
Suelo Antideslizante	0	3
Timbre	0	3
Espacio para poner Silla en las Duchas	3	0

En cuanto al equipamiento de los servicios higiénicos, ninguna de las tres residencias cuenta con los implementos básicos requeridos por el reglamento, tales como agarraderas de apoyo, timbre de tipo continuo y suelo antideslizante. Sólo cuentan con el espacio para poner una silla o un banco en las duchas para poder bañar a los residentes.

Por otro lado, sólo dos residencias cuentan con entrada apta para la silla de ruedas, situación que no está planificada de manera conciente, sino que por situaciones estructurales de la misma casa en donde se ubican las residencias.

Realizando un análisis comparativo, entre las exigencias del reglamento y la infraestructura y equipamiento de las residencias, se puede señalar, que éstas carecen de los requerimientos mínimos. No cuentan con la infraestructura adecuada para su funcionamiento, siendo las residencias adaptadas para cumplir las funciones por las cuales

fueron creadas, pero sin los implementos que resguardan la integridad física de los adultos mayores.

El equipamiento médico es deficiente, careciendo de los elementos básicos exigidos, la misma situación se repite en cuanto al servicio higiénico y a la alimentación.

c) *Estructura Funcional:*

La Estructura Funcional de las residencias, fue definida como la prestación de servicios que debiesen otorgar dichos establecimientos. Así, fueron definidas 5 categorías de funciones:

- Función Hospedaje.
- Función Asistencial.
- Función Preservación de la Inserción o Reinserción.
- Función de Realización.
- Función de Apoyo a la Muerte.

Prestación de Servicios:

⌘ *Función Hospedaje:*

<i>Función Hospedaje</i>	<i>Actividades</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>
<i>Servicios</i>			
<i>Vivienda</i>		3	0
<i>Alimentación</i>	<i>Menús adaptados de acuerdo a ciertos requerimientos</i>	0	3
	<i>Menús variados durante la semana</i>	3	0
	<i>Persona encargada de supervisar alimentación</i>	0	3
	<i>Turnos para comer según grados de validez</i>	0	3
	<i>Suficiente tiempo para comer</i>	3	0
	<i>Registro diario ingesta de alimentos de los residentes</i>	0	3
<i>Territorio (Identidad)</i>	<i>Equipamiento para pertenencias personales residentes</i>	3	0
	<i>Separación entre los cuartos ocupados por más de un residente</i>	0	3

En cuanto a la primera función, relativa a Hospedaje, es llevada a cabo, principalmente, a través de la prestación del servicio de vivienda. En este sentido, las residencias se encuentran situadas en la parte alta de la comuna, lo cual implica que se encuentren en calles con pendientes, dificultando el acceso a pié o en medio de transporte. Además, no cuentan con vías de escape expeditas en caso de emergencia o siniestro. Todo lo anterior, dificulta la posibilidad de mantener contacto con la red focal y la comunidad.

En lo referido al servicio de alimentación, este se centra en el alimento en sí, dejando de lado los registros de ingesta de alimentos, los turnos para comer de acuerdo a los grados de validez y los menús adaptados de acuerdo a ciertos requerimientos médicos. En este sentido, 2/3 residencias, han recibido las recomendaciones generales de la forma en que se deben alimentar algunos adultos mayores con enfermedades crónicas, tales como diabetes e hipertensión arterial, pero por limitaciones económicas, no las ponen en práctica. Además, de acuerdo a la opinión profesional de una especialista en el área, la alimentación brindada a los residentes, carece de los nutrientes diarios y necesarios para enfrentar adecuadamente esta etapa de vida, viéndose expuestos a largos periodos de ayuno, al considerar que la última comida del día, se sirve a las 17:00 hrs., hasta las 9:00 hrs. del día siguiente.

En lo que se refiere al servicio de identidad, éste se intenta llevar a cabo, otorgando un espacio determinado para que los residentes puedan tener las pertenencias personales. Sin embargo, en los cuartos con más de una cama, no existe separación con biombos, lo que dificulta la intimidad de los adultos mayores.

⌘ *Función Asistencial:*

<i>Función Asistencial</i>	<i>Actividades</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>
<i>Servicios</i>			
Atención de la Salud Física	<i>Cuidados médicos al interior de la residencia (por la encargada)</i>	3	0
	<i>Atención médica especializada (médicos, enfermeras)</i>	3	0
	<i>Coordinación con establecimientos de salud primaria y/o secundaria</i>	3	0
Atención del Funcionamiento Cognitivo	<i>Actividades que potencien la memoria</i>	0	3
	<i>Actividades que potencien el aprendizaje</i>		
Atención del Funcionamiento Afectivo	<i>Atención especializada a problemas afectivos</i>	0	3
Atención del Funcionamiento Social	<i>Participación de personas y/o instituciones de la comunidad en la residencia</i>	2	1
	<i>Fomento de la participación de familiares</i>	1	2
Atención de la Preservación de la Propia Imagen	<i>Vestuario de acuerdo a la estación del año</i>	3	0
	<i>Se equipa con vestuario o calzado a los residentes que los carecen</i>	1	2
	<i>La ropa de los residentes se lava y se plancha</i>	3	0
	<i>Higiene personal</i>	3	0
	<i>Se realiza a los residentes corte de pelo, corte de uñas y depilación/corte de barba</i>	3	0

La Función Asistencial, es dividida en cinco áreas específicas, relativas a la salud integral del residente.

Respecto a la atención de la salud física y, específicamente, en cuanto a los cuidados médicos otorgados por las encargadas al interior de las residencias, éstos son

llevados a cabo en la totalidad de los establecimientos, ya que las tres encargadas manejan conceptos básicos de primeros auxilios, estando preparadas para tomar la temperatura, la presión, curar heridas e inyectar. Incluso, 2/3 han asistido a capacitaciones del Servicio de Salud, en temas relacionados con el área sanitaria. De lo anterior, se infiere que, entre éstas y los centros de salud respectivos (Consultorio Plaza Justicia - Consultorio del Adulto - Hospital Van Büren), existe coordinación directa. Sin embargo, una de las encargadas, no ha participado en ninguna capacitación y no lleva a todos sus adultos mayores residentes a controles de salud, existiendo una coordinación deficitaria entre su establecimiento y los centros de salud correspondientes, ya que sólo es considerada por recibir adultos mayores con PASIS.

En cuanto a la atención del funcionamiento social, referida específicamente a la participación de personas y/o instituciones de la comunidad en la residencia, se puede señalar que en 2/3 existe esta participación, principalmente de la Cruz Roja y de personas pertenecientes a alguna Iglesia, por lo cual se considera deficitario este ámbito; al igual que en lo referido al fomento de la participación de familiares, pues en sólo 1/3 residencias, se realizan actividades tendientes al logro de este objetivo.

La atención del funcionamiento cognitivo, no se lleva a cabo en ninguna de las tres residencias, principalmente por falta de personal especializado en esta área. Sin embargo, una de las encargadas, realiza algunas actividades sencillas, como por ejemplo, juego de naipes y dominó que, de alguna forma, ayudan a potenciar esta área.

La atención al funcionamiento afectivo, no se realiza en ninguna de las tres residencias con apoyo profesional, debido a que no se prioriza producto de la escasez de recurso para tal efecto.

En cuanto a la atención y preservación de la propia imagen, las residencias cumplen de la siguiente manera las actividades: visten a los residentes con ropa adecuada de acuerdo a la estación del año, otorgan calzado y vestimenta a los residentes que carecen de ella (en el cuadro se señala que 2 residencias no lo hacen, pero la respuesta se basa en que no hay ningún residente que hasta el momento presente dicha característica); se lava la ropa de los Adultos Mayores, pero no se plancha; se les realiza su higiene personal una vez por semana, argumentando que se debe a la estación del año en curso (invierno); y, se realiza corte de pelo, corte de uñas y depilación/ corte de barba, pero no por parte de un especialista en el área, sino que por el personal auxiliar.

§ Función Preservación de la Inserción o Reinserción:

<i>Función Preservación de la Inserción o Reinserción</i>	<i>Actividades</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>
Relacional	<i>Intervenciones para mantener el contacto con los familiares</i>	2	1
	<i>Participación de los residentes (los que están en condiciones de hacerlo) en actividades de la comunidad</i>	0	3
	<i>Fomento de nuevas relaciones con el grupo de pares</i>	0	3
Ocupacional	<i>Se fomenta el desarrollo de nuevas o antiguas aficiones</i>	0	3
Con la Comunidad	<i>Participación en grupos fuera de la residencia</i>	0	3

Esta función, tiene tres servicios a cumplir, con sus respectivas actividades. En lo que se refiere al primer servicio, relacionado con el área relacional, la única actividad que se realiza en 2/3 residencias, es la intervención para mantener el contacto con familiares. Sin embargo, esto se reduce sólo al contacto telefónico, con una finalidad más bien informativa de la situación de los residentes, cumpliendo además una finalidad funcional (cobro de mensualidades, solicitud de medicamentos o pañales, aviso ante un accidente o enfermedad). Las otras actividades, como la participación de los residentes en actividades de la comunidad o el fomento de las relaciones con el grupo de pares, no son llevadas a cabo por desconocimiento de la importancia de realizarlas.

En la misma tónica que lo anterior, en los otros dos servicios relacionados con el área ocupacional y con la comunidad, no se realizan actividades que los potencien.

§ Función de Realización:

<i>Función Realización</i>	<i>Actividades</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>
Aptitudes y Potencialidades	<i>Actividades que potencien el desarrollo físico</i>	0	3
	<i>Actividades recreativas</i>	0	3
	<i>Actividades de convivencia</i>	1	2
	<i>Valoración de las diferencias culturales</i>	0	3
	<i>Dinámicas Ocupacionales</i>	0	3
Libidinales y de gozo	<i>Actividades de ocupación del tiempo libre</i>	0	3
	<i>Actividades de tratamiento de la vida sexual de los residentes</i>	0	3
Religiosas	<i>Actividades religiosas</i>	0	3

La **Función de Realización**, presenta tres servicios importantes. En el primero de ellos, relacionado con las **aptitudes y potencialidades del Adulto Mayor**, se pueden realizar actividades, tales como: de desarrollo físico, actividades recreativas, dinámicas ocupacionales, valoración de las diferencias culturales y actividades de convivencia. Respecto a las cuatro primeras, las residencias en estudio, no consideran su realización; y, respecto a la última, sólo 1/3 realiza este tipo de actividades, consistente en la celebración de los cumpleaños de sus residentes.

El servicio denominado **libidinales y de gozo**, relacionado con algunas actividades, tales como: ocupación del tiempo libre y tratamiento de la vida sexual de los residentes, no se lleva a cabo, debido a que las encargadas no le dan la importancia que estas actividades se merecen, planteando que este es un tema que a los adultos mayores ya no les interesa.

El servicio **religioso**, es otorgado en las tres residencias, no siendo enfocado desde una religión específica, sino más bien, como apoyo espiritual general, entregado por personas de diferentes credos que se han acercado espontáneamente a los establecimientos. Sin embargo, este apoyo no permanece continuo en el tiempo, si no que adopta características circunstanciales y esporádicas.

La no prestación de muchas de las actividades originadas a partir de los servicios mencionados, obedece principalmente a la falta de recursos profesionales y económicos y, al desconocimiento de la amplitud de las funciones que las residencias debiesen cumplir.

§ **Función Apoyo a la Muerte:**

<i>Función Apoyo Muerte</i>	<i>Actividades</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>
Tratamiento de la Agonía	Apoyo en el proceso de enfrentamiento de la muerte	3	0
Rituales	Claridad en los rituales que le acomodan a los residentes	3	0
Asistencia Jurídica, Administrativa	Claridad en los trámites que se deben seguir ante el deceso de un residente	3	0

En esta última función, los servicios se dividen en tres: tratamiento de la agonía, rituales y asistencia jurídica - administrativa. Estos tres servicios, son llevados a cabo en las residencias, debido a la cercanía del tema y a la importancia de tratarlo y manejarlo adecuada y oportunamente.

El tema de la muerte es tratado en las residencias principalmente en los aspectos administrativos, conociéndose todos los pasos a seguir ante el deceso de un residente. Sin embargo, este proceso no es enfrentado correctamente y, en algunos casos, simplemente se omite. Ante la muerte de un residente, la situación es ocultada por la encargada a los otros residentes. Así, este proceso no es enfrentado ni por los residentes, ni por las encargadas, lo que va generando un stress acumulativo en ellas y la negación de una situación a la que se ven enfrentados frecuentemente. Además, la forma de enfrenta la

muerte y duelo, podría ocasionar que algunos adultos mayores, se percaten que es un hecho ocultado por las encargadas, suponiendo que, llegado el momento, su muerte pasará desapercibida.

Considerando todos los elementos expuestos y descritos, se puede afirmar que, la **Estructura Administrativa de las residencias estudiadas**, se caracteriza:

a) En cuanto a su **Estructura Organizacional**, por: poseer protocolos no sistematizados sin sus respectivos sistemas de registro; una red de mantenimiento integrada por los residentes y sus familiares, con aportes principalmente de tipo financiero y material; no contar con Libro Foliado para familiares y residentes en caso de reclamos, sugerencias y/o felicitaciones; la inexistencia de un convenio y/o contrato de estadía escrito y formal con los familiares de los residentes; no poseer criterios de distribución de las funciones a realizarse en el interior de las residencias; no contar con contrato de trabajo para el personal de trato directo, el cual cumple jornada completa, tiene un sueldo promedio menor al mínimo establecido y no cumple turnos; un deficiente manejo de los aspectos contables que debieran llevarse a cabo en las residencias; la existencia de funciones directivas desempeñadas por las encargadas o dueñas de los establecimientos; y, funciones de trato directo con los residentes y funciones domésticas, compartidas entre encargadas y auxiliares;

b) En cuanto a su **Estructura Física**, por: haber habilitado infraestructuras que no han sido construidas para tales efectos, lo cual genera barreras arquitectónicas importantes para el desarrollo del trabajo; adolecer de espacios y, dada la necesidad de aumentar el número de residentes para hacer, en algún grado, más rentable la labor, se reducen aquellos comunes; carecer de agarraderas, pisos antideslizantes, entradas para sillas de ruedas y de la mayor parte de los elementos que exige el reglamento del Servicio de Salud.

c) Y, finalmente, en cuanto a la **Estructura Funcional**, es decir, a los servicios que las residencias debiesen prestar, éstos están centrados principalmente, en la función de hospedaje, con los servicios de vivienda y alimentación; y, en la función asistencial, con el servicio de atención de la salud física; sin que ello signifique que éstos sean de buena calidad, pues la escasez de recursos económicos y humanos que implementen las diversas funciones, dificultan la entrega de una atención adecuada e integral al adulto mayor.

Se agrega a lo anterior, un deficiente manejo de los conceptos técnicos asociados a la prestación de servicios y la amplitud que éstos involucran.

Calidad de la Prestación de Servicios:

De acuerdo a lo que establece la teoría, las residencias debieran cumplir las siguientes funciones, cada una con sus respectivos servicios, definidos como:

- ✓ Función Hospedaje.
- ✓ Función Asistencial.
- ✓ Función Preservación de la Inserción o Reinserción.
- ✓ Función de Realización.
- ✓ Función Apoyo Muerte.

Importante es, conocer cuáles son las percepciones acerca de los servicios que otorgan estas residencias, desde la perspectiva de los tres actores involucrados, como son: los residentes, las encargadas y el personal auxiliar.

Percepciones de los Residentes (N = 18):*a) Hospedaje:**⌘ Vivienda:*

Respecto a la pregunta orientada hacia las características que debe poseer una vivienda de calidad, la mayor parte de los residentes, consideran que tienen que presentar las siguientes características: ser amplia, ventilada, asoleada y contener todos los implementos necesarios (comedor, baño, cocina, entre otros).

Frente a la pregunta si consideran de calidad la vivienda que habitan, la mayor parte de los residentes (15/18), le otorgan este calificativo. Sólo tres, señalaron que el establecimiento, no concuerda con las características que una vivienda de calidad, debiese presentar.

En cuanto al equipamiento de las residencias, los internos consideran que lo más importante, en orden decreciente, es: tener closet, velador personal e iluminación natural (16/18), tener TV y equipo de música (15/18) y, los espacios exteriores para recreación y comedor para el 50% de los residentes (14/18).

En cuanto a los demás implementos, sólo la mitad de los residentes, considera importante la sala de recepción. Las revistas y los juegos de salón, no son percibidos como de gran importancia, dadas las limitaciones visuales que actualmente presentan.

Respecto al equipamiento de la sala de baño, sólo dos residentes le otorgan un valor de importancia.

☞ *Alimentación:*

En cuanto a la percepción del servicio de alimentación, incluida dentro de la función de hospedaje, la mayor parte de los residentes, la considera de buena calidad (13) y, buena en cantidad y variedad, 14 y 16 adultos mayores, respectivamente.

La proporción de residentes que perciben esta función negativamente, es mínima.

En cuanto al tiempo que disponen para almorzar, la mayor parte señaló que es indefinido y que, por lo tanto, les resulta suficiente para comer tranquilamente.

Respecto a la pregunta orientada a reconocer el momento de la comida como una instancia para compartir, es similar la proporción de residentes que le otorgan este valor y aquellos que no. Estos últimos, corresponden en su mayoría, a los que deben comer en sus camas.

☞ *Territorio:*

Esta función, busca otorgar un cierto grado de identidad a los adultos mayores y evitar o disminuir, en alguna medida, los niveles de desarraigo. La percepción de los residentes al respecto, se obtuvo mediante preguntas orientadas a la ubicación espacial de las camas en los dormitorios. En este sentido, 12 adultos la considera buena y 5 la evalúan negativamente (tres malos y dos regulares). Sin embargo, en su mayoría, se sienten cómodos en cuanto a la distribución de su dormitorio. 15/18, señalaron tener un espacio donde mantener sus pertenencias, como fotos, libros o recuerdos, haciendo de esta manera, la estancia en la residencia, más grata.

Al momento de ingresar, 12/18 residentes, traen consigo pertenencias, dentro de las cuales destacan, ropa de vestir y de cama, camas, veladores, TV, radio, entre otros. De este grupo, sólo cuatro comparten con otros sus pertenencias, mientras que el resto, las utiliza de manera exclusiva. Esto, depende del tipo de pertenencia, pues se comparten aquellas factibles de compartir y, se reservan para uso exclusivo, aquellas de uso personal.

b) *Asistencial:*

☞ *Atención a la Salud Física:*

10/18 residentes, perciben la atención de salud de manera positiva; dos la consideran mala; y uno, regular. Dos, no respondieron y tres, señalaron no tener ningún tipo de atención.

Los entrevistados manifestaron que, este servicio, se lleva a cabo, mediante la asistencia a controles médicos fuera de la residencia y la recepción de tratamiento por parte de las encargadas (5). Dos, señalaron que, generalmente, consiste en una atención básica que, incluye la revisión de sus signos vitales y la administración de medicamentos, en caso que corresponda.

5/18 no contestaron, ya sea porque no tienen atención médica o porque no señalaron la forma en que perciben la atención. Los otros cinco residentes, no dieron respuesta a la pregunta.

Existe, además, una proporción similar, entre aquellos residentes que asisten a consultorios u hospitales y, aquellos que no lo hacen.

En cuanto a aquellos residentes cuyos tratamientos médicos incluyen medicación, perciben su administración de manera ordenada y suficiente (4) y dos, de manera oportuna.

☞ *Funcionamiento Afectivo:*

Respecto a la función afectiva, la mayor parte de los residentes, perciben positivamente el trato que se les otorga en el establecimiento, tanto de parte de las encargadas, como del personal auxiliar. Sólo un residente no se encuentra conforme con lo dicho al respecto.

En cuanto a la promoción de la vinculación afectiva con los familiares, 6/18 residentes, señalaron que esa actividad se realiza. La proporción restante y levemente superior, no percibe su realización. 3/18 residentes, no respondieron.

En cuanto a la atención de los problemas afectivos, la mayor parte de los residentes (13), señalan que no tienen ningún apoyo cuando presentan un problema de este tipo; sólo cinco residentes, señalaron que lo tienen y que es otorgado, principalmente, por la encargada.

☞ *Funcionamiento Social:*

En cuanto al funcionamiento social, referido principalmente a la dimensión de la red focal y abierta, la mayoría de los residentes, señalaron que no se realiza ninguna actividad de este tipo y que tampoco cuentan con la participación de algún grupo al interior de la residencia; como asimismo, la participación de familiares, es escasa.

☞ *Atención de la Preservación de la Propia Imagen:*

En lo relativo a esta dimensión, la que incluye aspectos, tales como: tipo de vestuario, ayuda para mantenerse ordenados e higiene personal, se puede señalar que, la mayor parte de los residentes, consideran que el vestuario utilizado, es adecuado (15/18). En la misma proporción señalaron que, las encargadas y el personal auxiliar, se preocupan por mantenerlos limpios y ordenados, bañándolos con una periodicidad promedio de dos veces por semana, dependiendo de la época del año.

c) *Preservación de la Inserción o Reinserción.*

☞ *Relacional:*

5/18 residentes, señalaron que en la residencia, se realizan actividades de convivencia, tales como celebraciones de cumpleaños u otras fechas importantes. Asimismo, una proporción similar manifestó que, en el establecimiento, se trata de recontactar a los familiares cuando estos se distancian. Sin embargo, un segmento importante(16), señaló que no se realizan actividades con los familiares, lo que se relaciona directamente con la escasa participación de los mismos en cualquier actividad que se organice en la residencia.

11/18 residentes señalan que, al momento de ingresar un adulto mayor al establecimiento, se realizan actividades de inserción e inclusión, las que consisten, principalmente, en la presentación del nuevo residente, como asimismo, mostrarle las dependencias del establecimiento.

☞ *Ocupacional:*

No es factible cumplir cabalmente con este servicio, debido a la edad y, al grado de valencia y autonomía de los residentes, motivo por el que no es posible mantenerlos activos laboralmente, fuera de la residencia. Sin embargo, se les permite a las personas autovalentes, salir de las residencias y, si lo desean, desarrollar alguna actividad laboral, que no constituya riesgo para su integridad.

☞ *Con la Comunidad:*

En cuanto a la participación de los residentes en grupos de la comunidad, ninguno percibe que lo han ayudado a integrarse a éstos (18). Sin embargo, la mayor parte de ellos, le otorga importancia a este tipo de participación.

d) *Realización:*

☞ *Mantener y Desarrollar Nuevas y Antiguas Aficiones:*

Respecto al desarrollo de nuevas aficiones, la mayor parte de los residentes, percibe que no se realiza esta actividad (13).

☞ *Libidinales y de Gozo:*

Una proporción importante, señala que en la residencia, se desarrollan actividades para cuidar la presentación personal de los adultos mayores (15/18), tales como pintar las uñas, depilación facial, corte de barba, corte de pelo, etc.; mientras que una proporción mínima, señala lo contrario.

§ Religiosas:

En cuanto a las actividades espirituales, sólo dos residentes, perciben esta función activa; y, 16/18, no.

Respecto a la importancia que le atribuyen a esta dimensión, ésta se califica como alta, ya que 13/18 residentes expresan que les sería grata su realización, atribuyéndoles a ésta, un significado espiritual de suma importancia.

Percepciones de las Encargadas (N = 3):

a) Hospedaje:

§ Vivienda:

Respecto a este punto, las encargadas, consideran que una vivienda de calidad, debe presentar, al menos, las siguientes características: amplia, buen sistema de ventilación, luz natural y con todos los implementos necesarios.

Tomando en cuenta los elementos mencionados, las tres encargadas, consideran la vivienda en que residen, de calidad.

En cuanto a los implementos necesarios que deben estar presentes, ellas consideran importantes, aspectos tales como: sala de recepción, sala de estar, TV, equipo de música, iluminación natural, juegos de salón, revistas, espacios exteriores, comedor, guardarropa y velador por residente. En cuanto al número de baños, duchas, WC y tinajas, coinciden en que debe haber un mínimo de dos.

§ Alimentación:

Las tres encargadas, perciben la alimentación otorgada, como buena, en cuanto a calidad, cantidad y variedad del menú.

Respecto al tiempo que los residentes disponen para comer, las tres señalan que no existe un tiempo predeterminado, por tanto, éste les alcanza sin problemas para comer.

En cuanto a la consideración de los espacios de comida como una instancia de conversación, sólo 2/3 lo consideran desde esta perspectiva, mientras que la otra, señala que "los residentes sólo comen" durante este tiempo, sin establecer interacción con otras personas.

§ Territorio:

En cuanto a la distribución espacial de las camas, las encargadas señalan, que su ubicación es adecuada. Asimismo, destacan que todos los residentes, tienen un espacio privado para guardar sus pertenencias.

Respecto a las pertenencias que traían al momento de ingresar, señalaron que dependía del residente, lo mismo si las comparten o no.

b) *Asistencial.*

⌘ *Atención de la Salud Física:*

Relativo a esta dimensión, las tres encargadas perciben la atención médica que se les otorga, de buena calidad. Esta consiste en controles médicos al interior de los establecimientos (en los casos que sea necesario). Además, de la realización de los tratamientos médicos a los residentes que se indica. Señalan, por tanto, que la administración de los medicamentos es oportuna, ordenada y suficiente.

⌘ *Atención del Funcionamiento Afectivo:*

Considerando la atención que se realiza a los residentes, las encargadas la perciben adecuada. En cuanto a la vinculación afectiva con los familiares, ellas señalaron que este servicio se lleva a cabo, a través de la flexibilización de horarios para las visitas (2/3).

Respecto a los problemas afectivos, las encargadas señalan que ellas apoyan a los residentes, con colaboración del personal auxiliar.

⌘ *Atención de la Preservación de la Propia Imagen:*

Respecto al vestuario de los residentes, estos son percibidos como adecuados para la época del año. Se realiza la higiene personal de los residentes con una periodicidad de una o dos veces por semana. Además, de ayudarles a mantenerse ordenados diariamente.

c) *Preservación de la Reinserción o Inserción:*

⌘ *Relacional:*

Respecto a esta área, las encargadas señalan realizar actividades de convivencia como cumpleaños y otras celebraciones importantes. En cuanto a las actividades con familiares 2/3, señalan que no las realizan, dado el escaso contacto y baja participación. Sólo una señala que a veces realiza. En el mismo aspecto, sólo una de las encargadas intenta recontactar a los familiares que se alejan, mientras que las otras dos, señalan trabajar sólo con los adultos mayores y no con sus familiares.

En cuanto a las actividades de inserción, estas se evalúan de manera positiva, ya que presentan a los nuevos residentes y les muestran las dependencias físicas del establecimiento.

§ *Ocupacional:*

Las encargadas señalan que, en general, no se pueden dar facilidades para el desarrollo de actividades laborales, debido a que el promedio de edad de los adultos mayores, supera los 75 años, motivo por cual se dificulta la salida del residente.

En relación a los que se encuentran bajo ese promedio de edad y que pueden desarrollar actividades laborales, las encargadas no presentan dificultades para que las lleven a cabo.

§ *Con la Comunidad*

Las encargadas, señalan no haber desarrollado instancias para fomentar la participación en algún grupo o actividad fuera de la residencia, ya que la importancia que le atribuyen, es baja y fundamental no realizarlas, considerando las edades de los residentes.

d) *Realización:*

§ *Mantener y Desarrollar Nuevas y Antiguas Aficiones:*

En cuanto a la función de realización, sólo una encargada señala que ayuda a los residentes a desarrollar o mantener nuevas aficiones , mientras que las otras plantean que sólo los realizan a veces.

§ *Libidinales y de Gozo:*

En la misma dimensión, respecto a las actividades para cuidar de su presentación personal, es desarrollada en solo un residencia.

§ *Religiosas:*

Las encargadas identifican la importancia que tiene esta dimensión y su desarrollo para los residentes, aunque no se lleve a cabo.

Percepciones del Personal Auxiliar (N = 3):

a) *Hospedaje:*

☞ *Vivienda:*

El personal auxiliar de las residencias (3) señaló que, las principales características que debiera tener una vivienda adecuada o de calidad, son: amplitud, ventilación, iluminación natural y contar con todos los implementos necesarios. En virtud de las respuestas, es posible afirmar que, éstas perciben las residencias como adecuadas y de calidad.

En cuanto al equipamiento necesario para la residencia, señalaron la importancia de contar con TV, sala de estar, equipo de música y comedor. Por otra parte, no perciben importante para los residentes las revistas, juegos de salón, salas de recepción, espacios exteriores de recreación, closet y velador por residente.

En relación con el número de baños, tina, duchas y WC, plantearon la necesidad de contar con más de dos por residencia.

☞ *Alimentación:*

El personal auxiliar, percibe la alimentación como adecuada en cantidad, calidad y variedad. Asimismo, señalaron no tener un tiempo determinado para almorzar, por lo que los residentes, comen tranquilamente.

Dos de ellas consideran este espacio, como una instancia para conversar y compartir con los demás.

☞ *Territorio:*

Relativo a la distribución de las camas, señalaron que son adecuadas. Asimismo, destacaron que los residentes, tienen su espacio privado para tener algunas de sus pertenencias.

Plantearon que, al momento de ingresar algún residente, traen consigo pertenencias y que sólo en algunos casos, son compartidas.

b) *Asistencial:*

☞ *Atención de la Salud Física:*

En cuanto a la atención médica, el personal auxiliar, señaló tener una buena percepción. Especificaron que, se realizaban controles médicos y tratamientos

medicamentosos indicados por los especialistas correspondientes, llevándose a cabo su administración de manera oportuna, ordenada y suficiente.

☞ *Atención del Funcionamiento Afectivo:*

El personal auxiliar, percibe un buen trato hacia los residentes. Señalaron que cuando estos presentan algún problema emocional o afectivo, en las residencias está el espacio para canalizarlos, con apoyo generalmente de la Encargada y el personal auxiliar.

☞ *Atención de la Preservación de la Propia Imagen:*

El personal auxiliar, consideró adecuado y bueno el vestuario de los residentes. Señalaron que realizan la higiene personal de los residentes con un promedio de dos veces por semana, evaluándolo positivamente. Asimismo, les ayudan a mantenerse limpios y ordenados.

c) *Preservación de la Inserción y Reinserción :*

☞ *Relacional:*

Sólo 1/3, señaló que se realizan actividades de convivencia con los residentes y/o con los familiares.

En cuanto a las actividades de inserción, 1/3 dice que no se realizan y, 1/3, no responde, presentándose la misma proporción, ante la pregunta, si se contactan con los familiares cuando éstos se distancian.

☞ *Ocupacional:*

En cuanto a las facilidades para realizar actividades laborales, 2/3 perciben que dichos aspectos sí se potencian en las residencias.

☞ *Con la Comunidad:*

El personal auxiliar, percibe que no hay fomento de actividades fuera de la residencia.

d) *Realización:*

⌘ *Mantener y Desarrollar Nuevas y Antiguas Aficiones:*

1/3 señala que si se realizan actividades orientadas a esta dimensión y, la misma proporción, señaló que no se realizan, mientras que el resto no responde.

⌘ *Libidinales y de Gozo:*

Solo 2/3 auxiliares, señalaron que se llevan a cabo actividades orientadas a esta área.

⌘ *Religiosas:*

El personal auxiliar señaló que, las actividades religiosas son importantes para los residentes (1/3), que no lo son (1/3) y que son importantes sólo para algunos (1/3).

En síntesis, considerando las percepciones de los tres actores fundamentales durante el proceso de funcionamiento de las residencias y de prestación de sus servicios: Residentes, Encargadas y personal auxiliar, es posible afirmar que, teniendo en cuenta que todas las percepciones se encuentran mediatizadas, por las historias previas de cada uno de los involucrados y que las funciones que las residencias prestan responde, por lo tanto, a las necesidades y expectativas que los residentes poseen, existe una visualización en general positiva, pero diferente entre cada uno de los actores.

Desde la óptica de los residentes, se percibe de manera positiva la función de hospedaje y regular la función asistencial. Dentro de esta última, cabe destacar, que la percepción de los servicios que debiesen prestar, es la más negativa, principalmente en lo que respecta a la atención médica y afectiva.

El trato hacia ellos es evaluado positivamente y, el trabajo con familiares, si bien no se realiza, no se atribuye esta responsabilidad a la encargada, sino a la lejanía de los propios familiares.

Por otra parte, el personal auxiliar y encargadas, evalúan y perciben de manera positiva todos los servicios prestados.

Considerando lo anterior, es importante hacer hincapié en el concepto de percepciones y de evaluación en la calidad de prestación de servicios, dado que ambos, se encuentran influenciados por expectativas y necesidades individuales, lo que hace que cada una de ellas sean visiones particulares y válidas para cada uno de los casos.

Si bien, al observar desde una perspectiva técnica y considerando ciertos criterios básicos, los servicios que las residencias prestan, presentan varias falencias, por ejemplo, viviendas con infraestructuras antiguas, alimentación sin supervisión nutricional, atención



de salud básica, etc. (ver caracterización administrativa). Sin embargo, lo que se prioriza, son las percepciones de cada uno de los actores involucrados.

2.9. SÍNTESIS DIAGNÓSTICA

Respecto al primer objetivo relacionado con la Reglamentación vigente de residencias para Adultos Mayores, transitorios y de larga estadía, se establece por cada una de las variables en estudio, lo siguiente:

✓ *Relativo al Conocimiento del Ordenamiento Político Administrativo, que rige el funcionamiento de las residencias para adultos mayores, cabe destacar que se encontraron decretos de orden general, emitidos por el Ministerio de Salud, aplicados no sólo al ámbito de las residencias para adultos mayores, sino también a establecimientos tales como, hoteles y similares (D.F.L. N° 725 de 1968, referente al Código Sanitario).*

Las residencias de tipo permanente, se rigen por el Decreto N° 2601 de 1994.

Respecto a las residencias transitorias, existe una normativa genérica para todo tipo de C.E.H., , tanto de adultos, como de otros grupos.

Al respecto es de suma importancia señalar que, toda reglamentación vigente en el tema, excepto las normas de manejo administrativo para C.E.H., no consideran la dimensión psicosocial, como parte del proceso de supervisión y acompañamiento de las residencias, abocándose específicamente a aspectos sanitarios.

✓ *Relativo al Procedimiento de aplicación de la Reglamentación, las encargadas, en general, presentan un grado de conocimiento básico de ésta, y del procedimiento que es necesario realizar para lograr la acreditación, siendo este último incompleto y vago. Respecto a los fiscalizadores de las residencias se establece que, en el caso de las colocaciones extra hospitalarias (C.E.H.), la supervisión se realiza basada en elementos integrales e interdisciplinarios, mientras que en el caso de los E.L.E. la profesional cumple con el rol de aplicar la normativa vigente, lo anterior se explica por las múltiples funciones que ésta desempeña, correspondiéndole la supervisión y fiscalización de distintas instituciones, en donde los E.L.E, se constituyen en una categoría más, siendo ella la única fiscalizadora de estos tipo de establecimientos bajo la jurisdicción del SSVSA. Sin embargo, en ambos casos cobra importancia la flexibilidad frente a las exigencias, destacando la necesidad de establecer criterios comunes con otras instituciones, con el objeto de ampliar las dimensiones y concienciar respecto a la necesidad de trabajar en el tema. Las instituciones involucradas durante el proceso de regularización, señalan no conocer el reglamento, ya que el trabajo que realizan se basa en normativas generales, asimismo no reconocen un rol específico en el tema, pero si en la institución, donde señalan que son el único organismo legalmente autorizado para desempeñarlo, tampoco observan criterios comunes con otras instituciones.*

✓ Desde la óptica de las limitaciones de aplicación de la normativa, en términos generales es posible dividir las opiniones de las encargadas, en dos categorías:

- Aquellas que las consideran excesivas (6/13), y
- Quienes señalan que son accesibles y adecuadas (5/13).

Independiente de las percepciones que cada una de las encargadas concibe para la implementación del reglamento en la residencia, destacan la idoneidad de las exigencias para dar cumplimiento adecuado a las necesidades físicas de los adultos mayores; las limitaciones se fundamentan principalmente en aspectos económicos y de infraestructura/equipamiento de dichos establecimientos.

Los fiscalizadores de las C.E.H destacan la inexistencia de un equipo técnico, además, señalan que las exigencias no se acercan a la realidad de la comuna, motivo por el cual, los criterios de aplicación se basan en la flexibilidad y principios profesionales.

La fiscalizadora de los E.L.E no visualiza limitaciones de la reglamentación, ya que la considera completa y específica, señalando que éstas provienen de parte de las encargadas de los diferentes establecimientos existentes en la comuna, ya que desde su punto de vista, no existe motivación para llevarla a cabo.

Respecto al segundo objetivo que involucra la caracterización específica de los Establecimientos de Larga Estadía, se estableció en relación con cada una de las variables en estudio, lo siguiente:

✓ En cuanto a la Caracterización sociodemográfica de los Residentes, se logró establecer que el 92.8% de éstos son pensionados del INP; respecto a la edad se presenta un porcentaje levemente superior al 50% de residentes con 80 años y más; en relación con el género un porcentaje levemente mayor son mujeres; la educación formal se presenta con una mayoría de Adultos Mayores que han cursado sólo hasta la Educación General Básica y; en relación al estado civil, actualmente el 97.6% se encuentra sin pareja (soltero, viudo, separado). Las Encargadas, presentan edades que fluctúan entre los 35 y 50 años; mayoritariamente de sexo femenino; Educación media completa y; respecto al estado civil Casadas y separadas de hecho. El personal Auxiliar de trato directo, con edades que fluctúan entre los 30 y 50 años; género femenino; con un nivel educacional, que en su mayoría, no supera la educación general básica completa y/o capacitaciones y; con remuneraciones que no exceden los ingresos mínimos mensuales, con una relación laboral informal. No existe un registro que agrupe a este conglomerado, planteando exigencias mínimas para su contratación, como capacitaciones en cuidado de enfermos, perfil psicológico y otros.

✓ Una segunda área considerada, fue "Antecedentes Sanitarios de los residentes", que fue categorizada en dos aspectos salud física y mental:

a) En lo que se refiere a la **Salud Física**, existe una prevalencia de residentes con enfermedades propias de la vejez, como; HTA (Hipertensión Arterial), demencia senil y diabetes. Los residentes, en lo que se refiere a las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), manifiestan autonomía en el proceso de ingesta de alimentos, sin embargo, no se presenta la misma situación en lo que se refiere a Higiene y necesidades fisiológicas, donde un elevado número de residentes requiere de ayuda directa y/o supervisión. Respecto a la movilidad, la relación entre Valentes y Semivalentes /postrados es diferente, presentándose un porcentaje levemente superior de Adultos Mayores válidos (55.2%), y un 44.8% entre postrados y Semivalentes y, por lo tanto, con limitaciones en la movilidad, así mismo se presenta una predisposición a las caídas, por el elevado número de Adultos Mayores con pérdidas de equilibrio y problemas podológicos. En este aspecto, es importante mencionar que las encargadas no realizan actividades con el objeto de potenciar los niveles de funcionalidad y autonomía de los residentes.

b) En cuanto a la **Salud Mental**, la mayor parte de los residentes presenta limitaciones en las funciones mentales, principalmente en lo que se refiere a la pérdida de la memoria a corto plazo y desorientación témporo espacial. Las patologías siquiátricas diagnosticadas son la demencia senil y la esquizofrenia. Esto incide directamente en los diversos problemas conductuales de los adultos mayores residentes.

✓ La **Caracterización Psicosocial** de los residentes, involucran dos áreas: la social y la psicológica.

En lo que se refiere al **Área social**:

a) La **valoración social** arroja que la mayoría de los Adultos Mayores, al momento de ingresar a la residencia proviene directamente de su domicilio, solo e incapacitado para realizar las actividades básicas e instrumentales, de la vida cotidiana o, conviviendo con algún familiar (generalmente un hijo/a), demandando atenciones difíciles de otorgar (por escasez de tiempo, en la mayoría de los casos), o generándose un agotamiento por parte de su cuidador/a. En ambos casos, surge la necesidad de ingresar al Adulto Mayor a un Establecimiento de Larga Estadía, por ende, el tipo de ingreso en su mayoría es por decisión de familiares. La ciudad de procedencia principalmente Valparaíso. Los niveles de adaptación a la residencia son buenos, aunque en el inicio existe un porcentaje con difícil adaptación que mejora con el transcurso del tiempo en la misma. Los niveles de integración externa son escasos, con una mayoría de residentes que no sale de la residencia, salvo para controles médicos.

b) En cuanto a las **Relaciones Sociales** de los residentes, es posible afirmar que, existen características comunes en esta área. Se caracterizan principalmente por escasos contactos con la red focal: cónyuges, hijos, parientes cercanos o amigos. La periodicidad de las visitas es escasa en la mayoría de las situaciones y, en los casos donde se presentan contactos diarios, se relaciona directamente con la cohabitación con éstos. El apoyo que los residentes perciben de dichas relaciones, se centra en el afecto, comprensión y compañía de quienes los visitan, aunque éstas no presenten un patrón continuo y permanente en el tiempo. A pesar de ello, el grado de satisfacción de las relaciones, fluctúa entre las categorías de bueno y regular. Los resultados obtenidos, dan cuenta de una realidad con escasos vínculos afectivos en las historias relacionales actuales de los residentes, sin embargo, se visualiza la importancia de estos contactos, ya que como se menciona anteriormente, no están totalmente potenciados y, los residentes obtienen de ellos, altos grados de satisfacción basados fundamentalmente en el apoyo afectivo que estos le proporcionan.

c) Un último aspecto dentro del área social son las **Historias de vida**, un porcentaje importante de residentes proviene de familias biparentales, con ciudades de origen principalmente ubicadas en la Zona Central del país, aunque existe un porcentaje significativo de residentes provenientes de la Zona Sur, cuyas infancias y épocas de estudios se desarrollaron en estas mismas zonas. De los residentes que contrajeron matrimonio o tuvieron parejas, la mayoría valora positivamente sus relaciones, no obstante, existe un porcentaje que lo evalúa de manera negativa, principalmente por presencia de violencia intrafamiliar. Señalan que las causas por las cuales ingresan a la residencia son principalmente por decisión de familiares.

En cuanto al Área Psicológica:

a) El **funcionamiento psíquico** de los residentes se caracteriza por presentar una mayor prevalencia de aspectos positivos, destacándose un alto porcentaje de residentes que no visualizan sentimientos de fracaso ante el pasado. La irritabilidad justificada o injustificada ante situaciones externas, no es preponderante y, los llantos sin razón aparente, no se visualizan en un alto porcentaje de residentes. Sin embargo, el sentimiento de desesperanza hacia el futuro, a pesar de no tener un porcentaje significativamente mayor, presenta una diferencia mínima entre la existencia o inexistencia del mismo. Igualmente, los sentimientos de inutilidad, no se visualiza como un factor de riesgo para éste.

b) Respecto a las **Habilidades Sociales**, se presenta una disminución considerable de éstas en los residentes.

✓ Por último, en relación a la **Caracterización Administrativa** de las residencias y, de acuerdo a lo señalado en el marco de referencia, se caracterizan de manera general, por presentar una estructura simple, disponiendo de un reducido número de trabajadores, división poco estricta del trabajo y una pequeña jerarquía directiva. No presentan un

comportamiento formalizado, haciendo uso mínimo de la planificación y preparación de las actividades. No se utiliza un dispositivo estructural formal y es mínima la dependencia de especialistas en el área, los que se incorporan sólo cuando surge la necesidad, sin quedar incorporados a ésta estructura. En forma específica y considerando cada uno de los aspectos que involucró la Caracterización Administrativa, se puede señalar:

- a) Respecto al *área organizacional*, existe un desconocimiento generalizado por parte de las encargadas de las residencias, de los conceptos básicos de la administración organizacional y por ende, de su implementación (protocolos, sistemas de registro, libros foliados, contratos entre residentes y cuidadora, contabilidad supervisada, entre otros).
- b) En cuanto a la *estructura física*, poseen infraestructuras antiguas, readecuadas para el funcionamiento de las residencias, con altas barreras arquitectónicas para su funcionamiento. Además, considerando la tenencia de arrendamiento de las viviendas, limita las inversiones en equipamiento adecuado, caracterizándose, de manera básica, careciendo de aquellos elementos específicos que establece el reglamento de Salud respectivo.
- c) En el *área funcional*, se constata una prestación de servicios basada en la satisfacción de las necesidades básicas y evidentes del Adulto mayor, centrada en las funciones de Hospedaje (vivienda y alimentación), Muerte (sólo conocimiento de los trámites), y en alguna medida la función asistencial, abocándose sólo a la atención de la salud física. Las otras funciones que deben cumplir para brindar una atención integral al residente, no son llevadas a cabo eficientemente. Lo anterior, producto de un desconocimiento de la importancia de su implementación, como por ejemplo la inserción, realización, trabajo con familiares, atención al funcionamiento cognitivo, o, por la falta de recursos económicos para la contratación de personal especializado en cada área, además de la falta de coordinación con la red abierta. En este sentido, la *Percepción de los servicios que prestan las residencias*, por parte de los residentes, es evaluada forma positiva por la generalidad de estos, en lo referido a la función de Hospedaje; sin embargo, las otras funciones son percibidas de manera negativa o simplemente no realizadas. Una percepción distinta poseen Encargadas y personal auxiliar, quienes evalúan positivamente todos los servicios prestados y perciben que en las residencias se están llevando a cabo la mayor parte de las funciones establecidas teóricamente.

Realizando una comparación entre las características tangibles del área funcional y la percepción de las funciones que prestan las residencias existen diferencias significativas. Concretamente, las residencias llevan a cabo y de manera regular, considerando ciertos criterios básicos, las funciones de Hospedaje, Muerte y Asistencial, enfocada principalmente a la atención de la salud física de los residentes. Sin embargo, las percepciones, desde el punto de vista de las encargadas y personal auxiliar, son positivas, señalando que cubren todas las áreas necesarias, difiriendo notoriamente la percepción de esta en relación con los residentes, que, si bien no evalúan todo positivamente, consideran de buena calidad ciertos servicios que técnicamente no lo son. Lo anterior, mediatizado por las condiciones previas del ingreso a la residencia por parte del adulto mayor.

En conclusión, estos establecimientos carecen de las condiciones mínimas que aseguren un adecuado funcionamiento: Focalizándose sus mayores limitaciones, por una parte, en la arquitectura propia de las residencias readecuadas para su funcionamiento actual y, por otra, en el desconocimiento de los servicios que deben prestar.

2.10. PROGNÓISIS

La ausencia de una intervención profesional de Trabajo Social en Establecimientos de Larga Estadía para adultos mayores, no acreditados sanitariamente por el organismo competente para su funcionamiento, que se han configurado en sujetos de intervención de este Seminario de Título, fomenta indirectamente el arraigo de un enfoque unidimensional de prestación de servicios dentro del ámbito de actores involucrados en el área, quedando los adultos mayores residentes, desprotegidos institucionalmente, al no existir un organismo que se ocupe de abordar el tema desde una perspectiva integral, con énfasis en lo psicosocial, debido a que, ya existe una entidad que ha asumido el tema desde la perspectiva sanitaria y, que resguarda las condiciones mínimas óptimas para el funcionamiento de las residencias.

