

**UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA**

**CARACTERIZACIÓN DEL ADULTO MAYOR MARGINAL
ACOGIDO EN EL “HOGAR DE CRISTO” DE OSORNO**

**Tesis presentada como parte de
los requisitos para optar al grado
de “Licenciado en Enfermería”.**

**CAROLITA TEJEDA JARAMILLO
VALDIVIA – CHILE
2003**

Profesor Patrocinante:

Nombre : Sra. Beate Messing Grube.
Profesión : Enfermera.
Grados : Especialista en Enfermería en Salud Familiar y Comunitaria.
Universidad Austral de Chile.

Instituto : Enfermería.
Facultad : Medicina.
Firma :

Profesores Informantes:

1) Nombre : Sra. Ana Luisa Cisterna
Profesión : Enfermera.
Grados : Magíster en Gerontología.
Universidad de Salamanca, España.

Instituto : Enfermería.
Profesión : Medicina.
Firma :

2) Nombre : Dra. Regina Barra A.
Profesión : Médico Cirujano.
Grados : Especialista en Salud Familiar.
Universidad Austral de Chile.

Instituto : Instituto de Salud Pública.
Facultad : Facultad de Medicina.
Firma :

Fecha de Examen de Grado :

A mis Padres: Martín y Edita.

Te amaré como al mundo

Te amaré aunque tenga final

Te amaré en lo profundo

Te amaré como tengo que amar

Te amaré como pueda

Te amaré aunque no sea la paz

Te amaré lo que queda

Te amaré cuando acabe de amar

Te amaré si estoy muerto

Te amaré el día siguiente además

Te amaré como siento

Te amaré con adiós, con jamás

Te amaré junto al viento

Te amaré como único ser

Te amaré hasta el fin de los tiempos

Te amaré y después te amaré.

(Silvio Rodríguez)

2. INDICE

RESUMEN	9
SUMMARY	10
INTRODUCCIÓN	11
MARCO TEÓRICO	14
OBJETIVOS	45
MATERIAL Y MÉTODOS	46
RESULTADOS	52
DISCUSIÓN	68
CONCLUSIÓN	74
BIBLIOGRAFÍA	80
ANEXOS	82

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	52
Distribución porcentual de los adultos mayores según grupo de edad.	
Gráfico 2	53
Distribución porcentual de los adultos mayores según grado de escolaridad.	
Gráfico 3	53
Distribución porcentual de los adultos mayores según estado civil.	
Gráfico 4	54
Distribución porcentual de los adultos mayores según ingresos monetarios.	
Gráfico 5	54
Distribución porcentual de los adultos mayores según tiempo de pertenencia al hogar.	
Gráfico 6	55
Distribución porcentual de los adultos mayores según lugar de procedencia.	
Gráfico 7	56
Distribución porcentual de los adultos mayores según patología crónica diagnosticada.	
Gráfico 8	56
Distribución porcentual de los adultos mayores según red social.	
Gráfico 9	57
Distribución porcentual de los adultos mayores según familiar y/o amigo que lo visite.	
Gráfico 10	58
Distribución porcentual y numérica de los adultos mayores según percepción de visitas que reciben de sus amigos y/o familiares.	
Gráfico 11	58
Distribución porcentual y numérica de los adultos mayores en relación a la ayuda que perciben recibir en asuntos relacionados con su casa.	

Gráfico 12	59
Distribución porcentual y numérica de los adultos mayores en relación a reconocimientos y/o elogios que perciben recibir cuando realizan bien su trabajo.	
Gráfico 13	60
Distribución porcentual y numérica de los adultos mayores en relación a percepción de personas que sienten que se preocupan de ellos.	
Gráfico 14	60
Distribución porcentual y numérica de los adultos mayores en relación al amor y afecto que perciben recibir.	
Gráfico 15	61
Distribución porcentual de los adultos mayores que tienen la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas en el trabajo y/o en la casa.	
Gráfico 16	61
Distribución porcentual y numérica de los adultos mayores que tienen la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas personales y familiares.	
Gráfico 17	62
Distribución porcentual de los adultos mayores que tienen las posibilidad de hablar con alguien de sus problemas económicos.	
Gráfico 18	63
Distribución porcentual y numérica de los adultos mayores que reciben invitaciones para distraerse y salir con otras personas.	
Gráfico 19	63
Distribución porcentual y numérica de los adultos mayores que perciben recibir consejos útiles cuando les ocurre algún acontecimiento importante en su vida.	
Gráfico 20	64
Distribución porcentual y numérica de los adultos mayores que perciben recibir ayuda cuando están enfermos en cama.	
Gráfico 21	65
Distribución porcentual de los adultos mayores según actividad. (se refiere a lo que hacen habitualmente).	

Gráfico 22	65
Distribución porcentual de los adultos mayores según su vida diaria. (se refiere a la capacidad de cuidarse a sí mismo).	
Gráfico 23	66
Distribución porcentual de los adultos mayores según estado de salud. (se refiere a como se encuentra de salud en general).	
Gráfico 24	66
Distribución porcentual de los adultos mayores según apoyo percibido. (se refiere al apoyo que recibe de los demás).	
Gráfico 25	67
Distribución porcentual de los adultos mayores según actitud. (se refiere a que piensa acerca de su vida).	

3. RESUMEN

Chile esta viviendo un proceso de transición demográfica hacia el envejecimiento. En cien años la población total y la de menor de 60 años aumento casi cinco veces. Los adultos mayores crecieron 14 veces en el siglo XX y se estima que se duplicaran en 21 años más. Con este aumento significativo de esta población, también ha aumentado los adultos mayores en riesgo social, sobre-demandando a instituciones no gubernamentales como el Hogar de Cristo para que le den atención y acogida. Frente a esta situación se indagó la dimensión de la pobreza y al adulto mayor como actor principal en ella profundizando principalmente en los efectos de la deprivación y los aspectos psicosociales del hombre marginal.