No obstante, se establece una distancia entre la normativa vigente que rige el funcionamiento de este tipo de establecimientos, donde se encuentran aquellos de carácter informal, cuyo cumplimiento es supervisado y fiscalizado por el Servicio de Salud y, la capacidad efectiva de llevar a cabo su implementación en residencias privadas con fines sustentables, constituyéndose una serie de limitaciones, de tipo económico, cultural (mitos) y organizacional, para el logro de la obtención de la acreditación sanitaria, requerida para su funcionamiento.

En este sentido, el funcionamiento al margen de la normativa, incrementado por el hecho de que la autoridad sanitaria desconoce el universo de residencias de tipo informal para adultos mayores en la comuna de Valparaíso, dan cuenta de un escenario desconocido en un amplio sentido, configurándose una situación de riesgo para el adulto mayor residente, dada la escasa supervisión del funcionamiento interno de éstas, derivados del desconocimiento de las residencias, lo que va en detrimento directo de los adultos mayores.

A lo anterior, se suma la prevalencia del enfoque geriátrico - sanitario, a partir del cual se orienta la prestación de servicios al residente, configurándose en un modelo fomentado por la autoridad competente, quedando al margen las dimensiones psicosociales, que forman parte de las necesidades de los residentes y, por ende, deben formar parte de los servicios otorgados por las residencias.

En este ámbito, Trabajo Social Profesional cumple el rol de educador social no formal y, de coordinación y gestión de recursos, tendientes ampliar la perspectiva de funcionamiento, tanto de las residencias, como de los organismos institucionales involucrados, mediante una estrategia de intervención interdisciplinaria e interinstitucional, optimizando los recursos para el mejoramiento y ampliación de los servicios y atención a los adultos mayores residentes.

La perspectiva integral de la formación profesional, lo configura en el profesional idóneo para difundir y concienciar sobre un enfoque intervención, tendiente a la satisfacción de la diversidad de necesidades de las personas, grupos y comunidades.

Importante es también considerar que las percepciones y evaluación de la calidad de los servicios, están mediatizados por necesidades y expectativas personales, por lo que es

necesario considerar estos elementos al momento de realizar cualquier intervención en dicha área.

En virtud de lo anterior, se hace necesario una concientización, dirigida, por una parte, a las encargadas de estos establecimientos, acerca de los servicios que deben prestar las residencias y las implicancias que éstos tienen en el bienestar del adulto mayor. Como también, es importante vincularse con el resto de instituciones que se integran al funcionamiento de las residencias (servicio de Salud, consultorios, instituciones comunitarias), para sensibilizar acerca del enfoque integral que deben tener y la importancia de realizar un trabajo interdisciplinario y en equipo.

El Viaje

Cuando emprenda ese viaje que tengo tan pensado
no llevaré en las manos ni abrigo ni equipaje.
Solamente el calor de otras manos queridas
y un poquito de todo lo que fue mi bagaje.
Apretaré muy firme apretado a mi pecho
todo el amor que di y todo el que me dieron.
Algo de cada uno de los sueños cumplidos
y también por qué no, de aquellos que no fueron.
Abrazaré en un gesto de tierna despedida
a quien siguió conmigo todo un largo camino.
Junto a quien aprendí el amor compartido
y la dicha de hacer nuestro pan, nuestro vino.
Cuando emprenda ese viaje, con pasaje de ida,
será solo un susurro mi adiós en la partida.
Y casi ya sin voz, viajando hacia el olvido,
diré como Neruda: Confieso que he vivido.

Margarita Persano

Un Canto a la Vida

(Fragmento)

*Aunque nuestra memoria flaquee,
Nuestra voz suene cascada,
Nuestro oído se endurezca,
Nuestra vida esté enturbiada,
Olvidemos el ayer, olvidemos el mañana
Vivamos plenamente el hoy, el presente,
No pensando cuantos inviernos hemos vivido,
sino cuantas primaveras aun queda pendientes.
Adelante en la lucha cotidiana
Sin desmayos ni claudicaciones,
Marchando adelante con fe y esperanza,
Sí, adelante...adelante con nuestras eternas
ilusiones.*

*Josefina Roldán, es alumna del Programa de
Estimulación de Memoria y Reminiscencia en el
PEPAM de City Bell.*

*Obtuvo el 1er. premio en el Encuentro de
Programas de Adultos Mayores, realizado en
Mendoza en 2001.*

Capítulo III

Programación

PRESENTACIÓN

El capítulo que a continuación se presenta, incluye la programación de la intervención profesional realizada por el equipo seminarista de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso, llevada a cabo en tres E.L.E. para adultos mayores, de tipo informal de la Comuna de Valparaíso.

Este programa, contó con el patrocinio del Instituto de Normalización Previsional, INP Sucursal Valparaíso, Área de Servicio Social y, sus proyectos de fundamentan en la dimensión biopsicosocial de la etapa de adultez mayor, considerando un modelo teórico de prestación de servicios. De esta forma, se elaboraron cuatro proyectos de intervención, relacionados con las áreas de coordinación y gestión, socioeducativa, vinculación social y, sensibilización y difusión, los cuales pretendieron mejorar la calidad de la prestación de los servicios de los E.L.E., sujetos de intervención.

Para efectos operativos, el capítulo se subdivide en cada uno de los proyectos elaborados, identificándose sus objetivos, destinatarios, recursos, matriz de programación, duración y metodología de evaluación.



3.1. DEPENDENCIA LEGAL Y ADMINISTRATIVA

El programa que se presenta a continuación, se desarrolló con el patrocinio del Instituto de Normalización Previsional, I.N.P., Sucursal Valparaíso, Área de Servicio Social, bajo la supervisión de la profesional Asistente Social, Sra. Nora Benavente Scott.

Éste, se enmarca dentro del proceso de Seminario de Título, desarrollado por un equipo de alumnas, de la Escuela de Trabajo Social, de la Universidad de Valparaíso, con la supervisión de la docente Asistente Social, Sra. Marta Bustos Díaz.

3.2. FUNDAMENTACIÓN

La dimensión biopsicosocial de la etapa de adultez mayor y específicamente, del adulto mayor residente, planteó la necesidad de abordar de manera integral las necesidades de este grupo etéreo, dando origen a la elaboración de un Programa, basado en el Modelo de Prestación de Servicios, que integra variables administrativo - estructurales, sanitarias y psicosociales.

En virtud de lo anterior y de los elementos obtenidos en las fases Exploratoria y, Diagnóstica, se elaboraron cuatro Proyectos, correspondientes a 4 áreas de intervención específicas.

Matriz de Fundamentación: Principales elementos considerados en el Programa..

Área de Intervención	Elementos de la Síntesis Diagnóstica	Modelo de Prestación de Servicios	Factores Facilitadores	Factores Obstaculizadores
COORDINACIÓN Y GESTIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Carencia de recursos financieros para la contratación de personal especializado en cada área. - Escaso contacto con la red abierta. - Prevalencia de enfermedades crónicas, características de la vejez, las cuales requieren una atención especializada. - Reconocimiento limitado de las necesidades del adulto mayor residente, con énfasis en la dimensión biofísica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cumplimiento principalmente de funciones y servicios relativas a Hospedaje, Realización, Asistencial y Muerte. 	<ul style="list-style-type: none"> - Convenio INP - Universidad de Valparaíso. - Profesionales y Docentes universitarios, sensibilizados para trabajar en el área. - Existencia de carreras técnicas, a nivel medio, para trabajar en el tema. 	<ul style="list-style-type: none"> - Categoría informal de los establecimientos obstaculiza la disposición de recurso técnico - profesional.

Área de Intervención	Elementos de la Síntesis Diagnóstica	Modelo de Prestación de Servicios	Factores Facilitadores	Factores Obstaculizadores
<p>PROCESO SOCIO EDUCATIVO ENCARGADAS DE E.L.E.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desconocimiento generalizado, por parte de las encargadas de los E.L.E., respecto a los aspectos administrativos y funcionales de estos. - Conocimiento limitado de las necesidades de los adultos mayores. 	<ul style="list-style-type: none"> - Si bien los contenidos se basaron en la entrega de conocimientos teórico- prácticos, los productos esperados se orientaron a todos los servicios que deben prestar los E.L.E. de adultos mayores. 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfoque biopsicosocial del proyecto. - Realización paralela y simultánea de capacitaciones dirigidas a encargadas, por parte de otros organismos. - Capacitación de las encargadas en temas relativos a cuidados médicos, principalmente, del adulto mayor, lo que permite profundizar en el área psicosocial. 	<ul style="list-style-type: none"> - Disposición de tiempo limitado de las encargadas, debido a una sobrecarga de su desempeño como tal.
<p>VINCULACIÓN SOCIAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Red social focal, constituida por familiares, personas significativas y amigos. - El 48.9% de los adultos mayores residentes posee familiares. De este porcentaje, un 4.2% no recibe visitas y del porcentaje restante (95.8%), las visitas continuadas la constituye sólo un 10% , mientras que el resto son visitas distanciadas (mensuales, anuales.) El 51.3% de Adultos mayores no cuenta con familiares vivos. - Un 36% señala tener amigos, los cuales se encuentran dentro de la residencia (20%) y fuera de ella (16%). Las visitas se caracterizan por ser esporádicas. - Las residencias no consideran el desarrollo de actividades con la red focal. Por lo tanto, se presenta una realidad con escasos vínculos familiares y de pares. Sin embargo, se visualizó la importancia de generar, mantener y potenciar estos vínculos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dentro de las funciones y servicios de las residencias, se considera como un aspecto fundamental, la función de Preservación de la Inserción y Reinserción. 	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración positiva de los adultos mayores residentes, sobre la participación de familiares en la residencia. - Valoración por parte de lo adultos mayores, de potenciar la vinculación entre los familiares. - Disposición positiva de dos de las encargadas, para la realización de actividades con familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fuerte desvinculación familiar. - Elevado número de residentes sin familiares vivos y amigos. - Sesgo negativo de una encargada hacia la participación de familiares.

Área de Intervención	Elementos de la Síntesis Diagnóstica	Modelo de Prestación de Servicios	Factores Facilitadores	Factores Obstaculizadores
<p>SENSIBILIZACIÓN Y DIFUSIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento básico de la reglamentación y procedimiento de acreditación de los E.L.E. para adultos mayores por parte de las encargadas de estos. - Estereotipo negativo frente a las exigencias de la reglamentación, por parte de las encargadas. - No existe conciencia, respecto de la necesidad de mejorar la prestación de servicios, por parte de las encargadas. - Falta de coordinación interinstitucional, entre los organismos relacionados con el tema. - Desconocimiento del reglamento por parte de las instituciones involucradas durante el proceso de acreditación de los establecimientos. - Falta de sistematización en el tema de residencias para adultos mayores. - Necesidad Institucional de crear y difundir un modelo de intervención integral en residencias, donde ésta asume un rol de asesoría y coordinación en el área. 	<p>Se orienta a la difusión del Modelo de Prestación de Servicios en Residencias, esto es:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hospedaje. - Asistencial. - Preservación de la inserción y reinserción. - Realización. - Muerte. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conciencia por parte de los diferentes fiscalizadores de las residencias de adultos mayores, sobre la necesidad de aunar criterios y realizar un trabajo coordinado. - Encargadas dan cumplimiento en un 80% a las exigencias del reglamento. - Reglamentación en proceso de reformulación. - Producto operativo del Seminario, en un Manual de Intervención, para lo cual se dispusieron recursos para su elaboración y difusión. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de rol específico en el ámbito de residencias, asignado legalmente, para aquellas instituciones involucradas durante el proceso de acreditación sanitaria.

3.3. OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN

☞ *Objetivo General:*

"Mejorar la calidad de la prestación de los Servicios, de tres Establecimientos de Larga Estadía para adultos mayores de la comuna de Valparaíso, no acreditados por el Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio, mediante la implementación de cuatro proyectos"

☞ *Objetivos Específicos:*

1. *Desarrollar un proceso socioeducativo con las encargadas de los E.L.E. de adultos mayores, para entregarles información teórico práctica sobre Residencias, Autocuidado de las encargadas y Adulto Mayor residente, a través de un enfoque biopsicosocial.*
2. *Fortalecer y ampliar el cumplimiento de las funciones establecidas para los E.L.E. de adultos mayores mediante la coordinación y gestión.*
3. *Favorecer la integración del adulto mayor residente con la red social focal, mediante la reinserción e inserción de vínculos.*
4. *Fomentar una propuesta integral de la intervención profesional en el ámbito E.L.E para adultos mayores, mediante la difusión del modelo de prestación de servicios.*

3.4. TIEMPO

La implementación del programa tuvo una duración promedio de 5 meses, diferenciándose según las características y tiempos institucionales de cada área de intervención:

- ♣ *Área de Coordinación y Gestión : 6 meses, a partir de Mayo, hasta Octubre.*
- ♣ *Área Socioeducativa : 7 meses, a partir de la 2ª semana de Abril, hasta la 4ª de Octubre.*
- ♣ *Área de Vinculación Social : 3 meses, desde Agosto hasta Octubre.*
- ♣ *Área de Sensibilización y Difusión: 3 meses, desde Agosto hasta Octubre.*

3.5. RECURSOS

Serán especificados según cada área de intervención.

Proyecto 1:

Coordinación y

Gestión

3.6. PROYECTOS DE INTERVENCIÓN

⌘ Proyecto de Coordinación y Gestión

Objetivo General:

"Fortalecer y ampliar el cumplimiento de las funciones establecidas para los Establecimientos de Larga Estadía de Adultos Mayores, mediante la coordinación con personas e instituciones afines y la gestión de recursos".

Objetivos Específicos:

1. *Coordinar a los Establecimientos de Larga Estadía con personas o instituciones que realicen actividades dirigidas al bienestar psicológico, a la realización y a la salud fisiológica de los adultos mayores residentes.*
2. *Gestionar recursos para satisfacer necesidades de infraestructura y equipamiento de los Establecimientos de Larga Estadía.*

Destinatarios:

El proyecto se orientó, a tres Establecimientos de Larga Estadía de Adultos Mayores de la Comuna de Valparaíso, no acreditados por el Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio, identificados como:

- *"El Abuelito Feliz", ubicado en Av. Ecuador # 275.*
- *"San José", ubicado en Av. Gran Bretaña # 780.*
- *"Dulce Vida", ubicado en Calle Taqueadero # 348.*

Recursos:

Humanos:

- *Alumnas Seminaristas.*
- *Asistentes Sociales Área de Servicio Social, INP Sucursal Valparaíso.*
- *Alumnas en práctica*

Materiales:

- *Material fungible.*

Matriz de Programación Proyecto de Coordinación y Gestión

Objetivo Específico	Actividades	Técnicas	Recursos	Tiempo	Indicador	Medio de Verificación
Coordinar a los Establecimientos de Larga Estadía con personas o instituciones que realicen actividades dirigidas al bienestar psicológico, a la realización y a la salud fisiológica de los adultos mayores residentes	Coordinar a los E.L.E. con personas o instituciones que realicen actividades dirigidas al bienestar psicológico de los adultos mayores residentes, atendiendo su funcionamiento cognitivo, funcionamiento afectivo y el proceso de vivencia y enfrentamiento de la muerte.	<ul style="list-style-type: none"> - De Investigación. - Entrevistas. - De Negociación. 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alumnas Seminaristas. - Encargadas E.L.E. - Personas e instituciones que realicen actividades afines. <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Servicio Telefónico. - Material Fungible. 	12 Semanas	<ul style="list-style-type: none"> - Al menos 3 personas o instituciones identificadas. - Al menos 3 personas o instituciones contactadas. - Al menos 2 personas o instituciones coordinadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de las personas e instituciones identificadas. - Oficios. - Cartas de Respuesta.
	Coordinar a los E.L.E. con personas o instituciones que realicen actividades dirigidas a la realización de los adultos mayores residentes, a través de la potenciación de sus aptitudes y potencialidades, de la implementación de actividades libidinales y de gozo y, de actividades religiosas.	<ul style="list-style-type: none"> - De Investigación. - Entrevistas. - De Negociación. 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alumnas Seminaristas. - Encargadas E.L.E. - Personas e instituciones que realicen actividades afines. <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Servicio Telefónico. - Material Fungible. 	12 Semanas	<ul style="list-style-type: none"> - Al menos 3 personas o instituciones identificadas. - Al menos 3 personas o instituciones contactadas. - Al menos 2 personas o instituciones coordinadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de las personas e instituciones identificadas. - Oficios. - Cartas de Respuesta.

	<p>Coordinar a los E.L.E. con personas o instituciones que realicen actividades dirigidas a la salud fisiológica de los adultos mayores residentes, atendiendo su salud física y la preservación de su imagen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - De Investigación. - Entrevistas. - De Negociación. 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alumnas Seminaristas. - Encargadas E.L.E. - Personas e instituciones que realicen actividades afines. <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Servicio Telefónico. - Material Fungible. 	12 Semanas	<ul style="list-style-type: none"> - Al menos 3 personas o instituciones identificadas. - Al menos 3 personas o instituciones contactadas. - Al menos 2 personas o instituciones coordinadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de las personas e instituciones identificadas. - Oficios. - Cartas de Respuesta. - Registro de las actividades realizadas.
	<p>Ejecutar las actividades acordadas con personas o instituciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> - De Investigación. - Entrevistas. - De Negociación. 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alumnas Seminaristas. - Encargadas E.L.E. - Personas e instituciones que realicen actividades afines. <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Servicio Telefónico. - Material Fungible. 	11 Semanas	<ul style="list-style-type: none"> -Al menos 1 persona o institución realizando actividades dirigidas al bienestar psicológico de los adultos mayores residentes. -Al menos 1 persona o institución realizando actividades dirigidas a la realización de los adultos mayores residentes -Al menos 1 persona o institución realizando actividades dirigidas a la salud fisiológica de los adultos mayores residentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de las personas e instituciones identificadas. - Oficios. - Cartas de Respuesta. - Registro de las actividades realizadas. -Registro fotográfico.

<i>Objetivo específico</i>	<i>Actividades</i>	<i>Técnicas</i>	<i>Recursos</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Indicador</i>	<i>Medio de verificación</i>
Gestionar recursos para satisfacer necesidades de infraestructura y equipamiento de los E.L.E.	Identificar a las personas e instituciones que pudieran aportar algún tipo de recurso a los E.L.E.	- De Investigación.	Humanos - Alumnas Seminaristas. - Encargadas E.L.E. Materiales: - Servicio Telefónico. - Material Fungible.	4 Semanas	- Al menos 4 personas o instituciones identificadas.	- Nombre de las personas e instituciones identificadas. - Oficios.
	Contactar a las personas e instituciones que pudieran aportar algún tipo de recurso a los E.L.E.	Entrevistas.	Humanos: - Alumnas Seminaristas. - Encargadas E.L.E. Materiales: - Servicio Telefónico. - Material Fungible.	4 Semanas	- Al menos 4 personas o instituciones identificadas.	- Nombre de las personas e instituciones identificadas. - Oficios.
	Conseguir recursos para satisfacer necesidades de infraestructura y equipamiento de los E.L.E	- De Negociación	Humanos: - Alumnas Seminaristas. - Encargadas E.L.E. Materiales: - Servicio Telefónico. Material Fungible.	4 Semanas	- Al menos 2 personas o instituciones identificadas.	Recursos obtenidos.

Duración:

El proyecto, se iniciará en el mes de Mayo, extendiéndose hasta el mes de Octubre del presente año (2002), tal como se detalla a continuación:

CRONOGRAMA

Meses	Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Coordinación con instituciones dirigidas al bienestar psicológico del Adulto Mayor.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	*							
Coordinación con instituciones dirigidas a la realización del Adulto Mayor.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	*							
Coordinación con instituciones dirigidas a la salud fisiológica del Adulto Mayor.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x								
Ejecución de actividades de coordinación																	x	x	x	x	x	x	x	x
Identificación de personas e instituciones para gestión de recursos de equipamiento e infraestructura	x	x	x	x	*																			
Contacto con personas e instituciones para gestión de recursos de equipamiento e infraestructura					x	x	x	x	*															
Conseguir recursos para satisfacción de necesidades de equipamiento e infraestructura									x	x	x	x	*											

x = Tiempo Programado.

* = Tiempo de Holgura.

Metodología de Evaluación:

- **Contexto:**

Instituciones Académicas de Nivel Medio y Superior:

Recepción de Solicitudes Efectuadas.

Respuesta Frente a las Solicitudes Efectuadas.

Grado de Compromiso Frente a las respuestas de Colaboración.

Instituciones de Salud:

Recepción de Solicitudes Efectuadas.

Respuesta Frente a las Solicitudes Efectuadas.

Grado de Compromiso Frente a las respuestas de Colaboración.

Instituciones Privadas:

Recepción de Solicitudes Efectuadas.

Respuesta Frente a las Solicitudes Efectuadas.

Grado de Compromiso Frente a las respuestas de Colaboración.

Contexto Residencial:

Grado de Acogida de los recursos gestionados.

Respuesta de mantención de los recursos gestionados.

Pertinencia de los recursos gestionados.

Contexto Institucional:

Apoyo otorgado en la coordinación con instituciones.

Apoyo otorgado en la gestión de recursos.

Apoyo institución patrocinante.

- **Insumos:**

Se evaluarán los recursos humanos y materiales de cada uno de los contextos anteriormente señalados.

- **Proceso:**

Factores Facilitadores de Contexto e Insumos.

Factores Obstaculizadores de Contexto e Insumos.

- **Producto:**

Cumplimiento de Objetivos.

Hallazgos y Logros

Proyecto Z:

Taller

Socioeducativo

⌘ Proyecto Socioeducativo Encargadas de los E.L.E. para Adultos Mayores

Objetivo General:

" Desarrollar un proceso socioeducativo con las encargadas de los E.L.E. para adultos mayores, no acreditados por el Servicio de Salud de la comuna de Valparaíso, en torno a conceptos teórico - prácticos, respecto al funcionamiento los establecimientos"

Objetivos Específicos:

- 1. Proporcionar conocimiento teórico - práctico a las encargadas de E.L.E., respecto a la gestión administrativa de las residencias.*
- 2. Entregar conocimiento teórico - práctico a las encargadas de E.L.E., referidos a los principales problemas que deben enfrentar estas en el trabajo directo con los adultos mayores internos y las formas adecuadas de enfrentamiento.*
- 3. Entregar conocimiento teórico - práctico a las encargadas de E.L.E., en torno a la etapa de envejecimiento y adulto mayor interno.*

Destinatarios:

El proyecto se orienta a las Encargadas de las Residencias, transitorias y permanentes, para adultos mayores catastradas (Ver Anexo N° 2).

Recursos:

Humanos:

- Alumnas Seminaristas.*
- Asistentes Sociales Área Servicio Social INP Sucursal Valparaíso.*
- Profesionales Colaboradores (Expositores especialistas)*

Materiales:

- Material fungible, otorgado por la institución patrocinante.*
- Colaciones, otorgado por la institución patrocinante y/o por el equipo de alumnas seminaristas.*

Matriz Proyecto Socioeducativo

Objetivos específicos	Actividades	Técnicas	Recursos	Tiempo	Indicadores	Medio de verificación
Proporcionar conocimiento teórico - práctico a las encargadas de E.L.E., respecto a la gestión administrativa de las residencias.	1º módulo del taller, en el que se abordarán cuatro temas específicos. Con una última sesión evaluativa	- Manejo grupal, expositivas, de análisis y lúdicas.	Humanos: - Alumnas Seminaristas y profesionales relativos al área de intervención abordada. Materiales: - Material fungible.	5 sesiones, realizadas cada 15 días, con una duración de 2 horas cada una.	- A lo menos 5 Encargadas de los E.L.E. asisten a las sesiones programadas. - A lo menos 5 Participantes reconocen los elementos asociados a la Valoración Geriátrica, los Protocolos y Sistemas de Registro. - A lo menos 5 participantes reconocen los tipos de Residencias de Adultos Mayores: Transitorias y de Larga Estadía, definición legal, y las instituciones involucradas durante el proceso de regularización de los E.L.E. - A lo menos 5 participantes reconocen el procedimiento para realizar iniciación de actividades y los sistemas de registro contables. - A lo menos 5 participantes reconocen los servicios que deben prestar las residencias.	- Control de asistencia. - Pauta de comprobación directa. - Pauta de comprobación semiestructurada y observación participante. - Pauta de comprobación indirecta. - Cuestionario de comprobación.
Entregar conocimiento teórico - práctico a las encargadas de E.L.E., referidos a los principales problemas que deben enfrentar estas en el trabajo directo con los adultos mayores internos y las formas adecuadas de enfrentamiento.	2º módulo del taller, en el que se abordarán cuatro temas específicos. Con una última sesión evaluativa	- Manejo grupal, expositivas, de análisis y lúdicas.	Humanos: - Alumnas Seminaristas y profesionales relativos al área de intervención abordada. Materiales: - Material fungible.	5 sesiones, realizadas cada 15 días, con una duración de 2 horas cada una.	- A lo menos 5 encargadas de los E.L.E. asisten a las sesiones programadas. - A lo menos 5 participantes reconocen las implicancias personales del estrés laboral y Síndrome Bournaut. - A lo menos 5 participantes reconocen las principales situaciones que producen estrés en el trato directo con los residentes y los recursos personales factibles de utilizar para enfrentar estas situaciones. - A lo menos 5 participantes reconocen las herramientas Prácticas personales de enfrentamiento a situaciones estresantes. - A lo menos 5 participantes reconocen la importancia y las implicancias directas, familiares y sociales, que implica el cuidado del adulto mayor.	- Control de asistencia. - Pauta de comprobación directa. - Pauta de comprobación semiestructurada y observación participante. - Pauta de comprobación indirecta. - Cuestionario de comprobación.

<i>Objetivos específicos</i>	<i>Actividades</i>	<i>Técnicas</i>	<i>Recursos</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Medio de verificación</i>
Entregar conocimiento teórico - práctico a las encargadas de E.L.E., en torno a la etapa de envejecimiento y adulto mayor interno.	3º módulo del taller, en el que se abordarán cuatro temas específicos. Con una última sesión evaluativa	- Manejo grupal, Expositivas, de análisis y lúdicas	Humanos: - Alumnas seminaristas y profesionales relativos al área de intervención abordada. Materiales: - Material fungible	5 sesiones, realizadas cada 15 días, con una duración de 2 horas cada una.	- A lo menos 5 Encargadas de los E.L.E. asisten a las sesiones programadas. - A lo menos 5 participantes identifican la definición de envejecimiento, los cambios biológicos, psicológicos y sociales asociados al envejecimiento. - A lo menos 5 participantes identifican los síndromes de mayor ocurrencia de los adultos mayores internos y la forma de prevenirlos. - A lo menos 5 participantes identifican los elementos relativos a la salud mental en el adulto mayor - A lo menos 5 participantes reconocen al adulto mayor como sujeto de derecho y los elementos jurídicos de protección en torno a éste.	- Control de asistencia. - Pauta de comprobación directa. - Pauta de comprobación semiestructurada y observación participante. - Pauta de comprobación indirecta. - Cuestionario de comprobación.

Duración:

El proyecto tiene una duración de 15 semanas, comenzando desde el 11 de Abril hasta el 17 de Octubre, con una periodicidad de sesiones cada 15 días.

CRONOGRAMA

MES	Abril			Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre					
Semana	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	5º	
Módulo 1	X	**	X	**	X	**	X	**	X	**																			
Módulo 2											X	**	X	**	X	**	X	**	X	**									
Módulo 3																				X	**	X	**	X	**	X	**	X	

X = Tiempo Programado.

** = Tiempo de Holgura.

Metodología de Evaluación

- **Contexto**

Institucional

Apoyo en la implementación del proyecto.

Apoyo otorgado en la gestión de recursos.

Destinatarios

Participación actividades planificadas.

Asistencia a las sesiones.

- **Insumos**

Recursos Humanos:

Asistentes Sociales encargadas.

Alumnas seminaristas.

Recursos Materiales:

Material fungible, otorgado por la institución patrocinante.

Colaciones, otorgado por la institución patrocinante y/o por el equipo de alumnas seminaristas.

Se considerará la participación, utilidad, oportunidad, y suficiencia de los recursos asignados para la consecución del proyecto en todas las actividades que se realicen.

- **Proceso**

Factores Facilitadores del Contexto e Insumos.

Factores Obstaculizadores del Contexto e Insumos.

- **Producto**

Cumplimientos de Objetivos.

Logros y hallazgos.

Se entenderá por Logro, todos aquellos que se encuentran por sobre los objetivos de proyecto.

Se entenderá por Hallazgo, aquellos elementos no considerados y que son de real importancia para intervenciones posteriores.

Proyecto 3:

Vinculación

Social.

⌘ Proyecto de Vinculación Social

Objetivo General:

"Favorecer la integración del Adulto Mayor residente con la Red Social Focal, mediante la inserción y reinserción de vínculos"

Objetivos Específicos:

1. Generar vínculos entre los adultos mayores en situación de abandono y sus familiares y/ o personas significativas.
2. Fortalecer vínculos entre los adultos mayores y sus familiares y/o personas significativas.
3. Generar la vinculación entre los adultos mayores y su grupo de pares.
4. Potenciar la vinculación entre los adultos mayores y su grupo de pares.

Destinatarios:

La intervención del Proyecto Social, se orienta a los familiares y adultos mayores, residentes de tres Establecimientos de Larga Estadía de la Comuna de Valparaíso, no acreditados por el Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio, identificados como:

- "El Abuelito Feliz", ubicado en Av. Ecuador # 275.
- "San José", ubicado en Av. Gran Bretaña # 780.
- "Dulce Vida", ubicado en Calle Taqueadero # 348.

Recursos

Humanos:

- Equipo alumnas Seminaristas.
- Asistentes Sociales Área Servicio Social INP Sucursal Valparaíso.
- Grupos folklóricos colaboradores para encuentros.

Materiales:

- Material Fungible.

Financieros:

- Pasajes Alumna Seminarista para realizar Visitas Domiciliarias.
- Adquisición de material de apoyo para actividad en los E.L.E.

Matriz de Programación Proyecto Social

<i>Objetivo Especifico</i>	<i>Actividades</i>	<i>Técnicas</i>	<i>Recursos</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Indicador</i>	<i>Medio de Verificación</i>
<i>Generar los vínculos entre los adultos mayores en situación de abandono y sus familiares y/ o personas significativas.</i>	<i>Realizar un catastro de los familiares y personas significativas de los Adultos Mayores Residentes.</i>	<i>Revisión de Fichas de las residencias. Entrevistas con las encargadas.</i>	<i>R. Humanos. Alumnas Seminaristas. R. Económicos: Pasajes.</i>	<i>2 semanas</i>	<i>Al menos 5 nombre de los potenciales familiares.</i>	<i>Lista de Familiares con teléfono y dirección. Autorización de la encargada para realizar el contacto con ellos.</i>
	<i>Contacto de los familiares y personas significativas</i>	<i>Entrevistas</i>	<i>R. Humanos. Alumnas Seminaristas. R. Materiales. Hojas y lápices.</i>	<i>2 semanas</i>	<i>Al menos 5 Familiares y/o personas significativas contactados.</i>	<i>Hoja de contacto con los familiares.</i>
	<i>Seguimiento de los familiares.</i>	<i>Entrevistas.</i>	<i>R. Humanos. Alumnas Seminaristas. R. Materiales. Hojas y lápices.</i>	<i>5 semanas</i>	<i>Al menos 5 familiares y/o personas significativas visitadas o entrevistadas y diagnóstico simple de situación familiar.</i>	<i>Diagnóstico familiar</i>
	<i>Incorporación de los familiares a las residencias a través de reuniones grupales o individuales con los residentes.</i>	<i>Manejo grupal.</i>	<i>R. Humanos. Alumnas Seminaristas. Alumnas en práctica. R. Materiales. Hojas y lápices.</i>	<i>5 semanas</i>	<i>Al menos 5 familiares incorporados a las actividades de la residencia.</i>	<i>Fecha de las visitas a la residencia.</i>

<i>Objetivo Especifico</i>	<i>Actividades</i>	<i>Técnicas</i>	<i>Recursos</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Indicador</i>	<i>Medio de Verificación</i>
<i>Fortalecer los vinculos entre los adultos mayores y sus familiares y/ o personas significativas.</i>	<i>Realizar un catastro de los familiares y personas significativas de los Adultos Mayores Residentes.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Revisión de Fichas de las residencias.</i> - <i>Entrevistas con las encargadas.</i> 	<i>R. Humanos. Alumnas Seminaristas. R. Económicos: Pasajes.</i>	<i>2 semana</i>	<i>Al menos el nombre de 15 familiares.</i>	<i>Lista de Familiares con teléfono y dirección. Autorización de la encargada para realizar el contacto con ellos.</i>
	<i>Contacto de los familiares y personas significativas</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Entrevistas</i> 	<i>R. Humanos. Alumnas Seminaristas. R. Materiales. Hojas y lápices.</i>	<i>2 semana</i>	<i>Al menos 10 familiares y/o personas significativas contactados. Al menos 10 Visitas domiciliarias y/o encuentros en las residencias concertadas.</i>	<i>Hoja de contacto con los familiares. Fecha de las visitas.</i>
	<i>Motivación de los familiares y personas significativas para la participación en diversas actividades.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Entrevistas en el domicilio.</i> - <i>Reuniones individuales en las residencias.</i> 	<i>R. Humanos. Alumnas Seminaristas. R. Económicos: Pasajes.</i>	<i>4 semanas</i>	<i>Al menos 10 familiares y/o personas significativas motivados a participar.</i>	<i>Hoja de Ruta de las visitas. Hoja de compromiso de los familiares y/o personas significativas Grupo de familiares y/o personas significativas contactados.</i>

<i>Objetivo Específico</i>	<i>Actividades</i>	<i>Técnicas</i>	<i>Recursos</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Indicador</i>	<i>Medio de Verificación</i>
<i>Fortalecer los vínculos entre los adultos mayores y sus familiares y/ o personas significativas.</i>	<i>Realizar un catastro de los familiares y personas significativas de los Adultos Mayores Residentes.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Revisión de Fichas de las residencias.</i> - <i>Entrevistas con las encargadas.</i> 	<i>R. Humanos. Alumnas Seminaristas. R. Económicos: Pasajes.</i>	<i>2 semana</i>	<i>Al menos el nombre de 15 familiares.</i>	<i>Lista de Familiares con teléfono y dirección. Autorización de la encargada para realizar el contacto con ellos.</i>
	<i>Contacto de los familiares y personas significativas</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Entrevistas</i> 	<i>R. Humanos. Alumnas Seminaristas. R. Materiales. Hojas y lápices.</i>	<i>2 semana</i>	<i>Al menos 10 familiares y/o personas significativas contactados. Al menos 10 Visitas domiciliarias y/o encuentros en las residencias concertadas.</i>	<i>Hoja de contacto con los familiares. Fecha de las visitas.</i>
	<i>Motivación de los familiares y personas significativas para la participación en diversas actividades.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Entrevistas en el domicilio.</i> - <i>Reuniones individuales en las residencias.</i> 	<i>R. Humanos. Alumnas Seminaristas. R. Económicos: Pasajes.</i>	<i>4 semanas</i>	<i>Al menos 10 familiares y/o personas significativas motivados a participar.</i>	<i>Hoja de Ruta de las visitas. Hoja de compromiso de los familiares y/o personas significativas Grupo de familiares y/o personas significativas contactados.</i>

Duración

La implementación del proyecto tuvo una duración de dos meses y medio, a partir de la 4º semana de Agosto, hasta la 5º semana de Octubre.

CRONOGRAMA

Mes		Agosto			Septiembre				Octubre					Noviembre		
Actividad / Semana		3º	4º	5º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	5º	1º	2º	3º
Generar vínculos entre adultos mayores en situación de abandono y sus familiares y/o personas significativas	Catastro		X ***	X ***	***											
	Contacto			X ***	X ***	***										
	Seguimiento					X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	***				
	Encuentros					X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	***				
Fortalecer vínculos entre adultos mayores y sus familiares y/o personas significativas	Catastro		X ***	X ***												
	Contacto			X ***	X ***											
	Motivación				X ***	X ***	X ***	X ***	***							
	Encuentros						X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	***	
	Seguimiento						X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	***	
Generar la vinculación entre adultos mayores y su grupo de pares	Identificación y contacto			X ***	X ***	X ***	X ***	***								
Potenciar la vinculación entre adultos mayores y su grupo de pares	Encuentros						X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	***			

X = Tiempo Programado.

*** = Tiempo de Holgura.

Metodología de Evaluación:

- **Contexto:**

Contexto Familiar:

Grado de aceptación de la intervención por parte de los familiares.

Recepción de los familiares.

Pertinencia de la actividad.

Contexto Residencial:

Grado de aceptación de las encargadas a la incorporación de los familiares en las actividades de la residencia.

Contexto Institucional:

Apoyo institucional.

- **Insumos:**

Insumos Familiares:

Familiares de los residentes.

Insumos Residenciales:

Recursos Humanos:

Encargadas de las residencias.

Residentes.

Insumos Institucionales:

Recursos Humanos:

Asistentes Sociales encargadas.

Alumnas seminaristas.

Grupos folclóricos colaboradores.

Recursos Materiales:

Material fungible.

Recursos Económicos:

Pasajes Visitas domiciliarias.

Financiamiento actividades en las residencias.

Se considerará la participación, utilidad, oportunidad y suficiencia de los recursos, asignados para la consecución del proyecto, en todas las actividades que se realicen.

- **Proceso:**

- *Participación de los familiares en las actividades de la residencia. Factores Facilitadores y Obstaculizadores.*
- *Relación establecida entre familiares y Adultos Mayores residentes. Factores Facilitadores y Obstaculizadores.*
- *Relación establecida entre familiares y encargadas. Factores Facilitadores y Obstaculizadores.*
- *Pertinencia de las actividades realizadas en las residencias. Factores Facilitadores y Obstaculizadores.*
- *Replicabilidad de las actividades realizadas en las residencias. Factores Facilitadores y Obstaculizadores.*

- **Producto**

Cumplimientos de Objetivos.

Logros y hallazgos.

Se entenderá por Logro, todos aquellos que se encuentran por sobre los objetivos de proyecto.

Se entenderá por Hallazgo, aquellos elementos no considerados y que son de real importancia para intervenciones posteriores.

Proyecto 4:
Sensibilización y
Difusión

8 Sensibilización y Difusión

Objetivo General:

"Fomentar una propuesta integral de la intervención profesional en el ámbito E.L.E para adultos mayores, mediante la difusión del Modelo de Prestación de Servicios."

Objetivos Específicos:

1. Sistematizar las etapas metodológicas del presente Seminario de Título, en un Manual Operativo de Intervención en E.L.E. para adultos mayores no acreditados por el Servicio de Salud.
2. Iniciar un proceso de especialización, a los profesionales Asistentes Sociales INP quinta Región, en la intervención operativa en E.L.E. para adultos mayores, mediante la elaboración de una propuesta de rol profesional en institucional en este ámbito, a través de una Jornada de Trabajo.
3. Informar a los entes involucrados en el tema de residencias, respecto a la reglamentación vigente, prestación de servicios y realidad comunal de E.L.E. para adultos mayores, mediante la entrega de material informativo.
4. Sensibilizar a los actores sociales e institucionales del ámbito de residencias, sobre la importancia de intervenir biopsicosocialmente, mediante la difusión del Modelo de Prestación de Servicios.

Destinatarios

Las cinco actividades planificadas para la implementación del Proyecto de Sensibilización y Difusión se orientan hacia:

- a) **Actividad N° 1: Jornada de Especialización. (Ver Anexo N° 5)**
 - 14 Asistentes Sociales INP Quinta Región.
- b) **Actividad N° 2: Manual Operativo de Intervención en E.L.E. para Adultos mayores.**
 - 14 Asistentes Sociales INP Quinta Región.
- c) **Actividad N° 3: Boletines Informativos. (Ver CD Room Adjunto)**
 - Encargadas de E.L.E. para Adultos mayores participantes Proyecto Socioeducativo.
 - 4 Fiscalizadores Residencias para adultos mayores de la comuna de Valparaíso.
 - Encargados de Instituciones involucradas durante el proceso de regularización E.L.E. para adultos mayores.
 - Encargado Oficina Comunal del Adulto Mayor, Valparaíso.
 - Encargada Comité Regional del Adulto Mayor, Comuna de Valparaíso.

- d) **Actividad N° 4: Jornada de Sensibilización y Difusión. (Ver Anexo N° 6)**
- Encargadas E.L.E. para adultos mayores de la comuna de Valparaíso.
 - Fiscalizadores E.L.E. para adultos mayores. Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio, Viña del Mar - Quillota y, Aconcagua.
 - Fiscalizadores C.E.H. Comuna de Valparaíso.
 - Profesionales encargados Oficina Comunal del Adulto Mayor, Valparaíso y Viña del Mar.
 - Encargada Comité Regional del Adulto Mayor Valparaíso.
 - Encargada Programa Adulto Mayor, Ministerio de Salud.
 - Encargadas Programa Adulto Mayor, Centros de Salud de Atención Primaria, Mena y Plaza Justicia.
 - Encargada de Centro de Estudios Gerontogerítricos, Universidad de Valparaíso.
 - Director Escuela de Trabajo Social Universidad de Valparaíso.

Recursos:

Humanos:

- Equipo Seminarista.
- Asistentes Sociales Área de Servicio Social INP Sucursal Valparaíso.
- Profesionales vinculados a la gestión de recursos a nivel institucional.
- Expositores de las Jornadas.

Materiales:

- Material fungible.
- Insumos computacionales.
- Recursos audiovisuales.

Financieros:

- Financiamiento Manual Operativo de Intervención.
- Financiamiento Jornada de Especialización.
- Financiamiento Jornada de Difusión.

Matriz de Programación Proyecto Sensibilización y Difusión:

<i>Objetivos Específicos</i>	<i>Actividades</i>	<i>Técnicas</i>	<i>Recursos</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Medios de Verificación</i>
<p><i>Sistematizar las etapas metodológicas del presente Seminario de Título en un manual Operativo de Intervención en E.L.E para Adultos Mayores, no acreditados por el Servicio de Salud.</i></p>	- Sistematización de elementos diagnósticos.	Recolección de información Sistematización	- Material Teórico - Alumnas Seminaristas	4 semanas	- Sistematización de la información.	- Proyectos Sistematizados
	- Sistematización de elementos teóricos.	Recolección de información Sistematización	- Material Teórico - Alumnas Seminaristas	4 semanas	- Entrega de material por parte de Profesionales colaboradores en taller socioeducativo.	- Material incluido en el manual.
	- Sistematización proyectos de intervención.	Recolección de información Sistematización	- Material Teórico - Alumnas Seminaristas	9 semanas	- Sistematización reelaborada de 3 proyectos de intervención.	- Proyecto incluidos en el manual.
	- Gestión de recursos.	Entrevistas.	- Equipo asistentes sociales área Servicio Social - Equipo seminarista.	8 semanas	- A lo menos 2 instituciones auspiciadoras de la actividad. - Monto que cubre a lo menos el 80% de la ejecución de la actividad.	- Nombre de la institución. - Tipo de recursos asignados.
	- Difusión del manual.	Motivacionales e informativas.	- Equipo asistentes sociales área Servicio Social - Equipo seminarista.	3 semanas	- Entrega de a lo menos 10 manuales asistentes sociales del INP V Región.	- Lista de nombres profesionales que reciben el manual.

<i>Objetivos Específicos</i>	<i>Actividades</i>	<i>Técnicas</i>	<i>Recursos</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Medios de Verificación</i>
<p><i>Iniciar un proceso de especialización, en los profesionales asistentes sociales del INP V región, en la intervención Operativa en E.L.E para Adultos mayores mediante la elaboración de una propuesta de rol profesional e institucional en este ámbito, a través de una jornada de trabajo.</i></p>	- Identificación de profesionales asistentes sociales.	- Revisión de archivos. - Contacto telefónico.	- Equipo asistentes sociales área Servicio Social - Equipo seminarista. - Operacionales.	4 semanas	- A lo menos 10 profesionales identificados.	Listado de profesionales.
	- Gestión de recursos	- Entrevistas.	- Equipo asistentes sociales área Servicio Social - Equipo seminarista.	10 semanas	- A lo menos 1 institución auspiciadora. - Recursos que cubran a lo menos el 80% de la actividad.	- Nombre de instituciones auspiciadoras. - Tipo de recursos gestionados.
	- Solicitud de autorización par realizar la actividad.	- Entrevistas.	- Equipo asistentes sociales área Servicio Social - Equipo seminarista.	3 semanas	- A lo menos 2 reuniones informativas y de solicitud de información. - A lo menos dos fechas tentativas para realizar la jornada.	- Actividad realizada en la fecha gestionada.
	- Envío de invitaciones.	- Correo Interno.	- Equipo asistentes sociales área Servicio Social - Equipo seminarista. - Operacionales.	2 semanas	- A lo menos 10 profesionales recepcionan la invitación.	- Confirmación de recepción.
	- Elaboración material de apoyo.	- Recopilación de antecedentes teóricos.	- Equipo seminarista.	3 semanas.	- Material de apoyo para el 100% de los asistentes.	- Material entregado.
	- Realización Jornada de especialización.	- Expositivas. - Trabajo en equipo. - Motivacionales.	- Equipo asistentes sociales área Servicio Social V región. - Equipo seminarista. - Profesionales expositores. - Material audiovisual. - Material fungible.	1 día.	- A lo menos 10 profesionales asisten a la jornada. - A lo menos 10 profesionales participan en la elaboración del rol institucional.	- Listado de profesionales. - Fotografías.