Este estudio pretende describir la calidad de vida de estos adultos mayores, identificar sus características psicosociales e identificar los efectos del apoyo social en su calidad de vida.

Para este fin se realizó una investigación de tipo transversal, descriptiva que utilizó como población en estudio, los adultos mayores que se encuentran viviendo en el Hogar de Cristo de Osorno, y considerando que el total de la población institucionalizada es reducida, 19 personas, el estudio se hizo en todos ellos. Los datos se obtuvieron mediante la aplicación de tres instrumentos: Antecedentes Biodemográficos, Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-Unk e Índice de Calidad de Vida de Spitzer.

Las características de los resultados que arroja esta investigación son impactantes, más de $\frac{3}{4}$ de la población tiene solo como escolaridad, primaria incompleta, no realizan ningún tipo de actividad actual, por lo tanto tienen un ingreso monetario mínimo o nulo; con patologías crónicas diagnosticadas o secuelas de otras, con consumo intermedio de alcohol, solteros y/o separados, sin redes de apoyo familiares presente.

Por último se manifiesta una serie de medidas y actividades que tienen como fin, fortalecer la capacidad de los adultos mayores de encarar adecuadamente situaciones estresantes a las cuales se encuentran expuestos, fomentando a través de esta profesión nuevos caminos para mejorar su calidad de vida.

4. SUMMARY

Chile is living a process on demographic transition towards the aging. In one hundred years the total population and the one of less than 60 years, increased almost five times. The older adults grew 14 times in the twentieth century and it is said that it will duplicate in 21 years more. With this significant rising of the population, the older adults in social risk, have also increased, overdemanding to nongovernmental institutions like “Hogar de Cristo” in order to ask for attention and refuge. Facing this situation, the dimension of poverty, and the elderly, as main actor on it, were investigated, deepening mainly in the effects of deprivation and in the psycho-social aspects of the marginal man.

This study pretends to describe the quality of life of these older adults, to identify its psycho-social characteristics and to identify the effects of the social support in its quality of life.

For this aim, a cross-sectional and descriptive research was done, which used as study population group, the elderly who were living in the “Hogar de Cristo” in Osorno, and considering that the total institutionalized population is reduced, 19 persons, the study was made on all of them. The data were got by means of the applications of three instruments which were: Biodemographic Antecedents, Questionnaire of Social Functional Support Duke-Unk and Index of Quality of Life of Spitzer.

The results that this research throws, are impressive, because more than the 75 percent of the population has only the incomplete primary school level and they do not perform any activity in the present, so they have a minimum or null monetary income. They also have chronic diagnosed pathologies or sequels of others, with intermedial alcohol consumption, are single or separated without familiar networks of support at present.

Finally a series of measures and activities are given which have as a goal to fortify the capacity of the elderly to face accurately tensional situations to which they are exposed, fomenting through the nursing profession new ways to improve their life quality.

5. INTRODUCCION

El mejoramiento en la calidad de vida de un país determina el aumento en la edad promedio de su población. Actualmente en el mundo entero y en nuestro país se observa una clara tendencia al aumento de la población mayor de 60 años.

Según la O.N.U. (Organización de las Naciones Unidas), una población envejecida es aquella en la que, del total de sus habitantes, más de un 7% son personas mayores de 65 años y propone trazar la línea divisoria en los 60 años para los países en vías de desarrollo. El Instituto Nacional de Estadísticas (I.N.E.), en su información censual, hace corte a los 65 años, similar al de los países desarrollados (P.U.C. 1999.) Sin embargo, la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud) y la O.P.S. hacen un corte en 60 años y más; por otro lado el Ministerio de Salud en nuestro país considera a los mayores de 65 años, debido a que es la población de mayor riesgo (Programa del Adulto Mayor 1996).

La pirámide de la población de América Latina ha ido perdiendo su forma triangular que la caracterizó al reducirse la base (menos fecundidad) y aumentar la cúspide por una mayor expectativa de vida. Para el 2020 la base de la pirámide será rectangular, es decir, habrá tantos mayores de 30 años como menores de esa edad, los adultos mayores constituirán el 12% del total, en comparación con un 5,5% en 1950. (Fuente: Tendencia Demográfica en América Latina. 1999).

“Hace cien años, los habitantes de Chile eran alrededor de 3,2 millones; de ellos, 200 mil tenían 60 años y más, y representaban el 6% de la población. Al comenzar el siglo XXI, de los 15 millones de personas que constituyen la población total del país, un millón y medio son adultos mayores, lo que significa que un 10% de la población, tiene 60 años y más. En este grupo predominan las mujeres, que tenderán a aumentar más marcadamente que los hombres hacia el 2040.

Estos datos que se extraen a partir de los Censos de Población y de las Estimaciones realizadas por el Instituto Nacional de Estadística, INE, permiten señalar que Chile esta viviendo un proceso de transición demográfica hacia el envejecimiento. Eso se advierte también al considerar que en cien años la población total y la de menores de 60 aumentaron casi cinco veces. Los adultos mayores crecieron 14 veces en el Siglo XX y se estima que se duplicarán en 21 años más.

Este explosivo incremento de los mayores está muy ligado a la baja sostenida de la mortalidad y al aumento de la longevidad, entendida como la capacidad de sobrevivir de un año a otro, gracias a los progresos en medicina preventiva y curativa, al descubrimiento y mejora de los medicamentos y vacunas, a la adopción de medidas sanitarias, entre otras.

“Como consecuencia de la influencia de los factores sociales, económicos y culturales sobre las pautas de comportamiento sociodemográfico en el ámbito individual, de pareja y de la familia, la estructura de edades chilenas ha sido impactada fuertemente por la baja de la fecundidad, sobre todo a partir de la década del '60. Esto ha ido acompañado por el descenso sostenido de la mortalidad desde fines de los años '40, provocando el proceso de transición hacia el envejecimiento demográfico de su población, el que se manifiesta en una disminución del porcentaje de jóvenes y un aumento del mismo en personas de edad adulta”.

(Enfoques Estadísticos. 2000).

Con este aumento significativo de adultos mayores también ha crecido el número de ancianos que se encuentran en riesgo social. Si bien los indicadores de pobreza e indigencia han disminuido, una gran cantidad de instituciones no gubernamentales, entre ellas el **“Hogar de Cristo”**, ha vivido un dramático aumento en la solicitud de atención por parte de este segmento de la población, dejando en claro lo difícil que ha sido mantener la institución, debido principalmente a que económicamente se sustenta solamente en base a aportes particulares.

El **“Hogar de Cristo”**, es una institución creada bajos los principios del **Padre Alberto Hurtado**, sacerdote católico, que con sus ideales buscó acoger de forma digna y con calidez a los más pobres entre los pobres, ancianos y niños desamparados, sin un techo para dormir, o sin nada que comer, y que se encuentran sometidos a riesgo social, considerando siempre la internalización como última alternativa, pues se promueve la autonomía del adulto mayor y su integración dentro de su grupo familiar y la comunidad.

Si bien se han realizado investigaciones sobre el adulto mayor y su calidad de vida, es necesario indagar en la dimensión de la pobreza que no ha recibido la suficiente atención, siendo el adulto mayor uno de los actores principales dentro de ella.

Dentro de los aspectos sicosociales de lo cotidiano de la pobreza encontramos los vencidos por la miseria, aquellas personas extremadamente pobres, personas que han perdido la confianza, han olvidado la alegría y renunciado a la esperanza, puesto que viven un profundo sentimiento de indignidad, soledad, ¿desarraigo?, falta de contacto humano y abandono crónico.

“Chile no es un país equitativo y, al parecer el problema no radica solamente en el diseño de las políticas económicas – sociales. Su origen parece situarse en la dimensión espiritual, ética y moral de la vida moderna en la que actitudes y conductas, tales como el individualismo, el consumismo y la competencia exagerada, aparecen como síntomas de una crisis más honda”. (Pérez E. 1999).

La calidad de vida de estos adultos mayores no es difícil de descubrir, pues sabemos que la historia de vida de estas personas que nacieron y crecieron en el mundo de la pobreza, o bien por circunstancias del destino, han sido marcadas por experiencias traumáticas de dolor y deterioro en todos los ámbitos de su existencia

En relación con el tema Adulto mayor y calidad de vida se han realizado una serie de investigaciones que tienen como objetivo describir la situación actual del adulto mayor y generar propuestas para el mejoramiento de su bienestar. Entre ellos tenemos autores como Ricardo Moragas Moragas, Director Master en Gerontología Social de la Universidad de Barcelona, quien en su libro Gerontología Social ofrece un enfoque interdisciplinario del envejecimiento para profesionales y personas interesadas en fomentar la calidad de vida de este sector de la población. Otro autor que se ha dedicado a realizar trabajos en relación a este tema es el Dr. Clemente Couso Seoane, Especialista en Geriátrica, Licenciado en Filosofía y Especialista de I Grado en Medicina General Integral, Master en Atención Primaria (Cuba), quien se ha preocupado de indagar la bioética y los problemas del adulto mayor y la falta de aplicación de estos en el trabajo del personal de salud. En nuestro país destacó las publicaciones de Carmen Barros, Socióloga de la Universidad Católica de Chile quien ha profundizado sobre la situación del anciano en nuestro país.

Investigar la calidad de vida de los adultos mayores acogidos en el **“Hogar de Cristo”**, constituye una de las motivaciones de este proyecto, considerando como calidad de vida: “autonomía, bienestar, compañía, satisfacción de vivir con libertad, con un funcionamiento físico, emocional, social, económico que permita satisfacer nuestras necesidades, encontrándonos con paz a lo largo de nuestra existencia”. (Montenegro O. y cols.1998)

Por último, el propósito de este trabajo es difundir posteriormente conocimiento real de sus problemas y compromiso de una conciencia para luchar por iniciativas que proyecten su tranquilidad y desarrollo integral.

6. MARCO TEÓRICO

6.1 EL ENVEJECIMIENTO: UN FENÓMENO BIO-SICO-SOCIAL

6.1.1 Aspectos Biológicos

Como proceso biológico, el envejecimiento constituye un fenómeno de orden universal, inherente al hombre, común a todos los seres vivos, dinámico y de gran variabilidad individual.

El organismo físico pareciera obedecer a una especie de reloj biológico, que en un determinado momento de su evolución, específicamente entre los 40 y 45 años, inicia una serie de cambios físicos, bioquímicos, celulares y fisiológicos, para los cuales está genéticamente programado, cambios que determinan una involución de células, tejidos, órganos y sistemas.

Durante la senescencia, se asiste a una disminución progresiva de la eficiencia biológica, a la disminución de la capacidad funcional en los distintos tejidos y órganos, determinando así una gran diversidad de cambios corporales y mentales.

Desde un punto de vista práctico, pudiera señalarse que son dos los sistemas que comandan el envejecimiento: el sistema nervioso central, por cuanto las consecuencias de su declinación afectan la vida de relación y la cualidad más preciada del hombre, la inteligencia; y el sistema endocrino, por cuanto los cambios que ocurren a consecuencia de su envejecimiento afectan la apariencia corporal, el vigor físico y una de las capacidades fisiológicas, más importantes del organismo, la homeostasis.