<i>Objetivos Específicos</i>	<i>Actividades</i>	<i>Técnicas</i>	<i>Recursos</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Medios de Verificación</i>
<i>Informar a los entes involucrados en el tema de residencias, respecto a la reglamentación vigente, prestación de servicios y realidad comunal para E.L.E de adultos mayores, mediante la entrega de material informativo.</i>	<i>- Elaboración de documentos.</i>	<i>De sistematización.</i>	<i>- Equipo Alumnas Seminaristas. - Material fungible.</i>	<i>4 semanas</i>	<i>- Sistematización de la información recopilada.</i>	<i>- Documento aprobado por la supervisora académica.</i>
	<i>- Gestión de recursos.</i>	<i>Entrevistas.</i>	<i>- Equipo Alumnas Seminaristas. - Material fungible.</i>	<i>1 semanas</i>	<i>- Obtención material fungible para realizar los documentos. - A lo menos 10 documentos impresos.</i>	<i>- Material fungible entregado. - Documentos impresos.</i>
	<i>- Difusión del material</i>	<i>- De difusión e información.</i>	<i>- Equipo Alumnas Seminaristas. - Supervisora Institucional. - Destinatarios. - Material Fungible.</i>	<i>2 semana.</i>	<i>- A lo menos 2 reuniones para entrega de material Informativo.</i>	<i>- Acta de reunión.</i>
<i>Sensibilizar a los actores sociales e institucionales de ámbito de residencias sobre la importancia de intervenir biopsicosocialmente, mediante la difusión del Modelo de prestación de servicios.</i>	<i>- Elaboración programa.</i>	<i>- Trabajo grupal.</i>	<i>- Equipo Alumnas Seminaristas. - Supervisora Institucional.</i>	<i>2 semanas</i>	<i>- Programa elaborado.</i>	<i>- Programa aprobado por la sucursal INP, y por las instituciones auspiciadoras.</i>
	<i>- Contacto expositores.</i>	<i>- Entrevistas y contactos telefónicos.</i>	<i>- Equipo Alumnas Seminaristas.</i>	<i>7 semanas</i>	<i>- A lo menos 8 expositores contactados.</i>	<i>- Listado de profesionales contactados.</i>
	<i>- Gestión de recursos.</i>	<i>- Entrevistas. - Reuniones con posibles auspiciadores.</i>	<i>- Equipo Alumnas Seminaristas. - Supervisora Institucional.</i>	<i>7 semanas</i>	<i>- A lo menos 1 institución auspiciadora. - Recursos que cubran a lo menos el 80% de la actividad.</i>	<i>- Nombre de instituciones auspiciadoras. - Tipo de recursos gestionados.</i>

<i>Objetivos Específicos</i>	<i>Actividades</i>	<i>Técnicas</i>	<i>Recursos</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Medios de Verificación</i>
	- Envío de invitaciones.	- Correo Interno.	- Supervisora Institucional. - Equipo Seminarista. - Operacionales.	2 semanas	- A lo menos 50 personas reciben la invitación.	- Confirmación de recepción.
	- Elaboración material de apoyo.	- Recopilación de antecedentes teóricos.	- Equipo Alumnas Seminaristas.	2 semanas.	- Material de apoyo para el 100% de los asistentes.	- Material entregado.
	- Realización de la Jornada.	- Expositivas. - Trabajo en equipo. - Motivacionales.	- Equipo Alumnas Seminaristas. - Supervisora Institucional. - Expositores. - Destinatarios. - Material Fungible.	1 día	- A lo menos el 80% de los invitados asisten a la Jornada.	- Listado asistentes. - Fotografías.

Duración:

El proyecto tuvo una duración de tres meses aproximadamente, comenzando desde la 3ª semana de Agosto, hasta la 2ª semana de Noviembre.

CRONOGRAMA

Mes		Agosto			Septiembre				Octubre					Noviembre		
Actividad / Semana		3º	4º	5º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	5º	1º	2º	3º
Manual Operativo de Intervención	Sistematización Elementos Diagnósticos		X	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***								
	Sistematización elementos Teóricos			X	X ***	X ***	X ***									
	Sistematización Proyectos de intervención						X	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***			
	Gestión de recursos				X	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***			
	Difusión del Manual												X	X	X	
Jornada de Especialización	Identificación de Profesionales Asistentes Sociales		X	X ***	X ***	X ***	X ***									
	Gestión de Recursos		X	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***			
	Solicitud de Autorización para realizar la actividad							X	X ***							
	Contacto expositores externos.									X	X ***	X ***	X ***	X ***		
	Envío de invitaciones								X	X ***	X ***					
	Elaboración material de apoyo Jornada								X	X ***	X ***	X ***				
	Realización de la Jornada													X	X ***	
Boletines Informativos	Elaboración Documento	X	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***								
	Gestión de Recursos			X	X ***	X ***	X ***									
	Difusión del material										X	X ***	X ***			
Jornada de Difusión	Elaboración Programa	X ***	X ***	X ***												
	Contacto Expositores			X	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***				
	Envío Invitaciones				X	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***				
	Gestión de Recursos			X	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***				
	Elaboración Material de apoyo										X	X ***	X ***			
	Realización de la Jornada												X	X ***		

x = Tiempo Programado.

*** = Tiempo de Holgura.

Metodología de Evaluación:**- Contexto****Institucional:**

Departamento de Servicio Social, INP Sucursal Valparaíso.

INP Sucursal Valparaíso.

Apoyo en la implementación del proyecto.

Apoyo otorgado en la gestión de recursos.

Teórico - Referencial

Marco de Referencia

Elaboración material de apoyo para Jornadas y material informativo para instancias de difusión.

Destinatarios

Percepción de la calidad de las actividades.

Participación en las actividades.

Asistencia a las actividades programadas.

- Insumos

Se evaluarán los recursos, humanos y materiales, de cada uno de las actividades programadas, considerando participación, utilidad, oportunidad y suficiencia de los recursos asignados para la consecución de los objetivos del Proyecto.

Humanos

Equipo Organizador:

Equipo Seminarista, Asistentes Sociales INP y Profesionales vinculados a la gestión de recursos a nivel institucional.

Expositores Jornadas.

Materiales

Material fungible.

Insumos computacionales.

Audiovisual.

- Proceso

Factores Facilitadores del Contexto e Insumos.

Factores Obstaculizadores del Contexto e Insumos.

- Producto**Cumplimientos de Objetivos**

Manual Operativo de Intervención.

Jornada de Especialización.

Boletín Informativo.

Jornada de Sensibilización.

*La nobleza de la vida
no está en el nacer o en el morir,
sino en el vivir.*

*Por eso,
en la vida no tienes que hacer lo que más te agrada,
sino,
lo que más te agradará haber hecho.*

Capítulo IV

Ejecución y Evaluación

PRESENTACIÓN

Con el fin de dar cumplimiento al Objetivo General de Programa, el equipo seminarista, llevó a cabo el Proceso Administrativo, considerando las fases de Planificación, Dirección, Coordinación y Control durante la implementación de los 4 Proyectos de Intervención.

La etapa de Planificación, determinó un sistema de distribución de tareas, a partir del cual se encomendó a cada integrante, la dirección y coordinación de un Proyecto específico. No obstante, el proceso de toma de decisiones durante la ejecución de programa, se realizó en forma conjunta, mediante estrategias de evaluación y consenso.

La Coordinación, se llevó a cabo a través del establecimiento de normas de adhesión grupal, lo que permitió una comunicación expedita y facilitó el desarrollo simultáneo de actividades, optimizando, de esta forma, el recurso humano.

Durante la Evaluación sistemática de la intervención, para determinar la medida en que los objetivos propuestos estaban siendo llevados a cabo, se contó con la participación del equipo seminarista y las supervisoras, institucional y académica.

El Capítulo que a continuación se presenta, reúne las etapas metodológicas de Ejecución y Evaluación del Programa y, Proyectos correspondientes.

Preliminarmente, se describe la fase de Ejecución por Proyecto que, en forma posterior es Evaluado, utilizando el Modelo C.I.P.P., identificando en cada variable, comunes a los 4 proyectos, diferentes criterios para cada una de ellos.

Finalmente, se realiza la Evaluación de Programa y Fases Metodológicas.

Proyecto 1:

Coordinación y

Gestión

4.1. EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DE PROYECTOS

PROYECTO DE COORDINACIÓN Y GESTIÓN

8 Ejecución

Antecedentes Generales

El Proyecto de Coordinación y Gestión, se originó en necesidades identificados en tres áreas de investigación: **Caracterización Administrativa de los E.L.E.**, que evidenció su inadecuada infraestructura y precaria implementación de equipamiento técnico para la atención de los residentes, una mínima dependencia de especialistas y, una prestación de servicios basada en la satisfacción de necesidades básicas y evidentes del



Daniela Herrera, Alumno Carrera de Kinesiología, U.C.V.

adulto mayor; **Antecedentes Sanitarios**, los cuales demostraron la prevalencia de enfermedades crónicas tratadas inadecuadamente, ausencia mayoritaria de adultos mayores autovalentes y, un elevado número de semivalentes o postrados; y, **Caracterización Psicosocial de los residentes**, la cual identifica adultos mayores con un alto grado de deterioro cognitivo, con limitaciones en sus funciones mentales y, cuyas habilidades sociales se encuentran disminuidas, con un nivel de vinculación familiar no significativo, que incide en la situación de abandono potencial, incipiente y/o avanzado de la red focal.

La carencia de recursos financieros y deficiente vinculación de los establecimientos con la red abierta, sumado a las características propias de E.L.E., evidenciaron la necesidad de coordinar recurso humano e institucional, adicional y especializado, que interviniera desde una perspectiva integral y colaboraran, de esta forma, en minimizar sus limitaciones.

De esta forma, el Proyecto, tuvo como finalidad, fortalecer y ampliar el cumplimiento de las funciones establecidas para los E.L.E de Adultos Mayores, a fin de mejorar la prestación de sus servicios, mediante la coordinación con personas e instituciones afines y la gestión de recursos. Para ello, se intervino en dos áreas (originadas en los objetivos específicos), cumpliendo, al menos, cuatro etapas, las cuales se llevaron a cabo en forma superpuesta, de acuerdo a la dinámica del proceso de ejecución:

Áreas	Etapas
✓ <i>Coordinación con personas e instituciones que realizaron actividades dirigidas al bienestar de los adultos mayores residentes.</i>	✓ <i>Identificación de personas e instituciones que realizaron actividades dirigidas al bienestar de los adultos mayores o, que pudieran satisfacer necesidades de infraestructura y equipamiento de los E.L.E..</i>
✓ <i>Gestión de recursos para satisfacer necesidades de infraestructura de los E.L.E..</i>	✓ <i>Contacto con aquellas personas o instituciones identificadas.</i>
	✓ <i>Negociación.</i>

El proyecto se desarrolló durante el periodo comprendido entre los meses de Mayo y Octubre del presente año, teniendo como destinatarios, en principio, los tres E.L.E. para Adultos Mayores identificados en la fase diagnóstica, número que posteriormente se incrementó a siete, estrategia que se basó en la distribución eficiente y eficaz de la disponibilidad de recurso humano, proveniente del Liceo Politécnico A -24.

Matriz de Ejecución

Objetivo Específico N° 1:

"Coordinar a los Establecimientos de Larga Estadía con personas e instituciones que realicen actividades dirigidas al bienestar psicológico, a la realización y a la salud fisiológica de los adultos mayores residentes."

Periodo	Institución	Actividades	Resultados
13 de Mayo de 2002	Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso	- Contacto telefónico.	Se solicitó enviar Correo Electrónico al Director, Sr. Benjamín Subercaseaux Sepúlveda.
13 Mayo al 30 Septiembre de 2002	Chile Deportes Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso	- Gestión Interinstitucional, mediante presentación de proyecto al Depto. de Programas INP Quinta Región. - Contacto telefónico. - Entrevistas con Directora, Sra. Jessica Mc Cawley Landi. - Entrevista con Presidenta de la Comisión de Extensión, Sra. María Raquel Lazcano.	Se consiguió la implementación de talleres de Gimnasia para los tres E.L.E. para Adultos Mayores, que participaron en la etapa diagnóstica del programa. Se consiguió entrevista. Se concertó reunión con la Presidenta de la Comisión de Extensión, Sra. María Raquel Lazcano para gestionar el recurso, quien posteriormente, se comprometió a presentar la solicitud de intervención en los E.L.E. de alumnos de la Carrera de Enfermería a la Comisión de Extensión. Esperar respuesta por vía telefónica.
14 de Mayo al 19 de Junio de 2002	Escuela de Odontología de la Universidad de Valparaíso	- Contactos telefónicos. - Entrevista con la Sra. Valeria Mucarsel.	Se consiguió entrevista. Se consultó por Programa Dental para el adulto mayor, obteniendo como respuesta que, debe hacerse el contacto, a través del Centro de Salud correspondiente.
14 al 24 de Mayo de 2002	Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso	- Contactos telefónicos.	Se consiguió entrevista, que luego es suspendida. No se logra el contacto, puesto que el Director, Sr. Domingo Asún, deriva la gestión a Psicología Social, quienes no se especializan en el Área de Diagnósticos Clínicos.



Periodo	Institución	Actividades	Resultados
14 de Mayo al 30 de Octubre de 2002	Escuela de Nutrición de la Universidad de Valparaíso	<ul style="list-style-type: none"> - Contacto telefónico. - Entrevistas con Coordinadora de la Carrera de Nutrición, Sra. Mariane Lutz Riquelme, y, Enfermera, Sra. Nancy Orellana. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se consiguió entrevista. - Se planteó posibilidad de prácticas en los E.L.E. - La coordinadora solicitó fichas clínicas de los adultos mayores residentes para realizar la intervención. - Se sugirió realizar un trabajo coordinado con Escuela de Enfermería para realizar el diagnóstico basado en el EISAM y entregar resultados al centro de salud correspondiente. - Sra. Nancy Orellana se ofreció como encargada de la coordinación. - Se informó sobre la imposibilidad de revisión de fichas clínicas, ya que se establece como requisito un profesional responsable, del ámbito de la Salud. - Se coordinó trabajos a futuro, para talleres de Educación en el tema Nutricional.
13 de Mayo al 14 de Junio de 2002	Facultad de Educación Física de la Universidad de Playa Ancha	<ul style="list-style-type: none"> - Contacto telefónico. - Entrevista con la Sra. Pamela Galleguillos, Jefe Carrera Tecnología en Deporte y Recreación. - Entrevista con la Sra. Luz Marina Silva, Coordinadora Prácticas Profesionales de Terapia Ocupacional. - Entrevista con la Jefe de Carrera de Terapia Ocupacional. 	<ul style="list-style-type: none"> -Se consiguió entrevista. - Se explicó a Sra. Pamela Galleguillos, el objetivo del Seminario de Título y se planteó propuesta de colaboración, para realizar prácticas profesionales. - Se realizó primer contacto con Profesor Eduardo Mateluna, Jefe Carrera Kinesiología. Llamar para coordinar entrevista, la que no se lleva a cabo por impedimento institucional. -Se planteó propuesta de colaboración a la Sra. Luz Marina Silva, Coordinadora Prácticas Profesionales de Terapia Ocupacional. En principio se obtiene respuesta afirmativa, sin embargo, la Jefe de Carrera, después de haberse reunido con sus homónimos de la facultad, informó que no es factible realizar intervenciones en los E.L.E., porque éstos no cuentan con la acreditación sanitaria del Servicio de Salud, lo cual sería como validar su funcionamiento, además de ser visualizadas como microempresas con fines de lucro.
18 de Junio de 2002	Hospital Carlos Van Büren de Valparaíso	<ul style="list-style-type: none"> - Se solicitó revisar Fichas Clínicas de los adultos mayores residentes de los E.L.E. que se atienden en dicho establecimiento de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se recogen antecedentes de salud de tres pacientes, para la caracterización sanitaria de los residentes.

Periodo	Institución	Actividades	Resultados
19 de Junio de 2002	Consultó Privada Psicólogo, Sr. Alfonso Arribada.	- Entrevista para consulta sobre posible intervención en los E.L.E..	- Se recoge información sobre actividades que podría desarrollar un psicólogo clínico en los E.L.E.. - Aunque no acepta intervenir en los E.L.E. por falta de tiempo, se obtiene compromiso para participar en taller socioeducativo.
20 de Junio de 2002	Liceo B - 30 de Valparaíso	- Entrevista con la Sra. Matilde Herrera, Jefa de la Unidad Técnico Pedagógica (U.T.P.).	- Se presenta propuesta de Pre - Prácticas y Prácticas Profesionales de las alumnas de la Carrera de Atención al Adulto Mayor en E.L.E.. - El liceo tiene una metodología de prácticas con ciertas instituciones, entre las cuales se encuentran algunas Residencias para Adultos Mayores de la comuna, por lo que se determina, gestionar otro establecimiento educacional, en virtud de que ya cuentan con recurso institucional para estos fines. - Se identifican residencias con las cuales han establecido contacto, para evitar sobre intervención en éstas.
24 al 25 de Junio de 2002	Consultorio Plaza Justicia	- Entrevista con la Sra. Katherine Aravena, Asistente Social. - Entrega de solicitud a Directora.	- Se solicitó revisar Fichas Clínicas de los adultos mayores residentes de los E.L.E. que se atienden en dicho establecimiento de salud. - Se debe enviar solicitud a la Directora. - Se exige un profesional responsable, de preferencia del área salud.
26 de Junio al 30 de Octubre de 2002	Liceo Técnico A - 24 de Valparaíso	- Entrevista con la Sra. Lucrecia González. - Entrevistas con la Sra. Luisa La Roche, Enfermera Docente Carrera Atención del Adulto Mayor y Profesora Jefe 4º Medio, para presentar propuesta de prácticas en los E.L.E. de las alumnas de dicha especialidad. - Reunión del área de Servicio Social del I.N.P con Sra. Luisa La Roche, y Encargadas de las residencias. - Talleres de presentación de los E.L.E, con alumnas de la especialidad.	- Se presentó propuesta de Pre - Prácticas y Prácticas Profesionales de las alumnas de la Carrera de Atención al Adulto Mayor en E.L.E. Se derivó con la Sra. Luisa La Roche, Enfermera Docente de la especialidad. - Se obtuvo una buena acogida de la propuesta. Se solicitó datos de los hogares y una reunión con las Encargadas de los E.L.E.. - Se hace entrega del proyecto en el cual intervendrían las alumnas del establecimiento educacional, con todos los datos solicitados. Se requiere consultar a las Encargadas sobre la posibilidad de cancelar movilización a las alumnas. - Se delimita intervención de alumnas en los E.L.E. con las encargadas. Se entrega a las alumnas, información general sobre la intervención profesional, contextualizando su práctica y las actividades a realizar por

		<ul style="list-style-type: none"> - Visitas a los E.L.E - Reuniones de seguimiento de las prácticas con los profesores jefes de las alumnas. 	<p>contextualizando su práctica y las actividades a realizar por ellas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se acompañó a la especialista a conocer los E.L.E. y, se efectuó presentación formal de las alumnas en cada uno de los centros de práctica. - Se evaluó el proceso de prácticas periódicamente y se resuelven inconvenientes presentados. - Se realizó evaluación final con encargadas de E.L.E. y alumnas, concluyendo el proceso, con el compromiso de las encargadas de recibir prácticas profesionales.
26 de Junio de 2002	I.N.P. Sucursal Valparaíso	- Entrevista con Agente de Sucursal Detacoop Ltda., Sr. Juan Taucán Vera.	<ul style="list-style-type: none"> - Se solicitó financiamiento para el traslado de los adultos mayores residentes que participaron en el Proyecto de Gimnasia de Chiledeportes. - Se asignó un monto de \$40.000 mensuales para cancelar transporte, por un periodo de 6 meses, desde Junio a Diciembre del año en curso.
10 de Julio de 2002	Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio	- Entrevista con la Sra. Carmen Garrido, Encargada Programa del Adulto Mayor.	<ul style="list-style-type: none"> - Se solicitó Programa de Salud del Adulto Mayor para Escuelas de Enfermería y Nutrición. - Se obtuvo material solicitado.
30 de Septiembre de 2002.	Consultorio Mena de Valparaíso.	<ul style="list-style-type: none"> - Contactos telefónico con Asistente Social. - Reunión con Asistente Social y Director del centro de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se consultó sobre posibilidad de trasladar adultos mayores del establecimiento "El Abuelito Feliz", al Consultorio Plaza Justicia. - Se obtuvo una respuesta afirmativa y se recogió información sobre la metodología de cambio.
30 de Septiembre de 2002	Directora Centro de Salud Gómez Carreño de Viña del Mar, Sra. Jannet Guerra, Médico Familiar.	<ul style="list-style-type: none"> - Contacto telefónico. - Entrevista. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se consultó sobre la posibilidad de trabajar con los E.L.E. y realizar una sesión del taller socioeducativo, sin embargo, ésta se vió limitada por la escasez de tiempo de la profesional y, la falta de coincidencia de su disponibilidad horaria, con la del taller.
16 al 30 de Septiembre	I. Municipalidad de Valparaíso, Oficina Comunal del Adulto Mayor.	Asistente Social, Paola Tábano.	<ul style="list-style-type: none"> - Se logró gestionar recursos, sólo para el proyecto de Vinculación Social, dado que los beneficiarios de esta oficina se definen como autovalentes, no siendo esta la característica principal de los residentes de E.L.E con que se trabaja.
09 de Octubre de 2002	Escuela de Kinesiología de la Universidad Católica de Valparaíso.	- Entrevistas con Enfermera, Sra. Norma Orellana, Docente Asignatura Salud Pública de la Carrera de Kinesiología.	<ul style="list-style-type: none"> - Se informó sobre intervención profesional desarrollada en E.L.E.. - Se obtuvo información sobre funcionamiento de la carrera, compromiso de presentar propuesta de internos en las residencias y, ofrecimiento de colaboración para

			<p>taller socioeducativo. - Se solicitó a la profesional, participación en la Jornada sobre Servicios que deben prestar los E.L.E., obteniendo una respuesta afirmativa.</p>
--	--	--	---

Objetivo Específico N° 2:

"Gestionar recursos para satisfacer necesidades de infraestructura y equipamiento de los Establecimientos de Larga Estadía."

Periodo	Institución	Actividades	Resultados
13 de Mayo de 2002 al 10 de Junio de 2002	Escuela de Construcción Civil de la Universidad de Valparaíso	<p>- Contactos telefónico.</p> <p>- Reunión con los Docente Asignaturas Introducción a la Ingeniería en Construcción y Proyecto Electrónico de Potencia, Sr. Roberto Peralta; Docente Asignaturas de Edificación, Acondicionamiento Ambiental y Tecnología en Hormigón, Sr. Gastón Soto y, Alumno Memorista, Sr. Mario Garrido.</p>	<p>- Se consiguió entrevista con el Director de la Escuela, Sr. Luis Madariaga Vásquez. - Se postergó la entrevista en dos semanas. - Se dio fecha el día 26 de Junio del presente, a las 12:30 hrs., para exponer el proyecto a un grupo de docentes de la Escuela, para</p> <p>- Se explicó intervención profesional. - Alumno memorista que abordó como tema, los E.L.E. para adultos mayores, congeló la carrera por problemas personales, quedando abierta la posibilidad para el próximo año.</p>

Cronograma

Meses	Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Coordinación con instituciones dirigidas al bienestar psicológico del Adulto Mayor.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Coordinación con instituciones dirigidas a la realización del Adulto Mayor.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								
Coordinación con instituciones dirigidas a la salud fisiológica del Adulto Mayor.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								
Ejecución de actividades de coordinación.				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Identificación de personas e instituciones para gestión de recursos de equipamiento e infraestructura.	X	X	X	X																								
Contacto con personas e instituciones para gestión de recursos de equipamiento e infraestructura			X	X	X	X	X	X																				
Conseguir recursos para satisfacción de necesidades de equipamiento e infraestructura					X	X	X	X	X	X	X	X																

Evaluación

Contexto:

Instituciones Académicas de Nivel Medio: Liceo B-30, Liceo A-24 de Valparaíso:

• **Recepción de Solicitudes Efectuadas:** Hubo una buena recepción frente a la solicitud de alumnas en práctica para destinar a los E.L.E., la cual se vio favorecida por el momento oportuno en que se efectuaron dichas solicitudes, pues académicamente, los establecimientos se encontraban en una etapa de preparación para iniciar procesos de pre-prácticas y prácticas profesionales.



*Alumna Liceo Politécnico A - 24
Pre Práctica. E.L.E. San José*

• **Respuesta Frente a las Solicitudes Efectuadas:** Aunque ambos establecimientos aceptaron la propuesta, se decide trabajar con el Liceo Politécnico A - 24, ya que no cuenta con experiencia previas y, con centros de prácticas para llevar a cabo el proceso académico.

Con este centro de estudio, se logró gestionar un total de 72 alumnas de 3º y 4º Medio, con capacitación Técnico de Nivel Medio en el Cuidado de Adultos Mayores, para realizar prácticas profesionales en 7 E.L.E, que contemplaron una duración de 2 meses, durante los cuales cada alumna debió cumplir con un total de 32 horas en total, con una

durante los cuales cada alumna debió cumplir con un total de 32 horas en total, con una periodicidad de asistencia 1 vez por semana (4 horas diarias). (Ver Anexo N° 7)

- **Grado de Compromiso Frente a las Respuestas de Colaboración:** La institución, apoyó la práctica de las alumnas durante todo el periodo de intervención, dándoles la posibilidad de asistir a talleres y realizar salidas a terreno y, supervisando el proceso constantemente, estableciéndose canales de comunicación expeditos y periódicos, que favorecieron la resolución de los inconvenientes surgidos.

Instituciones Académicas de Nivel Superior: Universidad de Valparaíso, Universidad Católica de Valparaíso, Universidad de Playa Ancha:

Recepción de Solicitudes Efectuadas: En general, se presentaron dificultades burocráticas respecto a los procesos formales de gestión de alumnos en práctica. Las solicitudes, estuvieron limitadas por las características propias de los E.L.E. (establecimientos privados con fines de lucro y de carácter informal) y porque éstos no cuentan con profesionales que pudieran realizar la labor de supervisores de los alumnos. Sin embargo, la respuesta presentó un carácter más favorable, en aquellas escuelas universitarias que no tienen relación directa con el tema y, que comienzan a presentar un interés especial por éste y por la incorporación de aspectos sociales, como por ejemplo, la Escuela de Construcción Civil de la Universidad de Valparaíso.

Respuesta Frente a las Solicitudes Efectuadas: Después de lograr efectuar las solicitudes, según los conductos regulares, éstas tuvieron una respuesta positiva, pero con limitaciones para concretarse, debido a la rigidez de los procesos formales.

Grado de Compromiso Frente a las Respuestas de Colaboración: Aunque no fue posible concretar prácticas profesionales, se logró el compromiso de varias escuelas para intervenir próximamente en los E.L.E., haciéndose necesario para la institución patrocinante, retomar los contactos establecidos.

Instituciones de Salud: Hospital Carlos Van Buren, Consultorio Plaza Justicia, Consultorio Mena:

Recepción de Solicitudes Efectuadas: Se caracterizó por ser burocrática y formal.

Respuesta Frente a las Solicitudes Efectuadas: Respecto a las solicitudes de apoyo complementario a las solicitudes de prácticas en los establecimientos educacionales, éstas se vieron limitadas, debido a la no concreción del compromiso con estas instituciones, por la escasa validación profesional de un asistente social en un medio donde prima el enfoque geriátrico, una perspectiva de intervención parcelada y por la deficiente coordinación interinstitucional entre las organizaciones involucradas en el tema. No obstante, la respuesta frente a las solicitudes de apoyo convencional, como traslado de fichas para atención de pacientes de un centro a otro, por jurisdicción, fue positiva, para uno de los E.L.E (EL Abuelito Feliz). Sin embargo, esta actividad no pudo llevarse a cabo producto de las contingencias de la residencia, tales, como; encargada no realizó la gestión con el

centro de salud para conseguir fichas y problemas de desestabilidad emocional de la misma, que conllevó finalmente en el cierre del establecimiento.

Instituciones Privadas: Detacoop Ltda.:

Recepción de Solicitudes Efectuadas: La única solicitud efectuada a una institución privada, tuvo buena acogida.

Respuesta Frente a las Solicitudes Efectuadas: La buena acogida de la solicitud, se manifestó en la obtención de financiamiento para el minibús que trasladó a los adultos mayores residentes, participantes del Taller de Gimnasia de Chiledeportes, de un E.L.E. a otro, durante un periodo de 6 meses.

Grado de Compromiso Frente a las Respuestas de Colaboración: Se obtuvo financiamiento para todo el periodo de ejecución del taller, convirtiéndose, por lo tanto, en un apoyo permanente del proceso de intervención.

Contexto Residencial:

Grado de Acogida de los Recursos Gestionados: En un principio, los recursos humanos gestionados fueron percibidos como una situación demandante, en la cual sería mayor el aporte a la formación técnica de las alumnas, que el beneficio. Posteriormente, se reconoció como un aporte a la tecnificación de los servicios otorgados por los E.L.E.

Respuesta de Mantenimiento de los Recursos Gestionados: Durante el proceso, se logra la validación del aporte técnico al interior de las residencias, aceptando éstas convertirse en centros de prácticas profesionales para la generación que egresa este año de la Carrera Atención al Adulto Mayor.

Pertinencia de los recursos gestionados: Las alumnas en práctica, se convirtieron en un recurso pertinente para mejorar los servicios de los E.L.E., debido a su formación para la atención de adultos mayores, en los servicios de atención a la salud física y aptitudes y potencialidades.

Sin embargo, el período limitado de duración de las pre-prácticas, dificultó el proceso de implementación total de los conocimientos de las alumnas.

Insumos

Recursos Humanos:

En Relación al Recurso Humano Gestionado: Al hacer la relación entre el número de instituciones contactadas y cantidad de recurso humano obtenido, éste fue insuficiente, ya que sólo en una de las instituciones (Liceo Politécnico A 24) se logró una respuesta concreta, disponiendo, de esta forma, recurso humano de nivel medio. Sin embargo, respecto a los profesionales de nivel superior, no se logró, situación que de haber sido positiva, hubiese favorecido en gran medida la realidad de los E.L.E.

- *En Relación al Recurso Humano Obtenido:* El número de alumnas en práctica, fue mayor, en relación al número de E.L.E. que sirvieron como centros de práctica, lo cual produjo una alta rotación con la consecuente falta de compromiso por parte de las alumnas hacia el trabajo. Por otro lado, producto que no fue posible utilizar criterios comunes de selección para elegir a las alumnas que realizarían la práctica, el desempeño observado, en general, fue regular. Sin embargo, algunas alumnas presentaron una destacada participación, lo cual les permitió incorporarse a las residencias, como recurso de trabajo. Cabe destacar que, una de las Asistentes Sociales de la institución patrocinante, contactó un médico homeópata para el E.L.E. a su cargo, no siendo factible proyectar su aporte a otras residencias, transformándose en una actividad aislada y fuera del contexto de intervención.

Recursos Materiales:

Se hizo necesaria la adquisición de recursos materiales para las alumnas en práctica que realizaron actividades manuales a los adultos mayores residentes, los cuales fueron co-financiados por el equipo de seminaristas y el Área de Servicio Social de la institución patrocinante. Puede señalarse que, los materiales fueron de buena calidad, pero no suficientes para la realización de todas las actividades planificadas, debido a que se priorizó aquellos de mayor necesidad, de acuerdo a los recursos financieros disponibles.

Proceso

<i>Factores Facilitadores</i>	<i>Factores Obstaculizadores</i>
✓ <i>Respaldo institucional para la gestión de recursos.</i>	✓ <i>Inexistencia de una política social dirigida hacia las residencias de adultos mayores y la escasez de programas destinados a los adultos mayores postrados.</i>
✓ <i>Vinculaciones previas entre algunas instituciones y, alumnas del equipo seminarista o institución patrocinante.</i>	✓ <i>Características propias de los E.L.E. (establecimientos privados con fines de subsistencia, de tipo informal) y la no existencia de profesionales que realizaran el rol de supervisor directo de alumnos en práctica de nivel superior.</i>
✓ <i>Disposición de las encargadas para constituirse como centros de práctica.</i>	✓ <i>Burocracia de ciertas instituciones, en las que se entramparon las solicitudes efectuadas.</i>
✓ <i>Posibilidad de recurrir a la red de apoyo personal de las alumnas para conseguir recurso humano capacitado, (psicólogos).</i>	✓ <i>Rigidez de los procesos académicos de las instituciones educacionales de nivel superior.</i>
✓ <i>Formación de técnicos de nivel medio en el área del adulto mayor y solicitud oportuna de alumnas en práctica de estos establecimientos.</i>	✓ <i>Deficiente coordinación en el tema, entre las instituciones relacionadas directa o indirectamente con los hogares de adultos mayores.</i>
	✓ <i>Perspectiva parcial de intervención en el tema adulto mayor, con énfasis en lo geriátrico.</i>
	✓ <i>Postura institucional precautoria frente a la gestión de recursos, producto de lo cual resguarda y restringe la utilización de éstos, para la realización de actividades validadas institucional y formalmente en el INP, no siendo prioritarios en proyectos pilotos.</i>

Factores Facilitadores	Factores Obstaculizadores
✓	✓ Descoordinación interna en establecimiento educacional de nivel medio, en cuanto a la toma de decisiones relacionadas con las prácticas. ✓ Poca duración de las prácticas profesionales de las alumnas del Liceo A 24, lo que dificultó el desarrollo de un proceso de integración e identificación con la residencia, lo que conlleva a un nivel de compromiso menor.

*Producto:**Cumplimiento de Objetivos:*

Coordinar a los Establecimientos de Larga Estadía con personas o instituciones que realizaran actividades dirigidas al bienestar psicológico, a la realización y a la salud fisiológica de los adultos mayores residentes, se cumplieron las siguientes actividades:

Se identificaron dos instituciones y dos profesionales que podrían haber realizado actividades dirigidas al bienestar psicológico de los adultos mayores residentes. Entre las instituciones, se encuentran, la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso y la Oficina del Adulto Mayor de la Ilustre Municipalidad de Valparaíso. En la primera, no fue posible presentar la propuesta de prácticas en los E.L.E.; y, en la segunda, a pesar que existe un área de intervención psicosocial, la solicitud estuvo limitada por la definición de los beneficiarios, la cual incluye sólo adultos mayores valentes. Entre los profesionales, Alfonso Arribada y Danilo Bermúdez, Psicólogos de la Universidad Andrés Bello, quienes no realizan una intervención directa con los adultos mayores residentes, pero participan en una sesión del taller socioeducativo para las encargadas. Por lo tanto, se estableció contacto con dos instituciones y dos profesionales, logrando una coordinación más concreta, sólo con éstos últimos.

Se identificaron tres instituciones y dos grupos que realizaron actividades dirigidas a la realización de los adultos mayores residentes. Entre las instituciones, se encuentran, Chiledeportes, la Oficina del Adulto Mayor de la Ilustre Municipalidad de Valparaíso y el Liceo Técnico A- 24. La primera, permitió realizar un taller de gimnasia en los tres E.L.E. que participaron de la etapa diagnóstico, teniendo una cobertura aproximada de 40 adultos mayores internos. A través de estos talleres, se logra un mejoramiento de las capacidades de movilidad y articularias de los adultos mayores; la segunda institución, no pudo intervenir directamente por las razones antes señaladas, pero se pudo conseguir la participación de tres grupos artísticos en las actividades del proyecto de vinculación social; y, la tercera, permitió que los adultos mayores realizaran actividades manuales en las residencias. Entre los grupos, se encuentra uno de mujeres voluntarias que asistieron cuatro veces al Hogar Dulce Vida para realizar actividades de tipo espiritual; y, uno religioso perteneciente a un movimiento italiano que, si bien visitaron el Hogar San José, no realizaron una intervención periódica y específica en el tema de la espiritualidad.

Se identificaron, a lo menos, siete instituciones que podrían haber realizado actividades dirigidas a la salud fisiológica de los adultos mayores residentes. Entre ellas, las Escuelas de Medicina, Fonoaudiología, Enfermería, Odontología y Nutrición de la Universidad de Valparaíso; la Escuela de Kinesiología de la Universidad Católica de Valparaíso, la Escuela de Terapia Ocupacional de la Universidad de Playa Ancha, los Centros de Salud de la comuna y el Liceo Técnico A - 24 de Valparaíso. Sin embargo, al contactarse con las escuelas universitarias, se presentaron algunas limitaciones formales para realizar prácticas en los E.L.E., lo cual impidió establecer una coordinación específica y concreta. Con los Centros de Salud, no fue posible avanzar desde la coordinación convencional, a una más innovadora que produjera un trabajo más eficiente, en cuanto a la intervención en los E.L.E.. Sólo con el establecimiento educacional de nivel medio, fue posible contribuir a mejorar la atención de la salud fisiológica de los adultos mayores internos, transformándose esta coordinación, en uno de los logros más relevantes de este proyecto.

No se realizaron actividades específicas dirigidas al bienestar psicológico de los adultos mayores residentes, sin perjuicio que, las actividades desarrolladas y la inclusión de nuevas personas a las residencias (alumnas en práctica del liceo A 24, profesores de gimnasia Chile deporte, alumnas seminaristas, grupos religiosos), contribuyeron a activar el estado psicológico, cognitivo y emocional de éstos; se llevaron a cabo actividades de realización dirigidas al desarrollo de aptitudes y potencialidades de los adultos mayores, actividades libidinales y de gozo y, espirituales; y, finalmente, actividades dirigidas a la atención de la salud fisiológica de los adultos mayores.

Por todo lo anterior, el objetivo específico N° 1, se considera logrado.

Gestionar recursos para satisfacer necesidades de infraestructura y equipamiento de los Establecimientos de Larga Estadías, se cumplieron las siguientes actividades

Se identificaron siete instituciones que mantienen convenio con el INP Sucursal Valparaíso, y que podrían haber aportado algún tipo de recurso a las residencias. Entre ellas, se encuentran: Detacoop Ltda., Refinería de Petróleo de Con Con, Metroval, Farmacias Cruz Verde, Rotary Club, Cajas de Compensación y Tabaqueras. Sin embargo, el Área de Servicio Social no autorizó el contacto con éstas, debido a que se constituyen en recursos para actividades prioritarias de la institución.

Sólo se efectuó contacto con Detacoop Ltda., Farmacias Cruz Verde y Rotary Club. Sin embargo, con ninguna se consiguieron aportes en infraestructura y equipamiento. Sólo se gestionó el recurso con Detacoop, señalado anteriormente.

Por todo lo anterior, el objetivo específico N° 2, se considera medianamente logrado.

Proyecto 2:

Taller

Socioeducativo

PROYECTO SOCIOEDUCATIVO ENCARGADAS

E.L.E. PARA ADULTOS MAYORES

§ Ejecución:

Antecedentes Generales:



Taller Socioeducativo

El presente proyecto, tuvo como objetivo principal de intervención, "Desarrollar un proceso socioeducativo con encargadas de E.L.E. de adultos mayores, de la Comuna de Valparaíso, no acreditados por el Servicio de Salud, en torno a conceptos teórico - prácticos, respecto a su funcionamiento".

Para efectos de ejecución e intervención profesional y, considerando el desconocimiento generalizado por parte de las encargadas, sobre aspectos administrativos y funcionales de éstos, además del conocimiento limitado de las necesidades de los Adultos Mayores internos, se determinó que la intervención se llevaría a cabo en torno al desarrollo de tres temas, abordados cada uno en un Módulo:

- ☼ Gestión Administrativa de las Residencias.
- ☼ Autocuidado de las Encargadas.
- ☼ Adulto Mayor Interno.

El proyecto fue ejecutado a partir de la segunda semana del mes de Abril hasta la última semana del mes de Octubre, realizada con una periodicidad de sesiones quincenales. El lugar utilizado para su realización fue el salón ANATRINP (Asociación Nacional de Trabajadores del I.N.P), INP Regional - Valparaíso.

Matriz de Ejecución

Módulos:

A. Gestión Administrativa de las Residencias:

Fecha	Temas	Nº Asistentes	Profesional a cargo	Resultados
11 de Abril	Administración: Protocolos y Sistemas de Registro.	7	Equipo Seminarista	<ul style="list-style-type: none"> - Los temas se desarrollaron adecuadamente, presentando un alto grado de interés el tema de Gestión económica financiera por parte de las encargadas. Producto de ello, se establece una sesión adicional para trabajar el tema. - Se realizaron las coordinaciones pertinentes para los temas que no son de manejo profesional. - La programación del proyecto, contempló una última sesión evaluativa de los contenidos entregados en el módulo. Sin embargo, se determinó eliminar esta última sesión en los módulos posteriores, a fin de realizar una evaluación al final de la intervención.
25 de Abril	Proceso de regularización.	6	Equipo Seminarista	
9 de Mayo	Gestión económica financiera.	7	Lidia Núñez Contador	
23 de Mayo	Aspectos administrativo contables.	5	Lidia Núñez Contador	
13 de Junio	Servicios que deben prestar los E.L.E. para Adultos Mayores	7	Equipo Seminarista	
27 de Junio	Evaluación	1	Equipo Seminarista	

B. Autocuidado de las Encargadas:

Fecha	Temas	Nº Asistentes	Profesional a cargo	Resultados
09 de Julio	Estrés y Síndrome Bournaut.	8	Psicólogos: - Romualdo Bermúdez C. - Alfonso Arribada M.	<ul style="list-style-type: none"> - Se gestionó recurso humano especialista en el área de intervención, tales como, Psicólogos y Asistente Social. Debido a la disponibilidad horaria de esta última, se determinó un cambio en el orden de las sesiones y temas a tratar, lo que no afectó el desarrollo del módulo. - Los temas se trabajaron con técnicas expositivas, lúdicas y experienciales. - Dado el carácter del módulo, una de sus sesiones se desarrolló al aire libre (Playa San Mateo, Valparaíso).
23 de Julio	Agotamiento y estrés en los Encargadas	6	Equipo Seminarista	
13 de Agosto	Familia del Encargado	7	Asistente Social Especialista en Terapia Familiar Pilar Madriaza G.	
03 de Septiembre	Formas de Autocuidado	4	Equipo Seminarista	

C. Adulto Mayos Interno:

Fecha	Actividad	Nº Asistentes	Profesional a cargo	Resultados
03 de Octubre	Cambios Asociados a la edad (biológicos, psicológicos y sociales)	9	Equipo Seminarista	- la programación inicial del tiempo, tuvo una variación que aumentó la periodicidad de las sesiones (de quincenal a semanal)
10 de Octubre	Síndromes de mayor ocurrencia en el Adulto Mayor Interno en un E.L.E.	9	Equipo Seminarista	- Se incorporaron, al desarrollo del módulo, 2 alumnos de Kinesiología de la U.C.V., supervisados por la Enfermera, Sra. Norma Orellana, quienes intervinieron en el tema de Traslados de pacientes.
17 de Octubre	Salud mental en el adulto mayor	4	Equipo Seminarista	- En la Sesión de Clausura se incluyó la entrega de certificados a 8 Encargadas de E.L.E., que mantuvieron una continuidad durante el proceso, como asimismo, la entrega del Boletín Informativo, correspondiente al proyecto de Sensibilización y Difusión.
24 de Octubre	Antecedentes jurídicos	9	Asistente Social Marta Bustos D. Equipo Seminarista	

Tiempo

El proyecto tuvo una duración de 16 semanas, comenzando desde el 11 de Abril hasta el 24 de Octubre. Con una periodicidad de sesiones quincenales durante el primer y segundo Módulo, y semanales, durante el tercer Módulo.

Cronograma

MES	Abril			Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				
Semana	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	5º
Objetivo 1	X		X	X	X		X																					
Objetivo 2										X	X	X	X	X														
Objetivo 3																			X	X			X	X	X	X	X	

X = Tiempo Programado.

** = Tiempo Ejecutado.

§ Evaluación:

Contexto

Institucional:

La ejecución del proyecto, permitió dar satisfacción a las expectativas que la institución poseía respecto a la intervención del equipo seminarista, lo que permitió proporcionar una respuesta operativa, a necesidades identificadas durante la fase exploratoria de la intervención, llevada a cabo por las profesionales del Área de Servicio Social.

Destinatarias:

El proyecto, amplió su convocatoria, con el objeto de optimizar el recurso humano existente, integrando nuevas encargadas, lo que favoreció la difusión y manejo de un lenguaje común, entre las destinatarias.

Se presentó un alto nivel de rotación entre las asistentes de los diferentes módulos, debido a la incorporación de nuevas integrantes, durante el proceso de identificación de nuevas residencias. Esto perjudicó un manejo de contenidos homogéneos por parte de un pequeño grupo de encargadas.



Taller Socioeducativo

Se estableció una relación profesional horizontal, favoreciendo la participación activa de las encargadas, con canales bidireccionales y expeditos de comunicación.

Las participantes visualizaron el taller como una instancia de autoayuda, desarrollando la inquietud y necesidad de asociarse. Producto de ello, es posible establecer que el grupo evoluciona desde la funcionalidad, hasta la formación de una red de apoyo permanente*

Insumos

Recursos Humanos:

El equipo de Asistentes Sociales del Área de Servicio Social, constituyeron un apoyo permanente durante el proceso de intervención, desempeñando diferentes roles, centrados principalmente, en la motivación para la asistencia de las encargadas y apoyo logístico.

La relación entre número de profesionales colaboradores, contactados para la realización de las sesiones, fue menor respecto al número de temas que demandaban la intervención de especialistas, debido a que, los tiempos de los profesionales contactados, no coincidieron con la fecha programada. Debiendo asumir, el equipo seminarista, el tratamiento del tema, lo que se vio reflejado en el nivel de profundización de los temas. Sin embargo, se evaluó positivamente la intervención de los diferentes expositores

* Se desarrollan todas las etapas del proceso grupal.

invitados, ya que entregar los contenidos fue eficiente en términos operativos y receptivos por parte de las encargadas.

El equipo seminarista, manejó adecuadamente las variables de la dinámica grupal (Participación, Liderazgo, Cohesión grupal). Los contenidos entregados fueron pertinentes y adecuados, no obstante aquellos que no contaban con validación profesional, que abordaron aspectos elementales del área.

Recursos Materiales e Infraestructura:

El material fungible y logístico, de apoyo a la realización de las sesiones, fue oportuno, adecuado y suficiente en cantidad.

Respecto a la infraestructura, se contó con un espacio físico permanente, en las dependencias de la institución, el cual permitió desarrollar una identidad institucional durante el proceso de intervención.

Proceso

Factores facilitadores y obstaculizadores

<i>Factores Facilitadores</i>	<i>Factores Obstaculizadores</i>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Contacto previo con el grupo, favoreciendo a su motivación. ✓ Estilo de supervisión institucional facilita la integración de metodología participativa. ✓ Rol asesor de la intervención, favorece el establecimiento de una relación profesional horizontal, entre el grupo destinatario y el equipo ejecutor. ✓ Transformación de grupo funcional a grupo de autoayuda. ✓ Manejo teórico del equipo ejecutor en temas en los que no fue posible contar con la presencia de profesionales especializados. ✓ Utilización tácita del modelo interaccional (autoayuda, horizontalidad de la relación profesional) ✓ Disposición expedita y suficiente de recursos materiales por parte de la institución. ✓ Disponibilidad de espacio físico al interior de la institución para el desarrollo del taller 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Exigencias del organismo fiscalizador de E.L.E. para adultos mayores respecto a la asistencia y participación a capacitaciones, desarrolladas en forma paralela. ✓ Integración permanente de nuevos miembros al grupo destinatario del proyecto. ✓ Inexistencia de coordinación externa con profesionales en áreas específicas de adulto mayor y residencias, para tratar temas que requirieron una intervención especializada.

Productos*Cumplimiento de Objetivos:***1. Proporcionar conocimientos teórico - práctico a las encargadas de E.L.E., respecto a la gestión administrativa de las residencias.**

El objetivo se considera Logrado, de acuerdo a la pauta de comprobación aplicada a las encargadas (Ver Anexo N° 8), que expresa en promedio, que las destinatarias son capaces de identificar el concepto de valoración geriátrica, sin embargo, sólo destacan la competencia de profesionales del área salud para realizarla, no incluyendo al resto del personal de trato directo en la evaluación.

Respecto a los Protocolos y Sistemas de Registros, las participantes reconocen la importancia de contar con éstos durante el funcionamiento de la residencia, señalando que constituyen un respaldo, tanto para la encargada, como para el adulto mayor residente, favoreciendo un mejoramiento del rendimiento laboral y, por ende, la satisfacción adecuada de las necesidades de sus usuarios. Asimismo, reconocen la importancia de la planificación de actividades, que permite llevar de forma ordenada, la información al interior del establecimiento.

En virtud del reconocimiento de los tipos de residencias para adultos mayores, son capaces de identificar los dos tipos existentes, permanentes y transitorias.

No reconocen los Servicios que deben prestar los E.L.E. para adultos mayores, no obstante identifican variables asociadas a cada uno de estos.

Respecto al proceso de regularización de las residencias, las encargadas logran identificar las instituciones involucradas durante esta etapa, reconociendo con cierto grado de dificultad la categoría contable de tributación que les corresponde realizar.

2. Entregar conocimientos teórico - prácticos a las encargadas de E.L.E., referidos a los principales problemas que deben enfrentar éstas en el trabajo directo con los adultos mayores internos y las formas adecuadas de enfrentamiento.

El objetivo se considera Logrado, de acuerdo a la pauta de comprobación aplicada a las encargadas, que da cuenta que las participantes reconocen, conceptual y operativamente, las situaciones de estrés en el trato directo con los residentes, implicancias personales de éste y, síndrome Burnout, identificando como Factores Protectores, las habilidades personales de cada una, el apoyo familiar y de agentes externos. Los Factores de Riesgo identificados se centraron, principalmente, en aquellos relacionados al agotamiento físico y emocional del trabajo realizado.

Si bien, las participantes no reconocen formas concretas de manejo del estrés, identificaron formas de prevención, tales como, la participación en actividades externas a la residencia, resguardo de la privacidad familiar y el desarrollo de actividades de esparcimiento y recreacionales.

3. Entregar conocimientos teórico - prácticos a las encargadas de E.L.E., en torno a la etapa de envejecimiento y adulto mayor interno.

El objetivo se considera Medianamente Logrado, debido a que las destinatarias sólo logran identificar las dimensiones del envejecimiento y los cambios asociados a éste, en términos generales, identificando sólo algunos elementos relativos a la salud mental del grupo etéreo en cuestión. A la vez, identifican minimamente aquellos elementos jurídicos de protección al adulto mayor, reconociéndolo como sujeto de derecho. No reconocen los síndromes de mayor ocurrencia en el adulto mayor interno, de tipo psicosocial.

Logros y Hallazgos:

- *Se logró concienciar a las encargadas de los E.L.E., respecto a la necesidad de profesionalizar la labor que realizan, desmitificando la idea de función benéfica.*
- *Transformación de grupo funcional a interaccional, lo que potenció el desarrollo de las etapas de formación de grupo, destacándose la cohesión e identidad grupal alcanzada. Lo anterior, producto del prolongado tiempo de intervención y características de las temáticas y técnicas utilizadas durante las sesiones.*
- *Interés, por parte de las destinatarias, por desarrollar un proceso de asociatividad formal.*

Proyecto 3:

Vinculación

Social

PROYECTO DE VINCULACION SOCIAL

8 Ejecución

Antecedentes Generales

El objetivo principal del Proyecto Vinculación Social, se orientó a "Favorecer la integración del Adulto Mayor residente con la Red Social Focal, mediante la inserción y reinserción de vínculos", fundamentado, principalmente, en el reducido contacto de los Adultos Mayores residentes con sus familiares y grupo de pares y, la escasa inclusión de éstos en las actividades diarias de las residencias.



Eleana Vox, Residente E.L.E Dulce Vida

Los destinatarios del Proyecto Vinculación Social son los Adultos Mayores Residentes, sus Familiares y Encargadas de los tres Establecimientos de Larga Estadía, que participaron en la etapa diagnóstica. El tiempo de Intervención comprende los meses de Agosto a Noviembre del año 2002.

El proceso de intervención del proyecto, se basa en tres etapas fundamentales: El Catastro de familiares y grupo de pares; el Contacto con los mismos, que involucra enganche, motivación, diagnóstico de la situación familiar relacionada con el adulto mayor y, por último, la realización de Actividades al interior de las residencias, para generar identidad y vinculación con los familiares.

Matriz de Ejecución

A. Entrevistas con las Encargadas

<i>Fecha</i>	<i>Lugar</i>	<i>Actividad</i>	<i>Resultados</i>
20 y 22 Agosto	E.L.E Dulce Vida E.L.E San José	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar un registro de los familiares y/o personas significativas (grupo de pares) de los Adultos Mayores Residentes que se encuentran en situación de abandono. - Realizar un registro de los familiares y/o personas significativas (grupo de pares) de los Adultos Mayores Residentes. 	<p>Se realizaron las visitas a dos de las tres residencias. En cada una de ellas, se explicó a las encargadas, el objetivo de trabajar con la red focal de los adultos mayores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respecto a los 5 adultos mayores en situación de abandono, la información no está disponible, no obstante, continuaron las gestiones para poder establecer algún contacto con ellos. - En cuanto a los familiares que se mantienen en contacto con los adultos mayores (23), se completó el listado con sus nombres, direcciones y números telefónicos. - Respecto al grupo de pares, la información no estaba disponible. En la mayoría de los casos los adultos mayores que señalaron tener amigos fuera de

			<p>la residencia, la información no estaba actualizada, y no se pudo establecer el contacto con ellos. En sólo uno de los casos se logró contactar a un amigo de un residente.</p> <p>- La información del grupo de pares al interior de la residencia se encontraba disponible, por lo cual se trabajó mediante actividades grupales realizadas posteriormente, con el objeto de potenciar la vinculación entre ellos.</p> <p>- En cuanto a la información de la residencia faltante, se gestionó otra entrevista, para el día 17 de Septiembre.</p>
17 Septiembre	INP	Reunión encargada E.L.E. Abuelito Feliz"	- Se entregó una lista incompleta de familiares, para ser contactados. La información entregada, en la mayoría de los casos, no contenía todos los elementos necesarios y en otros, era errada.

B. Contacto de la Red Focal -Visitas Domiciliarias

Fecha	Lugar	Actividad	Resultados
28 Agosto - 17 Septiembre	I.N.P.	Contacto de los familiares y personas significativas de los adultos mayores residentes, que no se encuentran en situación de abandono.	Se realizó el contacto con 15 familiares de las dos residencias, en las cuales fue posible acceder a la información a tiempo, a través de llamadas telefónicas, quedando constancia en las hojas de contacto destinada como instrumento de verificación. Se les solicitó autorización para visitarlos en sus casas y se les invitó a la actividad que se realizaría en cada una de las residencias. Se fijaron visitas a los domicilios de cuatro familiares.
16 Septiembre - 17 Octubre	Domicilios particulares de los familiares y/o personas significativas. Viña del mar, Valparaíso, Quilpue.	Visitas Domiciliarias	Con el objeto de motivar a los familiares y personas significativas para la participación en diversas actividades, se realizaron 15 visitas domiciliarias. Se entrevistó a los familiares relacionados, a quienes se les informó respecto de las actividades realizadas en las residencias. Además, se realizó un diagnóstico de la situación familiar. Se contactó telefónicamente a los familiares para invitarlos al primer encuentro en las residencias, con motivo de celebrar las Fiestas Patrias.

C.. Encuentros Grupales

<i>Fecha</i>	<i>Lugar</i>	<i>Actividad</i>	<i>Resultados</i>
16 - 30 Septiembre	INP Sucursal Valparaíso.	Gestión para la participación de grupos de apoyo y, financiamiento para las actividades de esparcimiento al interior de las residencias.	<p>- Se realizó un contacto con grupos folclóricos de la Oficina Comunal del Adulto Mayor, de la Municipalidad de Valparaíso, específicamente con el Sr. Eduardo Valdebenito, quien derivó con la Asistente Social, Sra. Paola Tabano, encargada de la Oficina, para realizar una Peña Folklórica en cada una de las residencias, programadas para la semana del 23 de Septiembre.</p> <p>- Se llevó a cabo una venta de bonos en la sucursal del INP regional, para el financiamiento de las actividades, lográndose reunir un total de \$30.000, monto con el cual se compraron comestibles (empanadas) y se financió parte del costo del transporte de los grupos folclóricos colaboradores.</p>
		Encuentros con familiares: Peñas Familiares	Se realizaron tres peñas familiares en los tres E.L.E de intervención, los días 24, 25 y 27 de Septiembre. En estos encuentros, participaron familiares, residentes, encargadas, alumnas seminaristas, alumnas de pre práctica, supervisoras institucionales y académica. En promedio, asistieron alrededor de 8 familiares por residencia. Se contó con la participación de un grupo folclórico de adultos mayores de la Oficina Comunal del Adulto Mayor de Valparaíso.
22 de Octubre	I.N.P.	Encuentro de Familiares	<p>Se realizó un encuentro de familiares de residentes de las tres residencias, en el INP, actividad que contó con una asistencia de 10 personas.</p> <p>Se abordaron tres temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La familia en la residencia. ✓ Principales situaciones que se enfrentan al ingresar a un Adulto mayor en la residencia. ✓ Cómo ayudar a los adultos mayores.

Cronograma

Mes	Agosto			Septiembre				Octubre					Noviembre		
	3º	4º	5º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	5º	1º	2º	3º
Generar vínculos entre adultos mayores en situación de abandono y sus familiares y/o personas significativas.		X ***	X ***	***											
Fortalecer vínculos entre adultos mayores y sus familiares y/o personas significativas.	Catastro	X ***	X ***	***											
	Contacto		X ***	X ***	***										
	Motivación			X ***	X ***	X ***	X ***	***							
	Encuentros					X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***			
	Seguimiento					X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***			
Generar la vinculación entre adultos mayores y su grupo de pares.			X ***	X ***	X	X									
Potenciar la vinculación entre adultos mayores y su grupo de pares.						X	X ***	X ***	X ***	X ***	X				

X = Tiempo Programado
 **** = Tiempo de Ejecución

⌘ Evaluación

Contexto

Familiar:

Respecto al grado de aceptación de los familiares contactados, se puede señalar que, de los 23 familiares, sólo 2 de ellos se niegan a participar de la intervención. Del número que acepta participar en el proceso, la recepción se caracterizó por alcanzar niveles óptimos en la relación profesional, validando la intervención y el ascendente profesional del equipo seminarista.

En las entrevistas realizadas, prima un clima que varía desde la incertidumbre a la claridad respecto de la intervención. Esta última situación, genera un rapport, que permite el enganche y motivación de los familiares, facilitando la entrega de información personal, que permitió la elaboración del diagnóstico familiar.



Paulina, Luisa y Fanny
 Residentes E.L.E. Dulce Vida

Se planificaron dos tipos de actividades dirigidas a los familiares. *Visitas Domiciliarias*, en las cuales se evaluó positivamente la pertinencia de éstas y el tiempo de intervención,; entendido como: periodicidad y duración de las visitas, dado que consideró la disponibilidad horaria de los destinatarios. La segunda actividad, son los *Encuentros Grupales* que fueron evaluados positivamente, considerando el grado de pertinencia respecto a los temas tratados y características que adquirió durante su realización. En cuanto a la oportunidad de las actividades, fueron adecuadas para los destinatarios, realizándose éstas en forma posterior a las visitas domiciliarias logrando, por lo tanto, una motivación previa a la participación.

Residencial

El apoyo paralelo, otorgado a partir del Proyecto Socioeducativo, en que se concientizó a las encargadas acerca de la importancia de incluir esta función dentro de los servicios que deben prestar y, de la participación de la red focal en las actividades de ésta, se generó un grado de aceptación adecuado para desarrollar la intervención en las residencias.

Esta situación potenció y favoreció el trabajo, considerando que previo a la intervención mediante el Proyecto Socioeducativo, existía una profunda estigmatización acerca de las causales de ingreso de los residentes y un estereotipo negativo de los familiares, lo que generaba reticencia para su inclusión al funcionamiento del establecimiento. Este característica denotó mejoras, con ambas intervenciones. Por una parte, con los elementos teóricos que fundamentaron la importancia de esta función y, por otra, con el aspecto práctico, a través de la inclusión de familiares a la residencia, mediante actividades recreativas.

Respecto a la entrega de información:

- ✓ Los adultos mayores en situación de abandono, presentaron mayor dificultad para acceder a ella, dado que las encargadas no manejan información significativa, en tanto que los propios adultos mayores, poseen un marcado deterioro orgánico y/o disminución de las funciones mentales, lo que dificultó el acceso a los datos para generar el contacto.
- ✓ En cuanto a los familiares que mantienen contacto con sus adultos mayores, sólo en dos de las tres residencias se entrevistó a las encargadas, de acuerdo a lo planificado, lo que permitió realizar el catastro. En la otra residencia, la disponibilidad de la encargada no fue favorable, situación que se complementó por la inexistencia de registros completos. Sólo el día 17 de Septiembre fue posible acceder a datos incompletos, retrasando los tiempos de intervención con la residencia.

Institucional:

El área de Servicio Social se mantuvo al margen de la intervención propiamente tal, participando sólo en forma funcional (colaboración específica mediante supervisiones) y dependiendo de los requerimientos planteados por el equipo seminarista.

La participación más activa se presentó en los momentos culmines del Proyecto (peñas y encuentro con familiares). Sin embargo, su participación se evaluó positivamente, por el respaldo y confianza otorgado a la ejecución del proyecto.

Insumos:

Recursos Humanos:

Equipo Seminarista: Se logró optimizar el recurso humano para la realización de las visitas, con una adecuada utilización de las técnicas de Trabajo Social de Caso, favoreciendo el manejo de situaciones emocionales (catarsis) de los familiares. Además, se dejó abierta la posibilidad de intervenir en esta área, dado el alto grado de motivación de los destinatarios.



Grupo Folclórico Oficina Comunal del Adulto Mayor E.L.E.
El Abuelito Feliz

Grupo Folclórico: Se logró contactar un grupo folclórico de la Oficina Comunal del Adulto Mayor de Valparaíso, quienes participaron, de manera gratuita, en las actividades planificadas. El nivel de los grupos fue excelente, con un alto grado de profesionalismo en los show presentados.

Recursos Financieros y Materiales:

Recursos Materiales: En cuanto a este aspecto los materiales fueron oportunos respecto a la entrega y suficiente en cantidad, ocupándose principalmente material de escritorio.

Recursos Financieros: No se contempló un ítem específico para recursos financieros, lo que limitó el desarrollo de algunas de las actividades, a causa de la falta de recursos económicos. Sin embargo, la capacidad de autogestión del equipo seminarista, superó este obstáculo, a través de la elaboración de bonos de cooperación que permitió financiar tres actividades (1 por residencia). El monto total del proyecto asciende a la suma de \$65.000, la que se desglosa de la siguiente manera:

✓ Celebración de Peñas (empanadas)	: 24.000
✓ Material Fungible	: 3.000
✓ Pasajes grupo folclórico	: 3.000
✓ Tasación del grupo folclórico	: 30.000 (10.000 por cada presentación).
✓ Pasajes Visitas Domiciliarias	: 5.000
TOTAL	: 65.000

Proceso*Factores Facilitadores y Obstaculizadores*

<i>Factores Facilitadores</i>	<i>Factores Obstaculizadores</i>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tipo de relación profesional establecida, donde el rol es reconocido por parte de los familiares, lo que posibilitó la indagación en aspectos personales con alto compromiso emocional. ✓ Ausencia de intervención previa del grupo objetivo, lo que facilitó y favoreció el rapport establecido. ✓ Buena acogida por parte de los familiares y/o personas significativas en sus domicilios. ✓ Participación de los familiares y/o personas significativas en las actividades realizadas. ✓ Trabajo paralelo, a través del Proyecto Socioeducativo que permitió crear conciencia en algunas de las encargadas acerca de la importancia del trabajo con la red focal. ✓ Rol que asumió la supervisora institucional, el que se caracteriza por la funcionalidad y apoyo a las actividades. ✓ Manejo de técnicas de intervención de Caso por parte del equipo seminarista. ✓ Coordinación interinstitucional con recurso humano, para la realización de actividades de recreación. ✓ Autogestión del equipo seminarista, para contrarrestar la falta de recursos económicos. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Situación laboral de los familiares, dificultó su participación en todas las actividades planificadas. ✓ Estigmatización de la situación de los familiares de los adultos mayores, respecto a los motivos de internación, razón por lo cual no se llevaban a cabo actividades en conjunto en las residencias. ✓ Inexistencia de sistemas de registro respecto a los antecedentes de los familiares (teléfonos y nombres de los familiares) por parte de algunas encargadas de las residencias. ✓ Dificultad para lograr el contacto con familiares de adultos mayores en situación de abandono, por la inexistencia de información acerca de los mismos. ✓ Dificultad para lograr el contacto con el grupo de pares de los adultos mayores, dada las condiciones de salud y edad de los mismos, lo que dificultó el acceso a información verídica y la incorporación de estos en las actividades realizadas. ✓ No se estimó un ítem para el financiamiento del Proyecto, lo que dificultó la completa ejecución de éste.

Tiempo

El tiempo de ejecución no varió significativamente en relación a lo planificado, existiendo sólo algunas modificaciones, que se centraron en la realización de actividades paralelas, que no afectaron el desarrollo total de Proyecto.

Productos*Cumplimiento de Objetivos*

1. **Generar los vínculos entre los adultos mayores en situación de abandono y sus familiares y/ o personas significativas.**

Respecto a este objetivo, no fue posible el cumplimiento total, debido a factores externos no presupuestados en la programación del Proyecto. Estos factores apuntaron a la

escasa o nula información acerca de los familiares de los adultos mayores que se encontraban en situación de abandono, lo que dificultó su contacto. Se realizaron entrevistas con las encargadas, quienes no contaban con dichos datos, en virtud de que la derivación de los residentes provenía de otras instituciones, donde tampoco es posible acceder a ésta y, las encargadas no poseían ficha de registro de ingreso. Tampoco fue posible acceder a los datos de los familiares a través de los residentes, dado el deterioro cognitivo y orgánico que los adultos mayores poseían.

Debido a lo anterior, se realizó sólo la primera actividad planificada; Catastro de Familiares, en virtud de lo cual, no fue posible avanzar a la siguiente etapa de intervención.

Para el logro cabal de este objetivo, se requiere de una dedicación permanente para poder obtener la información, mediante un trabajo de creación y fortalecimiento de redes, lo que no fue posible realizar, por los tiempos de intervención académica.

2. Fortalecer los vínculos entre los adultos mayores y sus familiares y/ o personas significativas.

Considerando los siguientes indicadores establecidos:

- ✓ Al menos el nombre de 15 familiares.
- ✓ Al menos 10 familiares y/o personas significativas contactados.
- ✓ Al menos 10 Visitas Domiciliarias y/o encuentros en las residencias concertadas.
- ✓ Al menos 10 familiares y/o personas significativas motivados a participar.
- ✓ Al menos 10 familiares y/o personas significativas participando en actividades grupales.

El objetivo es plenamente cumplido ya que se logró elaborar un registro de 23 familiares (Ver Anexo N° 12). Se realizó el contacto con la totalidad de éstos, mediante llamados telefónicos y, 15 Visitas Domiciliarias, logrando un alto grado de motivación, lo que se corroboró con la asistencia y participación de los familiares en las dos actividades planificadas, con un promedio de 6 personas por residencia.

Se logró la reinserción de vínculos con los familiares y un alto grado de motivación frente a las actividades propuestas, dejando sentadas las bases para posteriores intervenciones.

3. Generar la vinculación entre los adultos mayores y su grupo de pares.

De acuerdo a los indicadores establecidos:

- ✓ Al menos 5 miembros del grupo de pares identificado
- ✓ Al menos 5 miembros del grupo de pares externo contactado.



Rafael Vargas Govea,
E.L.E. Dulce Vida

Se puede señalar que el objetivo fue Medianamente Logrado, identificándose el grupo de pares interno, es decir, aquellos adultos mayores que se encontraban al interior de la residencia. Respecto al grupo de pares externo, sólo fue posible la identificación y contacto con uno de ellos. El cumplimiento de este objetivo vio dificultado el contacto con el grupo de pares externo, por las condiciones de deterioro cognitivo de éstos, dificultando la incorporación de éstos a las actividades realizadas.

4. Potenciar la vinculación entre los adultos mayores y su grupo de pares.

Considerando el indicador establecido:

- ✓ Al menos 15 de los Adultos Mayores participando de las actividades grupales.

Se considera el objetivo cumplido, dado que la totalidad de los adultos mayores de las tres residencias (23 residentes), participaron en las actividades grupales planificadas, con un alto grado de motivación e interés por ellas. La estrategia de organización y la incorporación de los adultos mayores en las actividades, fueron atingentes. Además, se logró que los adultos mayores compartieran con sus familiares.

Hallazgos o Logros:

1. Uno de los logros obtenidos lo constituyó la realización de Diagnósticos Familiares (Ver Anexo N° 3), que entregó hallazgos, centrados principalmente en la caracterización de los grupos familiares y causales de internación de los adultos mayores, permitiendo la desmitificación y elaboración de estrategias de intervención en este ámbito (Ver Documento Adjunto: Manual de Intervención).

⊗ Perfil de Familiares de Adultos Mayores Residentes en E.L.E

El resultado de esta intervención, permite caracterizar a los familiares de los adultos mayores residentes de la siguiente manera:

- ✓ La familia de origen de los adultos mayores es primordialmente biparental. Los familiares consanguíneos existentes son hermanos, primos o tíos. Su familia de origen, en la actualidad es prácticamente inexistente, siendo ellos por lo general las últimas generaciones de este sistema.
- ✓ En relación a la familia propia de los adultos mayores, estuvo constituida por la pareja e hijos, distribuyéndose de manera similar los matrimonios con o sin hijos. Actualmente, la mayoría de ellos se encuentra sin pareja, por estar viudos o separados.



Familiares de residentes E.L.E. Dulce Vida

- ✓ Respecto a la familia propia de los hijos, en general los que han contraído matrimonio, son nucleares biparentales, con hijos. Se presentan, así mismo, un número similar que no han contraído matrimonio.



Familiares de Residentes
E.L.E. Dulce Vida

✿ *Causales de Ingreso de los Adultos Mayores:*

Las razones aducidas por los familiares o personas a cargo del cuidado del adulto mayor, antes de ingresar a la residencia, respecto la internación posterior, son diversas. Entre ellas se pueden mencionar:

- ✓ Deterioro cognitivo y orgánico de los adultos mayores, que hacen necesario cuidados continuos y especializados hacia éstos.
- ✓ La actividad laboral de los familiares cuidadores del adulto mayor, constituye una limitación para su cuidado continuo.
- ✓ Formación de familias propias por parte de los hijos de los adultos mayores.
- ✓ Desvinculación afectiva en la infancia, matrimonio o etapa de adultez de los residentes, que causa la desvinculación y, en ocasiones, situación de abandono del residente.
- ✓ En este sentido es importante señalar que el adulto mayor susceptible de ser internado en algún tipo de residencia, corresponde aquel involucrado en situaciones de violencia dirigida hacia su núcleo familiar, o quiebre significativo de las relaciones afectivas en alguna etapa de su vida y, de quien la red focal, no es capaz o no se siente responsable de su cuidado.

Así mismo, los aspectos sociales que incidirían sobre la condición de abandono, se relacionan con la desvinculación afectiva, tanto por situaciones descritas anteriormente, como por aquellas derivadas de un inadecuado enfrentamiento del proceso de duelo y sanción social de la red focal, frente al ingreso del adulto mayor a la residencia.

Además, la mayoría de los familiares presentan fuertes sentimientos de desarraigo y ambivalencia frente a la internación del adulto mayor, situación que puede resumirse en el siguiente cuadro:

Etapa	Características
INGRESO	El familiar puede presentar sentimientos de depresión, soledad, culpa, rabia, ambivalencia de sentimientos (tristeza por la partida y alivio por el cuidado complementario del adulto mayor) e inseguridad.
ADAPTACION	Pueden suscitarse dos situaciones: por una parte, proporcionar cuidados extremos del adulto mayor residente por ejemplo, visitas constantes. Por otra, distanciamiento de ellos. Ambas situaciones se fundamentan en la superación del duelo, ya sea a través de la disminución del sentimiento de culpa, mediante permanencia continua con el adulto mayor, o alejamiento para evitar el objeto que causa el dolor.

<i>Etapa</i>	<i>Características</i>
PARTICIPACION <i>(estabilización del vínculo)</i>	<i>Se estabiliza la participación de los familiares en las residencias, considerando las necesidades de ambas partes, residentes y familiares.</i>
INTEGRACION	<i>Sin descuidar al familiar, se rehace la vida social de los familiares.</i>

- * Percepción de los Familiares acerca de los Servicios que prestan las Residencias

Los servicios que prestan las residencias son evaluados en general de manera regular, considerando las características de infraestructura de los establecimientos, distribución de los espacios comunes y alimentación.

Sin embargo, los familiares asumen estos servicios como adecuados, siendo equivalentes en relación al costo de estadía que cancelan en los E.L.E..

Contrastando la percepción de los familiares de los tres establecimientos intervenidos, existe una diferencia notoria entre las residencias de Playa Ancha y Subida Ecuador. Las primeras, son evaluadas considerablemente mejor que ésta última, encontrándose una correlación positiva entre los datos obtenidos en el diagnóstico y los resultado de las entrevistas realizadas a los familiares.

Otro Logro obtenido, es la idea de asociatividad de los familiares, para formar redes de apoyo a las residencias. De esto mismo se deriva el alto interés de participación de los familiares y de generar un espacio común para compartir expectativas, temores y problemas similares.

Proyecto 4:
Sensibilización y
Difusión

PROYECTO SENSIBILIZACIÓN Y DIFUSIÓN

8 Ejecución

Antecedentes Generales:



Jornada Especialización
Asistentes Sociales INP Quinta Región

El Proyecto de Sensibilización y Difusión, planteó como objetivo general, "Fomentar una perspectiva integral de intervención profesional en el ámbito de residencias para adultos mayores, mediante la difusión del Modelo de Prestación de Servicios".

Su realización, se fundamenta en dos aspectos. En primer lugar, la necesidad de establecer criterios comunes a nivel profesional, generando un Modelo de Intervención que aporte a la identificación y validación intra e Inter organizacional de la ingerencia, profesional e institucional, en el ámbito de Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores, de manera de contribuir a la especialización del ejercicio profesional y, a la sistematización de la intervención en un manual operativo, de difusión interna.

El segundo aspecto, es el conocimiento básico y limitado de la reglamentación y, del proceso de acreditación de los E.L.E. para adultos mayores por parte de las encargadas, además del estereotipo negativo frente a las exigencias que éste hace, no existiendo conciencia por parte de ellas de prestar mejores servicios; y, respecto a los organismos relacionados con el tema, existe una la falta de coordinación interinstitucional y desconocimiento del reglamento por parte de las instituciones involucradas durante el proceso de regularización.

De acuerdo a lo anterior, se plantean cuatro ejes de intervención:

- ✿ Sistematización del Modelo Operativo de Intervención.
- ✿ Especialización de Asistentes Sociales del INP Quinta Región.
- ✿ Entrega de boletines informativos, cuyos temas a tratar se relacionan principalmente con la reglamentación vigente que rige el funcionamiento de los E.L.E. para adultos mayores, los servicios que deben prestar estos establecimientos y los antecedentes de caracterización general de éstos.
- ✿ Difusión y sensibilización de aquellos profesionales, a nivel regional, que intervengan en E.L.E. para adultos mayores y/o encargados de éstos, mediante una jornada.

Para las diferentes áreas señaladas, se consideran como destinatarios, a los profesionales Asistentes Sociales del INP Quinta Región, fiscalizadores de residencias para adultos mayores de la Comuna de Valparaíso, encargadas E.L.E. para adultos mayores que participaron en el Taller Socioeducativo, instituciones involucradas durante el proceso de regularización de los establecimientos y otras instituciones cuyo funcionamiento se relacione con el grupo etáreo en cuestión.

Matriz de Ejecución Proyecto Sensibilización y Difusión*A. Manual Operativo de Intervención*

<i>Fecha</i>	<i>Actividad</i>	<i>Resultados</i>
21 Agosto - 20 Septiembre	Elaboración de Perfil Sociodemográfico y Sanitario de residencias, residentes, encargadas y personal auxiliar; y Estructura Organizacional de E.L.E.	Se concluyó Capítulo IV de Caracterización General de Residencias Informales para Adultos Mayores.
09 Septiembre - 11 Octubre	Elaboración Capítulo I Presentación, II INP y Residencias, y III Elementos Conceptuales.	Se concluyeron tres primeros Capítulos del Manual.
24 de Septiembre	Se entregó pauta de sistematización de cada proyecto, a integrantes del equipo seminarista.	Se sujetó a discusión la flexibilización y atingencia de la pauta, consensuando finalmente que sería adaptada de acuerdo a las particularidades y exigencias que cada proyecto le infundiera, respetando los contenidos generales.
14 - 31 Octubre	Recepción de proyectos sistematizados.	Proyectos fueron revisados e incorporados al Manual, dentro del Capítulo V Propuesta de Intervención.
16 Octubre - 08 Noviembre	Solicitud de información sistematizada en temas específicos de su ejercicio, a profesionales colaboradores del Taller Socioeducativo y otros, vinculados al área de adulto mayor y residencias.	Se incorporó material proporcionado por profesionales y, se sistematizó aquel abordado en las sesiones del Taller Socioeducativo. Lo anterior fue compilado en el Capítulo IX Anexos Teóricos.
23 Septiembre - 08 Noviembre	Gestión de recursos materiales para la impresión del Manual.	Se obtuvo financiamiento para la totalidad del costo de impresión y vellovinado del documento.
21 Octubre - 01 Noviembre	Recopilación y revisión de Instrumentos de Diagnóstico, Intervención y Evaluación utilizados durante el proceso.	Se incorporaron todos los instrumentos utilizados, dentro del Capítulo VI del Manual; "Instrumentos".
06 - 10 Noviembre	Revisión del documento final.	Modificación de algunos aspectos del Manual en orden, redacción, ortografía y contenidos.
12 Noviembre	Anuncio en Jornada de Especialización, respecto de objetivos y destinatarios del Manual de Intervención.	Se mostró un ejemplar (incompleto) a las profesionales.

<i>Fecha</i>	<i>Actividad</i>	<i>Resultados</i>
12 Noviembre	Jornada de Sensibilización.	Se hizo entrega del Manual a diversas autoridades y representantes de instituciones vinculadas al tema.

B. Jornada de Especialización

<i>Fecha</i>	<i>Actividad</i>	<i>Resultados</i>
07 - 21 Octubre	Solicitud de autorización realización de la actividad.	Se autorizó la realización de la jornada
	Identificación de profesionales destinatarios y confección de invitaciones.	Las invitaciones, junto con el programa, se enviaron a los destinatarios con un mes de anticipación.
21 - 30 Octubre	Envío de invitaciones para Jornada de Especialización	Se envió un total de 14 invitaciones, correspondiente al número de Asistentes Sociales INP Quinta Región.
	Elaboración de documento con contenido de elementos teórico - prácticos para la realización de la Jornada. (Ver Anexo N° 9)	Se envió material teórico - práctico a destinatarios.
30 Septiembre - 05 Noviembre	Gestión de recursos materiales, financieros y de equipamiento visual para la realización de la Jornada.	Se obtuvieron recursos para el financiamiento completo de la Jornada, a través de la Caja de Compensación Los Héroes. Como, a su vez, recursos materiales proporcionados por DATEP (Departamento de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales).
09 - 31 Octubre	Contacto con expositores externos.	Se confirmó la asistencia de dos profesionales externos, representantes del S.S.V.S.A. y Comité Regional del Adulto Mayor.
04 - 08 Noviembre	Recopilación y elaboración de material fungible de apoyo.	Se ordenó el material que fue entregado (carpetas, hojas, pauta de trabajo) a los asistentes.
12 Noviembre	Realización Jornada Especialización.	Se obtuvieron los resultados esperados para la Jornada.

C.. Boletines Informativos

<i>Fecha</i>	<i>Actividad</i>	<i>Resultados</i>
Semana del 20/08 hasta semana del 7/09	Elaborar temarios de los respectivos documentos.	Se realizaron cambios en los temas propuestos.
	Revisión de los documentos por el equipo seminarista.	Una vez aprobado por el equipo seminarista, se dio inicio a la confección de estos.
	Discusión respecto a la impresión de estos.	Se determinó que la impresión se realizará con el recurso institucional disponible, como asimismo recursos de las alumnas. El motivo de la determinación radicó en que, se pretende resguardar los recursos de impresión del INP, para la elaboración del Manual.
	Recolección de imágenes para incluir en los documentos.	Se realizó sin dificultades.
	Elaboración de los documentos.	Los documentos se realizaron en etapa inicial. Se determinó incluir nuevos elementos, motivo por el cual la holgura de los tiempos se extiende, dentro lo esperado.
23 de Septiembre	Finalización del documento.	Fue necesario someterlo a revisión por parte de las respectivas supervisoras para posibles modificaciones. Se aprobó la documentación, como asimismo se realizaron algunas observaciones respecto al proceso de entrega de éstos.
9 de Octubre	Impresión documentos informativos.	Se imprimieron los documentos orientados a los Fiscalizadores de los E.L.E. de AM y hacia los Encargados de las Instituciones involucradas durante el proceso de regularización. Se concertó reunión para entrega de documentación.
23 de Octubre	Entrega de Boletines Informativos Fiscalizadores.	Se realizó la entrega a dos fiscalizadores, mientras que a las profesionales inasistentes (2) a la actividad, se les entregó en una instancia posterior.
24 de Octubre	Entrega de Boletines informativos Encargadas E.L.E. para Adultos Mayores.	El documento fue entregado a 8 Encargadas, durante la sesión de finalización del Proyecto Socioeducativo.

<i>Fecha</i>	<i>Actividad</i>	<i>Resultados</i>
28 de Octubre	Entrega de Boletines informativos Instituciones involucradas durante el proceso de regularización	La entrega del documento se realiza mediante una reunión a la que se invita a las 4 fiscalizadoras de las Residencias para adultos mayores, Estadia transitoria y permanente.
Semana del 28 de Octubre a al Semana del 14 de Noviembre	Entrega de documentos a todos aquellos profesionales que no han recibido el material.	El material es entregado a : - Susana Montenegro. Hospital Carlos Van Büren. - Transito Ávila. Hospital Valparaíso. - Servicio de Impuestos Internos, Valparaíso. - Superintendencia de Electricidad y Combustibles.

D. Jornada de Difusión

<i>Fecha</i>	<i>Actividad</i>	<i>Resultados</i>
04 - 30 Septiembre	Elaboración Programa.	- Se elaboró temario, cuyo tema principal son los Servicios que prestan los E.L.E.. (Ver Anexo N° 6) - Se realizó una reunión con Asistentes Sociales INP regional, donde se presentó Propuesta de Jornada, a fin de conseguir el financiamiento de la actividad. Para esto, fue necesario realizar algunas modificaciones.
14 Septiembre - 11 Noviembre	Elaborar propuesta inicial de los posibles expositores, por tema.	La propuesta se constituyó por un total de 11 profesionales.
	Contacto Expositores.	<p>Confirmaron un total de 10 expositores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reunión Sra. Isabel Tassara P.; Servicio de Alimentación, Escuela de Enfermería U.V. - Paulina Vera Zamora, Alumna Seminarista. - Ernesto Rojo F.; Médico Geriatra, Director Hospital Geriátrico "Paz de la Tarde", Limache. - Enrique Carrasco; Prevencionista de Riesgos DATEP. Realizó una inspección en terreno, a partir de la cual elaboró una propuesta de intervención en E.L.E. - Entrevista Sra. María Elena Valdovinoitt; Psicóloga, Docente U.V. - Entrevista Sr. Julio Vásquez; Profesor Chiledeportes. - Entrevista Srta. Pilar Madriaza G.; Asistente Social. - Envío de fax Sra. Norma Orellana; Enfermera U.V. - Contacto telefónico Sr. Ulises Torres; Presbítero Iglesia Metodista de Chile. - Contacto telefónico Sr. Juan Baeza; Matrón Consultorio Integral de la Familia. <p>El alumno de la Escuela de Construcción de la U.V., Sr. Mario Garrido no confirmó su exposición, quien adujo problemas personales para asistir a la Jornada.</p>

<i>Fecha</i>	<i>Actividad</i>	<i>Resultados</i>
13 Agosto - 11 Noviembre	<i>Elaboración listado de invitados.</i>	- Se elaboró listado de posibles asistentes. Se estableció contacto telefónico con los 36 encargados y/o profesionales que trabajan con los E.L.E.. - Se estableció contacto con los Servicios de Salud Viña del Mar - Quillota y San Felipe - Los Andes, solicitando listado de E.L.E.
	<i>Envío y confirmación de Invitaciones.</i>	Se enviaron un total de 56 invitaciones, de las cuales 49 personas confirmaron.
30 Septiembre - 5 Noviembre	<i>Gestión de Recursos.</i>	Se realizó reunión Asistentes Sociales área Servicio Social, en la que se informó que el financiamiento provendría de la DATEP, para lo cual fue requisito integrar al panel de expositores al encargado.
13 Noviembre	<i>Elaboración Material de apoyo.</i>	Se elaboró un total de 70 documentos de apoyo, considerando expositores, asistentes y organizadores.
14 Noviembre	<i>Realización de la Jornada.</i>	La actividad fue llevada a cabo, con una asistencia total de 49 personas. Las exposiciones fueron realizadas según lo programado, a excepción de la Asistente Social, Srta. Pilar Madriaza G., quien no pudo asistir, por motivos laborales.

Cronograma:

Mes		Agosto			Septiembre				Octubre					Noviembre		
		3°	4°	5°	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	5°	1°	2°	3°
Manual Operativo de Intervención	Sistematización elementos Diagnósticos		X ***	X ***	X **	X ***	X ***	***	***	***	***	***	***	***		
	Sistematización elementos Teóricos		***	X ***	X **	X ***	X ***	***	***	***						
	Sistematización Proyectos de Intervención						X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***			
	Sistematización expositores										X ***	X ***	X ***	X ***		
	Gestión de Recursos				X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	***	***	
	Difusión del Manual													X ***	X ***	X ***
Jornada de Especialización	Identificación de Profesionales Asistentes Sociales		X ***	X ***	X **	X ***				***	***	***				
	Contacto con expositores externos									X ***	X ***	X ***	X ***			
	Gestión de Recursos		X ***	X ***	X **	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	***	***		
	Solicitud de Autorización para realizar la actividad						X ***	X ***	***	***						
	Envío de invitaciones							X ***	X ***			***	***			
	Elaboración material de apoyo Jornada								X ***	X ***	X ***	***	***			
	Realización de la Jornada													X ***	***	
Boletines Informativos	Elaboración Documento	X ***	X ***	X ***	X **	X ***	X ***	***	***	***						
	Gestión de Recursos			X ***	X **	X ***										
	Difusión del material										X ***	X ***	***	***	***	***
Jornada de Difusión	Elaboración Programa	X ***	X ***		**	***	***	***								
	Contacto Expositores			X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	***	***	***	***	***	***
	Envío invitaciones	***	***	***	X **	X ***	X ***	X ***	***	***	***	***	***	***	***	***
	Gestión de Recursos			X ***	X **	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	***	***	***	***	***	
	Elaboración Material de apoyo										X ***	X ***			***	
	Realización de la Jornada												X ***	***	***	

X = Tiempo Programado

*** = Tiempo Ejecutado

§ Evaluación

Contexto

Institucional:

Se observa compromiso por parte de la supervisora institucional durante el desarrollo del proyecto, lo que se explicitó mediante la supervisión permanente del proceso.

La Sucursal INP Valparaíso se incorporó en una de las etapas finales del proyecto, motivo por el cual no manejan antecedentes primordiales en torno a los que se basa la intervención profesional general, deseando hacer modificaciones no factibles de implementar, ya que ello implicaría la desvirtualización del objetivo general de proyecto. Sin embargo, mediante la negociación entre las partes, se llegó a consensos profesionales.

Destinatarios:

A. Manual de Intervención.

Los destinatarios inicialmente considerados fueron ampliados, siendo entregado no sólo a profesionales Asistentes Sociales del INP V región, sino también a autoridades civiles e institucionales y, personas vinculadas al tema, entre las que destacan Seremi del Trabajo y Previsión Social; Centro de Estudios Gerontogeriátricos de la Universidad de Valparaíso; Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio; Asistente Social Jefa de Sucursales I.N.P..

El manual tuvo una recepción positiva, valorándose por su carácter sistemático y operativo de la práctica profesional de Servicio Social en el área, viable en su implementación y, que le brindó a la institución, un reconocimiento preliminar a nivel intra e interinstitucional, respecto a las proyecciones de su intervención en E.L.E. para adultos mayores.

B. Jornada de Especialización.

Se obtuvo una buena recepción a la convocatoria, contando con la asistencia de un total de 12 profesionales Asistentes Sociales del INP V región, quienes evidenciaron explícitamente un alto grado de motivación durante el desarrollo de la actividad, el cual fue precedido por la labor de motivación permanente realizada por el área de Servicio Social de la Sucursal Valparaíso a los destinatarios.

Previo a la realización de la actividad, se entregó a cada profesional un material con elementos teóricos que conformaron la base introductoria al tema, cuyos contenidos fueron: Evolución del Cuidado del Adulto Mayor, Clasificación de Residencias, Clasificación de Adulto Mayor y, por último, Intervención Profesional, en que se planteaban una serie de preguntas en relación a la intervención profesional en el tema y, perspectivas visualizadas a nivel institucional. A partir de ello, se dio pie para establecer una base conceptual común que favoreció el desenvolvimiento de la actividad.

Esta instancia constituyó una oportunidad para la validación del rol profesional en el tema y la relevancia de un enfoque integral biopsicosocial para la intervención profesional e interdisciplinaria. A la vez, obtuvo un producto concreto, que fue la elaboración de una

propuesta profesional e institucional de Rol en torno al tema, la cual se elaboró en forma conjunta, siendo presentada a las autoridades de la institución, a nivel regional (Anexo N° 10).

C. *Boletín Informativo.*

El proceso de entrega de los documentos, sólo fue posible llevarlo a cabo con dos de las cuatro fiscalizadoras de residencias de estadía transitoria y permanente, producto de la inasistencia de dos de ellas. No obstante, esta actividad sentó las bases para una coordinación inter institucional, mediante un ejercicio de reflexión profesional en torno a los elementos diagnósticos proporcionados, a través, del boletín de caracterización de Residencias a nivel comunal (Encargadas, Familiares y Residentes) y, Modelo de Prestación de Servicios. Producto de ello, se establecieron criterios preliminares de intervención interdisciplinaria entre ambas instituciones, que asumió un sello de convenio colaborativo de tipo informal.

Es importante destacar que las profesionales asistentes, representaban al Servicio de Salud, fiscalizador de E.L.E. y C.E.H., que posee un nivel de jerarquía superior a las profesionales que estuvieron ausentes de esta actividad, pertenecientes a Hospitales.

Por otra parte, se determinó no realizar la actividad de entrega del documento, a las instituciones involucradas durante el proceso de regularización, en una instancia de amplia convocatoria, sino que fue entregado a cada encargado en particular pues, su recepción, no tuvo fines de coordinación sino informativos. Además, la normativa a que cada organismo da cumplimiento, es de carácter genérico y no responde a ningún establecimiento en particular. En este sentido, un elemento negativo es la no visualización, por parte del equipo ejecutor, de la amplitud de la norma de éstos, lo que impide, realizar coordinaciones interinstitucionales en el ámbito de residencias .

La entrega del Boletín Informativo, a otras instituciones relacionadas con el tema adulto mayor, se sujetó a cambios, producto de limitaciones en la disponibilidad de recursos materiales y financieros para su confección. Sin embargo, esta determinación es subsanada, haciéndoles extensiva la invitación a la Jornada de Difusión y Sensibilización.

D. *Jornada de Difusión y Sensibilización*

La convocatoria tuvo una recepción adecuada, sin embargo, la participación se caracterizó por ser receptiva, donde no primó un clima reflexivo frente a los elementos teórico - prácticos expuestos por los profesionales.

Los asistentes fueron, principalmente, profesionales con alguna ingerencia en el tema Adulto Mayor, específicamente en E.L.E.;



*Sereni del Trabajo y Previsión Social.
Jornada de Sensibilización y Difusión.*

profesionales del área salud y social, que se desempeñan en ésta. Producto de ello, se observó un reconocimiento y validación de la importancia del enfoque biopsicosocial en la intervención en este tipo de establecimientos.

Insumos

A. Recursos Humanos.

Expositores Externos Jornada de Especialización: Con respecto al recurso humano externo; en la Jornada de Especialización se contó con la participación de la profesional



Alicia Ramos F. Fiscalizadora E.L.E.
SSVSA. Jornada Especialización.

encargada de la fiscalización de E.L.E., Sra. Alicia Ramos F., quien fue atingente en su exposición del tema señalado, respondiendo a las inquietudes de los destinatarios. No obstante, una contingencia ocurrida a la representante del Comité Regional del Adulto Mayor, no permitió su asistencia a la actividad, impidiendo el desarrollo del tema contemplado, siendo posible únicamente, distribuir el material de apoyo que ésta utilizaría en su intervención y entregar antecedentes generales del tema (Implicancias de la creación del Servicio Nacional del Adulto Mayor en el tema de Residencias).

Expositores Externos Jornada de Difusión y Sensibilización: Se contó con un total de 10 profesionales expositores de los diferentes servicios que deben prestar los E.L.E. para adultos mayores. La calidad de los expositores fue adecuada, con amplia intervención y desempeño en el área. Sin embargo, dos de ellos, no se ajustaron a las exigencias preestablecidas para la exposición. Asimismo, cabe destacar, el adecuado respaldo teórico - técnico de apoyo a la entrega de contenidos, facilitando la recepción de éstos.



Dr. Ernesto Rojo F. Geriátra . Jornada de Difusión

B. Recursos Financieros

Se contempló un ítem para la realización de tres actividades, presentadas a cada auspiciador en formato de proyecto, logrando, de esta manera, el financiamiento total de ellas.

El costo total del Proyecto ascendió a la suma de \$773.800, distribuidos en los siguientes ítems:

- Manual Operativo de Intervención : \$126.000.
- Jornada de Especialización : \$100.000.
- Jornada de Difusión y Sensibilización :\$547.800.

Si bien, las actividades fueron financiadas por entes diferentes (Caja de Compensación de Asignación Familiar Los Héroes y Departamento de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, DATEP), la oportunidad en la entrega de los recursos fue adecuada de acuerdo a la estimación de sus destinatarios.