Dentro de los efectos de mayor connotación en relación al sistema nervioso central, podemos destacar:

6.1.1.1 Aquellos que ocurren a nivel neurosensorial:

- disminución de la audición, que suele ser progresiva, bilateral y selectiva para los tonos altos,
- episodios de desorientación espacial, relacionados a cambios de postura, por alteración del sistema vestibular,

- disminución de la agudeza visual, por falla de la acomodación del cristalino, y especialmente, disminución de la adaptación a la oscuridad.

6.1.1.2 Aquellos que ocurren a nivel de las funciones encefálicas superiores:

- deterioro progresivo de la percepción,
- disminución de la memoria de fijación reciente,
- disminución de la concentración,
- disminución de la eficiencia mental, rapidez e inteligencia global.

Cabe señalar, que el efecto de la edad sobre las funciones mentales es extremadamente variable, y que, en general, los conocimientos adquiridos en el pasado, y hasta la forma habitual de solucionar problemas, tienden a conservarse, mientras que la capacidad de hallar soluciones a los problemas y nuevas técnicas, está más claramente afectada.

A nivel del sistema endocrino, merecen especial mención los siguientes cambios:

6.1.1.3 Cambios hormonales tiroideos por disminución de T4:

- sequedad de la piel,
- menor tolerancia al frío,
- tendencia a la estitiquiez.

6.1.1.4 Cambios gonadales:

- la disminución de las hormonas femeninas, progesterona y estrógenos, determina atrofia mamaria, vulvar y vaginal, además del conocido síndrome climatérico y una serie de trastornos metabólicos. En el hombre también ocurren alteraciones en los caracteres sexuales secundarios, tales como atrofia testicular, atrofia muscular, caída del vello, etc.

Dado que el envejecimiento constituye un fenómeno generalizado, es posible observar cambios en la totalidad de los tejidos y órganos, tales como caída del cabello, pérdida de los dientes, pérdida de la elasticidad de la piel, alteraciones osteomusculares, etc.

6.1.2 Aspectos psicológicos:

Desde una perspectiva psicológica, durante el envejecimiento, se suceden una serie de cambios:

6.1.2.1 Cambios en el ámbito de la personalidad:

La carencia de tareas socialmente establecidas, la mayor disponibilidad de tiempo libre, condicionan en el anciano una fuerte tendencia al egocentrismo; la menor capacidad de adaptación los vuelve temerosos, desconfiados, algo rígidos y conservadores, acentuándose algunos rasgos de la personalidad previa. El anciano se adhiere a los ajustes anteriores por muy deficientes que sean; se aferra al mundo que le es más conocido, su casa, su barrio, su familia, su médico, etc.

6.1.2.2 En relación a las emociones, adquiere especial importancia la consideración de las necesidades emocionales básicas y su satisfacción durante la senescencia.

La necesidad de sentirse amado, valorado, importante y necesario, se satisface en el encuentro con el otro, es decir, en la interacción social. Una de las características esenciales del hombre, es la de agruparse con sus semejantes para compartir tareas y afectos, goces y responsabilidades.

La ausencia de interacción social, produce en el anciano, un fuerte sentimiento de soledad y de frustración, de abandono y falta de raíces.

Cada pérdida requiere de un ajuste para restablecer el equilibrio previo, y libera energía.

La familia cumple un papel importantísimo en esta etapa, cuando no es fácil hacerse de nuevos amigos y es muy difícil adaptarse a nuevas costumbres y cambiar hábitos.

La necesidad de sentirse útil, que se satisface en gran medida en la posibilidad de dominar el ambiente, de mejorar la forma de vida y de hacer cosas nuevas, está muy menoscabada en la senescencia; al mayor de 65 años se le restan oportunidades de trabajo o sencillamente se le margina del quehacer productivo.

El sentimiento de inutilidad y de ser innecesarios en el medio en que viven, provoca en los ancianos un desajuste que los ubica en un plano de inferioridad. En general, los ancianos esperan hallar la manera de ser útiles a los demás, aunque no sea esencial su cooperación.

La necesidad de seguridad, se cifrará en la propia vitalidad, en la posesión de cierto estatus y de una serie de bienes materiales. Durante la senescencia se traduce en la necesidad de estabilidad en el medio ambiente inmediato, en la necesidad de protección, liberación de la ansiedad y del miedo. Una persona anciana necesita un ambiente razonablemente estable, en el que se sienta seguro, necesita calma y simplicidad, necesita que las cosas queden según sus antiguos patrones; necesita continuidad geográfica y biográfica.

Analizado desde esta perspectiva, ya no aparece extraña la gran labilidad emocional que caracteriza al anciano, el menor control de impulsos y deseos, los cambios bruscos del estado anímico, el emocionarse con facilidad y el aproblemarse por “pequeñas cosas”.

La adaptación permanente a pérdidas y abandonos, constituye una tarea psicológica central en esta etapa. Es doloroso ver marchar a los hijos e incluso sobrevivir a algunos, perder a los amigos y a la compañera de toda una vida. Asistir a la declinación física y mental, perder la belleza, la vitalidad, la independencia, la salud y enfrentar la posibilidad de la propia muerte condicionan una fuerte tendencia depresiva, la cual merece especial mención, pues suele pasar desapercibida, no diagnosticada ni tratada.

6.1.3 Aspectos sociológicos:

Analizado como proceso grupal, el envejecimiento constituye un destino social, por cuanto la cantidad y la calidad de vida de los miembros de una sociedad, dependen del papel que en ella se les asigne y de las características culturales que se les atribuyen; y un fenómeno reciente en nuestro tiempo, dado que sólo en las últimas décadas el progreso tecnológico y científico ha permitido un aumento significativo en la sobrevida humana, condicionando que un mayor número de personas llegue a edades avanzadas y aparezcan las manifestaciones de la declinación individual y sus consecuentes repercusiones sociales.