C. Recursos Materiales:

Los recursos con los que se contó para la elaboración del Manual se consideran suficientes y adecuados.

La confección de los Boletines Informativos con recursos del equipo seminarista, limitó la impresión de la totalidad de éstos. Por lo cual, se determinó anular la entrega a las instituciones relacionadas con el tema adulto mayor, enfrentando esta contingencia mediante la invitación de éstos a la Jornada de Difusión y Sensibilización.

En las tres actividades financiadas (Manual, Jornada de Especialización y de Sensibilización y Difusión), la institución patrocinante, INP Sucursal Valparaíso y DATEP, dispusieron los recursos necesarios para la completa implementación de las actividades.

Recursos Computacionales y de Impresión: Ambas Jornadas contaron con recurso de apoyo audiovisual (data show) para las exposiciones.

Para la Jornada de Especialización, se gestionó el recurso con el Gobierno Regional, a través del Comité Regional del Adulto Mayor, cuya adecuación estuvo sujeta a la compatibilidad del equipo PC con el programa computacional en que se realizaron las presentaciones, constituyéndose en un apoyo efectivo en 3 ocasiones y en una limitación en 2 de ellas, no obstante fue adecuado. Por su parte, la oportunidad en que el recurso computacional estuvo disponible fue tardía, pues sólo estuvo disponible el mismo día, coincidiendo con el horario de inicio de la misma, lo que retrasó, por ende, la hora estimada de inicio.

En cuanto a la Jornada de Difusión, el recurso se consideró dentro del presupuesto entregado al organismo auspiciador y no presentó problemas durante el desarrollo de la actividad.

Respecto a la confección del Manual, inicialmente se estableció como centro de impresión, la institución, no obstante, se constataron una serie de incompatibilidades de carácter técnico, que impidieron la concreción de la programación preliminar. En virtud de ello, éste debió ser impreso en las residencias del equipo seminarista, incurriendo en un retraso en su entrega.

Proceso*Factores Facilitadores y Obstaculizadores:*

<i>Factores Facilitadores</i>	<i>Factores Obstaculizadores</i>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Alto grado de compromiso por parte de la supervisora institucional frente a las actividades planificadas y, motivación realizada por la Supervisora institucional, en torno a los objetivos de las actividades, previo a las Jornadas. ✓ Se contó con financiamiento completo para la realización de tres actividades. ✓ Respecto a la Jornada de Especialización, se dio realce al profesional Asistente Social en la elaboración del rol. ✓ Respecto al Manual: <ul style="list-style-type: none"> ○ Fue concebido como un instrumento de implementación viable por parte de sus destinatarios. ○ Fue valorado como un instrumento de sistematización de la intervención profesional de Servicio Social en el área, y posiciona a la Institución dentro de las entidades intervinientes en E.L.E., con un reconocimiento inicial. ○ Capacidades de redacción, sistematización y operativas en la elaboración del documento, por parte del equipo seminarista. ✓ En la actividad de entrega de Boletines Informativos, existió certeza respecto a que los Fiscalizadores recibieron la información relevante respecto a los E.L.E. para adultos mayores de la comuna. ✓ Respecto a la Jornada de Difusión: <ul style="list-style-type: none"> ○ Existió una motivación permanente y previa a la realización de la actividad respecto a la asistencia de los participantes y expositores. ○ Tema y enfoque innovador y emergente. ○ Gratuidad del evento para los participantes. ○ Disponibilidad de expositores profesionales con desempeño en el área, que poseen un enfoque biopsicosocial. ○ Adecuada preparación de los expositores en cuanto al material de apoyo utilizado. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Visualización de la intervención en el área de Servicio Social de la institución patrocinante, como una sobrecarga de trabajo ante las exigencias que actualmente presenta el trabajo profesional. ✓ Entrega no planificada del Manual de Intervención, desvirtuando el objetivo inicial. ✓ Contingencia ocurrida a una de las expositoras de la Jornada de Especialización, impidiendo el desarrollo del tema contemplado. ✓ Retraso en la impresión del Manual de Intervención, producto de una descoordinación respecto a los materiales y recursos computacionales y de impresión a utilizar. ✓ Compromiso tardío de INP Sucursal Valparaíso en las actividades planificadas. ✓ Inasistencia de dos fiscalizadoras de E.L.E. para Adultos mayores a la reunión informativa y de entrega de Boletín Informativo. ✓ Inadecuada sujeción a los tiempos estimados por expositor en la Jornada de Difusión ✓ Expositores que plantearon el tema de forma no atingente a las exigencias planteadas. ✓ Escasez de recursos financieros para elaboración de Boletín informativo. ✓ Descoordinación institucional respecto a los requerimientos formales en la presentación de proyectos para la gestión de recursos, para efectos de la realización de la Jornada de Sensibilización y Difusión.

Tiempo

El tiempo estimado para la intervención se consideró adecuado. Sin embargo, fue necesario hacer uso del tiempo holgura, pues se presentó una demora en la impresión y entrega de los documentos informativos a los diferentes destinatarios. Asimismo, el tiempo contemplado para la realización de las Jornadas se aplazó, producto del surgimiento de recursos económicos para su financiamiento. En este sentido, se considera que hubo

limitaciones en la oportunidad de la respuesta organizacional con respecto a la gestión de recursos, limitando la posibilidad de ajustarse a la programación inicial que, no obstante, no trascendió sobre ésta.

En cuanto a la planificación del Manual, se estima inadecuada la estrategia de revisión sobre un documento final, que impidió el avance en la impresión por etapas. Lo anterior, junto con el retraso de la gestión de recursos, dieron origen a la imposibilidad de entregarlo dentro de la Jornada de Especialización, como se había contemplado. No obstante, este hecho constituyó una oportunidad estratégica, pues aprovechó la instancia de la Jornada Difusión y Sensibilización para su distribución, que contó con la participación de autoridades y representantes de instituciones vinculadas al tema.

Productos

Cumplimiento de Objetivos:

- 1. Sistematizar las etapas metodológicas del presente Seminario de Título, en un Manual Operativo de Intervención, en E.L.E. para Adultos Mayores no acreditados por el Servicio de Salud.**

Se considera este objetivo Logrado, pues su concreción constituyó la sistematización de la intervención profesional, en un producto operativo y viable de ser implementado, cuya envergadura se amplió, en virtud del realce asignado por la institución patrocinante.

En este sentido, se valoró positiva y ampliamente la iniciativa de elaborar y difundir un material operativo de intervención entre las entidades involucradas, principalmente aquellas abocadas a la fiscalización de los E.L.E., debido a la falta de sistematización en el área de Residencias para Adultos Mayores; el carácter de identidad profesional de Servicio Social, respaldado y validado a nivel institucional; la propuesta metodológica contenida, basada en un enfoque integral abordado interdisciplinariamente; el carácter específico que tuvo en la presentación de un perfil de E.L.E. no acreditados por la autoridad respectiva, contribuyendo de esta manera al bagaje documental con que se cuenta en torno al tema.

(Revisar Documento Adjunto: Manual de Intervención Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores)

- 2. Iniciar un proceso de especialización, a los profesionales Asistentes Sociales INP Quinta Región, en la intervención operativa en E.L.E. para adultos mayores, mediante la elaboración de una propuesta de rol profesional en institucional en este ámbito, a través de una Jornada de Trabajo.**



*Jornada de Especialización
Asistentes Sociales INP V
Región*

Este objetivo se considera Logrado, pues la elaboración de la Propuesta de Rol, profesional e institucional en el tema de Residencias, elaborado durante la Jornada de Especialización, mediante técnicas de trabajo en equipo y manejo grupal, logró identificar requerimientos institucionales y profesionales para la incorporación, dentro de los servicios sociales, la implementación del Modelo de Intervención.

Ello se sistematizó en un documento que fue entregado a las autoridades institucionales (Director Regional, Jefa de Sucursales) y gubernamentales (Seremi del Trabajo y Previsión Social), con el objeto, de sensibilizar a ambos actores sociales. (Ver Anexo N° 10)

Se estima que el alcance de la Propuesta, dependerá del grado de concientización en el tema, e intención efectiva de respaldar el rol que se visualiza para la institución, por parte de las autoridades pertinentes.

3. Informar a los entes involucrados en el tema de residencias, respecto a la reglamentación vigente, prestación de servicios y, realidad comunal de E.L.E. para adultos mayores, mediante la entrega de material informativo.

En el caso de los Fiscalizadores, el objetivo se considera Logrado ya que, si bien el documento es entregado, solamente a dos de los cuatro fiscalizadores considerados en la planificación inicial, Sra. Alicia Ramos y Matilde Iturriaga, este proceso se cumple satisfactoriamente, ya que en una instancia posterior los documentos correspondientes fueron recepcionados por los dos profesionales restantes. Cabe destacar que los fiscalizadores evaluaron positivamente el trabajo realizado, destacando el enfoque integral de la propuesta de intervención como asimismo, la necesidad de incorporarla al desempeño profesional e institucional en esta área. Es así como se señala que "esta iniciativa se convierte en un aporte real al trabajo con este tipo de establecimientos" (Alicia Ramos F., Fiscalizadora de E.L.E., Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio)

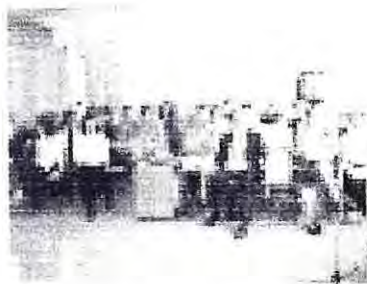
Respecto a las Instituciones involucradas durante el proceso de acreditación, el objetivo se cumple desde el punto de vista de la entrega de información respecto de los servicios que deben prestar los E.L.E. para adultos mayores. Sin embargo, el objetivo implícito relativo a ausencia de coordinación interinstitucional, se determinó no abordarlo, ya que la normativa tiene un carácter general y no se aboca al funcionamiento de ninguna organización en particular. Si bien, el documento no es entregado a los profesionales o personas encargados de las diferentes instituciones, se les extiende la invitación a la Jornada de Sensibilización y Difusión.

4. Sensibilizar a los actores sociales e institucionales de ámbito de residencias, sobre la importancia de intervenir biopsicosocialmente, mediante la difusión del Modelo de Prestación de Servicios.

Esta actividad se considera Lograda, ya que la Jornada de Sensibilización y Difusión tuvo una convocatoria adecuada; de 56 invitaciones enviadas, asistió un total de 49 personas al evento, correspondiente al 90% de los convocados (Ver Anexo 11).

Asimismo, es posible determinar que los profesionales reconocieron la importancia de intervenir en el área con un enfoque biopsicosocial, lo que fue posible constatar mediante un sondeo de opinión de los participantes y expositores, realizada por el equipo ejecutor, evaluación que fue satisfactoria sobre la ejecución de la actividad y el logro del objetivo.

Las encargadas de los E.L.E. desarrollaron un proceso de concientización respecto a la profesionalización de la actividad que realizan y, posteriormente, la validación de los aportes entregados durante el proceso, por otros profesionales del área.



Jornada de Difusión y Sensibilización

Durante el proceso de intervención, el trabajo paralelo del Servicio de Salud cumplió un rol fundamental en el acercamiento a las exigencias del reglamento, debido a las competencias legales que esta entidad asume en torno al funcionamiento de las residencias.

Se destaca que el objetivo se cumple con la colaboración, directa e indirecta, de otros proyectos, tales como el Taller Socioeducativo y la asistencia por parte de éstas a la Jornada de Sensibilización y Difusión.

Logros

- ✓ *Formulación y sistematización de una propuesta de rol, profesional e institucional, en el tema de E.L.E. para Adultos Mayores.*
- ✓ *Formulación de requerimiento de recurso humano profesional, a la autoridad institucional, para abocarse en forma exclusiva al tema, dentro del área de Servicio Social.*
- ✓ *Validación del rol profesional en el área.*
- ✓ *Viabilidad de la implementación del Modelo de Intervención, a nivel institucional.*
- ✓ *Sensibilización sobre el tema de Residencias, a autoridades y representantes de diversas instituciones, a través de la entrega del Manual de Intervención.*
- ✓ *Incorporación de la variable Prevención de Riesgos, a la función de Hospedaje que deben cumplir los E.L.E. para Adultos mayores.*
- ✓ *Convenio implícito de colaboración entre el INP y el Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio, para informar y trabajar en este ámbito de intervención.*
- ✓ *Validación de la intervención por parte de representantes Gubernamentales; Seremi del Trabajo y Previsión Social.*

4.2. EVALUACION DE PROGRAMA

Contexto

Contexto Institucional:

El proceso de inclusión formal a la institución, se llevó a cabo con algunas dificultades, en cuanto al acceso a información institucional, lo que generó un retraso en la presentación de documentos académicos.

El apoyo institucional otorgado en el desarrollo de las etapas metodológicas, se considera adecuado, en cuanto a la disposición de recursos materiales. Sin embargo, no se involucró en los aspectos técnicos o lineamientos de intervención del programa, quedando al margen de los hallazgos permanentes que surgieron en las diferentes etapas del proceso, situación que pretende revertirse en la fase final de la ejecución, etapa en que se llevaron a cabo actividades de mayor envergadura a nivel comunitario, expresándose en la validación de la sucursal de la intervención llevada a cabo por el Área de Servicio Social, en conjunto con el equipo seminarista.

El Área de Servicio Social, otorgó un apoyo permanente durante el desarrollo de todas las etapas metodológicas, asumiendo un rol coadyuvante en la mayor parte de las actividades realizadas.

Respecto a la forma de ejercer el rol de supervisión, se visualizan dos problemas:

- ✓ Cambio de supervisión institucional no informado al equipo seminarista, lo que generó cierto grado de desconcierto en éste, lo que implicó la salida de la jefatura de sucursal, difiriendo del convenio inicial de las condiciones formales de trabajo y transgrediendo los conductos regulares.
- ✓ Supervisión colectiva por parte de las tres profesionales del Área de Servicio Social, lo que generó descoordinación, dificultando los canales de comunicación, caracterizados por la unidireccionalidad de las profesionales y, transformándose los espacios de encuentro en supervisiones descriptivas, sin lograrse una profundización en determinados temas.

Esta situación, se soluciona con la propuesta del equipo seminarista de contar sólo con una supervisora institucional, lográndose con esto, un mejoramiento considerable de los estilos de supervisión desarrollados.

Otra de las dificultades presentadas al inicio del trabajo, fueron las expectativas de intervención, basadas en logros concretos e inmediatos, generando de esta forma, una presión inicial al interior del equipo ante la necesidad de responder a las exigencias planteadas por el Área de Servicio Social. No obstante, esta situación, se transformó en un mecanismo potenciador del proceso, facilitando la injerencia profesional del equipo seminarista en los Establecimientos de Larga Estadía.

Un elemento que determina la idoneidad institucional, es la posibilidad de pesquisar establecimientos de larga estadía para adultos mayores, a través del seguimiento de poderes. Esto lo convierte en el organismo gubernamental con mayor efectividad e injerencia, para la detección de residencias de carácter informal.

Contexto Académico:

Si bien, el centro de estudios universitario, cuenta con material respecto al grupo etéreo de intervención, en el tema de residencias, no es posible encontrar material idóneo, por lo cual se trabajó con aquél encontrado en la red virtual de bibliotecas y con el facilitado por la supervisora académica.

*⌘ Insumos:**Recursos Humanos:*

Supervisora Institucional: Establece un rol de tipo profesional con el equipo, lo que se expresa en el constante respaldo en la toma de decisiones y aportando a la intervención antecedentes prácticos. Cuenta con una formación profesional idónea para el rol ejercido, con elementos éticos sólidos.

Su experiencia laboral, amplia en diversos ámbitos, le otorga un liderazgo y validación respecto del aporte que entrega al equipo seminarista y, en específico, de la temática de este grupo etéreo, que permite un lenguaje común de intervención.

El estilo de supervisión democrático, aporta al proceso desarrollado, caracterizado por el cuestionamiento reflexivo y permanente de las actividades llevadas a cabo.

Su capacidad de gestión inmediata y los niveles de contacto óptimo, viabilizan y agilizan el desarrollo del programa.

La participación activa, se presenta sólo en tres proyectos, mientras que en los otros dos, se caracteriza por una postura más orientadora.

Supervisora Académica: La especialización y amplio manejo en el tema de residencias de adulto mayor, permitieron un apoyo constante durante el desarrollo del programa.

El estilo de supervisión ejercido, fue facilitador del proceso, caracterizándose por la presencia permanente y preocupación constante por las actividades que se llevaban a cabo, además del reconocimiento y validación del trabajo y aporte realizado por el equipo seminarista.

Flexible, en cuanto a la entrega de documentos y horarios de supervisiones, facilitando, en gran medida, el trabajo que se llevo a cabo durante el año. Sin embargo, existe una exigencia constante en cuanto a la perfección de los documentos entregado;. alta preocupación por los documentos entregados, corrigiendo y haciendo las observaciones necesarias que enriquecieron los contenidos del programa.

Equipo Seminarista: Presentan una buena capacidad de organización al interior del grupo, distribuyendo funciones y actividades, de acuerdo a las potencialidades de cada uno de los integrantes, lo que se utiliza como estrategia de trabajo, permitiendo validar las

características profesionales y obteniendo un producto, que fue resultado de la complementariedad de los integrantes.

Presentaron buena capacidad de negociación y de resolución de conflictos, en forma oportuna y asertiva.

Compromiso y responsabilidad frente a las actividades desarrolladas, con un adecuado manejo de las técnicas teórico- prácticas, lo que facilita la puesta en marcha del programa.

En algunos momentos del programa, se produce cierta descoordinación por la falta de tiempo, lo que retrasa alguna de las actividades planificadas, principalmente, en el proyecto socioeducativo, pero que no inciden en el desarrollo general del proyecto.

Infraestructura:

La posibilidad de contar con un espacio físico dentro de las dependencias de la institución, facilitó el desarrollo del trabajo y permitió generar identidad al trabajo, a través de un espacio propio.

Proceso:

Factores Facilitadores y Obstaculizadores:

Factores Facilitadores	Factores Obstaculizadores
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Base de datos de los destinatarios de la intervención, que permite el acceso a información previsional descriptiva que categoriza a los adultos mayores, de acuerdo a: tipo de pensión, monto y apoderado. ✓ Apoyo permanente del Área de Servicio Social durante el desarrollo de todas las etapas metodológicas. ✓ Motivación y compromiso por parte de las profesionales del área, respecto a los establecimientos de intervención correspondientes a cada una de ellas, lo que deriva en la involucración con el programa en general. ✓ Capacidad de gestión y formación profesional de la supervisora institucional. ✓ Conocimiento del tema específico de adulto mayor residente por parte de la supervisora académica. Flexibilidad en los estilos de supervisión y aportes permanentes al trabajo realizado. ✓ Distribución adecuada de las funciones del equipo seminarista, de acuerdo a potencialidades de cada una. Complementariedad en el trabajo realizado, conocimiento teórico-práctico, compromiso y responsabilidad. ✓ Espacio físico habilitado para el equipo seminarista dentro de la institución. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Débil reconocimiento y validación del rol de la institución, por parte de las encargadas, ante la labor asesora del instituto. ✓ Ausencia de la etapa de inclusión de tipo formal a la institución del equipo seminarista. ✓ Cambio no informado de supervisora institucional y, supervisiones por parte de más de un profesional. ✓ Descoordinación del equipo seminarista, en algunas actividades.

§ Productos:

Cumplimiento de Objetivos:

- 1. Fortalecer y ampliar el cumplimiento de las funciones establecidas para los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores, mediante la coordinación con personas e instituciones afines y la gestión de recursos.**

Se considera logrado, ya que, a pesar que no se desarrollaron actividades dirigidas al bienestar psicológico de los adultos mayores residentes y, que no fue posible gestionar recursos para mejorar la infraestructura y equipamiento de los establecimientos, se identificaron diversos profesionales e instituciones que podrían haber intervenido en éstos, en cada uno de los servicios que pretendió cubrir el proyecto. Además, se fortaleció y amplió la función de realización, a través de actividades dirigidas al desarrollo de aptitudes y potencialidades de los adultos mayores residentes, en los cuales se lograron avances considerables y visibles, en cuanto a su grado de lucidez y contacto con la realidad; y, actividades religiosas, que contribuyeron a satisfacer una necesidad sentida de los adultos mayores. Y, en la función asistencial, a través del recurso humano que realizó atención de la salud fisiológica de éstos, se logró tecnificar al personal de trato directo que atiende a los residentes, contribuyendo a mejorar la calidad de este servicio.

- 2. Desarrollar un proceso socioeducativo con las encargadas de los E.L.E. de adultos mayores no acreditados por el Servicio de Salud de la comuna de Valparaíso, en torno a conceptos teórico - prácticos, respecto al funcionamiento Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores**

Se considera logrado ya que los participantes lograron reconocer aspectos teórico - prácticos relativos al funcionamiento de las residencias, de gestión administrativa básica, elementos de autocuidado de las encargadas y aspectos fundamentales del cuidado del adulto mayor interno.

Cabe destacar que los dos primeros módulos realizados, se perfilaron como aquellos que alcanzaron un mayor nivel de logro, ya que fueron temas necesarios de tratar y que no habían sido abordados con anterioridad. Así mismo, es posible identificar en estas dimensiones que el conocimiento alcanzó niveles prácticos, dada la implementación de los elementos teóricos en la cotidianeidad de las residencias.

El grupo alcanza niveles adecuados de estabilidad, lo que se ve reflejado, tanto en la asistencia a las sesiones programadas, como, en la capacidad de organizar actividades de manera independiente a la intervención; situación que a su vez se perfila como un potencial para intervenciones posteriores, permitiendo de esta forma, sentar un lenguaje común. Asimismo, surge la necesidad de parte de éstas de asociarse, con el objeto de gestionar recursos financieros y materiales, para mejorar así, la calidad de prestación de servicios de sus residencias y dar cumplimiento a exigencias específicas del reglamento, a las que en forma individual, no podrían acceder (por ejemplo, Director técnico, para el total de las residencias asociadas).

3. Favorecer la integración del Adulto Mayor residente con la Red Social Focal, mediante la inserción y reinserción de vínculos.

El objetivo es medianamente logrado, considerando que se favoreció el fortalecimiento de los vínculos entre los adultos mayores y sus familiares y/o personas significativas, además, de potenciar la vinculación entre los residentes y su grupo de pares, principalmente interno (de la residencia). No se lograron los objetivos relacionados con los adultos mayores en situación de abandono y el grupo de pares externo, fundamentada la no-posibilidad de intervención en esta área por la escasa información disponible.

Sin embargo, a pesar de que el nivel de cumplimiento del objetivo no alcanzó niveles óptimos, se obtiene un trabajo de alta calidad, centrado principalmente en los familiares, logrando una adecuada inclusión a las actividades de las residencias. A partir de esta intervención se establecen las bases para posteriores intervenciones con este grupo objetivo, que hasta este entonces, se encontraba al margen de la implementación de programas, destinados a sus problemáticas.

4. Fomentar una propuesta integral de la intervención profesional en el ámbito E.L.E para adultos mayores, mediante la difusión del modelo de prestación de servicios.

El objetivo se considera logrado, por cuanto obtuvo cuatro productos concretos derivados de sus objetivos específicos.

Por una parte, se cuenta con un Manual operativo de Intervención, difundido entre los profesionales Asistentes Sociales a nivel intra institucional y, extra institucional, distribuido entre los organismos y entidades vinculadas al tema, ejerciendo roles que varían desde la fiscalización hasta organismos coadyuvantes de los E.L.E..

Por otra parte, la Jornada de Especialización tuvo una asistencia por sobre el 60% de los profesionales convocados, se elaboró una propuesta de rol, desde Servicio Social, de carácter institucional y profesional, que establece la relevancia e idoneidad de la institución en su intervención en el área y, como asimismo, establece requerimientos concretos para realizar esta labor, en el área de Servicio Social, de manera adecuada. Se informa, a través de Boletines informativos respecto a los servicios que deben prestar los E.L.E para adultos mayores, instituciones involucradas durante el proceso de regularizaron, fiscalizadores, encargados de las instituciones relacionadas con este tema y encargadas de las residencias. Así igualmente se les entrega información en cuanto al marco legal de funcionamiento de estas residencias y en los casos que correspondió elementos diagnósticos de la investigación realizada.

Respecto a la sensibilización de intervenir dando una respuesta integral a las necesidades de los adultos mayores, mediante el modelo de prestación de servicios entregado, reconocen el enfoque biosicosocial de la propuesta como una alternativa legítima de intervención de lo que se desprende que se logró la concientización en torno a la perspectiva presentada, a través de la Jornada de Difusión desarrollada. Además, se logra que una autoridad de Gobierno (Seremi del Trabajo y Previsión Social) , reconozca la

necesidad de que el estado asuma esta problemática social y, dirijan recursos a la solución de éstos, como asimismo, profesionales que presentan alta injerencia en el tema (Fiscalizadores).

Logros y hallazgos.

- ✓ *Interés de asociatividad formal por parte de las encargadas de las residencias, para la gestión de recursos financieros y materiales, estando a cargo de orientar esta iniciativa la profesional Asistente Social, del Área de Servicio Social INP sucursal Valparaíso, María Josefa Adelman Walker.*
- ✓ *Interés de asociatividad por parte de los familiares de los adultos mayores residentes, a través de la formación de grupos de autoayuda e información, para trabajar, en una etapa inicial, temas tales como, necesidades del adulto mayor residente, trabajos terapéuticos en torno al adecuado enfrentamiento de duelos personales y/o apoyar a familiares de adultos mayores que ingresen a la residencia.*
- ✓ *Participación de una autoridad de gobierno en la Jornada de Difusión, quien reconoce la necesidad que el estado asuma la responsabilidad que le compete frente a esta temática. Reconocimiento, intra e Inter Institucional, de la Propuesta de intervención biopsicosocial, como una alternativa factible y concreta de implementar en los E.L.E, para adultos mayores.*
- ✓ *Elaboración de una propuesta concreta de prevención de riesgos, en E.L.E. para adultos mayores no acreditados sanitariamente por el Servicio de salud para funcionar(Ver Anexo 14)*

Por lo anteriormente señalado, el objetivo de Programa se considera logrado, ya que si bien, no hubo logros significativos, en cuanto al cumplimiento de las exigencias que realiza el Decreto 2601, de 1996, hubo un acercamiento de las encargadas, tanto al proceso de acreditación, como al organismo fiscalizador los E.L.E. de intervención, derribando de esta forma, estereotipos negativos, visualizados como de riesgo, ya que obstaculizaban el cumplimiento cabal de las exigencias.

Respecto al mejoramiento de la calidad de prestación de servicios de los E.L.E., se destaca que, se visualiza como uno de los mayores logros, el cambio de perspectiva de las encargadas respecto al trabajo que realizan, desde un enfoque meramente de beneficencia y subsistencia, a una perspectiva, donde prima el reconocimiento de la labor desde la profesionalización y tecnificación de esta.

4.3. EVALUACION DE LAS ETAPAS METODOLOGICAS

⌘ *Diagnóstico Social:*

El Diagnóstico Social, constituye uno de los elementos fundamentales de la estructura básica de los métodos de intervención social, en la medida que procura un conocimiento real y concreto de una situación sobre la que se va a realizar una intervención y de los distintos elementos que son necesarios tener en cuenta para resolver la situación-problema diagnosticada. La necesidad fundamental de realizar un diagnóstico, gira en torno al principio "conocer para actuar".

Un Diagnóstico bien hecho y completo, según Ezequiel Ander-Egg,²⁸ cumple las siguientes funciones o requisitos:

- ✓ Informa sobre los problemas y necesidades existentes, en el ámbito, área o sector donde se ha realizado el diagnóstico.
- ✓ Identifica recursos y medios para actuar, según el tipo de ayuda o atención necesaria.
- ✓ Determina prioridades de intervención, de acuerdo a criterios científico-técnicos.
- ✓ Establece estrategias de acción, con el fin de responder a los cambios de comportamiento de las variables externas.

Considerando lo anterior, se puede señalar que el Diagnóstico Social realizado, cumple con dichos requisitos, permitiendo entregar un marco amplio y concreto, sobre el cual se basó la posterior intervención, en elementos teóricos sólidos.

Considerando además, los elementos que componen el diagnóstico, cabe destacar que, en conjunto, permitieron entregar una visión específica de la realidad a intervenir: con una clara formulación de problema y objetivos de investigación que otorgaron una guía metodológica para la realización de la investigación. El marco de referencia, entregó los elementos conceptuales necesarios, otorgando solidez teórica, que avaló y respaldó la intervención realizada. Cabe destacar en este punto, la dificultad de encontrar material teórico atinente a la realidad a intervenir, situación que se solucionó con la existencia de material bibliográfico extranjero, entre otros aspectos. Sin embargo, considerando la escasez de material teórico, los elementos contenidos en el marco de referencia, presentan innovación y una adecuada sistematización.

Respecto a la metodología utilizada, esta orienta claramente el tipo de investigación realizada (exploratoria-descriptiva), entregando los elementos necesarios a considerar. Los datos obtenidos en la investigación, permitieron caracterizar de manera específica a tres residencias para adultos mayores, logrando con lo anterior, los elementos necesarios para la elaboración de los proyectos de intervención.

Considerando algunos de los criterios de Briones²⁹, se puede señalar que, el diagnóstico, tuvo un impacto en el trabajo realizado, ya que entregó los elementos necesarios para continuar con las demás etapas del ciclo tecnológico, con información

²⁸ Ander-Egg

²⁹ Briones, Guillermo; "Evaluación de Programas Sociales". Ed. PIIIE. Chile. 1985.

relevante, necesaria y confiable. Respecto a la eficiencia, el logro de los objetivos de investigación, requirió más tiempo de lo planificado, situación que no interfirió en el desarrollo del proceso.

⌘ Programación:

La Etapa de Programación, que define la estrategia de intervención derivada del diagnóstico y fase exploratoria, ha sido entendida como "Valerse de un método racional para fijar metas a alcanzar, en función de los recursos disponibles, adoptando para ello normas y decisiones previas a la acción, que sustituyen una conducta de improvisación frente a los acontecimientos".³⁰

También se entiende, desde la administración, la fase de planificación, como "aquella a través de la cual se procura garantizar la utilización eficaz y racional de los recursos humanos, técnicos, financieros y materiales, con el fin de asegurar el mejor curso de acción para alcanzar los objetivos propuestos."

La Programación estableció como estrategia de intervención, la ejecución de cuatro proyectos sociales, de los cuales tres, fueron de intervención directa en los E.L.E. y, uno dirigido a las Asistentes Sociales del INP V Región y a la red abierta.

Tres proyectos se desarrollaron adecuadamente, en cuanto a la fase programática. Sólo el Proyecto N° 4 de Difusión y Sensibilización, sufrió modificaciones significativas, en respuesta a una necesidad sentida del Área de Servicio Social, en relación a la validación del rol profesional en el tema a nivel institucional, ampliándose la formulación preliminar.

Es posible señalar, por tanto que, la programación, fue adecuada en la formulación de objetivos, los cuales fueron factibles de alcanzar; tiempo, actividades, técnicas e instrumentos de evaluación.

En virtud de lo anterior, se considera que esta etapa, cumple con su finalidad metodológica, pues obtuvo un alto nivel de logro, en términos del cumplimiento de los objetivos; y, de eficacia y eficiencia, pues el costo que implicó, no fue significativo, en relación a los logros que se obtuvieron en los ámbitos intra y extra institucional, con una proyección futura viable, que cuenta con el respaldo del organismo patrocinante para darle continuidad, ampliando su ámbito de acción, lo que manifiesta la realidad fáctica del programa.

⌘ Ejecución:

La Etapa de Ejecución, entendida como "aquella donde se lleva a la práctica lo programado, justificando y dando sentido a todas las fases anteriores"³¹, estuvo sometida a urgencias, presiones y demandas de todo tipo, influyendo diversas variables externas, difíciles de prever y controlar. Sin embargo, su fortaleza radicó en la posibilidad de dar sustento empírico a un producto, ya que según los requerimientos institucionales, uno de los objetivos fundamentales de intervención, era la creación de un "Modelo de Intervención

³⁰ Aylwin, Nidia; "Un Enfoque Operativo de la Metodología de Trabajo Social", U.C.

³¹ Op Cit. N° 30.

Operativa en E.L.E. para Adultos Mayores". De esta forma, la fase ejecutoria, se transformó en la prueba de hipótesis de intervención, propuestas en la etapa programática, para la posterior creación del modelo.

Las diferentes estrategias de intervención planteadas en la etapa programática del proceso, lograron dar respuesta y cumplimiento a los diferentes objetivos específicos de programa. Asimismo, cabe destacar el impacto real que tuvo la intervención en los diferentes destinatarios para cada uno de los proyectos.

Desde una óptica general, es fundamental destacar que, la investigación realizada durante el proceso de ejecución, se transforma en la primera experiencia de esta envergadura a nivel nacional, lo que permite sentar las bases para intervenciones posteriores en el tema.

En relación al marco institucional, la intervención permite visualizar la temática en cuestión, como una alternativa real y viable para ser implementada tanto a nivel regional, como nacional.

Asimismo, cabe destacar la incorporación de elementos teóricos y técnicos de administración del equipo executor para dar respuesta a las necesidades diagnosticadas y, posteriormente, cumplimiento de los objetivos planteados.

§ Evaluación:

En la etapa de programación, se han estipulado cuáles serían los límites deseables de alcanzar en relación con la realidad diagnosticada. Por lo tanto, la evaluación permite determinar en qué medida los resultados obtenidos con la intervención profesional, coinciden con los resultados esperados.

En este sentido, la Etapa de Evaluación, ha permitido establecer y dar a conocer, cuáles han sido los logros específicos alcanzados durante la intervención profesional, en cada uno de los proyectos elaborados. En este sentido, cabe hacer mención a dos situaciones. Primero, que a raíz de diversos motivos, entre ellos, el deseo de las alumnas de querer mejorar todas las deficiencias identificadas en el diagnóstico, los objetivos planteados fueron bastante ambiciosos y, por lo tanto, difíciles de alcanzar, lo cual incidió en el no logro de algunos o en la consecución dificultosa de otros. Y, segundo, el programa general de intervención, tuvo algunos logros no presupuestados de antemano que enriquecieron aquellos esperados.

Por otra parte, la evaluación, entendida como un nuevo diagnóstico, ha permitido dar cuenta del estado actual en que se encuentran los establecimientos intervenidos y, desde allí, se podrán planificar otras intervenciones a futuro, en caso que la institución patrocinante así lo determine.

Finalmente, se destaca el esfuerzo por realizar evaluaciones periódicas durante el proceso de intervención, que contribuyeran a mejorar las estrategias de trabajo utilizadas o identificar situaciones que, en algún momento, podrían haberse transformado en un obstáculo para el logro de los objetivos.

⌘ *Tiempo Metodológico:*

<i>Fases/ Meses</i>	<i>Marzo</i>	<i>Abril</i>	<i>Mayo</i>	<i>Junio</i>	<i>Julio</i>	<i>Agosto</i>	<i>Septiembre</i>	<i>Octubre</i>	<i>Noviembre</i>	<i>Diciembre</i>
<i>Diagnóstico</i>	X ***	X ***	***	***						
<i>Programación</i>										
<i>A. Coordinación y Gestión</i>		X ***	X ***	X ***	X ***					
<i>B. Socioeducativo.</i>		X ***	X ***	***						
<i>C. Vinculación Social.</i>					X ***					
<i>D. Difusión y Sensibilización.</i>					X ***	***				
<i>Ejecución</i>										
<i>A. Coordinación y Gestión</i>			X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***		
<i>B. Socioeducativo.</i>		X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***	X ***		
<i>C. Vinculación Social.</i>						X ***	X ***	X ***		
<i>D. Difusión y Sensibilización.</i>						X ***	X ***	X ***	X ***	
<i>Evaluación</i>	♣	♣	♣	♣	♣	♣	♣	♣	X ***	X ***

X = Tiempo Programado

*** = Tiempo Ejecutado.

♣ = Control Permanente.

Al efectuar una comparación entre el tiempo programado y el tiempo realmente ejecutado, es posible realizar las siguientes afirmaciones:

- ✓ En cuanto al diagnóstico, el tiempo programado para su realización, no fue suficiente, por lo que fue necesario duplicarlo para el logro de los objetivos de investigación. Sin embargo, esta situación no se constituyó como un factor obstaculizador para dar cumplimiento a la intervención profesional. Cabe señalar que, la ejecución temprana del proyecto socioeducativo, permitió dar paso al tiempo de holgura utilizado.
- ✓ Respecto a la etapa de programación, esta se realizó en forma traslapada al proceso de diagnóstico, pues surgieron evidencias que permitieron la planificación sin haber concluido el proceso inicial de investigación. Además, se presentó en etapas diferenciadas, según cada proyecto de intervención, lo cual generó que se extendiera en tiempo.

- ✓ *La fase ejecutoria, responde al estilo de programación, es decir, se realizó de forma paralela a ésta, situación que permitió dedicar un tiempo considerable a esta fase, lo que se visualiza como un factor facilitador de la puesta en marcha de la creación del modelo operativo de intervención E.L.E.*
- ✓ *La evaluación estuvo presente durante todo el ciclo tecnológico, situación que permitió controlar aquellas variables que podrían haberse convertido en un factor obstaculizador para el cumplimiento de los objetivos.*

Para los niños de ayer y abuelos de hoy esta poesía
(Fragmento)

Quien no olvide, aquel jardín de lindas flores, en primavera
es como el tiempo que paso aquel que el viejo cuenta y llora
en casa donde el recuerdo mora una linda historia sin fin
que la bendición de Dios implora.

Para mi, cuando niño, querido viejo era mi abuelo.
Mas tarde mi papá también mudó
el abuelo dejo de contar historias que luego mi papá, contó
Ahora a mis nietos, cuento yo
aquella que me enseñó como la canción del destino
que el abuelo contó.

Cabellos blancos,
es recuerdo un sin fin de vida
es el abrigo de un tesoro de memoria y sabiduría,
es una expresión de vanidad de un cuento de nostalgia
por la mocedad perdida.

Cabellos blancos de mi abuelo
cabellos blancos de mi papá
de cabellos blancos, también yo
son el símbolo de pureza, es la ley de naturaleza
volteas hacia el cielo
mirando a Dios y su Grandeza.

Victor Freitas

Capítulo V
Trabajo Social y
Establecimientos de Larga Estadía

5. TRABAJO SOCIAL Y ESTABLECIMIENTOS DE LARGA ESTADIA

PARA ADULTOS MAYORES

5.1. *Consideraciones Generales:*

Un conjunto de transformaciones demográficas, sociopolíticas, económicas y culturales, entre otras, que actúan en un contexto de realidad, dinámico y complejo impactando, sobre la población, han dado origen al incremento del segmento etáreo adulto mayor. Éste, sometido a condiciones sociales e individuales de permanente deterioro, se erige como un nuevo sujeto de derecho y de intervención prioritaria de los programas gubernamentales. No obstante, existe un amplio número de adultos mayores, cuya definición etárea, no es condición para beneficiarse de la implementación de intenciones políticas y estrategias de intervención, menoscabando su calidad de vida. En este contexto, el profesional Asistente Social se desenvuelve en dos dimensiones: micro y macro social, interactuando en diferentes niveles de intervención, a través de los cuales implementa y contribuye a la modificación y creación de políticas sociales en beneficio de éstos.

Por otra parte, el surgimiento de Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores, manifiesta un cambio estructural a nivel de sociedad, en la medida que el desempeño del rol tradicional de cuidado familiar, se institucionalizó a través de diversas organizaciones, como una alternativa a la asistencia que ésta pudiese proporcionar. A partir de ello surgió, en la oferta residencial, una serie de establecimientos para diversas categorías de adultos mayores, entre las cuales, se ubican aquellas casas familiares que deciden integrarse al mercado, adoleciendo de una perspectiva organizacional y alejadas de las exigencias reglamentarias pertinentes para su desempeño en dicha categoría, con una perspectiva predominantemente benéfica, sin embargo, teniendo el carácter de privados con fines sustentables.

En este contexto, la intervención de Trabajo Social Profesional, puede estar orientada hacia dos ámbitos, específicamente:

- ✂ *Macro: a través de la intervención en redes, dentro de lo cual posee las herramientas necesarias para desempeñar un trabajo de coordinación inter e intra institucional, de los recursos necesarios para el mejoramiento de los servicios, otorgados al interior de los E.L.E.. Es importante precisar que el rol de coordinación, se entiende desde una perspectiva más amplia que la gestión de recursos. En este marco, el profesional identifica problemáticas y situaciones de riesgo a nivel social, con el objeto de sensibilizar sobre la realidad de este tipo de establecimientos, instando a una intervención integral e interdisciplinaria. A su vez, propone estrategias y acciones e instituciones a partir de las cuales intervenir sobre la realidad, mediante la recopilación y sistematización de antecedentes diagnósticos y operativos, incorporando un sello profesional que permita la validación de su rol ante otros profesionales que se desenvuelven en el área.*

En este ámbito se aboca a la intervención sobre los lineamientos de actuación institucional y profesional, en los cuales Trabajo Social Profesional aporta con una dimensión integral de la realidad social.

El profesional, debe procurar implementar y mejorar la política social al interior de las residencias, lo que plantea un desafío para el actuar profesional y el escenario institucional, a partir del cual éste se desempeña, en la medida que la política social desarrolla programas de desarrollo dirigidos, básicamente, al adulto mayor autovalente.

- ✧ *Micro: intervención que se desarrolla al interior de los E.L.E., donde es posible identificar los siguientes roles profesionales, de acuerdo a cada nivel de intervención:*
 - ♣ *Trabajo de Caso: Intervención con la red focal (familiares, grupo de pares y personas significativas en general), asumiendo un rol terapéutico.*
 - ♣ *Trabajo de Grupo: Intervención en grupos de familiares, adultos mayores, encargadas, donde asume el rol de educador social no formal.*
 - ♣ *Trabajo Comunitario: Intervención en redes, asumiendo un rol coordinador entre las diversas instituciones relacionadas con la residencia.*

5.2. Roles y Funciones de Trabajo Social

Los roles que le competen desarrollar al profesional en los E.L.E. para adultos mayores se basan, fundamentalmente, en las diferentes funciones que éste cumple; Rol de Investigador Social, de Educador Social no formal y, Gestor e Implementador de Políticas Sociales orientadas a este grupo etáreo, al interior de las residencias.

Las diferentes funciones se establecen en virtud de dos categorías:

- ✓ *Funciones propias del ejercicio Profesional:*
 1. *Elaboración de Informes Sociales.*
 2. *Visitas domiciliarias con fines de intervención.*
 3. *Elaboración de historia social del residente.*
 4. *Elaboración Ficha Social del residente.*
 5. *Seguimiento de pensiones previsionales.*
 6. *Gestionar Pensiones previsionales.*
- ✓ *Funciones administrativas compartidas con el equipo interdisciplinario de trabajo:*
 - a) *Planificación del trabajo:*
 1. *Elaboración de protocolos y sistemas de registro institucionales.*
 2. *Establecimiento de horarios de visitas por residente.*
 3. *Proceso de inclusión al nuevo residente y familiares o personas significativas.*

4. *Actividades que den cumplimiento a cada uno de los servicios que deben prestar los E.L.E.*
5. *Atención personalizada e interdisciplinaria de cada uno de los residentes.*

Coordinación Externa:

1. *Elaboración y tramitación de Informes Sociales y documentos Sociales formales.*
2. *Comunicación formal de ingreso de residentes a las organizaciones que sean necesarias.*
3. *Representar a los residentes en todo aquello relacionado con sus intereses frente a otras entidades.*

Evaluación de la Intervención:

1. *Evaluar la calidad de la prestación de servicios de la residencia.*
 2. *Evaluación Psicosocial del personal de trato directo de los residentes.*
 3. *Seguimiento de la programación anual por residente.*
 4. *Seguimiento mensual del estado biopsicosocial del residente.*
-

El Viaje

Cuando emprenda ese viaje que tengo tan pensado
no llevaré en las manos ni abrigo ni equipaje.
Solamente el calor de otras manos queridas
y un poquito de todo lo que fue mi bagaje.
Apretaré muy firme apretado a mi pecho
todo el amor que di y todo el que me dieron.
Algo de cada uno de los sueños cumplidos
y también por qué no, de aquellos que no fueron.
Abrazaré en un gesto de tierna despedida
a quien siguió conmigo todo un largo camino.
Junto a quien aprendí el amor compartido
y la dicha de hacer nuestro pan, nuestro vino.
Cuando emprenda ese viaje, con pasaje de ida,
será solo un susurro mi adiós en la partida.
Y casi ya sin voz, viajando hacia el olvido,
diré como Neruda: Confieso que he vivido.

Margarita Persano

Capítulo VI

Reflexiones y Propuestas

6. REFLEXIONES Y PROPUESTAS

6.1. *Sobre la Política Social:*

☞ *La Política Social del Adulto Mayor, ha contribuido, sin duda, a revertir la situación de discriminación que afecta a este segmento etáreo. Sin embargo, los criterios de autonomía, participación e incorporación de la persona mayor al desarrollo en igualdad de condiciones y, las nociones de derecho y envejecimiento activo (funcional y autónomo), no describen la realidad de un alto porcentaje de adultos mayores, cuyas capacidades funcionales y autónomas decrecen en forma sostenida, generando su marginación de los programas de desarrollo que implementa la política social, por cuanto, las categorías de adulto mayor frágil y postrado, no alcanzan a beneficiarse de éstos, limitándolos en el ejercicio de sus derechos civiles.*

En vistas de lo anterior, deriva la necesidad de ampliar las clasificaciones del sujeto de intervención, incluyendo las diversas tipologías de adulto mayor en los programas de desarrollo para que, de esta manera, se beneficie transversalmente esta población etárea, entre los cuales se incluyen los adultos mayores residentes de establecimientos de larga estadía, en su mayoría frágiles y postrados.

6.2. *Sobre los Entes Fiscalizadores:*

☞ *El Servicio de Salud, en virtud del Decreto N° 2601/94, se erige como el único organismo facultado para fiscalizar los E.L.E. para adultos mayores, en función de lo cual, capacita a sus encargadas, supervisa el funcionamiento de éstas y establece los lineamientos de acción con los diversos centros de salud, en torno a su funcionamiento.*

Dada esta facultad legal, se estima conveniente, incorporar al ejercicio de tales actividades, nuevas temáticas y sujetos de intervención, ampliando su enfoque desde una perspectiva sanitaria hacia una de carácter integral, dentro de lo cual le recae el deber moral de efectuar las coordinaciones correspondientes, intra e inter - institucionalmente, en pos del mejoramiento de la calidad de los servicios que estas residencias prestan, respondiendo, de esta forma, a todas o a la mayoría de las necesidades de sus usuarios, cubriendo, además, el área organizacional de éstas.

☞ *Los criterios de fiscalización y aplicación de la normativa vigente, se caracterizan por ser circunstanciales y personales. Es así como, actualmente, el Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio, establece un acercamiento a la reglamentación, en forma progresiva por medio del cumplimiento de etapas, basado en criterios profesionales del responsable a cargo.*

Por ello, se considera necesaria, la modificación del reglamento, en lo que respecta al proceso en el que se da cumplimiento, mediante el establecimiento formal de etapas, lo que potenciaría la vinculación entre organismo fiscalizador y residencia.

- ☞ Un acercamiento, a través de capacitaciones permanentes, en materias sanitarias relativas al cuidado del adulto mayor residente, es el que ha tenido el Servicio de Salud con las encargadas de residencias, adoleciendo este proceso de formación, de aquellas relacionadas con sus habilidades sociales y herramientas administrativas lo que, ampliaría las temáticas a abordar, necesarias para incorporar la dimensión integral al proceso de formación.

Además, se considera relevante integrar, como sujetos beneficiarios y de intervención, al personal auxiliar, teniendo en consideración que desempeñan funciones domésticas y de trato directo con los residentes, por lo cual, deben contar con las herramientas suficientes para desempeñarse adecuadamente en el cumplimiento de ambas funciones.

6.3. Sobre los Establecimientos de Larga Estadía:

FOSIS (Fondo de Solidaridad e Inversión Social), desde un punto de vista cualitativo y para efectos de diseño de proyectos, clasifica las microempresas en tres categorías:

- 1) De Subsistencia: no existe capital de ahorro, debido a que los ingresos son precarios.
- 2) Sustentables: poseen un capital de ahorro limitado, por lo que sus posibilidades de innovación y/o ampliación de su capacidad instalada es escasa; y,
- 3) Con potencial de desarrollo: aquellas que tienen capacidad de ahorro, pero con dificultades para acceder al sistema financiero.

Esto, nos permite elaborar las siguientes reflexiones:

- ☞ Alcanzar el reconocimiento de estos establecimientos, como microempresas familiares, significaría la posibilidad de acceder a una serie de beneficios, en materias de capacitación, financiamiento y asistencia técnica, otorgados a través de organismos públicos (como por ejemplo, el Servicio Nacional de Capacitación y Empleo, SENCE), facilitadores para el cumplimiento de la reglamentación e implementación del Modelo de Prestación de Servicios. Además, constituiría el soporte técnico interno, a la prestación de servicios que, actualmente, es escaso.
- ☞ La figura benéfica que poseen las encargadas, respecto a la administración y funcionamiento de sus establecimientos, genera que éstos no posean criterios de selección de usuarios y especialización de los servicios que otorgan, coexistiendo diversas categorías de adultos mayores y patologías imperantes, sin contar con el equipamiento técnico suficiente para proporcionar una asistencia adecuada.
- ☞ La predominancia del enfoque sanitario al interior de las residencias, que da especial importancia a la cobertura de necesidades físicas de sus usuarios, dificulta la incorporación de un profesional del área social (en este caso, de un Asistente Social). Por lo que se plantea, un espacio de trabajo a partir de instituciones públicas o privadas, que actúen en beneficio de estos establecimientos, entre los cuales, el INP, constituye la primera entidad gubernamental, que ha abordado profesionalmente el tema desde esta perspectiva.

6.4. *Sobre las Encargadas:*

- ☒ *Tanto las encargadas, como el personal auxiliar de los E.L.E. para adultos mayores, dadas las condiciones y características que asumen en la categoría de informalidad, carecen de la formación técnico - profesional, necesaria para desempeñar un trabajo efectivo en este rubro.*

Por ello, debe existir un esfuerzo concreto y una inquietud explícita por capacitarse e integrar elementos técnicos al desenvolvimiento de sus tareas.

Asimismo, debe existir, por parte del organismo fiscalizador, la coordinación correspondiente para dar respaldo y validación a las instancias institucionales de instrucción, mediante un reconocimiento formal.

- ☒ *En consideración a que, no existen criterios de selección para constituirse en encargada ó personal auxiliar y que, esta situación constituye un riesgo, tanto para los usuarios como para la estabilidad de la residencia, se estima pertinente realizar una evaluación psicosocial a las encargadas y una capacitación a éstas en materia de selección de personal, evitando, de esta manera, situaciones de maltrato y/o negligencia, protagonizadas, en su mayoría, por personas incorporadas al establecimiento para cumplir funciones específicas dentro de éstos.*
- ☒ *Se agrega, la necesidad de contar con un registro de antecedentes, tanto de encargadas como de personal auxiliar, a disposición de las instituciones involucradas en el funcionamiento de los establecimientos.*
- ☒ *Se constató que el turno del personal auxiliar, es predominantemente diurno, siendo el turno de noche, cubierto por la propia encargada ó algún familiar que reside en el establecimiento. Considerando el riesgo para la salud de la encargada que, implica el efecto acumulativo del cuidado nocturno de los residentes, se estima necesario concientizar sobre la necesidad de integrar al equipo auxiliar, cuidadores en este horario.*

6.5. *Sobre el Personal Auxiliar:*

- ☒ *Las características sociodemográficas del personal auxiliar y la categoría de informalidad de este tipo de establecimientos, constituyen un factor de riesgo para una adecuada prestación de servicios y estabilidad de la residencia. En virtud de ello, se hace necesario, elaborar un catastro del personal de servicio calificado y autorizado para desempeñarse en estas funciones, disponible tanto para la autoridad sanitaria como para otros organismos.*

6.6. *Sobre el Adulto Mayor Residente:*

- ☒ *El deterioro de la salud ó la situación de pobreza del adulto mayor, no son condiciones que determinan la posibilidad de constituirse en residente de algún establecimiento de larga estadía. No obstante, los vínculos familiares establecidos durante su vida, caracterizados por la desvinculación afectiva, proporcionan un*

perfil de adultos mayores susceptibles de ser internados. Por ello, se estima necesario realizar una intervención preventiva y/o reestructurante de la red focal del adulto mayor y, en la potenciación de los vínculos familiares, a fin de evitar los efectos del abandono social a que se expone el residente, una vez ingresado al establecimiento.

6.7. *Sobre la Familia:*

- ☞ *Los adultos mayores que ingresan a un establecimiento de larga estadía, decisión que en su mayoría es asumida por terceros, presentan pérdida o deterioro de su autonomía y dificultades para satisfacer sus necesidades de pertenencia, en virtud de lo cual se configura la necesidad de preparar al núcleo familiar en la preservación del vínculo afectivo - material, a fin de prevenir o retrasar el ingreso de éste a una residencia y evitar la desvinculación posterior a ella.*

6.8. *Sobre la Comunidad:*

- ☞ *La comunidad, no puede mantenerse al margen en los temas de adultos mayor y residencia, donde uno de los roles más importantes que debe cumplir, es el de aportar recursos de apoyo a los E.L.E..*

Esto se cumple, por parte de las personas, mediante aportes económicos a residencias de carácter benéfico, a través de lo cual se logra mejorar los servicios al adulto mayor, trascendiendo la realidad de éstos.

Sin embargo, los establecimientos que otorgan servicios a adultos mayores de bajos ingresos, carecen de este aporte económico, por ser de tipo privado con fines sustentables, condición que impide el acceso a soportes económicos de la comunidad, que reportarían al mejoramiento de los servicios otorgados.

Es por tal razón que, debería establecerse algún tipo de participación estatal, que vaya más allá de la mera fiscalización actual.

- ☞ *La comunidad debe ser capaz de dar respuesta a las necesidades que poseen las familias con un adulto mayor dependiente, a las cuales se le configura una serie de dificultades para prestarle atención y cuidados, ante lo cual deben existir servicios directos o de apoyo, por ejemplo, a través de alternativas de atención en centros diurnos, que eviten o retrasen el ingreso del adulto mayor a algún E.L.E..*

Decálogo para Envejecer Mejor

En tu corazón y tu alma no debe anidar odio, rencor, penas, ni angustias ni dolores.
Al despertar cada día carga tu mochila con esperanza, amor, dulzura, caridad y paciencia.

Si algo tienes que perdonar hazlo hoy, mañana puede ser tarde.

Cuida tu cuerpo aliméntate sanamente, no fumes ni bebas.

Camina y toma sol tanto como puedas y si es posible, baila.

Ten siempre a mano buenos libros, lee mucho, escucha música y canta.

Rodéate de amigos, comparte con ellos tus vivencias.

Ríe, ríe mucho, ríe hasta de tus errores, la risa alegre y da paz a tu alma.

Recuerda tus años jóvenes saborea lo bueno y lo que no es agradable,

¡Olvidalo! ¡Nadie se entera.

Cuando te levantes triste una ducha caliente, arréglate como para una fiesta

¡Si puedes sale! De no ser así respira profundamente,

abre las ventanas, pon música y

¡Sonríe DIOS te ama!

P.D: A los mayores se nos prohíbe rezongar,
estar tristes, preguntar, contar dos veces lo mismo.

Olvidar lo que los jóvenes no recuerdan y

¡enfermarnos!

Martha Bianchelli

Pepam La Plata - Edad: 72 años.

Capítulo VII

Conclusiones Finales

7. CONCLUSIONES FINALES

7.1. *Respecto al Instituto de Normalización Previsional:*

- ◆ El Institución de Previsión Social, incorpora diversos profesionales del área social, convirtiéndolo en un ente idóneo para la investigación e intervención profesional de cualquier problemática relacionada con esta dimensión, entregando apoyo, tanto de tipo humano, como material y económico.
- ◆ La competencia del I.N.P para la intervención el área, se fundamenta en dos aspectos:
 - ✓ Tipo de usuario de las residencias, el cual en su mayoría (93%), es pensionado de alguna caja del instituto.
- ◆ Sin embargo, la falencia para intervenir en el tema es la inexistencia de una facultad legalmente establecida. En este aspecto, el Servicio de Salud, constituye el único organismo gubernamental, facultado para supervisar el funcionamiento de E.L.E, e imponer las sanciones correspondientes, que oscilan desde amonestaciones hasta la clausura cuando no cumplen las exigencias que éste les impone. En este sentido, la fiscalización se limita al aspecto sanitario de las residencias, no teniendo facultades para intervenir directamente sobre situaciones de riesgo social para los adultos mayores residentes, ante lo cual su competencia se restringe a la denuncia ante la entidad encargada de velar por el orden público.
- ◆ En virtud e ello, debe existir un organismo facultado legalmente, con competencia en la supervisión del ámbito social de los E.L.E. que, en este caso correspondería al I.N.P., por las razones anteriormente aducidas.

7.2. *Respecto a los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores:*

- ◆ La existencia de E.L.E. se convierte en una alternativa válida para aquellas familias que conviven con un adulto mayor y que, por diversos motivos no pueden continuar asumiendo su cuidado. No obstante, esto no justifica la desvinculación familiar del adulto mayor residente, pues asumen una función complementaria y no sustitutiva del núcleo familiar.
- ◆ En Chile de acuerdo a la legislación existente, estos establecimientos se pueden clasificar según el tiempo de permanencia de los residentes, de la siguiente manera:
 - ✓ Establecimientos de Larga Estadía (E.L.E): identificados comúnmente como Hogares, Asilos de Ancianos o Casas de Reposo. Rigen su funcionamiento a

través del D.S. N° 2601 del Ministerio de Salud, a partir de Octubre de 1994, cuyo cumplimiento lo fiscaliza el respectivo Servicio de Salud.

- ✓ *Establecimientos de Estadía Transitoria: aquí se ubican las Hospederías, de carácter privado o, dependientes de instituciones benéficas que dan atención a personas en condiciones de indigencia; Hoteles, de carácter privado; Colocaciones Extra Hospitalarias (C.E.H.), dependientes de organismos estatales del área Salud (Hospitales), cuya finalidad es "prolongar la hospitalización de pacientes procedentes de dichos servicios, en establecimientos extra hospitalarios, aumentando la eficiencia y cobertura de plazas en los servicios clínicos", regulada por Resolución Exenta N° 3 - B/878 y N° 1384 del 12 de Septiembre de 1985. cuya definición y funcionamiento de basa en 3 B - 878 de 1983.*

- ◆ *Si bien, este último tipo de residencia, establece un límite de tiempo en la permanencia, se transforma en una nueva categoría; "Residencia Mixta", cuando el paciente se encuentra imposibilitado de egresar del establecimiento, por carecer de una red focal de apoyo o que, poseyéndola, se decide prolongar su permanencia en la residencia, asumiendo el costo de su estadía sus familiares, ó la institución hospitalaria que lo deriva, mediante la categoría de Colocación por abandono.*

Por ende, un establecimiento de estadía transitoria, que cuenta con la autorización del servicio correspondiente para su funcionamiento (Hospital), se transforma en un E.L.E. informal ante el Servicio de Salud, que fiscaliza el cumplimiento de la normativa.

- ◆ *Dado, el carácter informal que poseen este tipo de residencias, se encuentran propensas a presentar diversas problemáticas biopsicosociales de diversa índole entre ellas, negligencia en el cuidado de la salud física, maltrato hacia los residentes y deficiente cumplimiento de las exigencias mínimas que establece el reglamento de salud respectivo.*
- ◆ *Finalmente desde una perspectiva productiva, los E.L.E. pueden ser clasificados como "Microempresas Sustentables", debido a que cuentan con un capital de ahorro limitado. De ser reconocidas en dicha categoría, permitiría potenciar y mejorar la prestación de servicios de las mismas a través, de la postulación a proyectos concursables.*

7.3. *Respecto a las Encargadas de Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores:*

- ◆ *De acuerdo al perfil, las encargadas son principalmente mujeres con hijos, con edades que fluctúan entre los 30 y 50 años, casadas o separadas de hecho, de religión católica y que han alcanzado un nivel de instrucción de enseñanza media completa.*
- ◆ *La motivación para trabajar en este rubro, se basa principalmente en vocación y, en muchos casos por, una herencia laboral - familiar. Sin embargo, es posible*

afirmar que la vocación, es un factor importante, pero no condicionante para el desempeño eficiente en esta área, pues requiere además de formación técnica y características personales que les permita potenciar el funcionamiento adecuado de las residencias, disminuyendo los riesgos de sanción. Entre las características personales primordiales, se encuentran: estabilidad emocional, habilidades de compartamentalización (diferenciar roles familiares de roles laborales) y reconocimiento de la importancia del autocuidado.

- ◆ Existe en las encargadas que no han participado en proceso de formación, una concepción benéfica de la actividad que desarrollan, lo cual dificulta el mejoramiento de la prestación de servicios y tecnificación de éstos. Por tanto, es necesario lograr un cambio de actitud, que requiere un trabajo focalizado y de concientización sobre una perspectiva organizacional - productiva y de servicios.

En este sentido, es importante destacar el costo de estadía y atención por residente no es, necesariamente, equivalente a la calidad de los servicios que presta el establecimiento y que la relación que se establece cabe dentro del tipo cliente - proveedor.

- ◆ Actualmente, las encargadas realizan su actividad de forma aislada, no aunando esfuerzo la consecución de objetivos comunes. No obstante, la asociatividad entre esta se visualiza como una necesidad sentida, y como una estrategia eficiente de trabajo para el logro de capacitación, asesoría técnica y financiamiento.

7.4. *Respecto al Personal Auxiliar de los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores.*

- ◆ Mujeres, cuyas edades fluctúan entre los 30 a 50 años, mayoritariamente casadas, con hijos y de religión Católica. Poseen un nivel de instrucción de educación básica completa y/o media incompleta. Se encuentran afiliadas al sistema público de salud, Fonasa Grupo A, ó, no poseen previsión de salud.
- ◆ El personal auxiliar según las funciones que cumplen, puede dividirse en:
 - ✓ Personal Auxiliar de Trato Directo: aquel que desempeña sus funciones en virtud de las necesidades y atención del adulto mayor. Entre ellas, se encuentran, labores de higiene y aseo personal, recreación, apoyo en el proceso de alimentación y movilidad, administración de fármacos, entre otras.
 - ✓ Personal Auxiliar destinado a funciones Domésticas: dedicado a labores de limpieza y preparación de los alimentos dentro de la residencia.
- ◆ Actualmente, estas funciones recaen sobre una misma persona, lo cual no permite la dedicación exclusiva a cada una de ellas, con sus respectivas consecuencias (sobre carga de trabajo, stress).
- ◆ Este grupo presenta las características del subempleo: Inexistencia de contrato de Trabajo, sueldos bajo el mínimo establecido, inestabilidad laboral, falta de protección social, desprotección frente a riesgos laborales.

- *La falta de preparación e inexistencia de criterios para realizar la selección de personal auxiliar, por parte de las encargadas, son factores de riesgo en la contratación de personal que no presenta un perfil idóneo para asumir la responsabilidad del cuidado de adultos mayores, presentándose la posibilidad de incurrir en situaciones de maltrato, por acción u omisión.*
- 7.5. *Respecto a los Familiares de los Residentes de los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores.*
- *El medio familiar constituye un aporte fundamental a los cuidados de las personas mayores que lo requieren. Además la familia proporciona los vínculos afectivos, emocionales y relacionales, imprescindibles para la persona y para el buen mantenimiento físico de ésta. Por lo tanto:*
 - ✓ *La Familia y su entorno constituyen uno de los recursos principales para la prevención y/o retraso del ingreso de un adulto mayor a una residencia.*
 - ✓ *El rol de la familia cumple no se circunscribe sólo al tiempo de permanencia del adulto mayor en su propio hogar, sino al contrario constituye un recurso fundamental tanto en el ingreso, adaptación, y satisfacción de su familiar en la residencia, como en el aporte de cuidados y participación en la misma.*
 - *De acuerdo a lo anterior:*
 - ✓ *La familia debe participar e integrarse en la vida del centro juntamente con su familiar.*
 - ✓ *Debe mantener el vínculo afectivo (escucha, cariño), relacional (compañía, frecuencia de las visitas) y asistencial (aporte en los cuidados básicos) de manera que el sistema familiar se mantenga.*
 - ✓ *La residencia debe estar atenta a las necesidades de los familiares, y ofrecer una buena información, acogida y coordinación.*
 - *La intervención con este núcleo, debe considerar sus propios requerimientos para enfrentar la situación de ingreso de los adultos mayores. Importante es trabajar, en torno a las necesidades del adulto mayores, servicios que deben prestar las residencias y autoayuda residencial, mediante la cual se pueden obtener grandes logros frente a la estabilización de los vínculos, trabajando la superación del duelo y sentimiento de culpa.*
 - *El trabajo con familias debe ser abordado por profesionales especializados del área social, que permita abordar procesos de manera integral interviniendo para apoyar en la superación de estos. Fundamental es basarse en principios éticos sólidos, donde la estigmatización y el prejuicio, no deben estar presentes.*

- ◆ *Así mismo, los aspectos sociales que, potencialmente, inciden sobre la condición de abandono del residente, se relacionan con:*
 - ✓ *Deterioro psicológico y orgánico de los adultos mayores que hace necesario cuidados continuos hacia éstos. La actividad laboral de el o los familiares - cuidadores genera falta de tiempo para el cuidado continuo que requiere el adulto mayor.*
 - ✓ *Formación de familias propias por parte de los hijos de los adultos mayores.*
 - ✓ *Desvinculación afectiva en la infancia, matrimonio o etapa de adultez de los residentes, que causa la desvinculación y, en ocasiones, situación de abandono de los residentes. En este sentido, es importante señalar que el adulto mayor susceptible de ser internado en algún tipo de residencia, corresponde aquel involucrado en situaciones de violencia dirigida hacia su núcleo familiar, o quiebre significativo de las relaciones afectivas en alguna etapa de su vida, y de quien la red focal no es capaz o no se siente responsable de su cuidado.*

Instantes

(Fragmento)

*Si pudiera vivir nuevamente mi vida, en la próxima
trataría de cometer más errores.*

No intentaría ser tan perfecto, me relajaría más.

*Sería más tonto de lo que he sido, de hecho
tomaría muy pocas cosas con seriedad*

Sería menos higiénico.

*Correría más riesgos, haría más viajes, contemplaría
más atardeceres, subiría mas montañas, nadaría más
ríos.*

*Iría a más lugares adonde nunca he ido, comería mas
helados y menos habas.*

Tendría más problemas reales y menos imaginarios.

*Yo fui una de esas personas que vivió sensata y
prolíficamente cada minuto de su vida; claro que
tuve momentos de alegría.*

*Pero si pudiera volver atrás trataría de tener
solamente buenos momentos.*

*Por sí no lo saben, de eso está hecha la vida, sólo
de momentos.*

Borges, Jorge Luis

Capítulo VIII

Bibliografía Recomendada

8. BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- 📖 Ander- Egg, Ezequiel; : *Administración de programas de acción social*", Ed. Lumen. Buenos Aires, 1995.
- 📖 Aylwin, Nidia; *"Un Enfoque Operativo de la Metodología de Trabajo Social"*, U.C.
- 📖 Barros, Carmen; *"La Vejez Marginada: situación del Anciano en Chile"* . Instituto de Sociología. P.U.C. Chile. 1979.
- 📖 Bustos, Marta; *Cátedra "Trabajo Social en el sector Senescencia"*, Escuela Trabajo Social, Universidad de Valparaíso. 2000.
- 📖 CASEN 1998
- 📖 Cuatrecasas, Luis; *"Gestión Integral de la Calidad: Implantación, Control y Certificación"* Ed. Gestión 2000. Barcelona. 1999.
- 📖 Domínguez, Oscar; *"La Vejez: una nueva Edad Social"* Ed. Vicerrectoría de Asuntos Académicos, U.C. Stgo. 1979.
- 📖 *El Proceso de Desarrollo de la Personalidad"*; Apuntes Cátedra *"Sicología del Desarrollo Individual"*, Universidad de Valparaíso. 1996.
- 📖 IMSERSO; *"Las Personas Mayores y las Residencias: Un Modelo Prospectivo para Evaluar las Residencias"*. Madrid. 2000.
- 📖 INE; *"Enfoques Estadísticos: Boletín informativo N° 8"*. Adulto Mayor 2000.
- 📖 INP; *"Informe de Gestión 2000"*
- 📖 Letelier, Mitzi; Ponencia *"Calidad de los Servicios"*; Seminario *"Gestión de Residencias para Adulto Mayor"*. Santiago . 2002.
- 📖 *Manual de Geriatria. "Capítulo I: Aspectos Demográficos del Envejecimiento Poblacional en Chile"*, Facultad de Medicina. P.U.C.
- 📖 *Manual de Geriatria; "Capítulo II: Proceso de Envejecimiento: sus implicancias biológicas y sociales"* P.U.C.
- 📖 Martí i Vallès, Josep; *"La Calidad en los Servicios Residenciales para Mayores. Cuestiones Previas"*. www.inforesidencias.com
- 📖 Massons, Elisabet; *"El futuro de las Microresidencias"*. 2002. Portal Internet www.inforesidencias.com
- 📖 MIDEPLAN; *"Los Grupos Vulnerables: Preocupación del Gobierno de Chile"*. Octubre, 1993.

- 📖 *Moragas, Moragas, Ricardo; "Gerontología Social: Envejecimiento y Calidad de Vida". Ed. Herder. Barcelona. 1991.*
- 📖 *Passante, María Inés; "Políticas Sociales para la Tercera Edad". Ed. Humanitas. Buenos Aires. 1983.*
- 📖 *Redondo, Nelida; "Ancianidad y Pobreza: una investigación en sectores populares urbanos". Ed. Humanitas. B. Aires. 1990.*
- 📖 *Rodríguez, Pilar; "El problema de la dependencia en las personas mayores", Revista Documento Social N° 112. 1998.*

Capítulo IX

Anexos



 Identificación Norma : DTO-2601
 Fecha Publicación : 09.12.1994
 Fecha Promulgación : 05.10.1994
 Organismo : MINISTERIO DE SALUD

Anexo Número 1

APRUEBA REGLAMENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE LARGA
 ESTADIA PARA ADULTOS MAYORES

Santiago, 5 de Octubre de 1994.- Hoy se decretó lo
 que sigue:

Núm 2.601.- Visto: lo dispuesto en los artículos 2º,
 9º letra C) y 129 del Código Sanitario, aprobado por
 decreto con fuerza de ley N° 725 de 1967, del Ministerio
 de Salud; en el artículo 2º del decreto N° 161 de 1982
 del Ministerio de Salud y en el decreto N° 194 de 1978,
 de esta misma Secretaría de Estado; en el decreto ley N°
 2763 de 1979 y teniendo presente las facultades que me
 confieren los artículos 24 y 32 N° 8 de la Constitución
 Política del Estado, y

Considerando: La necesidad de contar con normativa
 actualizada que regule adecuadamente los
 establecimientos de larga estadía de adultos mayores,
 considerando las necesidades específicas de estas
 personas y los nuevos conocimientos que se poseen en el
 campo de la geriatría.

Decreto:

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

TITULO I {ARTS. 1-6}

Disposiciones Generales

Artículo 1º: El presente reglamento se aplicará a
 los establecimientos de larga estadía para los adultos
 mayores tales como, casas de reposo, hogares de
 ancianos, asilos, hospicios y otros similares.

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

Artículo 2º: Se considera establecimiento de larga
 estadía para adultos mayores, aquel autorizado por el
 Servicio de Salud correspondiente para recibir adultos
 mayores que por motivos biológicos, psicológicos o
 sociales, requieran de un medio ambiente protegido y
 cuidados diferenciados para la mantención de su salud y
 funcionalidad.

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

Si durante su permanencia un residente presenta una
 enfermedad aguda o reagudización de una condición
 crónica, podrá por indicación médica permanecer en el
 establecimiento siempre y cuando éste disponga de los
 recursos humanos, equipamiento de apoyo clínico y
 terapéutico adecuado y que su condición no represente
 riesgo para su persona ni para los demás.

Artículo 4º: La instalación y funcionamiento de los
 establecimientos sometidos al presente Reglamento,

requiere autorización del Servicio de Salud en cuyo territorio se encuentran ubicados, al que le corresponderá, asimismo, el control y supervisión de éstos.

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

Deberá comunicarse al Servicio de Salud que otorga la autorización, en forma previa a su ocurrencia, el cambio de propietario o director técnico y el cierre transitorio o definitivo del establecimiento.

Artículo 5°: Para la obtención de la autorización de instalación y funcionamiento del local, el propietario o representante legal en su caso, deberá elevar al Servicio de Salud respectivo una solicitud en la cual especifique las acciones que desea desarrollar, adjuntando los siguientes antecedentes:

- a) Nombre, dirección y teléfono del establecimiento.
- b) Individualización, RUT y domicilio del propietario y representante legal en su caso.
- c) Documentos que acrediten el dominio del inmueble o los derechos a utilizarlo por el peticionario.
- d) Plano del local, indicando distribución de las camas en los dormitorios.
- e) La calidad del inmueble donde esté ubicado el establecimiento, así como todas sus instalaciones deberán cumplir con la ordenanza general de construcciones y urbanización.
- f) Acreditar que cumple con los requisitos de prevención y protección contra incendios que establece el Reglamento Sobre Condiciones Sanitarias y Ambientales Básicas en los Lugares de Trabajo.
- g) Identificación del director técnico responsable con copia de su certificado de título, carta de aceptación del cargo y horario en que se encontrará en el establecimiento.
- h) Planta del personal con que funcionará el establecimiento con su horario contratado y sistema de turnos.
Una vez que entre en funciones, deberá enviar al Servicio de Salud la nómina del personal que labora ahí.
- i) Reglamento interno del establecimiento, que deberá incluir un formulario de contrato a celebrarse entre el establecimiento y el residente o su representante, en el que se estipule los derechos y deberes de ambas partes y las causales de exclusión del residente.
- j) Plan de evacuación ante emergencias.
- k) Libro foliado de uso de los residentes o sus familiares, para sugerencias o reclamos que será timbrado por el Servicio de Salud.

Artículo 6°: Verificado el cumplimiento de los requisitos exigidos por el presente reglamento, el Servicio de Salud respectivo dictará la resolución de autorización de instalación y funcionamiento del mismo.

El rechazo de la solicitud deberá emitirse mediante

una resolución fundada.

TITULO II {ART. 7}

Del Local e Instalaciones

Artículo 7º: Los establecimientos deberán disponer de una planta física que cumplirá a lo menos con los requisitos establecidos en los artículos 5º al 11, 18, 21 al 27, todos inclusive, del decreto N° 194 de 1978, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento de Hoteles y Establecimientos Similares.

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

- a) Al menos una oficina/sala de recepción, que permita mantener entrevistas en privacidad con los residentes y sus familiares.
- b) Los establecimientos de más de un piso deberán contar con un ascensor que permita la cabida de una camilla.
- c) Zonas de circulación, con pasillos de una amplitud mínima de 94 centímetros, bien iluminados, sin desniveles o con rampas, si los hay. Si tiene escaleras, éstas deben tener un ancho mínimo de 94 centímetros, con pasamanos en ambos lados y peldaños evidenciados, no pudiendo ser de tipo caracol.
- d) Sala de estar o de usos múltiples con capacidad para el 100% de los residentes en forma simultánea, con iluminación natural, televisión y elementos de recreación para los residentes, tales como juegos, revistas, libros, etc.
- e) Zonas exteriores para recreación, con 1 metro cuadrado mínimo por residente, de patio, terraza o jardín.
- f) Comedor suficiente para el 50% de los residentes simultáneamente.
- g) Dormitorios con un máximo de cuatro camas, guardarropa individual y un velador por cama, considerando espacio para un adecuado desplazamiento de las personas según su autonomía. Contará con un timbre de tipo continuo por cama.

Al menos el 10% de las camas deberán corresponder a catres clínicos, los que se incrementarán de acuerdo al grado de dependencia institucional.

- h) Los servicios higiénicos deben estar cercanos a los dormitorios y ser de fácil acceso. Deberá haber a lo menos un baño con ducha por cada seis residentes y un baño por piso que permita la entrada de silla de ruedas. Los pisos de éstos serán antideslizantes, contarán con agua caliente y fría, agarraderas de apoyo, duchas que permitan el baño auxiliado y entrada de elementos de apoyo y timbre de tipo continuo.
- i) La cocina deberá cumplir con las condiciones higiénicas y sanitarias que aseguren una adecuada recepción, almacenamiento, preparación y manipulación de los alimentos, su equipamiento, incluida la vajilla estará de acuerdo al número de raciones a preparar.

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

- j) Lugar cerrado para mantener equipamiento e insumos médicos y de enfermería mínimos tales como esfigmomanómetro, estetoscopio, termómetros, botiquín de primeros auxilios y archivo de historias clínicas.
- k) Lugar cerrado destinado a guardar los útiles de aseo.
- l) Lavadero con pileta, con un lugar de recepción y almacenamiento para la ropa sucia, lavadora adecuada al número de residentes e implementación para el secado y planchado de la ropa, además de un lugar para clasificar y guardar la ropa limpia.

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

- ll) En relación al personal, el establecimiento deberá cumplir con las disposiciones del Reglamento sobre Condiciones Sanitarias y Ambientales Básicas en los Lugares de Trabajo.

TITULO III {ARTS. 8-12}

De la Dirección Técnica y del Personal

Artículo 8º: La dirección técnica de estos establecimientos estará a cargo de una persona con título de una carrera del área de la salud, de duración no inferior a 8 semestres y de preferencia con capacitación gerontológica. Será responsable ante la autoridad sanitaria del buen funcionamiento del establecimiento y del cumplimiento de la normativa sanitaria vigente.

La dirección técnica deberá coordinar su acción con el resto de los profesionales que concurran al establecimiento, y con la administración, con el objeto de velar por el cumplimiento del reglamento interno.

Además, al director técnico le corresponderá:

- a) Asegurar las condiciones necesarias para el buen funcionamiento del establecimiento y el cuidado de los residentes.
- b) Establecer una coordinación con otros servicios para satisfacer necesidades de los residentes: atenciones de urgencia, traslados, exámenes de laboratorio, interconsultas, etc.
- c) Velar porque el personal reúna los requisitos pertinentes de formación y capacitación necesarios para su desempeño.
- d) Mantener una historia clínica por residente, actualizada por su médico tratante por lo menos 2 veces al año, que incluya el diagnóstico de la funcionalidad y dependencia del residente y esté al alcance de todos los profesionales.
- e) Elaborar y mantener actualizadas normas de procedimientos para el personal en relación a situaciones de emergencia médica, aseo e higiene de

las dependencias, entretención y recreación de los residentes, visitas y demás que sean necesarios.

Artículo 9º: El establecimiento deberá contar con personal idóneo, en cantidad suficiente para satisfacer en forma permanente y adecuada la atención integral de los residentes, de acuerdo a su número y condiciones físicas y psíquicas.

Artículo 10º: Las residencias, de hasta veinte camas, con una proporción de 80 o más de residentes autovalentes, deberá contar con:

- a) Auxiliar de enfermería: un auxiliar de enfermería cada 20 residentes o fracción inferior a ello, las 24 horas.
- b) Personal capacitado en el cuidado de ancianos o discapacitados (cuidador o asistente geriátrico) cuya función es principalmente de higiene, confort y entretenimiento de los residentes:
 - Residencias con 80% de residentes autovalentes, tendrán:
 - 1 Persona por cada 10 residentes horario diurno.
 - 1 Persona por cada 20 residentes horario nocturno.
 - Residencias con 50% de residentes dependientes, tendrán:
 - 1 Persona por cada 5 residentes horario diurno.
 - 1 Persona por cada 10 residentes horario nocturno.
- c) Manipulador de alimentos con carné sanitario al día: 1 persona por cada 20 residentes o fracción inferior a ello.
- d) Auxiliar de servicio: 1 persona por cada 20 residentes, horario diurno.

Este personal deberá ser incrementado proporcionalmente en base al número de camas y el grado de dependencia de los residentes.

Artículo 11: Podrá contar además con un kinesiólogo, terapeuta ocupacional o profesor de educación física con formación gerontológica, para la rehabilitación y mantenimiento de las funciones biopsico sociales de los residentes y con la asesoría técnica de una nutricionista para la confección de minutas y dietas.

Artículo 12: El establecimiento podrá contar con los servicios de un médico para el control de salud de los residentes, sin perjuicio del derecho de éstos a tener su médico tratante. En el caso que se requiera de atención médica y no se cuente con el profesional, se recurrirá al servicio de salud público o privado al que tenga derecho el residente.

Adicionalmente, el establecimiento podrá contar con los servicios de una enfermera.

TITULO IV {ARTS. 13-14}
De la Aplicación del Reglamento

Artículo 13: Corresponderá a los Servicios de Salud fiscalizar el cumplimiento del presente Reglamento y supervisar el funcionamiento de los establecimientos ubicados en su territorio.

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

Artículo 14: Derógase el decreto N° 334 de 1983, del Ministerio de Salud en lo que se refiere a los establecimientos de larga estadía para adultos mayores.

Artículo transitorio: Aquellos establecimientos que se encuentren en funcionamiento a la vigencia del presente Reglamento, deberán ajustarse a las disposiciones del mismo en el plazo de 6 meses a contar de su vigencia.

Sin perjuicio de ello, el Servicio de Salud, en casos especiales, podrá otorgar plazos adicionales para esta regularización los que no podrán exceder de 2 años.

Anótese, tómese razón, publíquese e insértese en la recopilación oficial de la Contraloría General de la República.- EDUARDO FREI RUIZ-TAGLE, Presidente de la República.- Fernando Muñoz Porras, Ministro de Salud Subrogante.

Lo que transcribo a Ud., para su conocimiento.-
Saluda a Ud., Fernando Muñoz Porras, Subsecretario de Salud.

REPÚBLICA DE CHILE
 MINISTERIO DE SALUD
DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN

ESTABLECE FONDO PARA INTERNACION EN
 ESTABLECIMIENTOS DE RECUPERACION
 EXTRAHOSPITALARIA, COLOCACION
 INTRAFAMILIAR Y TRASLADO DE PACIENTES A
ESTABLECIMIENTOS DE ORIGEN.

EXENTA Nº 3B / 878 /

SANTIAGO, 2 de Junio de 1983.

VISTO: la necesidad de aumentar la eficiencia y cobertura de las camas de hospitalización de los servicios clínicos de alta especialidad pertenecientes a los establecimientos asistenciales del nivel terciario; la posibilidad de ofrecer una atención más oportuna a los pacientes del Sistema Nacional de Servicios de Salud derivados desde Servicios de Salud que carecen de esas especialidades, la necesidad de trasladar pacientes dados de alta a su hospital de origen, principalmente niños y ancianos que por abandono permanecen hospitalizados en el nivel terciario de atención, y teniendo presente las facultades que me confiere el Decreto Ley Nº 2.763 de 1979 y lo señalado en la Circular 30 Nº 75 del 16 de Mayo de 1983, que establece el Clasificador de Entradas y Gastos del S.N.S.S. para el presente año, dicto lo siguiente:

RESOLUCIÓN

1.- ESTABLÉCESE un fondo de \$40.000.000 anuales (cuarenta millones de pesos) para internación de pacientes en establecimientos de Recuperación Extrahospitalaria y para Colocación Intrafamiliar de pacientes en proceso de diagnóstico o convalecencia derivados de otros Servicios de Salud, para cuyo efecto el Fondo Nacional de Salud procederá a implementar el presupuesto de Bienes y Servicios de Consumo de los Servicios de Salud que se individualizan en el punto 2.

El valor día cama en Colocación Intrafamiliar será de máximo \$300.- (trescientos pesos) y en los establecimientos de Recuperación Extrahospitalaria será de máximo \$800.- (ochocientos pesos).

La parte correspondiente al traslado de pacientes dados de alta a su hospital de origen del fondo mencionado, será de \$1.250.000,- (un millón doscientos cincuenta mil pesos).

2.- DETERMINASE que los siguientes Servicios de Salud podrán utilizar este fondo para internación en establecimientos de Recuperación Extrahospitalaria y para Colocación Intrafamiliar en las especialidades de Cardiología y Cardiocirugía, Oncología, Traumatología, en las cantidades anuales que a continuación se señalan:

a) ESTABLECIMIENTOS DE RECUPERACIÓN EXTRAHOSPITALARIA:

- Servicio de Salud Metropolitano Central	4.400.000,-
- Servicio de Salud Metropolitano Norte	4.000.000,-
- Servicio de Salud Metropolitano Sur	4.000.000,-
- Servicio de Salud Metropolitano Oriente	9.000.000,-
- Servicio de Salud Metropolitano Occidente	4.000.000,-
- Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio	4.000.000,-
- Servicio de Salud Concepción - Arauco	4.000.000,-

b) COLOCACIÓN INTRAFAMILIAR:

- Servicio de Salud Metropolitano Central	700.000,-
- Servicio de Salud Metropolitano Norte	700.000,-
- Servicio de Salud Metropolitano Sur	700.000,-
- Servicio de Salud Metropolitano Oriente	900.000,-
- Servicio de Salud Metropolitano Occidente	700.000,-
- Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio	800.000,-
- Servicio de Salud Concepción - Arauco	850.000,-

c) TRASLADO DE PACIENTES DADOS DE ALTA A SU HOSPITAL DE ORIGEN:

\$250.000 (doscientos cincuenta mil pesos) anuales para cada uno de los Servicios de Salud de la Región Metropolitana mencionados anteriormente. Esta cantidad se utilizará en pasajes para el paciente y su acompañante y un monto equivalente a un viático grado 20 para este

último que podrá ser un voluntario de cualquiera de las organizaciones que cooperarán con los establecimientos asistenciales. Este gasto podrá ser utilizado en pacientes de otras especialidades, además de las señaladas en el primer párrafo del punto 2.

3.- Los gastos que se realicen por concepto de recuperación extrahospitalaria, colocación intrafamiliar y traslado de pacientes, se imputarán al subtítulo 22, ítem 17, asignación 010, gasto específico 32 a crearse en el Clasificador Presupuestario 1983 para el Sistema Nacional de Servicios de Salud.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE.

HERNÁN BUCHI BUC
SUBSECRETARIO DE SALUD

NORMAS DE MANEJO ADMINISTRATIVO

COLOCACIONES EXTRAHOSPITALARIAS ADULTOS

1.- ASPECTOS GENERALES :

Las Colocaciones Extrahospitalarias, de acuerdo a Resolución Exenta del Ministerio de Salud N° 3-B/878 de fecha 02.06.83 y Exenta N° 1384 .12.09.85. permiten la internación de pacientes en Establecimientos u Hogares Intrafamiliares, teniendo como finalidad :

- a. Prolongar la hospitalización de pacientes adultos procedentes de los Servicios Clínicos del Hospital Carlos Van Buren.
- b. Aumentar eficiencia y cobertura de camas de hospitalizados de los Servicios Clínicos.

1.- **INGRESO** : - Pueden acceder a este beneficio todos los pacientes adultos del Hospital Carlos Van Buren que se encuentren hospitalizados.

- Debe ser solicitada por Médico Tratante o Jefe de Servicio Clínico que deriva al enfermo.

2.- **REQUISITOS :**

- Ser paciente beneficiario Ley N° 18.469
- Tener residencia en la Jurisdicción del S.S.V.S.A.
- Ser mayor de 14 años, hombre o mujer.

1.2 **CAUSALES DE INGRESO** : Para pacientes que:

- a) Deban completar convalecencia que requiera estadía prolongada en el Hospital.
- b) Deban completar tratamientos médicos prolongados de tipo curativo y/o de rehabilitación.
- c) Carecen de familiares u otros que se responsabilicen de ellos y vivan en abandono social y riesgo social.
- d) Residan en lugares inaccesibles y que impidan o dificulten sus traslados a Hospital Carlos Van Buren para controles y tratamientos.

1.3 **TIEMPO DE PERMANENCIA :**

El paciente podrá permanecer en C.E.H. durante un periodo de 60 días (2 meses); pudiendo ser prorrogado este periodo a petición del Médico Tratante o Asistente Social Tratante, previa evaluación de la situación.

Finalizada el periodo de permanencia se decide Cese de la Colocación, lo cual se concreta a través de un documento.

Durante la estadía del paciente en C.E.H. puede darse alta disciplinaria por salir del hogar sin autorización del Médico o

Asistente Social o por presentar problemas conductuales graves que afecten la integridad tanto de los otros pacientes como del personal que labora en el Hogar.

II.- PROCEDIMIENTO OPERATIVO

- a) Hoja de Ingreso realizada por Asistente Social.
- b) Epicrisis debe ser realizado por médico que solicita la Colocación Extrahospitalaria, destacando causal de ingreso y tiempo de permanencia.
- c) Informe Social.
- d) Epicrisis de Enfermería : Esta debe establecer :
 - Régimen de alimentación
 - Tratamiento : Medicamento, horario, vía de administración.
 - Aseo y confort del paciente.
 - Tipo de reposo
 - Indicaciones de procedimientos a realizar al paciente : Curaciones, alimentación entera, manejo de sondas, etc.
- e) Carnet de citas : Indicación fecha de próximo control, ya solicitada en Consultorio de Especialidades.
- f) Inventario de las pertenencias del paciente y documentos personales.

III.- RESPONSABILIDAD DE LOS FUNCIONARIOS :

3.1 MÉDICOS :

- a) Solicitar el ingreso a Colocación Extra Hospitalaria coordinándose con Asistente Social del Servicio.
- b) Confeccionar Epicrisis, documento indispensable para que el paciente pueda ingresar a Colocación.
- c) Indicar en Carnet de Alta, fecha de próximo control (en Consultorio de Especialidades o en Sala).
- d) Otorgar atención inmediata en caso de urgencia.
- e) Otorgar licencias médicas si procede.
- f) Autorizar permisos especiales si existe riesgo médico.
- g) Elaborar cese de C.E.H. cuando proceda.
- h) Extender certificados de Defunción de sus pacientes; Si fallecen.

3.2. ASISTENTE SOCIAL :

- a) Realizar Evaluación socio-económica para determinar ingreso a Colocación.

- b) Emitir Informe Social y Hoja de ingreso con copia a Asistente Social Coordinadora de Colocaciones Extra Hospitalarias Adultos.
- c) Coordinar con Enfermera traslado de paciente a Colocaciones.
- d) Otorgar indicaciones generales a Guardadoras.
- e) Realizar supervisión periódica a Guardadora a través de Entrevistas, Visitas Domiciliarias, en relación a manejo del paciente, familia y/o apoderado.
- f) Realizar tratamiento Social del caso.
- g) Decidir según el caso, alta disciplinaria coordinándose con Asistente Social Coordinadora del Item y/o médico tratante.
- h) Coordinar y/o asesorar a Guardadoras con respecto a controles médicos, traslados, otros.
- i) Determinar cese de Colocaciones a través de documento específico el cual deberá ser entregado a Asistente Social Coordinadora Item, previa alta médica.

3. DE LA ENFERMERA SERVICIO CLÍNICO :

- a) Hacer Epicrisis de Enfermería con las indicaciones básica que requiera cada paciente.
- b) Entregar a la Guardadora carnet de alta con ordenes exámenes, interconsultas y/o procedimientos si procediera.
- c) Entregar a la Guardadora inventario de pertenencias del paciente y documentos personales.
- d) Entregar a la Guardadora, capacitación básica en los procedimientos que requiera el paciente.

1.4. ASISTENTE SOCIAL COORDINADORA ITEM DE COLOCACIONES EXTRA HOSPITALARIAS ADULTOS.

- a) Llevar en manejo actualizado de la documentación de pacientes ingresados a Colocaciones.
- b) Autorizar utilización de cupos de C.E.H. de acuerdo a disponibilidad, mediante la coordinación permanente con Asistentes Sociales.
- c) Llevar el manejo técnico, estadístico y contable del Item.

IV.- DEL ESTABLECIMIENTO

- a) Entregar atención expedita y oportuna al paciente derivado a Colocación Extrahospitalaria con indicación de control en Consultorio de Atención Abierta.
- b) Proporcionar los medicamentos según prescripción, contra receta.
- c) Proporcionar elementos de curaciones simples que se puedan cumplir en el mismo Hogar de Colocación (apósitos, gasas, antisépticos, etc), bajo responsabilidad, supervisión de la Enfermera de atención Domiciliaria.
- d) Proporcionar atención de urgencia en U.E.A - U.GO según corresponda.

V.- OBLIGACIONES SEGÚN CONVENIO :

- a) El Hospital Carlos Van Buren cancelará un monto por día como efectivamente utilizado, el que se reajustará anualmente según presupuesto disponible.
- b) Vigilará periódicamente las condiciones ambientales del Hogar y el cumplimiento de las obligaciones que contrajo con la acreditación.
- c) Proporcionará atención médica y suministro fármacos a los pacientes.
- d) Traslada los pacientes con motivo de citas al Hospital u otro establecimiento. Para dicho efecto debe existir la coordinación oportuna entre las guardadoras, Servicio Social y el Servicio de Movilización.
- e) El Servicio de Movilización dará prioridad para el traslado de pacientes provenientes de Hogares de Colocaciones.
- f) Cada vez que un paciente concurra al Hospital a control, debe llevar la Hoja de Evolución e Indicaciones Médicas, para que el médico registre nuevas indicaciones o modificaciones del tratamiento si fuese necesario.
- g) Frente a situaciones de emergencia, le corresponde a la Unidad de Emergencia Adulto asumir la solución de la problemática (traslado, atención médica y hospitalización si procede).