Como grupo social, los senescentes, se definen como aquellas personas de 65 años y más, quienes, además del hecho biológico de la edad, comparten un conjunto de cualidades que la sociedad les atribuye como propias, incuestionables e inmodificables. Aparejados al proceso de envejecimiento, se sucede una serie de cambios sociales que repercuten directamente sobre los ancianos.

El aumento gradual del riesgo de enfermar, el continuo deterioro de la habilidad para enfrentar la vida, y con ello la necesidad de ayuda y cuidado, socialmente se interpretan como **dependencia e incapacidad**.

La jubilación, privilegio social que ha llegado a constituirse en una obligación, dada la escasez de empleo en nuestra época, condiciona la sustitución de un modo de vida organizado en torno al trabajo por otro sistema, en el que no hay pautas socialmente definidas; y en una sociedad, en que el trabajo es el medio para ganarse el respeto de los demás, para obtener autovalía y apoyo sicosocial, constituye una situación de **desvalorización**, que es diferente para el hombre y la mujer, dado su diferencia de roles, durante su edad adulta. La carencia de función productiva y empobrecimiento consecuente en una sociedad consumista e industrial, se interpretan como **inutilidad**.

La disminución del valor de la experiencia, secundaria a la gran tecnificación y velocidad de cambio de nuestra época, grupalmente condicionan **caducidad**.

Esta imagen cultural que caracteriza a los ancianos como seres dependientes e incapaces, inútiles y obsoletos, que constituyen una carga, concluye que estos están demás, y que invertir recursos en ellos, constituye un desperdicio, pensamiento que motiva parte importante de la conducta de nuestros individuos (niños, adolescentes, adultos) e instituciones en relación a los ancianos; constituyen una de las razones por la cual todos eludimos o soslayamos el tema de la vejez . . . nuestra vejez. (Villaseca S.)

6.2 AUTOPERCEPCIÓN SICOLÓGICA DEL ADULTO MAYOR

6.2.1 Pérdida de autoestima:

Sabemos que la manera de percibirse es lo que permite la propia evaluación, y que este último (propia evaluación) es el proceso síquico conocido como Autoestima. Que nuestra autoestima sea positiva o negativa, en alza o en bajo, no es indiferente; de nuestra autoestima depende la manera que cada uno tiene de enfrentar la vida, valorarse a sí mismo y valorar a los demás, y de ella depende en gran medida también, la manera más o menos airosa, exitosa, con que cada uno se enfrenta a los conflictos y dificultades de la vida.

El hombre o mujer actual, enfrentado a la realidad del envejecimiento en medio de una sociedad con las características que hemos enumerado en el apartado anterior, es probable que viva la etapa de su jubilación y retiro como una situación de pérdida y minusvalía, como una especie de marginación social. Es fácil que se sienta a sí mismo como alguien que ya no cuenta mucho para los demás porque percibe que los demás no cuentan con él. Y en el ámbito familiar, que es el lugar donde aún podrían sentirse tomados en cuenta, la nueva realidad de la familia nuclear permite que el abuelo vaya poco a poco sintiendo o percibiendo que tampoco en ese ámbito su presencia es tan necesaria. No es raro, por lo tanto, que algunos (quizá muchos) ancianos sufran la experiencia de vivir un serio menoscabo en su autoestima.

6.2.2 Pérdida del significado o sentido de la vida :

Victor Frankl señala que el vacío existencial es la neurosis masiva de nuestro tiempo; ella se produce cuando el propio ser, la propia existencia, carece de significación. Una vivencia tal acerca del propio YO, puede desencadenar una serie de síntomas depresivos. Pues bien, es posible que la persona de la tercera edad caiga en ese tipo de depresión a causa de que su vida, tal como es percibida por el propio protagonista, carece de significado. Uno podría preguntarse: ¿Qué es primero, la depresión o la pérdida del sentido de la vida?.

Es cierto, sin embargo, que esta experiencia negativa de sí mismo, no se aprecia en personas mayores y ancianas que sean más intelectuales o que permanezcan mentalmente activas. Estos hombres y mujeres ancianos, pero mentalmente activos, son también capaces de enfrentarse a la muerte con mayor serenidad que aquellos otros cuya vida carece de sentido según su propia percepción.

6.2.3 Pérdida de la facilidad de adaptación:

Al llegar a una edad mayor, la persona va viendo cómo los ambientes van cambiando para ella, y cómo otros le son lejanos o por los menos le ofrecen menos interés. En realidad esto ha pasado siempre y en cada una de las etapas evolutivas del individuo: nunca los intereses han sido ni serán los mismos para todos o la mayoría de las personas, sean de la edad que sean; pero ahora, a esta edad, el problema se agudiza, pues viene sazonado de otros tintes de marginación social. Por eso el anciano se encuentra sin las herramientas que le permitan un trabajo de adaptación: son las motivaciones o refuerzos sociales. Al carecer de dichas herramientas le es difícil adquirir hábitos nuevos, y por lo tanto, adaptarse a las nuevas circunstancias.

Así, puede aparecer como persona algo rígida, “chapada a la antigua”, aferrada a su sola experiencia tan importante para él o ella, pero que siente que la sociedad no se la valora en la forma que la persona anciana considera que sería lo justo. La agresividad y fácil irritabilidad (verbal o gestual) que muestran algunas personas mayores, podría estar relacionada con este sentimiento de la propia difícil adaptación, sentimiento que se ve agravado por la pérdida de autonomía económica sufrida por muchos ancianos. (Ysern de Arce J.L.)

6.3 FORMAS DE CONDUCTA MÁS FRECUENTE DE LOS ADULTOS MAYORES

Al igual que los jóvenes, los ancianos se reúnen en grupos para convivir en tiempo libre o de ocio, los ancianos lo hacen también a razón de tener intereses comunes y una subcultura compartida. Es así como concurren voluntariamente a sus clubes o centros sociales y se incorporan a diversas actividades: políticas, incluso muy activas, otras muy pasivas, como las pacíficas tertulias de nostálgicos.

Como en cualquier otra edad, en la senectud el hombre se ve sometido a conflictos o situaciones que le provocan “crisis” personales, ante las cuales sufren inicialmente, sensación de perplejidad o “choque”, a la que debe seguir la reacción y búsqueda de una salida o forma de adaptación para seguir viviendo. Hay distintas formas de reaccionar, generalmente en forma de regresión, las más frecuentes son:

6.3.1 Comportamiento contradictorio:

Temen a la soledad, pero no aceptan las proposiciones que se les hacen para evitarlas. Desean estar solos para no tener que sufrir nuevos abandonos o rechazos en el futuro.

6.3.2 Labilidad emocional afectiva constantes:

Las manifestaciones emocionales saltan por el menor motivo: fácilmente se entristecen, lloran o exhiben una incontinencia emocional.

6.3.3 Machaconería:

Repetiendo cosas coherentes, pero por su constancia y contundencia inducen un comportamiento agresivo en su interlocutor.

6.3.4 Chochez

Repetición constante de cosas desprovistas de sentido, inoportunas e irrelevantes, que suelen dirigir a interlocutores imaginarios o desconectados de sus intereses y situación.

6.3.5 Quejas continuas:

En torno a su salud o pérdida de autonomía, estatus, complaciéndose en contar con detalle y prolijamente sus males, creando un estado de irritación en quienes lo escuchan. Puede haber una demanda de interés o afecto, pero ese comportamiento suele testimoniar más bien una disfunción de su capacidad de amar y sociabilizar, concentrando su interés sólo sobre su estado físico, constituyendo esa conducta una forma de replegarse sobre sí mismo.

6.3.6 Conducta de toxicofilia:

El anciano se hace dependiente de ciertos fármacos como laxantes, hipnóticos y ansiolíticos, vasoactivos o alcohol.

6.3.7 Regresión de la libido:

Manifestando una clara disminución del amor hacia los demás en interés decreciente hacia las comidas, menospreciando su calidad y presentación, y un deseo creciente de estar sentado o en cama, con aumento evidente de la pereza.

6.3.8 Aumento de los deseos de ser amado:

Haciéndose celosos en un sentido amplio, de forma que provocan conflictos con quienes viven con ellos y llegando incluso a chantajes afectivos, siendo éste comportamiento también una forma de conducta regresiva.

6.3.9 Tendencia a guardar cosas:

Un conservadurismo desmesurado, almacenando elementos, objetos, periódicos e inverosímiles recuerdos que llenan sus armarios, mesas, estanterías, revelando este proceder otra forma de deterioro regresivo. Sabido es como los ancianos se suelen rodear de sus reliquias, tratando de reemplazar por objetos las imágenes de la vida interna o íntima. Dichos objetos les resultan indispensables y no aceptan ningún cambio de casa. Esta conducta provoca incluso reacciones de agresividad e intolerancia.

6.3.10 La agresividad:

Patente en muchos ancianos es una forma de buscar la adaptación que puede serles rentable si un mensaje es escuchado y comprendido, pero puede serles perjudicial si esa agresividad se considera como patológica. (García V. 1999.)

6.4 SICOPATOLOGÍA EN LA SENECTUD

Son innumerables los sicotipos que podemos identificar en un colectivo de ancianos, unos **adaptados y otros no adaptados** a la vejez.

6.4.1 Entre los adaptados están:

Los maduros: bien adaptados a las relaciones con los demás y en el medio en que viven. Suelen controlar sus impulsos, son activos y habitualmente están satisfechos de la vida y de sí mismos.

Los blindados o rígidos: como un mecanismo de defensa para atenuar su miedo a los fracasos y a la dependencia. Son más dados a los deberes y obligaciones que a los placeres. Relativamente satisfechos de su pasado no gustan de las discusiones de naturaleza personal, esto es, son poco amigos de la introspección.

Los caseros, pasivos y dependientes: están contentos de estar jubilados y no tener responsabilidades. Generalmente no tenían ninguna satisfacción en su trabajo anterior. Poco activos socialmente, suelen ser indulgentes adaptándose bien a la vejez, por que al estar en ella les pueden comprender mejor sus deseos de inactividad.

6.4.2 Entre los inadaptados se encuentran:

Los irritables: habituales cascarrabias, gruñones y frustrados. Suelen reprochar a los demás sus fracasos, siendo generalmente desconfiados. No estaban muy satisfechos de su trabajo

anterior, sintiéndose también incómodos en su nueva situación de retirados, lo cual ven sin futuro alguno. Tienen poca estima de sí mismos, estando generalmente arrepentidos de su pasado.

6.4.3 Hay grupos mixtos en cuanto a su adaptación a la vejez, como son:

Los introvertidos: de los que hay muchas variaciones, bien adaptados unos, mal o escasamente, otros. Son sobrios, tímidos, reprimidos.

Los perturbados: no en el sentido de ser enfermos mentales, sino por sus relaciones sociales. Son inestables, generalmente causan conflictos en su familia y en su entorno vecinal. (García V. 1999.)