VI. PROCEDIMIENTO EN CASO DE FALLECIMIENTO DE PACIENTES EN COLOCACIÓN EXTRA HOSPITALARIA.

- a) Si el fallecido tiene familia conocida, la guardadora avisará a ésta, la que se hará cargo de los funerales.

- b) Si el fallecido no tiene familia conocida y el deceso se produce en horario hábil, la guardadora solicitará a la U.E.A. la constatación del fallecimiento y lo comunicará a la Asistente Social a cargo, quién coordinará con la funeraria el traslado del cadáver a Anatomía Patológica y tramitará el certificado de defunción. En caso de indigencia total, Servicio Social se encargará de la tramitación completa.
- c) Si el paciente sin familia conocida fallece en horario inhábil:
- La guardadora solicitará a U.E.A. la constatación del fallecimiento.
 - Solicitará a la Empresa Funeraria con la cual el Establecimiento tiene convenio, el traslado del cadáver a Anatomía Patológica.
 - El primer día hábil la guardadora comunicará el deceso a la Asistente Social tratante del caso, para la obtención del certificado de defunción y los trámites pertinentes.
 - El certificado de defunción deberá ser extendido por el médico que solicitó la colocación, o por el Jefe de Servicio correspondiente, y en última instancia por el Director del Hospital.
- d) Si el médico presumiere que el fallecimiento se debe a causas no naturales, notificará esta situación al Director del Hospital, quién a su vez, denuncia el hecho al Juzgado del Crimen respectivo.

NORMAS DE SUPERVISIÓN Y CONTROL :

El paciente que ingresa a colocación debe cumplir las siguientes indicaciones, cuando se trata de pacientes sin indicación de reposo absoluto.

- a) Levantarse a las 7.30 horas.
- b) Baño diario. El paciente debe llevar sus útiles de aseo personal.
- c) Respetar los siguientes horarios de comida :

Desayuno : 08.00 hrs. A.M.

Almuerzo : 13.00 hrs. A.M.

Onces : 16.30 hrs. A.M.

Comida : 20.00 hrs. A.M.

Proporcionar las 4 comidas.

- d) Reposo de una siesta después de almuerzo.
- e) Estrictamente prohibido el consumo de bebidas alcohólicas y tabaco.
- f) El paciente debe tener una actitud de respeto hacia la guardadora y resto de los pacientes.
- g) Los permisos deberán ser autorizados por el médico tratante o Asistente Social a cargo del caso.
- h) Respetar horario de visita por parte de los familiares.

COMISIÓN ASESORA : Implemetos y / o amigos, médicos y otro.

La Dirección del Hospital designará mediante Resolución Interna una Comisión Asesora de Colocaciones Extrahospitalarias constituida por una enfermera, una Asistente Social, una Nutricionista y un Médico, los que realizarán visitas inspectivas a los hogares, con un mínimo de una mensual y cuando sea necesario.

En cada hogar existirá un libro bitácora, debidamente timbrado por la Dirección del Hospital y foliado en forma correlativa, en el cual se dejará constancia de las visitas realizadas por la Comisión, y se registrarán las deficiencias destacadas o sugerencias, las que deben ser corregidas por la guardadora o dueña de hogar.

Este libro deberá ser revisado por Servicio Social previamente a dar visto bueno a la factura mensual de pago de las prestaciones, verificando el cumplimiento de las observaciones efectuadas en la visita inspectiva.

FORMULARIOS DE USO EN C.E.H.

- a) Epicrisis médica
- b) Solicitud de Ingreso a C.E.H.
- c) Epicrisis Enfermería
- d) Antecedentes Sociales
- e) Cese de Colocación
- f) Desistimiento de Colocación
- g) Certificado para calificación de Salud
- h) Nómina mensual de pacientes en Colocación Extra Hospitalaria
- i) Planilla mensual de días estada en C.E.H.
- j) Evaluación cuantitativa semestral C.E.H.
- k) Coordinación entre Guardadora y Servicio Social.

Anexo Número 2

**CATASTRO ESTABLECIMIENTOS DE
LARGA ESTADÍA PARA ADULTOS MAYORES DE LA COMUNA DE VALPARAÍSO**

El listado que se presenta a continuación es el resultado de la investigación realizada durante el presente año, mediante la intervención del Área de Servicio Social INP Sucursal Valparaíso, en conjunto con el Equipo Seminarista de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso.

Nombre del Establecimiento	Encargada	Dirección del establecimiento	Fono
1. Hogar Futuro / E.L.E. Particular	Vivian Quezada Henríquez	Avda. Ecuador N° 326.	498123
2. CEH / Santa Elena - E.L.E. Particular	M ^a Isabel Garrido Carvajal	Camino Real N° 2821, C° San Roque.	241313
3. CEH / Jesús Nazareno - E.L.E. Particular	Ema del Carmen Figueroa Guzmán	Avda. Washington N° 1054. Barrio O' Higgins.	344121
4. Dulce Vida / E.L.E. Particular	Blanca Iris Valenzuela García	Taqueadero N° 348, Playa Ancha.	340517
CEH / San José - E.L.E. Particular	Jeanette Valenzuela García	Avda. Gran Bretaña N° 780. Playa Ancha	340593
5. Hogar Alondra / E.L.E. Particular	Tamara Álvarez González	Almirante Barroso N° 660.	220826
6. CEH / E.L.E. Particular	Magdalena Segovia	Aspillaga N° 746, C° Esperanza.	622049
7. San Bernardo / E.L.E. Particular	M ^a Angélica Quiñones	Miguel Semir N° 417.	374934
8. CEH / E.L.E. Particular	Marcelina Sandoval	Avda. Matta N° 335, C° Placeres.	497201
9. CEH / E.L.E. Particular	Luisa Navarro	Avda. Playa Ancha N° 182.	280036
10. Eben Ezer / E.L.E. Particular	Sofía Olivares	Avda Rodelillo N° 4084.	240147
11. Casa de Reposo Dulce Esperanza / E.L.E. Particular	Susana Maureira Escobar	Cóndell N° 461.	
12. E.L.E. Particular	Cecilia Cisternas	Juan Espejo N° 136 / 160, C° Larráin.	
13. Casa de Reposo Otoñal / E.L.E. Particular	Inés Meza Carballo	Avda Los Placeres N° 378.	797412

<i>Nombre del Establecimiento</i>	<i>Encargada</i>	<i>Dirección del establecimiento</i>	<i>Fono</i>
14. Hogar Blanquita / E.L.E. Particular	María Susana Salazar	Independencia N° 2409, Depto. A.	256631
15. CEH / E.L.E. Particular	Ana Luisa Bastias	Levarte N° 263, Playa Ancha.	289004
16. CEH / E.L.E. Particular	Norma García Ossa	Irarrázaval N° 478, Playa Ancha.	284952
17. CEH / E.L.E. Particular	Beatriz Pizarro	Avda. Playa Ancha N° 381, Playa Ancha.	349226
18. CEH / E.L.E. Particular	Claudia Núñez	Merino Jarpa N° 541, Playa Ancha	349547
19. E.L.E. Particular	Georgina González Morales	Pudeto N° 356, Depto. 4.	219040
20. E.L.E. Particular	Susana Jiménez S.	Urreola N° 440.	498138
21. E.L.E. Particular	Nancy Wiedmann	Pasaje Templeman N° 24, C° Concepción.	758559
22. Derivación Hogar de Cristo	Luz Sánchez	Chirimoyo N° 412, C° Esperanza	629813

INSTRUMENTOS DE DIAGNÓSTICO

El siguiente anexo tiene por objetivo entregar un compilado de instrumentos de Diagnóstico, para residencias informales de adultos mayores.

Estos instrumentos son aplicables a los distintos actores involucrados - adultos mayores, encargadas, personal de trato directo- en virtud cada objetivo establecido, los cuales proporcionan una caracterización Sociodemográfica, Sanitaria, Psicosocial y Administrativa; pudiendo ser aplicados en su totalidad o, de acuerdo a las necesidades del profesional responsable.

A continuación, se entrega una breve descripción de cada uno de ellos:

1. Instrumentos de Diagnóstico

✓ Encuesta de Caracterización Sociodemográfica:

- **Tipo:** Encuesta Estructurada.
- **Forma de Aplicación:** Por el profesional a cargo.
- **Grupo Objetivo:** Residentes, Encargadas y personal de trato directo.
- **Observación:** La Encuesta de los residentes deberá ser respondida por las encargadas por la fidelidad de la información.
- **Objetivo:** Entregar un perfil sociodemográfico de los residentes, encargadas y personal de trato directo de la residencia.

✓ Encuesta de Caracterización Sanitaria:

- **Tipo:** Encuesta Estructurada.
- **Forma de Aplicación:** Por el profesional.
- **Grupo Objetivo:** Residentes.
- **Observación:** La Encuesta de los residentes la responderá la encargada, por cada uno de los residentes, por la fidelidad de la información. Se sugiere el apoyo en diagnósticos clínicos de los residentes.
- **Objetivo:** Entregar un perfil sanitario de los residentes, desde el punto de vista de la salud física y mental.

✓ Encuesta de Caracterización Psicosocial:

Consta de tres partes, cada una con sus respectivas características:

a) Encuesta Habilidades Sociales:

- **Tipo:** Encuesta Estructurada, con preguntas cerradas.
- **Forma de Aplicación:** Por el profesional a cargo.
- **Grupo Objetivo:** Residentes.
- **Observación:** La Encuesta de los residentes la responderá la encargada, por cada uno de los residentes, por la fidelidad de la información.
- **Objetivo:** Entregar un perfil psicológico de los residentes, desde del punto vista de las Habilidades sociales.

b) Encuesta Funcionamiento psíquico y social:

- **Tipo:** Encuesta Estructurada, con preguntas cerradas.
- **Forma de Aplicación:** Por el profesional a cargo.
- **Grupo Objetivo:** Residentes.
- **Observación:** La Encuesta de los residentes la responderá la encargada, por cada uno de los residentes, por la fidelidad de la información
- **Objetivo:** Entregar un perfil psicosocial de los residentes, desde del punto vista de la Valoración Social (Lugar de nacimiento, forma y razones de ingreso y otras) y del funcionamiento psíquico de los residentes.

c) Área Social e Historia de Vida:

- **Tipo:** Entrevista semi Estructurada.
- **Forma de Aplicación:** Por el profesional a cargo.
- **Grupo Objetivo:** Residentes.
- **Observación:** La Encuesta de los residentes será respondida por residentes que se encuentren en condiciones de hacerlo, dado que la información que se requiere es personal y no puede haber intermediarios en las respuestas.
- **Objetivo:** Entregar elementos acerca de las relaciones actuales del adulto mayor con su red focal y de su Historia de vida de los residentes.

Observación General: Estos instrumentos de caracterización psicosocial, pueden aplicarse indistintamente, es decir, pueden ser aplicadas todas las entrevistas y/o encuestas, o sólo aquellas que colaboren en la consecución del objetivo planteado por el profesional

✓ Encuesta de Caracterización Administrativa:

Consta de dos partes:

a) Encuesta de Caracterización Administrativa:

- **Tipo:** Encuesta Estructurada.
- **Forma de Aplicación:** Por el profesional a cargo.
- **Grupo Objetivo:** Residencia.
- **Observación:** La Encuesta deberá ser respondida por la encargada de la residencia.
- **Objetivo:** Entregar un perfil de la residencia desde el punto de vista de la organización, funciones e infraestructura de la residencia.

b) Percepciones acerca de la Prestación de Servicios:

- **Tipo:** Entrevista Estructurada.
- **Forma de Aplicación:** Por el profesional a cargo
- **Grupo Objetivo:** Encargada, residentes, personal de trato directo, familiares.
- **Observación:** es respondida por cada uno de las personas antes señaladas. La de los residentes es respondida por aquellos que se encuentren en condiciones de hacerlo.
- **Objetivo:** Entregar elementos que permiten evaluar las percepciones acerca de la prestación de servicios al interior de las residencias.



ENCUESTA CARACTERIZACION SOCIODEMOGRAFICA

Nombre de la Residencia:
 Nombre de la Encargada:
 Tipo de Residencia:.....
 Fecha:

1. Caracterización Sociodemográfica de:

- a) Residente
- b) Encargada.
- c) Personal de Trato directo.

2. Nombre completo:

3. Edad : 3.1.Fecha de nacimiento :/...../.....

4. Género:

- a) Femenino..
- b) Masculino.

5. Rut :

6. Estado Civil:

- a) Casado.
- b) Viudo.
- c) Separado de hecho.
- d) Soltero.

7. Escolaridad:

- a) Básica Incompleta.
- b) Básica Completa.
- c) Media Incompleta.
- d) Medica Completa.
- e) Enseñanza superior Incompleta.
- f) Enseñanza Superior Completa.
- g) Analfabeto.
- h) No responde.

8. Profesión u oficio:

9. Ingresos:

- a) menos de 35.000.
- b) 35.100 - 50.000
- c) 50.100 - 70.000
- d) 70.100 -100.000
- e) 100.100 - 110.000
- f) mas de 1.000.000
- g) sin ingresos.

10. Fuente de Ingreso.

- a) Pensión del antiguo sistema.
- b) PASIS.
- c) F.F.A.A
- d) Familiares.
- e) Dependiente.
- f) Independiente.
- g) Otro.

11. Religión:

- a) Católico.
- b) Evangélico.
- c) Testigo de Jehová.
- d) Adventista.
- e) Agnóstico.
- f) Otro.

ENCUESTA CARACTERIZACION SANITARIA

Nombre de la Residencia:
 Nombre de la Encargada:
 Tipo de Residencia:.....
 Número de Residentes:.....
 Fecha:

I. Salud Física:

1. Presentan algún tipo de enfermedades lo adultos mayores residentes?

a) Sí.

Nombre del Adulto Mayor	Diagnóstico

b) No.

2. ¿En el E.L.E hay residentes que hay que darles de comer?

a) Sí

Nombre del Adulto Mayor

b) No.

3. ¿En el E.L.E hay residentes que requieren de supervisión durante la comida?

a) Sí

Nombre del Adulto Mayor

b) No.

4. ¿En el E.L.E hay residentes que requieran supervisión para el aseo personal?

a) Sí

Nombre del Adulto Mayor

b) No.

5. ¿En el E.L.E hay residentes que hay que bañarlos?

a) Sí

Nombre del Adulto Mayor

b) No.

6. ¿En el E.L.E hay residentes que hay que vestirles?

a) Sí

Nombre del Adulto Mayor

b) No.

7. ¿En el E.L.E hay residentes que necesitan de supervisión permanente para vestirse?

a) Sí

Nombre del Adulto Mayor

c) No.

8. ¿En el E.L.E hay residentes con incontinencia urinaria y/o fecal?

a) Sí

Nombre del Adulto Mayor

b) No.

9. ¿En el E.L.E hay residentes que necesitan de ayuda o supervisión para utilizar el servicio higiénico?

a) Sí

Nombre del Adulto Mayor

b) No.

10. ¿En el E.L.E hay residentes postrados?

a) Sí

Nombre del Adulto Mayor

b) No.

11. ¿En el E.L.E hay residentes Valentes?

a) Sí

Nombre del Adulto Mayor

b) No.

12. ¿En el E.L.E hay residentes Semi - Valentes?

a) Sí

Nombre del Adulto Mayor

b) No.

13. ¿En el E.L.E hay residentes que pueden caminar al interior del establecimiento, pero no pueden usar transportes públicos o salir de la residencia sin supervisión?

a) Sí

Nombre del Adulto Mayor

b) No.

14. ¿En el E.L.E hay residentes con deambulación errática?

a) Sí

Nombre del Adulto Mayor

b) No.

15. ¿En el E.L.E hay residentes con pérdidas del equilibrio?

a) Sí

Nombre del Adulto Mayor

b) No.

16. ¿En el E.L.E hay residentes con problemas de visión (ceguera, disminución de la capacidad visual u otras)?

a) Sí

Nombre del Adulto Mayor	Diagnóstico

b) No.

17. ¿En el E.L.E hay residentes con problemas osteomusculares (Artrosis, osteartrosis)?

a) Sí

Nombre del Adulto Mayor	Diagnóstico

b) No.

18. ¿En el E.L.E hay residentes con fracturas producidas por caídas.?

a) Sí

Nombre del Adulto Mayor	Diagnóstico (tipo de fractura)

b) No.

19. ¿En el E.L.E hay residentes con limitaciones podológicas?

a) Sí

Nombre del Adulto Mayor

b) No.

20. ¿En el E.L.E hay residentes con alguna otra característica o enfermedad que lo haga propenso a tener alguna caída?

a) Sí

Nombre del Adulto Mayor

b) No.

II. Salud Mental:

21. ¿En el E.L.E hay residentes con alteraciones de la memoria (corto y/o largo plazo).?

a) Sí

Nombre del Adulto Mayor	Tipo de Alteración

b) No.

22. ¿En el E.L.E hay residentes con alteración de la orientación temporo espacial.?

a) Sí

Nombre del Adulto Mayor

c) No.

23. ¿En el E.L.E hay residentes patologías siquiátricas.?

a) Sí

Nombre del Adulto Mayor	Tipo de Diagnóstico

d) No

24. ¿Existen en la residencia adultos mayores con las siguientes características? (Problemas emocionales y/o depresivos):

a) En el E.L.E hay residentes con intento de suicidio. Sí.____ Nombres:

.....

 No.____

b) En el E.L.E hay residentes que manifiestan deseos de morirse Sí.____ Nombres:

 No.____

c) En el E.L.E hay residentes que manifiestan pérdida de autoestima, sentimientos de inutilidad
 Sí.____Nombres:

 No.____

d) En el E.L.E hay residentes que no quieren vivir en las residencias.
 Sí.____Nombres:

 No.____

e) En el E.L.E hay residentes que no visualizan su proyecto?
 Sí.____Nombres:

 No.____

25. ¿En el E.L.E hay residentes que presentan conductas agresivas dirigidas a terceros.?

a) Sí;

Nombre del Adulto Mayor

b) No.

26. ¿En el E.L.E hay residentes que presentan conductas agresivas dirigidas a objetos propios o ajenos.

a) Sí

Nombre del Adulto Mayor

b) No

27. ¿En el E.L.E hay residentes con trastornos en la conducta sexual?

a) Sí

Nombre del Adulto Mayor	Tipo de conducta.

b) No.

28. ¿En el E.L.E hay residente que no acatan normas de convivencia?

a) Sí

Nombre del Adulto Mayor

b) No.

29. ¿En el E.L.E hay residentes con conductas autodestructivas?

a) Sí

Nombre del Adulto Mayor

b) No.

30. ¿En el E.L.E hay residentes con adicción al Alcohol?

a) Sí

Nombre del Adulto Mayor

b) No.

31. ¿En el E.L.E hay residentes con adicción a otras drogas?

a) Sí

Nombre del Adulto Mayor

b) No.

32. ¿En el E.L.E hay residentes con adicción con adicción al tabaco?

a) Sí

Nombre del Adulto Mayor

b) No.

ENCUESTA CARACTERIZACION PSICOSOCIAL

Nombre de la Residencia:
 Nombre de la Encargada:
 Tipo de Residencia:.....
 Número de Residentes:.....
 Fecha:

1. AREA HABILIDADES SOCIALES:

1. ¿En el E.L.E hay residentes que presenten las siguientes características:

a) *Adultos mayores con capacidad de ponerse en el lugar de otro, de entender lo que al otro le está pasando:*

Si _____ Cuantos _____;

Nombre de los residentes:

No _____: Cuantos _____.

Nombre de los residentes:

b) *Adultos mayores que pueden entablar una conversación, escuchando lo que el otro dice, y respondiendo de una manera adecuada las señales del otro.*

Si _____ Cuantos _____;

Nombre de los residentes:

No _____: Cuantos _____.

Nombre de los residentes:

c) *Adultos mayores que confían en las demás personas:*

Si _____ Cuantos _____;

Nombre de los residentes:

No _____: Cuantos _____

Nombre de los residentes:

d) *Adultos mayores con capacidad de expresar sus sentimientos (alegría, pena, rabia, ira) adecuadamente, en el momento que lo sienten:*

Si _____ Cuantos _____;

Nombre de los residentes:

No _____: Cuantos _____.

Nombre de los residentes:

e) *Adultos mayores que dicen las cosas directamente, sin rodeos:*

Si _____ Cuantos _____;

Nombre de los residentes:

No _____: Cuantos _____.

Nombre de los residentes:

f) *Adultos mayores que se adaptan de una manera adecuada a los cambios que están viviendo?:*

Si _____ Cuantos _____;

Nombre de los residentes:

No _____: Cuantos _____.

Nombre de los residentes:

ENCUESTA VALORACION PSICOSOCIAL DE LOS RESIDENTES

Nombre de la Residencia:
 Nombre de la Encargada:
 Tipo de Residencia:.....
 Nombre del residente:.....
 Fecha:

I. VALORACION DEL FUNCIONAMIENTO SOCIAL**1. Procedencia al ingreso:**

Domicilio.
 Otra Residencia.
 Hospital.
 Otros

2. Lugar de procedencia:

Misma ciudad.
 Otra ciudad

Otra región.....
 Otro.....

3. Nivel Funcional al ingreso:

Válido.
 Semi Válido.
 Postrado.

4. Nivel Funcional actual:

Válido.
 Semi Válido.
 Postrado.

5. Tipo de Ingreso:

Voluntario.
 Obligado por circunstancias. (Especificar cuales)
 Decisión de otros.
 Otro.

6. Adaptación del residente a la residencia:

Al ingreso: - Buena.
 - Mala.
 - Regular.
 - Otra.

Actual: - Buena.
 - Mala.
 - Regular.
 - Otra.

7. Nivel de relación social:

- Comunicativo.
- Participativo.
- Autonomía Personal.
- Desarraigo.
- Conflictos generacionales.
- Integrado.
- Colaborador.
- Otro.

8. Nivel de integración exterior:

- Salidas fines de semana.
- Salidas Quincenales.
- Salidas mensuales.
- Sale de la residencia (a comprar, cobrar pensión u otro)
- No sale.
- Otro.

II Valoración del funcionamiento psíquico:**1. Expresa sentimientos de desesperanza:**

- a) Si b) No

2. Lloro sin razón aparente:

- a) Si b) No

3. Expresa sentimientos de soledad:

- a) Si b) No

4. Expresa sentimientos de inutilidad:

- a) Si b) No

5. Expresa sentimientos de fracaso:

- a) Si b) No

6. Se irrita con facilidad:

- a) Si b) No

7. Realiza acusaciones injustificadas:

- a) Si b) No

7. Nivel de relación social:

- Comunicativo.
- Participativo.
- Autonomía Personal.
- Desarraigo.
- Conflictos generacionales.
- Integrado.
- Colaborador.
- Otro.

8. Nivel de integración exterior:

- Salidas fines de semana.
- Salidas Quincenales.
- Salidas mensuales.
- Sale de la residencia (a comprar, cobrar pensión u otro)
- No sale.
- Otro.

II Valoración del funcionamiento psíquico:**1. Expresa sentimientos de desesperanza:**

- a) Si b) No

2. Lloro sin razón aparente:

- a) Si b) No

3. Expresa sentimientos de soledad:

- a) Si b) No

4. Expresa sentimientos de inutilidad:

- a) Si b) No

5. Expresa sentimientos de fracaso:

- a) Si b) No

6. Se irrita con facilidad:

- a) Si b) No

7. Realiza acusaciones injustificadas:

- a) Si b) No

ENTREVISTA ESTRUCTURADA

Nombre de la Residencia:
 Nombre de la Encargada:
 Tipo de Residencia:.....
 Nombre del Residente:.....
 Fecha:

I. Area Social:

- Nombre:
- Edad:..... , Género:.....
- Estado Civil: Casado..... Soltero..... Conviviente..... Viudo.....
- ¿Tiene hijos? Si..... No.....
- ¿Tiene Ud. "Parientes" (sobrinos, hermanos, primos, tíos,)?
- ¿Tiene Ud. Relación con amigos?

Las siguientes preguntas se hacen sólo en relación a la red Focal que el Adulto mayor señale tener, y que se deriva de las preguntas anteriores:

Relación con el o la Cónyuge:

1. ¿Su cónyuge vive aquí en la residencia o en otro lugar?

2. ¿Con qué frecuencia ve y habla Ud. con su cónyuge?
 - a) Diariamente.
 - b) Semanalmente.
 - c) Mensualmente.
 - d) Anualmente.
 - e) Otro: Especifique

3. ¿Qué tipo de apoyo le proporciona la relación con su cónyuge?
 - a) Económico.
 - b) Material:
 - c) Afectivo.
 - d) Económico y Afectivo.
 - e) Económico y Material.
 - f) Económico, Material y Afectivo.
 - g) Afectivo y material.

4. ¿En qué grado está satisfecho de la relación con su cónyuge?
 - a) Alto.
 - b) Medio.
 - c) Bajo.

Relación con los hijos:

1. ¿Con qué frecuencia ve y habla Ud. con sus hijos?
 - a) Diariamente.
 - b) Semanalmente.
 - c) Mensualmente.
 - d) Anualmente.
 - e) Otro: Especifique

2. ¿Qué tipo de apoyo le proporcionan sus hijos?

- a) Económico.
- b) Material:
- c) Afectivo.
- d) Económico y Afectivo.
- e) Económico y Material.
- f) Económico, Material y Afectivo.
- g) Afectivo y material.

3. ¿En qué grado está satisfecho de la relación que tiene con sus hijos?

- a) Alto.
- b) Medio.
- c) Bajo.

Relación con Parientes:

1. ¿Con qué frecuencia ve y habla Ud. a sus parientes o familiares cercanos?

- a) Diariamente.
- b) Semanalmente.
- c) Mensualmente.
- d) Anualmente.
- e) Otro: Especifique

2. ¿Qué tipo de apoyo le proporcionan estos familiares?

- a) Económico.
- b) Material:
- c) Afectivo.
- d) Económico y Afectivo.
- e) Económico y Material.
- f) Económico, Material y Afectivo.
- g) Afectivo y material.

3. ¿En qué grado está satisfecho de la relación con estas personas?

- a) Alto.
- b) Medio.
- c) Bajo.

Amigos:

1. ¿Tiene amigos aquí en la residencia o en otro lugar?

2. ¿Con qué frecuencia ve y habla Ud. a sus amigos?

- a) Diariamente.
- b) Semanalmente.
- c) Mensualmente.
- d) Anualmente.
- e) Otro: Especifique

3. ¿Qué tipo de apoyo le proporcionan estas personas?

- 1. Económico.
 - 2. Material:
 - 3. Afectivo.
 - 4. Económico y Afectivo.
 - 5. Económico y Material.
 - 6. Económico, Material y Afectivo.
 - 7. Afectivo y material.
-

4. ¿En qué grado está satisfecho de la relación que mantiene con sus amigos?

- a) Alto.
- b) Medio.
- c) Bajo.

Comunidad:

- Participa en alguna actividad de la comunidad (Grupos)

2. Historia Familiar:

El siguiente punto permite realizar una caracterización específica acerca de la Historia de vida de los residentes, mediante la aplicación de esta pauta semiestructurada de entrevista. La que debe ser aplicada por el profesional a cargo a cada uno de los residentes que estén en condiciones de responder. Se sugiere aplicarla en un ambiente cálido y sin distractores, lo que permite un mayor y mejor acercamiento a las historias de vida de cada uno de los residentes.

Los siguientes son los tópicos que deben ser considerados al momento de la entrevista:

- Tipo de familia de origen (monoparental, Biparental, extendida)
- Lugar (Ciudad) de nacimiento.
- Lugar en donde vivió en su infancia.
- Relaciones en su infancia (Buenas, Malas, regulares), con: padre, madre, hermanos, abuelos. Primos. Etc.
- Estudios, donde, que.
- Familia nuclear: años de matrimonio (si hubo), años de viudez, cantidad de hijos vivos, muertos. Relación matrimonial, historia familiar.
- Trabajo, donde, en qué, cuantos años. Satisfacción laboral.
- Como llega al E.L.E.

ENCUESTA CARACTERIZACION ADMINISTRATIVA

Nombre de la Residencia:
 Nombre de la Encargada:
 Tipo de Residencia:.....
 Número de Residentes:.....
 Fecha:

I. Aspectos Administrativos

1. ¿Qué tipo de residentes posee, según categorías de funcionalidad, salud mental u otra? (Autovalentes - Semivalentes - Postrados; Psiquiátricos)

.....

2. ¿De dónde provienen los recursos financieros del establecimiento?

	Procedencia (A.M.: PASIS - Pensión - otro)	Cantidad
Residente		\$
Familiar - Tutor		\$
Institución		\$
Otro		\$

3. Especifique los valores de estadía y, servicios que presta la residencia.

.....

4. ¿El Establecimiento, posee sistemas de registros orientados al Residente?
 a) Sí Señale el tipo de Registro:

.....

b) No

5. ¿Posee sistemas de registros orientados al Personal?
 a) Sí Señale el tipo de Registro:

.....

b) No

6. ¿Posee sistemas de registros orientados a la Red abierta?
 a) Sí Señale el tipo de Registro:

.....

b) No

7. ¿La residencia lleva un registro y/o libro de contabilidad, en el cual se registren los egresos e ingresos?
 a) Sí Tipo de Registro

.....

b) No

8. ¿La residencia cuenta con un libro foliado para uso de los residentes y familiares, donde se registren sugerencias, reclamos y/o felicitaciones?
 a) Sí b) No
9. ¿El establecimiento cuenta con una persona encargada de administrar (ordenar, entregar) los alimentos y los útiles de aseo?
 a) Sí Señale de qué forma y quién realiza esta actividad:

 b) No
10. ¿La residencia posee un contrato de estadía con el residente o tutor?
 a) Sí b) No
11. ¿Existe un criterio de distribución de las funciones para la atención del residente? (Se dividen los residentes por género, enfermedad, grado de valencia u otro)
 a) Sí Señale quién define este criterio:

 Descripción del criterio:

 b) No
12. ¿El personal posee contrato de trabajo?
 a) Sí Especifique tipo de contrato:
 b) No Señale razones:.....
13. ¿Cómo se distribuye la jornada de trabajo del personal, en la residencia? Especificar turnos diurno - nocturno y, quién los realiza

14. Remuneración del personal:
 \$
 \$
 \$
15. ¿La residencia llevó a cabo el proceso de inicio de actividades?
 a) Sí Categoría de Tributación
 b) No
16. ¿Cuenta con asesoría contable por parte de algún profesional o institución?
 a) Sí Nombre:.....
 b) No

17. ¿Quién(es) se encarga de distribuir los recursos existentes con las demandas de los residentes? Marcar con una X

	Atención al Adulto Mayor	Aspectos Administrativos de Residencia
Encargada		
Personal Auxiliar		
Otro		

18. ¿Qué criterio utiliza?

.....

19. ¿Existe en la residencia, una evaluación interna de su funcionamiento?

a) Sí

¿Quién la realiza?

¿Cómo lo realiza?

¿Con qué frecuencia?

¿Qué aspectos se evalúan?

b) No

20. En la residencia, ¿Existen, una o más, personas encargadas de los siguientes aspectos administrativos generales y, funcionales? (Si la respuesta es afirmativa, especifique en qué consiste su desempeño en cada uno de ellos).

	Existencia		Nombre	Especifique o Describa
	Sí	No		
1. Aseo e Higiene personal del Residente.				
2. Adquisición y administración de abarrotes (alimentos, implementos de aseo).				
3. Recolección de ropa y planchado.				
4. Nutrición				
5. Atención Profesional de Salud.				
6. Cuidados de Salud, no profesionales.				
7. Recreativas.				

II. Estructura Física

21. ¿Posee clasificación de las habitaciones? : Si No

22. N° catres Clínicos : ¿Son suficientes? Si No

23. Conteste las siguientes preguntas:

Posee:	Si	No
Timbre tipo continuo por cama		
Sala de recepción		
Sala de estar para el 100% de los residentes		
T.V. a disposición de los residentes		
Equipo de música a disposición de los residentes		
Iluminación natural		
Juegos de salón		
Revistas, libros.		
Espacios exteriores de recreación		
Posee:	Si	No
Comedor para el 50% de los residentes		
Guardarropa por residente		
Velador por cama		

24. En relación a los Servicios Higiénicos, conteste:

N° de baños: N° de duchas:
 N° de tinas: N° de W.C.:

Posee:	Si	No
Entrada apta para una silla de ruedas		
Suelo antideslizante		
Agua caliente		
Agua fría		
Timbre		
Agarraderas de apoyo		
Espacio en la ducha para poner silla		

25. En relación al servicio de alimentación, conteste las siguientes preguntas

- a) Existe minuta detallada por residente :
- b) Bajo supervisión de nutricionista: si..... Nombre: No.....
- c) Turno (s) de comidas:..... Número de comidas diarias :
- d) Tipo de ventilación : Natural.....Artificial.....Ambas.....
Ninguna.....
- e) Suelo y paredes lavables : Refrigerador :
- f) Conexión de gas: Licuado Cañería Otro
- g) Lugar donde se almacena el alimento:

26. En relación a la función de Aseo y Ornato, conteste las siguientes preguntas:

- a) Lugar donde se guarda la ropa sucia:
- b) Lugar donde se guardan los útiles de aseo:
- c) Lugar de lavado de ropa :
- d) Lugar de secado de ropa :
- e) Lugar de planchado de la ropa :

27. En relación a los Antecedentes médicos de los residentes, conteste:

Posee:		Sí	No
En los casos en que corresponda. ¿Existe especificación detallada de los tratamientos - medicamentoso , terapias de ejercicios u otros - por residente			
Existe un espacio específico donde se encuentren los implementos de primeros auxilios			
Archivo de historia clínica por residente			
Equipamiento de primeros auxilios	Esfignomanómetro		
	Termómetro		
	Estetoscopio		
	Toma de presión		

III. Estructura Funcional

28. ¿En qué consiste la función de Hospedaje que presta la residencia?

.....

29. Respecto a la Alimentación que otorga el establecimiento, complete el siguiente cuadro, según corresponda su respuesta:

Responda	Sí	No
1. Existen personas capacitadas para la elaboración de los alimentos.		
2. Existe un profesional a cargo de la supervisión y control de la preparación de los alimentos.		
3. La minuta de alimentos semanal, para los adultos mayores, es variada.		
4. Los menús son adaptados, de acuerdo a las necesidades nutricionales de los residentes.		
5. El tiempo en el comedor es suficiente y toma en cuenta los diferentes grados de validez de los residentes.		
6. se lleva un registro diario de la ingesta de alimentos y líquidos de los residentes.		

30. ¿Existe en el E.I.E. un espacio con equipamiento y muebles necesarios para que cada residente pueda recogerse y tener sus pertenencias personales?

- a) Sí b) No

31. ¿Hay separaciones en los cuartos utilizados por más de una persona?

- a) Sí b) No

32. ¿Existe sentido de identidad -pertenencia de los adultos mayores con la residencia?

- a) Sí Por qué
- b) No Por qué



33. ¿El E.LE. existe una atención médica profesional de tipo particular, que controle las enfermedades de los residentes, realizando diagnósticos clínicos, tratamientos y seguimientos de estos últimos?

- a) Sí:..... Quién..... Especialización Profesional.....
 Lugar donde se realiza la atención Frecuencia.....
 Lugar de trabajo del profesional.....
 b) No.

34. ¿El E.LE. cuenta con la atención de establecimientos de salud, primaria y/o secundaria?

- a) Sí: Nombre organización de salud..... Frecuencia.....
 b) No.

35. ¿Se realiza en el E.LE. una atención profesional a los residentes que presentan problemas afectivos de distinto orden, como depresiones, ansiedad, intentos de suicidios u otros?

- a) Sí: Quién lo realiza.....Que trastornos o enfermedades son las que más se presentan:.....
 b) No.

36. ¿Se fomenta la participación de organizaciones de la sociedad civil, instituciones o grupos al interior de la residencia?

- a) Sí: Cualesfrecuencia.....
 b) No.

37. ¿Qué lugares de la residencia se utilizan para la recepción de familiares los días de visitas?

.....

38. ¿En el E.LE. se fomenta la participación de los familiares en las actividades de la residencia?

- a) Sí: Cómo.....
 b) No.

39. Responda las siguientes aseveraciones:

Responda	Sí	No
a) Los residentes se visten correctamente de acuerdo a la estación del año correspondiente		
b) La ropa de los residentes se lava y se plancha:		
c) La residencia proporciona vestimenta, calzado a residentes que carecen de él		

40. Responda las siguientes aseveraciones:

Responda	Sí	No
a) Se mantiene contacto permanente con la red focal de los residentes que la posea.		
b) Los residentes que están en condiciones de hacerlo, participan en actividades desarrolladas por organizaciones comunitarias		
c) Se estimula en los residentes el desarrollo de nuevas o antiguas aficiones(baile, música, trabajos manuales):		
d) se propende a la vinculación entre el residente y su grupo de pares.		

40. Responda las siguientes aseveraciones:

<i>Responda</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>
<i>a) Se desarrollan actividades religiosas o filosóficas para los residentes, respetando la libertad de sus creencias.</i>		
<i>b) En el E.L.E se realizan actividades que potencien el desarrollo físico, como gimnasia, expresión corporal, paseos, deportes, turismo;</i>		
<i>c) En el E.L.E se desarrollan actividades tales como: cine, video, tertulias, teatro, lectura,</i>		
<i>d) En el E.L.E se desarrollan dinámicas ocupacionales tales como: pintura, dibujo, cerámica, memoria colectiva, cuentos, reconstrucciones</i>		
<i>e) En el E.L.E se realizan actividades de convivencia, como juegos, convivencias</i>		

41. Responda las siguientes aseveraciones:

<i>Responda</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>
<i>a) El E.L.E apoya a los residentes cuando están en el proceso de agonía o enfrentamiento de la muerte.</i>		
<i>b) La encargada y el personal de trato directo, tiene claro de antemano los rituales religiosos que al residente le acomodaban</i>		
<i>c) La encargada tiene claro los trámites que se deben seguir ante el deceso de un residente</i>		

ENTREVISTA PERCEPCIONES PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Nombre de la Residencia:

Nombre de la Encargada:

Tipo de Residencia:.....

Nombre del Residente:.....

Fecha:

1. Percepción del Personal/Cuidadora/Residentes/Personas externas respecto al cumplimiento de las funciones de:

1. Hospedaje:

a) Vivienda

1. ¿Cómo considera Ud. una vivienda de calidad para el Adulto Mayor?
2. ¿Qué implementos y/o equipamientos debería tener?
3. ¿Considera Ud. la vivienda en que residen los adultos mayores adecuada?
4. ¿Posee el equipamiento adecuado para la permanencia del Adulto Mayor en su interior?.

b) Alimentación

1. ¿Cómo considera Ud. los alimentos que se le dan a los A.M, en cuanto a:
Calidad:
Cantidad:
Variedad:
2. ¿Cuánto tiempo tienen los residentes para comer?
3. Considera Ud. adecuado en (cantidad) el tiempo que se le da a los A.M para poder comer (desayunar, almorzar, onces, cena)?
4. ¿Considera Ud. el espacio de la comida como una instancia para poder conversar y compartir entre los residentes y las personas que trabajan ahí?

c) Territorio

1. ¿Cómo considera Ud. la distribución espacial de los dormitorios en donde duermen los residentes?
2. ¿Hay espacio suficiente para que cada A.M pueda tener algunas de sus pertenencias?
3. ¿Traen los residentes pertenencias al momento de ingresar a la residencia?
4. Sólo si la respuesta tres es positiva ¿Las pertenencias que traen son de uso exclusivo o compartido con otros residentes?.

5. *¿Considera Ud. Que el residente tiene un sentido de pertenencia con la residencia? ¿En qué se expresa?*

II. Asistencial

a) Atención a la salud Física

1. *¿Cómo considera Ud. la atención médica profesional que reciben los residentes? ¿En qué consiste?*

2. *¿Cómo considera los cuidados de salud no profesional que reciben los residentes al interior de la residencia? ¿En qué consisten? ¿Quién los realiza?*

3. *¿Existe coordinación entre la residencia y los establecimientos de salud?*

4. *¿Cómo considera Ud. Que es la medicación de los residentes (oportuna, ordenada, suficiente)?*

b) Funcionamiento afectivo

1. *¿Se trabaja con los residentes cuando estos presentan algún problema afectivo, como llantos constantes, sentimientos de inutilidad, depresión, u otro? Si la respuesta es afirmativa: ¿Quién lo realiza? ¿Que se hace?*

c) Atención del funcionamiento cognitivo /Aptitudes/ Potencialidades

1. *¿Realiza la residencia actividades que potencien el funcionamiento de la memoria, como juegos de repetición, lecturas, historias etc? Si la respuesta es afirmativa: ¿Quién los realiza?, ¿En qué consisten dichas actividades? ¿Como las evalúa?. Si la respuesta es negativa: ¿Por qué cree que dichas actividades no se realizan? ¿Cree que es importante realizarlas?*

2. *¿Realiza la residencia actividades que potencien o estimulen las habilidades físicas? Si la respuesta es afirmativa: ¿En qué consisten dichas actividades? ¿Como las evalúa?. Si la respuesta es negativa: ¿Por qué cree que dichas actividades no se realizan? ¿Cree que es importante realizarlas?*

3. *¿Realiza la residencia actividades estimulen su lenguaje, como lecturas, tertulias u otros? Si la respuesta es afirmativa: ¿En qué consisten dichas actividades? ¿Como las evalúa?. Si la respuesta es negativa: ¿Por qué cree que dichas actividades no se realizan? ¿Cree que es importante realizarlas?*

d) Atención del funcionamiento Social

1. *¿Cómo percibe Ud. la participación de los familiares?*

2 *¿Existe participación de organizaciones (civiles, institucionales u otras) al interior de la residencia?*

e) Atención de la preservación de la propia imagen

1. ¿Cómo considera Ud. el vestuario de los residentes?
2. ¿Se realiza higiene personal de los residentes? ¿Cada cuánto tiempo? ¿En qué consiste?
3. ¿Se le ayuda a los residentes a mantenerse ordenados?

III. Preservación de la Inserción o Reinserción**a) Relacional**

1. ¿Se realizan actividades con los familiares y/o personas significativas de los residentes?
¿Por que?
2. ¿Se realizan actividades con grupos y/o instituciones al interior de las residencias?

b) Ocupacional

1. ¿Le ayudan a los residentes a mantener antiguas aficiones o a desarrollar otras?

c) Con la Comunidad:

2. ¿Participan los residentes en algún grupo o actividad fuera de la residencia? ¿Cree Ud. Que es importante dicha actividad?

IV. Realización:**a) Aptitudes y Potencialidades:**

1. ¿Se desarrollan en la residencia actividades físicas, como paseos, deportes, gimnasia u otro? Si la respuesta es Sí: a) ¿En qué consisten dichas actividades?, b) ¿Como las evalúa?. Si la respuesta es no: a) ¿Por qué cree que dichas actividades no se realizan?, b) ¿Cree que es importante realizarlas?

2. ¿Se desarrollan en la residencia actividades de convivencia, como juegos al aire libre, de salón u otro?:

Si:..... ¿En qué consisten dichas actividades? ¿Como las evalúa?.

No..... ¿Por qué cree que dichas actividades no se realizan? ¿Cree que es importante realizarlas?

b) Libidinales y de gozo:

3. ¿Se desarrollan en la residencia actividades que incluyan el tema de la vida sexual?

Si..... ¿En qué consisten dichas actividades? ¿Como las evalúa?.

No..... ¿Por qué cree que dichas actividades no se realizan? ¿Cree que es importante realizarlas?

4. ¿Se desarrollan en la residencia actividades de animación?

Si..... ¿En qué consisten dichas actividades? ¿Como las evalúa?.

No..... ¿Por qué cree que dichas actividades no se realizan? ¿Cree que es importante realizarlas?

c) Religiosas

1. Se realiza en la residencia Apoyo espiritual.

Si ¿En qué consisten dichas actividades? ¿Como las evalúa?

No..... ¿Por qué cree que dichas actividades no se realizan? ¿Cree que es importante realizarlas.?

IV. Muerte

a) Tratamiento de la agonía.

1. ¿Cómo considera Ud. El apoyo que se le da a los residentes que están en proceso de enfrentamiento de la muerte?

B) Rituales:

1. ¿Conoce los rituales que al residente le acomodan antes del proceso de agonía?

2. ¿Qué procedimientos se realizan con el resto de los residentes, una vez ocurrido el deceso de algun adulto mayor?

3. ¿Cómo considera Ud. Que se enfrenta a nivel individual el duelo de los adultos mayores residentes?

2. ¿Hay respeto por la decisión tomada por el residente?

c) Asistencia Jurídica, administrativa.

1 ¿El E.L.E tienen claro los trámites que se deben seguir ante el deceso de un residente?

Anexo Número 4

RESULTADOS OBJETIVO GENERAL N° 1.1:
INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE 13 RESIDENCIAS PARA ADULTOS MAYORES
DE LA COMUNA DE VALPARAÍSO.

A continuación se presenta el resultado de la aplicación del instrumento que mide grado de cumplimiento, respecto a las exigencias que establece el Reglamento que rige el funcionamiento de los E.L.E. para Adultos Mayores. Instrumento aplicado a 13 encargadas de estas residencias de la comuna de Valparaíso.

Respecto a los antecedentes generales que exige el reglamento que rige el funcionamiento de los E.L.E. cabe destacar que:

- ∅ Relativo al plan de evacuación ante emergencias 8/13 de los establecimientos de larga estadía y estadía transitoria, cuentan con esta exigencia.
- ∅ Respecto al reglamento interno de los establecimientos 12/13 no manejan un formulario de contrato entre este y el residente o su representante, en donde se estipulen los derechos y deberes de ambas partes.
- ∅ Asimismo, 10/13 establecimientos no poseen libro foliado de uso de los residentes o sus familiares, para sugerencias o reclamos.