6.5 RASGOS DE LA SOCIEDAD ACTUAL

6.5.1 Es altamente competitiva:

En un tipo de sociedad así, predomina la dialéctica de la producción y el consumo, de la oferta y la demanda. Se entiende que para ser tomado en cuenta hay que producir y hay que consumir. ¿Cómo se considera a sí misma la persona que a causa de su edad ya no figura en la lista de los productores, y cuyo consumo se va limitando al rubro de los medicamentos y pocas cosas más?.

6.5.2 Es efectista:

Característica que viene de la mano de la recién nombrada competitividad: para poder competir en forma hay que ser eficientes; lo lógica de la efectividad prevalece sobre cualquiera otra, y se impone a la lógica de la gratuidad, del encanto y de la poesía. Se buscan resultados buenos, es decir, útiles e inmediatos. Lo no útil, lo que no tiene inmediatamente aplicaciones prácticas, no se considera importante.

6.5.3 Es masificada:

Vivimos en una sociedad donde cada vez los centros urbanos adquieren mayor importancia, mientras los rurales la pierden. Para tener acceso de una manera más eficiente a los servicios elementales de salud y educación, la gente va acudiendo en forma imparable hacia los centros urbanos más importantes. De este modo las ciudades grandes crecen de una manera desorbitada, y se forman inmensas metrópolis donde, paradójicamente, la vida se hace cada

vez menos “vivable”, aumenta la despersonalización, los espacios libres son escasos, aumenta la contaminación atmosférica y acústica, y para poder vivir un poco mejor el hombre urbano huye del tumulto de la gran ciudad cada vez que puede; ansía encontrarse con la naturaleza. ¿Cómo se siente en esa urbanización de la gran ciudad el hombre y mujer de edad ya avanzada, quien teóricamente dispone de tiempo para el encuentro personal, pero que no goza de la paz necesaria ni de los espacios adecuados para practicar dichos encuentros?.

6.5.4 Es sociedad de relativismo valórico:

Hablar de valores ha sido siempre asociado a conceptos de permanencia y continuidad a través del tiempo; los valores eran perennes, no podían cambiar: lo bueno siempre era bueno, y lo malo, es malo. A la vez, eran considerados con un carácter de cierta universalidad: lo valórico en un lugar, también era considerado así en otros lugares, especialmente si se trataba de valores importantes. Hoy, muchos se preguntan si se puede hablar de valores verdaderamente universales, que sean aceptados de la misma forma en casi toda la geografía de nuestro extenso mundo; más bien creen que se ha producido una grave mutación en el campo de la percepción valórica, y que ya algunos valores que parecían importantes, hoy no se consideran así, y que otros lo son pero sólo en determinados ámbitos espaciales o personales. Es lo que se ha venido en llamar “**relativismo moral**”: como si valores tan importantes como la verdad, la justicia, responsabilidad laboral, honestidad profesional, amor y sexualidad, etc., fueran apreciados y tomados en cuenta de manera muy distinta por unas personas y otras.

6.5.5 Es una sociedad “acelerada”:

Los estudiosos de las transformaciones sociales aseguran que vivimos una aceleración histórica sin precedentes: las transformaciones tecnológicas, sociales, políticas, económicas, culturales (¿morales?) a las que asistimos, son casi vertiginosas. Se habla de un síntoma sicosociológico denominado “shock de futuro” y que consistiría en una especie de miedo de muchas personas a quedar atrasadas, a no vivir, no ya el presente sino alejadas del futuro. Se aprecia este síntoma por ejemplo en el campo de la tecnología electrónica y computacional: al adquirir un producto de este rubro, (por actual que sea) casi siempre existe la conciencia de que es un producto casi obsoleto y ya superado. Y no todas las personas son capaces de incorporar serenamente esa realidad, lo cual les produciría un cierto shock o desadaptación. ¿Cómo puede sentirse en un ambiente así una persona mayor, quien por definición, carece ya de una capacidad rápida de adaptación?.

6.5.6 Es una sociedad de familia nuclear:

Ya en la mayoría de los lugares ha perdido vigor la antigua familia extensa, la familia de la casa grande, casi patriarcal, en la que compartían naturalmente abuelos, padres e hijos, y a veces tíos y primos. Era casi obvio que las distintas generaciones compartieran vivienda, alimentación, recreación y conversación. Abuelos y nietos se cruzaban en los pasillos y

habitaciones de la casa, y se transmitían de unos a otros tradiciones, costumbres, inquietudes y problemas. El abuelo, el “adulto mayor”, era figura importante en esa transmisión de cultura, y él se sentía importante; en la familia extensa había un sitio para él, y en ese sitio cumplía un rol que era irremplazable. En la sociedad actual no hay espacio para ese tipo de familia; esta se ha reducido al núcleo mínimo de padres e hijos (muy pocos). ¿Qué rol pueden desempeñar muchas personas mayores en un lugar donde ya no se les da cabida?.

6.5.7 Es una sociedad en la que se ha prolongado la vida cronológica:

Hoy el ciclo de vida es más largo que antaño, la gente vive más tiempo que antiguamente, la adolescencia es también más larga que antes. Pero no se ha resuelto el modo de vida, el cómo vivir estos años de prolongación. ¿La biografía de las personas que viven más tiempo, es también una biografía más intensa e interesante, o el individuo la siente como estéril y vacía de contenido?.