Respecto al local y sus instalaciones, los establecimientos:

- ∅ 11/13 de los establecimientos tienen una sala de recepción, sin embargo, esta no se presenta como un espacio que permita mantener entrevistas en privacidad entre el residente y sus familiares. Asimismo, este espacio es utilizado como sala de estar o de uso múltiple (con una capacidad para el 100% de los residentes)

Respecto a los implementos de recreación cabe destacar que:

- ∅ 10/13 establecimientos poseen juegos de salón de uso de los residentes, tales como, juego de cartas y dominó. No obstante, señalan que no son utilizados con frecuencia por los residentes.
 - ∅ Asimismo, el total de los establecimientos posee equipo de música y TV. para uso de los residentes.
 - ∅ 12/13 de los establecimientos estudiados posee libros, revistas y periódicos a disposición de los residentes, sin embargo, su uso no es masivo.
 - ∅ Respecto a las zonas exteriores de recreación, tales como patio, terraza o jardín, se observa que 8/13 establecimientos cuentan con estos. Sin embargo, el uso de estos por los residentes no es masivo, en algunos casos, por la accesibilidad a estos.
 - ∅ 12/13 establecimientos cuentan con comedor suficiente para el 50% de los residentes de manera simultánea.
-

Respecto a los dormitorios cabe destacar que:

- Ω *6/13 establecimientos no posee clasificación permanente de los dormitorios. Situación que varía dependiendo de las exigencias y características de los residentes, principalmente estados de salud.*
- Ω *Solo 5/13 de los establecimientos poseen velador por cama.*
- Ω *Ninguno de los establecimientos cuenta con timbre tipo continuo por cama.*
- Ω *Respecto a la existencia de guardarropa por residente, solo 6/13 de los establecimientos lo poseen.*

Desde el marco de los servicios higiénicos cabe destacar que:

- Ω *8/13 establecimientos cuentan con un baño, y 5/13 con dos baños para uso de los residentes. En la 1ª categoría señalada, se observa que un número mínimo la sala de baño es utilizada además por el grupo familiar.*
- Ω *8/13 establecimientos no cuentan con agarraderas de apoyo.*
- Ω *El total de los establecimientos cuenta con conexión a agua fría y caliente.*
- Ω *Respecto a la entrada apta para silla de ruedas, 10/13 cuentan con esta exigencia.*
- Ω *8/13 establecimientos no cuentan con suelo antideslizante en los servicios higiénicos.*
- Ω *Asimismo, ninguno posee timbre en esta estancia.*
- Ω *El total de los establecimientos tiene espacio en la ducha para poner silla o piso.*
- Ω *Respecto a las duchas, 11/13 posee una para uso de los residentes, mientras que 2/13 cuenta con dos de estas.*
- Ω *9/13 establecimientos posee tina en el servicio higiénico de uso de los residentes.*
- Ω *6/13 establecimientos cuenta con un baño para uso de los residentes; 6/13 con dos; y 1/13 con tres, respectivamente.*

Respecto a la alimentación y el equipamiento de la cocina:

- Ω *12/13 establecimientos, almacenan el alimento en despensas especialmente destinadas para ello, y solo en un caso, no existe lugar especificado para ello.*
- Ω *En 8/13 establecimientos no existe una minuta detallada por residente. Sin embargo, cabe destacar que existen clasificaciones generales de estos, y en algunos casos agrupados por prevalencia de enfermedades.*
- Ω *Respecto a la alimentación 5/13 establecimientos entregan un total de tres comidas diarias a sus residentes (desayuno, almuerzo y once - comida). Y 8/1 entregan cuatro comidas diarias.*
- Ω *12/13 de los establecimientos no tienen turnos para las comidas y solo una sí.*
- Ω *5/13 cuentan con supervisión de nutricionista para la alimentación de los residentes. En este caso el profesional trabaja en los centros de salud a las que asisten.*

- ∂ El total de los establecimientos cuenta con ventilación en estas, de esto se desprende que, 2/13 cuentan solo con ventilación artificial (campana o extractor de aire), 4/13 ventilación natural (ventanas y puertas hacia el exterior de la residencia), y 7/13 con ambos sistemas.
- ∂ El total de las residencias cuenta con un número de vajillas apropiadas para el 100% de sus residentes.
- ∂ 8/13 poseen conexión a gas licuado, mientras que el resto a conexión a cañería.
- ∂ El total de los establecimientos cuenta con refrigerador para almacenar los alimentos necesarios.
- ∂ 12/13 residencias cuentan con suelo y paredes lavables en esta estancia.

Relativo a la existencia de un lugar cerrado para mantener equipamiento e insumos médicos y de enfermería, cabe destacar que:

- ∂ 8/13 establecimientos cuentan con la existencia de botiquín, mientras que el resto, los mantiene en lugares no exclusivos.
- ∂ Los establecimientos cuentan con:
 - 6/13 Esfigmomanómetro.
 - 9/13 estetoscopio.
 - 10/13 Toma de presión.
 - 13 poseen termómetro.
- ∂ 10/13 establecimientos mantienen archivo de historia clínica por residente. Y en 8/13 existe especificación de los tratamientos y terapias por cada interno.

Respecto a la existencia de un lugar cerrado destinado a guardar útiles de aseo cabe destacar que:

- 5/13 lo realizan en un cuarto.
- 4/13 en el baño.
- 3/13 en un estante en la cocina.
- 1/13 en un mueble de uso personal.

Respecto al proceso de almacenamiento y limpieza de la ropa sucia se señala que:

- ∂ 6/13 lavan todos los días y en la misma proporción, la mantienen en una pieza aparte. Solo en una residencia la mantienen en el baño de los residentes.
- ∂ 4/13 lavan en el baño de los residentes.
- ∂ 1/13 lava en el dormitorio, en la misma proporción es lavado se realiza en la cocina.
- ∂ 5/13 lava en un cuarto a parte.

- ∂ 2/13 lavan en el patio.
 - ∂ 10/13 utilizan como lugar de secado de la ropa el patio y en tendedores fuera de la casa.
 - ∂ 2/13 utilizan secadora.
 - ∂ Solo una utiliza espacios al interior de la residencia para ello.
 - ∂ Respecto al planchado de la ropa, solo en 6/13 establecimientos se realiza esta labor, y el espacio destinado para ello son cuartos y espacios comunes.
-

PROGRAMA JORNADA ESPECIALIZACIÓN

<i>Hora</i>	<i>Actividad Programada</i>	<i>Encargada</i>
09.00 - 09.30	Recepción e Inscripción	Equipo Organizador
09.30 - 09.40	Bienvenida y Presentación Equipo Organizador	Edith Almonacid
09.40 - 09.50	Fundamentación Institucional de intervención en el tema Residencias	
09.50 - 10.50	Introducción al Tema: <ul style="list-style-type: none"> • Marco Reglamentario de E.L.E. • Prestación de Servicios de los E.L.E. 	Alicia Ramos / SSVSA Anabella Leyton S.
10.50 - 11.00	Café	Equipo Organizador
11.00 - 11.20	Mesa Reflexión sobre: Reglamento vigente v/s Prestación de Servicios	Anabella Leyton F.
11.20 - 11.40	Plenario	
11.40 - 13.00	Perfil de Residencias en la comuna de Valparaíso	Paulina Vera Z.
13.00 - 14.30	Almuerzo	
14.30 - 15.30	Presentación del Modelo <ul style="list-style-type: none"> • Etapas Programación - Ejecución - Evaluación 	Rosa Henríquez F. - Valeria Leyton S. - Paulina Vera Z.
15.30 - 16.30	Evaluación y Reflexiones en torno al Modelo	Anabella Leyton F.

<i>16.30 - 16.40</i>	<i>Café</i>	<i>Equipo Organizador</i>
<i>16.40 - 17.30</i>	<i>Implicancias de la Ley de Servicio Nacional del Adulto Mayor en el tema de Residencias</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Red de Apoyo a la intervención</i> 	<i>Corina Villarroel, Comité Regional del Adulto Mayor</i>
<i>17.30 - 18.00</i>	<i>Experiencia y Perspectivas del tema en Sucursales:</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Rol Institucional</i> • <i>Rol Profesional</i> 	<i>Nora Benavente S.</i> <i>Gloria Montaner V.</i>
<i>18.00</i>	<i>Entrega de Certificados y Despedida</i>	<i>Equipo Organizador</i>

PROGRAMA JORNADA DE CAPACITACIÓN
SERVICIOS QUE DEBEN PRESTAR LOS
E.L.E. PARA ADULTOS MAYORES

Fecha: Jueves 14 de Noviembre de 2002.

Hora de Inicio: 9:00 Hrs.

Lugar: Hotel Castellón, Calle Viana 175

Metodología de Trabajo: Cada expositor tendrá un tiempo de 20 minutos para presentar el tema, luego de terminar con la función correspondiente se dará un tiempo de 20 minutos para ronda de preguntas.

9:00 - 9:30 : Inscripción y Recepción

9:30 - 10:10 hrs. : Bienvenida.

Jefa Sucursal Valparaíso, A.S. Sra. Edith Almonacid. Antecedentes institucionales de intervención en el tema de E.L.E. de Adultos mayores.

Encargada Proyecto Comunitario. Entrega de antecedentes generales del Programa de E.L.E. de adultos mayores .

10:10 - 10:40 = Introducción.

Antecedentes Generales del Envejecimiento y del Adulto Mayor Interno. Dr. Ernesto Rojo Flores. Director Hospital Geriátrico Paz de la Tarde. Limache.

Servicios que deben Prestar los E.L.E. para Adultos Mayores:

10:40 - 11:40 : Función de Hospedaje

- **Importancia de la adaptación del entorno. (20 minutos)**

Sra. Norma Orellana , Enfermera, Docente Escuela de Kinesióloga UCV.

- **Servicio de Alimentación: (20 minutos)**

Nutrición adultos mayores. Sra. Isabel Tassara Péndola, Docente Escuela de Enfermería y Obstetricia, Cátedra Alimentación y Nutrición, Universidad de Valparaíso. Estudios en Nutrición Humana. Asesora casinos U.V. Miembro integrante Centro de Estudios Gerontológico, Universidad de Valparaíso.

- **Ronda de Preguntas. (20 minutos)**

11:40 - 12:00 : Café

12:00 - 13:20 : Función Asistencial

- **Servicio de Atención a la salud física: (20 minutos)**

Dr. Ernesto Rojo Flores. Director Hospital Geriátrico Paz de la Tarde. Limache

- **Atención funcionamiento afectivo y social / de la propia imagen: (20 minutos)**

AS. Sra. Marta Bustos D. Especialista en el tema de Adulto Mayor. Profesor guía tesis alumnas seminaristas.

- **Atención funcionamiento cognitivo: (20 minutos)**

Docente Escuela de Psicología Universidad de Valparaíso, Psicóloga Sra. M^a Elena Valdovinoitt Ortiz , Doctorado en Psicología Social, Universidad Complutense, España.

Miembro integrante Centro de Estudios Gerontológico, Universidad de Valparaíso.

Ronda de Preguntas . (20 minutos)

13:20 - 14:50 : Función Proceso de Muerte.

Ulises Torres. Presbítero Iglesia Metodista.

Ronda de Preguntas. (20 minutos)

14:50 - 15:00: Almuerzo

15:00 - 16:00 : Función de Preservación de la inserción y reinserción del Adulto mayor

- **Desvinculación afectiva: (20 minutos)**

Asistente Social Srta. Pilar Madriaza G., Diplomada en Terapia Familiar Sistémica.

- **Realidad ELE de adultos mayores /Proyecto Social: (20 minutos)**

Paulina Vera Z. Alumna seminarista. Encargada Proyecto Social Seminario de título.

Ronda de Preguntas. (20 minutos)

16:00 - 17:00 : Función de Realización del adulto mayor interno.

- **Desarrollo de Aptitudes y potencialidades: (20 minutos)**

Sr. (Julio Vásquez V., Profesor Educación Física U.C.V. Experiencia en el tema adulto mayor de 5 años. Oficina comunal Adulto mayor I. Municipalidad de Valparaíso; Digeder; Programa Intendencia Regional, Chile deportes; INP Valparaíso.

- **Libidinales y de Gozo / Religiosas: (20 minutos)**

- **Adulto mayor y Sexualidad:**

Juan Baeza, Matrón, Sexólogo Geriatra. Encargado Programa Sexualidad responsable Ministerio de Salud y Educación, Valparaíso.

Ronda de Preguntas. (20 minutos)

17:00 - 18:00 : Prevención de Riesgos en E.L.E. para Adultos mayores. (20 minutos)

Sr. Enrique Carrasco. Departamento de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. INP Quinta Región.

18:00: Conclusiones Finales / Clausura.

Nota: se hará entrega de Diplomas a los Expositores y Certificados de Participación a los Asistentes .

CALENDARIO ASISTENCIA ALUMNAS
CARRERA CUIDADO AL ADULTO MAYOR LICEO A-24
PRE-PRÁCTICAS 2002

Nº	Residencias	Jornadas	Lunes	Miércoles	Jueves	Viernes	Total
1	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre: San José. - Encargada: Jeannette Valenzuela. - Dirección: Gran Bretaña #780, Playa Ancha. - Fono: 340593. 	3º Medio (Mañana)	<ul style="list-style-type: none"> 1.- Massiel Navia. 2.- Caren Aliaga. 3.- Gabriela Quezada. 4.- Gissella Galindo. 	<ul style="list-style-type: none"> 1.- Marisol Ruiz. 2.- Aracely Bruna. 3.- Fabiola Araya. 4.- Loreto Espinoza. 	<ul style="list-style-type: none"> 1.- Cynthia Marchant. 2.- Vanessa Farías. 3.- Claudia Urbina. 	<ul style="list-style-type: none"> 1.- Carolina Santis. 2.- Sayaka Vallejos. 3.- Solange Torrejón. 	14
		4º Medio (Tarde)	<ul style="list-style-type: none"> 5.- Raquel Alvarado. 6.- Pamela Bravo. 	<ul style="list-style-type: none"> 5.- Vanessa Lara. 6.- Lucy Ahumada. 7.- Rosa Ramírez. 	<ul style="list-style-type: none"> 4.- Alejandra Méndez. 5.- Jennifer Herrera. 	<ul style="list-style-type: none"> 4.- Carolina Álvarez. 5.- Margarita Varela. 	9
2	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre: Dulce Vida. - Encargada: Iris Valenzuela. - Dirección: Taqueadero #348, Playa Ancha. - Fono: 340517. 	3º Medio (Mañana)	<ul style="list-style-type: none"> 7.- Angela Pérez. 8.- Virginia Parra. 	<ul style="list-style-type: none"> 8.- Claudia Verdejo. 9.- Nelly Torres. 	<ul style="list-style-type: none"> 6.- Melissa Silva. 7.- Cindy Hormazabal. 	<ul style="list-style-type: none"> 6.- Katherine Valencia. 7.- Carolina Cisternas. 	8
		4º Medio (Tarde)	<ul style="list-style-type: none"> 9.- Carolina Monardes. 10.- Jacqueline Donoso. 	<ul style="list-style-type: none"> 10.- Ximena Rebolledo. 11.- Francisca González. 	<ul style="list-style-type: none"> 8.- Jocelyn Hormazabal. 9.- Laura Bascuñán. 	<ul style="list-style-type: none"> 8.- Rina Arévalo. 9.- Natalia Cordero. 	8
3	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre: Las Alondras. - Encargada: Tamara Álvarez. - Dirección: Almirante Barroso #660, Valpo. - Fono: 220826. 	3º Medio (Mañana)	<ul style="list-style-type: none"> 11.- Jennifer Ovando. 12.- Elizabeth Palacios. 	<ul style="list-style-type: none"> 12.- Patricia Díaz. 13.- Carolina Pérez. 14.- Alejandra Valdebenito. 	<ul style="list-style-type: none"> 10.- Marjorie Parra. 11.- Anny Pérez. 	<ul style="list-style-type: none"> 10.- Karen Ponce. 11.- Milenka Recabarsen. 	9
		4º Medio (Tarde)	<ul style="list-style-type: none"> 13.- Cristina Gálvez. 14.- María Lazo. 	<ul style="list-style-type: none"> 15.- Irma Balladares. 16.- María Zavala. 	<ul style="list-style-type: none"> 12.- Nancy Martínez. 13.- Krisly Verrenis. 	<ul style="list-style-type: none"> 12.- Paula Cisternas. 13.- Vanessa Henríquez. 	8

Nº	Residencias	Jornadas	Lunes	Miércoles	Jueves	Viernes	Total
4	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre: Futuro. - Encargada: Vivian Quezada. - Dirección: Ecuador #326, Valpso. - Fono: 498123. 	3º Medio (Mañana)	15.- Jasna Elgueta. 16.- Gricel Flores.	17.- Priscilla Muñoz. 18.- Macarena Baeza.	14.- Karen Céspedes. 15.- Gisela Marengo.	14.- María Mella. 15.- Katherine Palacios.	8
		4º Medio (Tarde)	17.- Marta Tobar. 18.- Priscilla Avezón.	19.- Romina Avaria. 20.- Katherine Torres.	16.- Paola Molla. 17.- Katherine Lobos.		6
5	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre: - Encargada: Marcelina Sandoval. - Dirección: Av. Matta #335, Cº Placeres. - Fono: 497201. 	3º Medio (Mañana)			18.- Nataly Campos. 19.- Marta Castro. 20.- Ximena Llanos.		3
		4º Medio (Tarde)			21.- Noelia Benavides. 22.- Jocelyn Lillo.		2
6	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre: Blanquita. - Encargada: María Susana Salazar. - Dirección: Independencia #2409, Valpso. - Fono: 256631. 	3º Medio (Mañana)		21.- Nataly Zúñiga. 22.- Jocelyn Sandoval.			2
		4º Medio (Tarde)		23.- Marcela Carvajal. 24.- Fernanda Salazar.			2
		TOTAL	18	24	22	15	79

PAUTA DE EVALUACIÓN PROYECTO SOCIOEDUCATIVO

Nombre de la Residencia:

Nombre de la Encargada:

Fecha:

1. Valoración Geriátrica es:

- a) Un examen físico que se realiza a los adultos mayores, en cada Consultorio.
- b) Una evaluación del estado biológico, psicológico y social del adulto mayor.
- c) Una evaluación del estado biológico y psicológico del adulto mayor.
- d) Un examen físico y diagnóstico social de cada adulto mayor.

2. Una Valoración Geriátrica es realizada por:

- a) Por profesionales
- b) Por médicos y enfermeras
- c) Por personal de trato directo del adulto mayor.
- d) Por profesionales y personal de trato directo del adulto mayor.

3. ¿Qué son los Protocolos?

- a) Son registros de la condición de salud del paciente.
- b) Son procedimientos llevados a cabo ante situaciones o eventos específicos.
- c) Son procedimientos de manejo exclusivo de la encargada de la residencia.
- d) Son procedimientos llevados a cabo ante situaciones específicas, y que deben estar en conocimiento tanto de la encargada de la residencia, como del personal de trato directo de los adultos mayores.

4. Sistema de Registro es:

- a) Un procedimiento que se realiza ante situaciones o eventos específicos.
- b) Una recopilación de antecedentes.
- c) Un medio en el cual se registran antecedentes relevantes para el adecuado funcionamiento de la residencia y, atención del adulto mayor.
- d) Sólo A y B.

5. ¿Son importantes los Sistemas de Registro? Sí..... No.....

¿Por qué?.....

6. Defina:

Proceso Administrativo	
Planificación	

Coordinación	
Organización	
Tipos de Liderazgo	
Control	

7. Los tipos de residencias para adultos mayores, son:

- a) Hogares y de Colocación Extra Hospitalaria.
- b) De estadía Permanente y Transitoria.
- c) Colocación Extra Hospitalaria y Hospederías.
- d) De beneficencia y Privados.

8. ¿En qué categorías puede tributar una residencia para adultos mayores?

.....

9. Los Servicios que deben prestar las Residencias, son:

- a) Alimentación, Vivienda e Higiene del adulto mayor.
- b) Hospedaje, Asistencial, Realización, Muerte y, Recreación.
- c) Vivienda, Salud, Inserción - Reinserción, Realización y Muerte.
- d) Hospedaje, Asistencial, Inserción - Reinserción, Realización y, Muerte.

10. El cuidado y atención de adultos mayores, ¿tiene repercusiones individuales y/o familiares?

Sí No.....

¿En qué se manifiestan?.....

11. Las instituciones involucradas en el proceso de acreditación sanitaria, son:

- a) S.E.C., S.I.I., Municipalidad, Bomberos, SERNAM.
- b) Comité Regional del Adulto Mayor, INP, S.E.C., Municipalidad.
- c) Intendencia, Bomberos, Municipalidad, S.I.I.
- d) S.E.C., S.I.I., Municipalidad, Bomberos.

12. Mencione los servicios que cada Función debe prestar:

Función	Servicios
Hospedaje	
Asistencial	
Inserción - Reinserción	
Realización	
Muerte	

13. El Síndrome Burnout, es:

- a. Una enfermedad mental.
- b. Un conjunto de enfermedades psicoemocionales, provocadas por un agotamiento crónico de quienes trabajan en trato directo con personas, que se manifiesta en un cuestionamiento de la vocación.
- c. Un estado emocional de profesionales que desarrollan diversos trabajos a la vez.
- d. C y D.

14. ¿Es importante la Salud Mental de la Cuidadora? Sí No

¿Por
Qué?.....

15. ¿Qué recursos - técnicas de manejo del estrés conoce?

.....
.....
.....

16. El estado emocional del cuidador, ¿afecta el cuidado del adulto mayor?

Sí No ¿en qué se manifiesta?

.....
.....
.....

17. ¿ Es importante la Salud Mental del adulto mayor?

Sí No ¿Por qué?

.....
.....
.....

18. El Envejecimiento posee las siguientes dimensiones:

- a. Biológica, Psicológica y Mental.
- b. Biológica y Psicológica.
- c. Psicológica y Social.
- d. Biológica, Psicológica y Social.

19. ¿En qué se manifiesta el Envejecimiento Psicológico?

- a. En la dificultad de adaptación a los cambios.
- b. En el surgimiento de enfermedades mentales.
- c. En el decaimiento del adulto mayor.
- d. En la pérdida de expectativas de vida.

20. Indique los Factores de Riesgo y Factores Protectores (Personales, Familiares y/o Ambientales), ante las situaciones de estrés que vive en la residencia.

	<i>Factores de Riesgo</i>	<i>Factores Protectores</i>
<i>Personales</i>		
<i>Familiares</i>		
<i>Del Entorno</i>		

21. Nombre 2 normas de protección legal al adulto mayor, vigentes en Chile.

.....

22. ¿Cuáles son los síndromes de mayor ocurrencia en el adulto mayor residente?

.....

23. ¿Cuáles son las patologías psiquiátricas que se presentan en el adulto mayor, con más frecuencia?

.....

ESTABLECIMIENTOS DE LARGA ESTADÍA ADULTOS MAYORES

I. **Presentación**

La Jornada de Especialización, dirigida a los profesionales Asistentes Sociales del INP V región, es resultado de la intervención profesional realizada por el Área de Servicio Social del INP Sucursal Valparaíso, en conjunto con un equipo de alumnas seminaristas de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso, a partir del mes de Marzo, en tres Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores de la comuna de Valparaíso, que no cuentan con la acreditación sanitaria del Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio.

Ésta, tiene como sustento dos escenarios, fundamentalmente:

* *Reformulación del rol institucional, en virtud del cual se potencia la atención de los sujetos beneficiarios, ampliándose los servicios prestados y, potenciando la creación de nuevos servicios sociales, orientados a los grupos vulnerables, entre los cuales se considera el segmento adulto mayor, para lo cual se han implementado programas orientados al fomento de la educación y cultura, autocuidado, recreación y turismo, y participación social. El cambio de rol institucional, genera que el sujeto Adulto Mayor adquiera relevancia desde una óptica psicosocial, siendo de interés para el INP las condiciones y calidad de vida de sus afiliados, (72,2% de la población envejecida, a nivel nacional).*

* *A través del seguimiento de poderes para el cobro de pensiones, se pesquisan una serie de establecimientos de larga estadía para adultos mayores, cuyo funcionamiento y servicios se otorgan al margen de la formalidad, es decir, no cuentan con la acreditación sanitaria de la autoridad competente, Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio.*

Este contexto reúne la inquietud por conocer las condiciones de vida de los adultos mayores, pensionados del INP, residentes de este tipo de establecimientos, en un intento por contribuir al mejoramiento de su calidad de vida.

La Jornada, tiene por objetivo iniciar un proceso de especialización en la intervención profesional e institucional, desde un enfoque integral, en Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores.

Para tal efecto, se ha elaborado este material informativo con elementos teóricos que nos proporcionarán una base conceptual, a partir de la cual se pretende elaborar una propuesta profesional de intervención a nivel institucional.

II. **Evolución del Cuidado del Adulto Mayor**



La familia ha sido definida como una institución natural de cuidado y atención hacia los individuos que la constituyen. Esta descripción corresponde, en términos estrictos, a la familia tradicional extendida de la época pre industrial, en la cual, el adulto mayor era considerado un actor preponderante, y sus necesidades y cuidados eran asumidos en forma íntegra por ella.

La época industrial, no obstante, conlleva una serie de transformaciones que afectan la unidad familiar, experimentando cambios profundos en su composición y capacidad relativa para servir al adulto mayor de manera efectiva. Fundamentalmente, el cambio de un modelo familiar extendido a uno nuclear, deterioro de la base económica, migración, urbanización, entre otros, son procesos que repercutieron en la relación adulto mayor - familia, perfilándose a nivel social una alternativa de atención y cuidados extrafamiliar, con un alto contenido de sanción social.

En nuestro país, el proceso demográfico de envejecimiento poblacional, visualizado a partir de la década de 1960, provoca la incubación de profundos cambios en la estructura y dinámica de la sociedad.

Estos cambios, ante los factores de deterioro funcional progresivo del adulto mayor, que demandan una atención especializada en su cuidado y tratamiento, se confrontan con la ausencia de respuesta por parte de Estado ante este fenómeno incipiente, generando el desplazamiento del adulto mayor del núcleo familiar, el cual mostraba una tendencia ascendente a buscar como solución su independencia y autonomía (adulto mayor valente) y; servicios institucionales, cuando su capacidad funcional y de autonomía avanzaba en detrimento de ellos (frágil y/o postrado).

La ausencia de una respuesta estatal, generó que surgieran las primeras iniciativas de atención social institucional al anciano en nuestro país, al alero de instituciones religiosas de carácter benéfico, que proporcionaban atención de asilo a adultos mayores marginales.

Posteriormente, transformaciones en el modelo político - económico, ampliaron la oferta de servicios para el adulto mayor, que comienza a perfilarse, como un sujeto activo en el marco de la oferta - demanda, emergiendo en la oferta residencial establecimientos privados con fines de lucro, que proporcionan servicios para ancianos con una mayor capacidad económica.

La creación de este tipo de residencias, responde a un mecanismo de mercado, sin que existieran hasta entonces, normas regulatorias que autoricen, controlen y supervisen su funcionamiento, hasta el año 1994, en que el Estado, a través del Ministerio de Salud, regula el funcionamiento de dichos establecimientos, a través de la dictación del Decreto Supremo 2601, que constituyen las "Normas Básicas de Funcionamiento para Casas de Reposo".

En la actualidad, coexisten formalmente residencias de carácter benéfico, que dan cobertura al adulto mayor indigente y, residencias con características de hotelería geriátrica para adultos mayores con poder adquisitivo alto, generando un vacío en la oferta formal para ancianos que no logran insertarse en ninguna de ambas categorías.

A partir de ello, surge la alternativa no formal, de residencias para adulto mayor, que absorbe este segmento de población, constituido por adultos mayores que poseen un ingreso que varía entre los \$35.000 y \$100.000.

III. Clasificación de Residencias

Las Residencias para Adultos Mayores, se clasifican en dos categorías, según el tiempo de permanencia de sus residentes:

- De Larga Estadía; dentro de las cuales se encuentran Casas de Reposo o Clínicas Geriátricas, Asilos u Hogares de Beneficencia, Hogares Particulares.
- De Estadía Transitoria; ubicándose la Colocación Extra Hospitalaria u Hogar Protegido, Hospederías, y otras.



Un Establecimiento de Larga Estadía, es definido como "Aquel autorizado por el Servicio de Salud correspondiente, para recibir adultos mayores que, por motivos biológicos, psicológicos o sociales, requieren de un medio ambiente protegido y cuidados diferenciados para la atención de su salud y funcionalidad¹".

No obstante, una definición que describe aspectos administrativos de las residencias, que reúne los elementos que describen de manera mas cercana la realidad intervenida a nivel institucional, es aquella propuesta por Elisabet Massons, quien conceptualiza las Microresidencias² como "una residencia geriátrica, con una capacidad inferior a 25 plazas, ubicada en una infraestructura arquitectónica primitiva, no diseñada para ese uso, pero que posteriormente se ha

¹ MINSAL, DS2601.

² Massons, Elisabet; "El futuro de las Microresidencias". 2002. Portal Internet www.inforesidencias.com

rehabilitado para la atención de personas mayores, y con una estructura organizativa, catalogada por Henry Mintzberg, de "estructura simple" .

La estructura simple se caracteriza por la falta de elaboración. Generalmente dispone de una tecnoestructura mínima, o incluso nula; de un reducido equipo de apoyo; una división poco estricta del trabajo; una diferenciación mínima entre unidades; y una pequeña jerarquía directiva. Presenta poco comportamiento formalizado, haciendo uso mínimo de la planificación, de la preparación, y de los dispositivos de enlace. Es principalmente orgánica. Suele evitar el uso de todo dispositivo de estructura formal, y minimiza su dependencia sobre especialistas de equipo, los cuales suelen contratarse únicamente cuando surge la necesidad, sin quedar incorporados permanentemente a la organización. La coordinación se obtiene, principalmente, mediante la supervisión directa. Los flujos de información atraviesan informalmente la estructura, produciéndose la mayoría de ellos entre el director general y los demás miembros. El flujo de trabajo también suele ser flexible, dado que son relativamente poco especializadas e intercambiables las tareas del núcleo de operaciones. Así mismo, la toma de decisiones, dado que la centralización del poder permite una rápida reacción. Las decisiones estratégicas, administrativas y operativas pueden coordinarse con precisión, dado que un solo individuo vigila de cerca su conjunto.

IV. Clasificación de Adulto Mayor

Se ha constatado que la población envejecida es heterogénea, pues incluye en este grupo, tanto a personas que aún son autónomas, activas y, que poseen una buena condición de salud, mientras que hay un segmento de adultos mayores con un grado de dependencia de terceros, en virtud de la dificultad para cuidar de sí mismos en forma adecuada³.

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

Dependencia

Ha sido definida como "la situación en la que se encuentran aquellas personas que, por razones ligadas a la disminución o pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de una asistencia y/o ayuda importante para la realización de las actividades de la vida diaria⁴." Si bien esta definición nos proporciona un concepto centrado en el ámbito individual, a este deben agregarse las condiciones sociales que desencadenan la condición de dependencia del adulto mayor, entre las cuales se consideran el temor a la soledad, la viudez, la modificación en la estructura jerárquica de la familia nuclear, en la cual el adulto mayor se convierte en un miembro periférico, entre otras; las cuales incidirán en una progresiva dependencia, voluntaria o involuntaria, del sujeto hacia terceros, en lo relativo a su vida.

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

Autonomía

Alude a permitir a la persona disponer de su propio cuerpo y vida y, se relaciona con la capacidad de decisión en base a la voluntad, en el sentido de gozar de volición independiente.

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

La autonomía dice relación con saberse controlando el curso de la propia vida y, dándole sentido con el propio esfuerzo y reflexión.

Desde este punto de vista, el adulto mayor se clasifica, de acuerdo al nivel de funcionalidad, en tres categorías⁵:

³ Manual de Geriátria. "Capítulo I: Aspectos Demográficos del Envejecimiento Poblacional en Chile", Facultad de Medicina. P.U.C.

⁴ Rodríguez, Pilar; "El problema de la dependencia en las personas mayores", Revista Documento Social N° 112. 1998.

⁵ Manual de Geriátria; "Capítulo II: Proceso de Envejecimiento: sus implicancias biológicas y sociales" P.U.C.

Normal - Autovalente:

Es la persona que ha logrado un bienestar y vida satisfactoria en la etapa de adulto mayor, que representa alrededor del 60 - 70% de la población mayor de 65 años, y se caracteriza por:

Ha asumido la vejez, Sano física y psíquicamente, Autónomo, Ha causado en forma positiva y creativa la experiencia acumulada, Sabe qué hacer con su vida, posee una buena autoestima, Tiene actividades de crecimiento personal, Tiene compañía y afecto (pareja, familia, amigos), Seguridad económica, Vivienda,

Es capaz de realizar actividades Básicas de la vida diaria (A.B.V.D.);son aquellas actividades funcionales, esenciales para el autocuidado, por ejemplo, de alimentación, vestirse, desplazamiento, higiene, e incontinencia.

Es capaz de realizar actividades Instrumentales de la vida diaria (A.I.V.D.); aquellas necesarias para la adaptación, independientemente a su medio, por ejemplo, escribir, leer, limpiar, lavar, usar el teléfono y transporte público, administrar sus medicamentos y dinero, salir fuera de la casa o ciudad.

Frágil o Semi Valente:

Es la persona que no ha logrado una vida plena en el transcurso de su vejez y, se encuentra en una situación de riesgo. Este grupo representa aproximadamente el 30% de la población mayor de 65 años de nuestro país y, se caracteriza por:

Que no ha asumido la vejez, Sufre algún daño físico, Dependiente, No tiene actividad creativa para él, Baja autoestima, Carente de afecto, Problemas económicos, No tiene posibilidades de vivir en forma, independiente, Sufre maltrato o sobreprotección (situación que lo inutiliza), Tiene temores de pobreza, enfermedad, soledad.

Postrado:

Es una persona muy dañada, sin posibilidad de superación, dependiente absoluto. Representa alrededor de un 3% de la población adulto mayor actual.

V. Intervención Profesional

El rol tradicional del INP en materia previsional, da pie para que el desempeño profesional diariamente se vincule a la realidad de residencias cuyo funcionamiento se da al margen de la formalidad.

Las condiciones organizacionales - estructurales de la residencia y, psicosociales y económicas de su administrador(a) o encargado(a) principalmente, afectarán positiva o negativamente en la calidad de vida de sus residentes, de acuerdo a la calidad de la prestación de los servicios que otorgue.

A continuación, se plantean una serie de preguntas relativas a su postura profesional frente al tema de Residencias para adultos mayores.

1. ¿Se ha vinculado profesionalmente con Residencias para Adultos Mayores?
Si su respuesta es positiva continúe hasta la pregunta N°4
2. De acuerdo a las categorías anteriores, ¿Qué tipo de Residencias?
3. ¿En qué ha consistido su intervención? Describa el rol que ha cumplido
4. ¿Qué tipo de servicios se otorgan en dichas Residencias?
5. ¿Qué servicios, considera Ud., deben prestar las Residencias para Adultos Mayores?
Describalos
6. ¿Qué rol le compete al INP en el tema de Residencias para Adultos Mayores?
7. ¿Es un tema de interés para su Sucursal? ¿Por qué?

PROPUESTA DE COMPLEMENTACION DEL ROL INSTITUCIONAL PARA EL TRABAJO DE LOS SERVICIOS SOCIALES Y ROL DEL PROFESIONAL ASISTENTE SOCIAL DEL INP EN LA PERSPECTIVA DE UNA NUEVA INTERVENCION DESDE LOS SERVICIOS SOCIALES

a) Propuesta de Complementación del Rol Institucional para el Trabajo de los Servicios Sociales.

El rol actual del INP tiene como objetivos prioritarios, el desarrollo de áreas estratégicas de acción, siendo algunas de ellas los Servicios Sociales y Asistencia Social, orientando con ello su quehacer a la entrega de una contribución más integral en el campo de la Seguridad Social de nuestro país. Este accionar se enmarca en los postulados del Supremo Gobierno, quien le asigna al INP dentro de su rol, el perfeccionamiento del Sistema de Pensiones y de Seguridad Social con especial preocupación por los Adultos Mayores y personas con discapacidad y además el establecimiento de los Servicios Sociales, dirigido a grupos prioritarios, vulnerables de contingencias sociales.

Es así como se han implementado programas orientados al fomento de la Educación y Cultura; Autocuidado; Recreación Turismo y Participación Social. Sin embargo no se han incluido en estos ámbitos la intervención para sujetos de derecho Adultos Mayores, discapacitados, carentes de recursos, bajo el riesgo de exclusión social, residentes en Establecimientos de Larga Estadía de tipo informal; los cuales constituyen un grupo importante de la población nacional, siendo el 99% de ellos, beneficiarios de Pensiones Asistenciales y de Régimen General, prestaciones que administra y otorga el Instituto y que a futuro se proyectan como un conglomerado sujeto a la dependencia económica del Estado por cuanto se constituirán en beneficiarios de Pensiones de Garantía Estatal.

Como fundamento de lo anterior y considerando la intervención realizada en Establecimientos de Larga Estadía, como iniciativa piloto de la Sucursal Valparaíso, Área de Servicio Social; se ha dado lugar a la implementación de una Propuesta Metodológica, de carácter integral, bajo la orientación de un "Modelo de Intervención Social" y cuyo resultado nos permite visualizar la necesidad de la incorporación de esta Metodología, como instrumento de trabajo para su validación legal y su aplicación por los Servicios Sociales del INP.

Lo anterior asume relevancia, por cuanto se trata de una iniciativa integral, dando énfasis al aspecto biopsicosocial de este grupo etareo y nos plantea como Institución una serie de desafíos intra e interinstitucionales, ya que el tema no ha sido abordado desde esta perspectiva por ningún otro Servicio Público y las acciones programáticas existentes, son de responsabilidad y campo del Ministerio de Salud, bajo una óptica estrictamente sanitaria, insuficiente para cautelar los Riesgos Sociales que pretenden ser abordados por la Seguridad Social.

b) Rol del Profesional Asistente Social del I.N.P. en la Perspectiva de una nueva Intervención en los Servicios Sociales.

El Rol del profesional Asistente Social del Inp está enmarcado, por las prestaciones de tipo legal que bajo la perspectiva del Derecho Público, suscriben la intervención profesional sólo a materias de ley.

En la actualidad el desempeño de las tareas tradicionales de los profesionales Asistentes Sociales, limitan la efectividad de la gestión en la elaboración, implementación y ejecución de programas sociales elaborados desde el Nivel Central y otros que surgen desde el diagnóstico a nivel regional.

Puesto que cada año el número de adultos mayores que participan de estos programas, aumentan y demandan a la Institución mejores y más variados proyectos que les permitan desarrollarse como Ciudadanos de Pleno Derecho en el cumplimiento de sus nuevos roles; es que se hace necesario reformular el rol actual de los profesionales asistentes sociales, potenciando su formación como gestores, ejecutores y coordinadores de estas acciones.

En consideración además a la existencia dentro de nuestra Institución de un nuevo Recurso Humano profesionalizado, que se encuentra habilitado y motivado para formar equipos de trabajo que puedan llevar a cabo estas nuevas tareas, se hace factible replantear el actual perfil y estructura del Área de Servicio Social en las Sucursales del INP.

A partir de este planteamiento se propone la siguiente estructura mínima para el Área de Servicio Social de las Sucursales del INP.

- 1 Asistente Social de Atención de Público y labores relacionadas con las Prestaciones Previsionales reguladas por Ley.
- 1 Asistente Social Gestor y Coordinador, con dedicación exclusiva a los programas.
- 1 Profesional de Apoyo (Funcionarios que han obtenido su calificación profesional como trabajadores del INP) re-destinado a funciones técnico-administrativa en el área de los proyectos.
- 1 Funcionario administrativo.

Evaluación Final de la Jornada de Especialización de Asistentes Sociales de la V Región.

Noviembre 2002.

INP

Anexo Número 11

NOMINA ASISTENTES JORNADA DE CAPACITACIÓN
"SERVICIOS QUE DEBEN PRESTAR LOS E.L.E.
PARA ADULTOS MAYORES"

	<i>Institución</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Nombre</i>
1.	Seremi del Trabajo		José Manuel Mancilla López
2.	S.S. Valparaíso - San Antonio	Valparaíso	Carmen Garrido González
3.	S.S. Valparaíso - San Antonio	Valparaíso	Alicia Ramos Fuentes
4.	S.S. Valparaíso - San Antonio	Valparaíso	Matilde Iturriaga Valdivia
5.	S.S. Aconcagua - San Felipe	San Felipe	Corina Jara Inostroza
6.	S.S. Aconcagua - San Felipe	San Felipe	Univers Castillo Prado
7.	S.S. Viña del Mar - Quillota	Viña del Mar	Ema Rebolledo Riquelme
8.	Escuela de Trabajo Social U.V.		Anita Reinoso Coneo
9.	Escuela de Trabajo Social U.V.		Angela Seguel Rodríguez
10.	Universidad de Valparaíso		Isabel Tassara Péndola
11.	Universidad de Valparaíso		Marta Bustos Díaz
12.	Universidad de Valparaíso		Doris Sequeira Dazo
13.	Universidad de Valparaíso		María Elena Valdovoniot
14.	Universidad Católica de Valparaíso		Norma Orellana Díaz
15.	Chile Deportes		Julio Vásquez
16.	Iglesia Metodista de Chile		Ulises Torres
17.	INP	Viña del Mar	Ana María Valdivia Cabrera
18.	INP	Viña del Mar	Marlen Araya Cuello
19.	INP	Valparaíso	Loreto Muñoz Valenzuela
20.	INP	Valparaíso	María Josefa Adelman Walker
21.	INP	Valparaíso	Nora Benavente Scott
22.	INP	Valparaíso	Gloria Montaner Vargas
23.	INP	Valparaíso	Edith Almonacid Martínez
24.	INP	Valparaíso	Teresa Ibacache
25.	INP	Quillota	Patricia Espinoza Gutiérrez
26.	INP	San Felipe	Nelly Valdivia
27.	INP	San Felipe	María Claudia Pereira Donoso
28.	C.E.H. - E.L.E. Vista al Mar	Valparaíso	Norma García Ossa
29.	C.E.H. - E.L.E. Anita	Valparaíso	Ana Luisa Bastías Salinas
30.	C.H.E. - E.L.E. Santa Helena	Valparaíso	María Isabel Garrido
31.	C.E.H. Nº2	Valparaíso	eannet Pizarro Suco
32.	C.E.H. - E.L.E. San José	Valparaíso	eannette Valenzuela García
33.	E.L.E. Rosa Krayser	Quillota	Lidia Navarro Moya
34.	E.L.E. Dulce Vida	Valparaíso	Iris Valenzuela García
35.	E.L.E. Las Alondras	Valparaíso	Tamara Álvarez González
36.	E.L.E. Futuro	Valparaíso	Vivian Quezada Henríquez
37.	E.L.E. Hogar de Cristo	San Felipe	Silvana Martel Oyaneder
38.	E.L.E. Hogar de Cristo	Belloto	Rebeca Canales Vera
39.	E.L.E. Hogar de Cristo	Valparaíso	María Angélica Molina Flores
40.	E.L.E. Hogar de Cristo	Villa Alemana	Oriana Scott
41.	E.L.E. Hogar de Cristo		Fabiola Figueroa Valenzuela
42.	Hogar de Cristo	Viña del Mar	Ximena Raventós Aguila
43.	E.L.E. Casa de Reposo	Viña del Mar	Margarita Cárdenas Reyes
44.	Liceo A - 24	Valparaíso	Luisa La Roche Briones
45.	Hospital Gustavo Fricke	Viña del Mar	Norma Muñoz Estolaza
46.	Hospital Gustavo Fricke	Viña del Mar	Carmen Canales Contreras
47.	Hospital Valparaíso	Valparaíso	Tránsito Ávila
48.	Hospital Geriátrico	Limache	Ernesto Rojo Flores
49.	Consultorio Plaza Justicia	Valparaíso	Miriam Arenas Meza
50.	Consultorio Plaza Justicia	Valparaíso	María Soledad Córdova González
51.	Consultorio Mena	Valparaíso	Erica Linares
52.	Equipo Organizador		Rosa Henríquez Fariás
53.	Equipo Organizador		Paulina Vera Zamora
54.	Equipo Organizador		Valeria Leyton Saldivia
55.	Equipo Organizador		Anabella Leyton Fuentes

Anexo Número 12

CATASTRO DE FAMILIARES DE ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN E.L.E☞ *E.L.E Dulce Vida*

<i>Nombre del Residente</i>	<i>Nombre del Familiar</i>	<i>Parentesco</i>
1. Paulina Pereira	Rolando Pereira	Hijo
2. Josefina Ascencio	Ricardo Castro	Hijo
3. Luisa Merello	Silvana Pasalalcqua	Hija
4. Ramón Vargas	Julio César Gorena	Hermano
5. Elena Cuevas	Rosa Cuevas	Hija
6. Ana María García	Ema Contreras	Sobrina Nieta
7. Adriana Zelaya	Luis Campos	Hijo
8. Fanny	Eliet	Hija

☞ *E.L.E San José:*

<i>Nombre del Residente</i>	<i>Nombre del Familiar</i>	<i>Parentesco</i>
1. Sara Arredondo	Nelly Arredondo	Hermana
2. Leonidas Villarroel	Gladis Villarroel	Hija
3. Doralisa Alonso	Salvadora Alonso	Hermana
4. Eduardo Salas	Margarita	Hermana

☞ *E.L.E El Abuelito Feliz:*

<i>Nombre del Residente</i>	<i>Nombre del Familiar</i>	<i>Parentesco</i>
1. Elsa Reyes	María Marta Parra	Amiga
2. Leontina Soza	Mercedes Soza	Hermana
3. Roberto Espinoza	Ester Espinoza	Hermana
4. Agustín Rubio	Diego Rubio	Hermano
5. Jorge Ayala	Edith Ayala	Hermana
6. Jorge Segundo Ayala	Edith Ayala	Hermana
7. Tomas Rosas	Rosario Navarro	
8. Carlos Ramírez	Jeannette Soto	Cónyuge
9. Herminia Lara	Hugo Pérez	Hijo
10. José Donoso	Verónica Donoso	Hija
11. Josefina	Pedro	Yerno

DIAGNOSTICO FAMILIAR
(situación familiar del residente)

Fecha de la entrevista:

Persona que entrevistó:

I. Individualización del Adulto Mayor:

Nombre:
Edad:
Residencia:
RUT:

II. Individualización del Entrevistado:

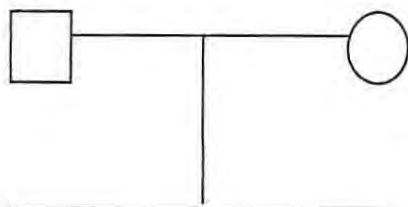
Nombre:
Edad:
Relación de parentesco con el AM:
Dirección:

III. Antecedentes del Grupo Familiar:

Nombre	Edad	Visita al AM	Relación de parentesco con el AM.	Ocupación

IV. Antecedentes Generales:

1. Familia de origen (genograma):



2. Relaciones en la Infancia.

3. *Relaciones actuales con el AM. (periodicidad de las visitas, porque, tipo de apoyo, satisfacción de la relación, otros)*

4. *Situación del AM en la residencia:*

- 4.1. *Porque fue derivado a la residencia.*
- 4.2. *Como evalúa la permanencia del AM en la residencia.*
- 4.3. *Como percibe los servicios que presta la residencia.*

5. *Interés de participar en actividades de la residencia. Horarios, días, frecuencia.*

6. *Síntesis Diagnóstica:*