6.5.8 Es una sociedad en la que existen signos de sensibilidad y solidaridad:

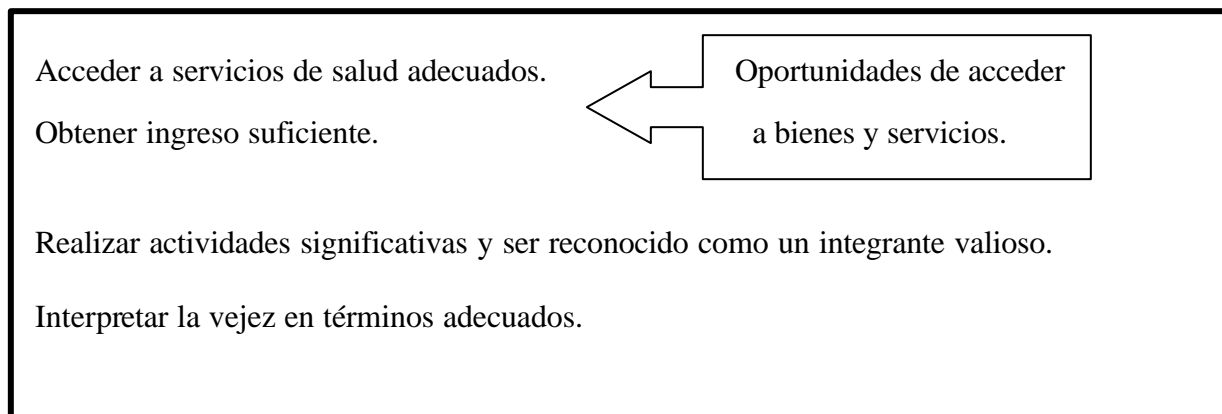
A pesar de algunos de los factores negativos que hemos nombrado hasta ahora, existen otros que son positivos: muchos jóvenes, y también adultos, tiene clara conciencia de la igualdad básica entre todos los seres humanos, sean hombre o mujer, o de la raza y condición social que sean. Se ha desarrollado con fuerza la toma de conciencia respecto a la defensa de los derechos humanos en general, y de los derechos de la mujer en particular; hay un mayor sentido de justicia y de que la existencia de multitudes azotadas por el hambre, que apenas sobreviven en condiciones inhumanas, es una flagrante injusticia que clama al cielo. Junto a esta mayor sensibilidad que se percibe en ciertos sectores de la población, se ha desarrollado también una mayor sensibilidad hacia la defensa de la naturaleza y del equilibrio ecológico. (Ysern de Arce J .L.)

6.6 CONDICIONES SOCIALES DE VIDA QUE OFRECE CHILE A SUS “ADULTOS MAYORES”

Los adultos mayores son un grupo vulnerable debido a que la calidad de las condiciones sociales de vida empeoran a medida que envejecen, al igual que las oportunidades para acceder a ellas.

6.6.1 Calidad de condiciones sociales de vida:

La sociedad chilena ha fracasado en proveer oportunidades de:



En términos generales, la sociedad chilena hasta ahora ha fracasado en proveer a sus adultos mayores oportunidades de:

6.1.1.1 Acceder a servicios de salud adecuados a sus requerimientos biológicos; vale decir, al deterioro biológico propio del envejecer.

Corresponde a la conceptualización que hace el Modelo Médico Tradicional, cuyo énfasis lo pone en que la vejez es sinónimo de involución y de incapacidad. Es decir, enfatiza el grado de deterioro biológico de la persona y no la integridad de ésta.

Lo anterior lleva a denunciar el error de conceptualizar al hombre como un mero "mono desnudo". La verdad es que el hombre no se agota en su corporeidad y que las capacidades propiamente humanas – la razón, la afectividad, la espiritualidad – no decaen o, si lo hacen, ocurre más tardíamente y en menor medida.

Conclusión:

Las características de la organización de la sociedad:
Dificulta un envejecer más saludable y prevenir fallas funcionales evitables.
Resta incentivos para que el adulto mayor asuma un rol activo.

6.6.1.2 La sociedad ha fallado en ofrecer al adulto mayor oportunidad de obtener un ingreso suficiente.

Al respecto, la información del censo de 1992 evidencia que es sólo el 11,5 % de la población mayor de 65 años tiene una actividad económica. Ahora bien, la sociedad, mediante la institucionalización de las jubilaciones y las pensiones, permitió que los individuos al cumplir cierta edad se retiraran del trabajo y siguieran percibiendo un ingreso. En Chile estas prestaciones tienen una buena cobertura, no obstante, los bajos montos de las pensiones dificultan satisfacer las necesidades básicas.

Conclusión:

La forma de organización social empobrece al adulto mayor.

6.6.1.3 La sociedad ha fallado en proveer al adulto mayor las oportunidades de realizar actividades significativas, tener un rol con un contenido específico y ser reconocidos como integrantes valiosos.

La sociedad no ha definido el contenido del rol de viejo, Fuere afirma que “el rol del niño es estudiar y jugar, del adulto formar una familia y trabajar, y del viejo . . . no se sabe aún”.

* La ausencia de actividades específicas del adulto mayor, dificulta la orientación de las acciones, lo que entorpece la autorrealización.

* Como las actividades de los viejos en la sociedad no han sido resueltas en el ámbito sociocultural, éstas deben ser definidas por cada individuo en forma adhoc. Cada adulto mayor debe buscar qué hacer, debe crearse una rutina compuesta de tareas que pueden ser más o menos valiosas para ellos, pero sin tener ninguna garantía de que ellas serán reconocidas socialmente. La dificultad para llevar esto a cabo hace que sólo unos pocos lo logren y que otros muchos deban resignarse al estrecho mundo de las cuatro paredes del hogar, donde viven un transcurrir sin anhelos, sin entusiasmos, sin horizontes.

Desde esta perspectiva, se asume que, junto con envejecer, la sociedad restringe la posibilidad de los viejos de actuar en el “gran teatro del mundo”, excluyéndolos del reparto y dejándolos sin un libreto que les diga qué hacer. Por tanto, cada cual debe crearse un personaje e improvisar una actuación.

Conclusión:

Las características sociales:

Restringen oportunidad de mantenerse activo e integrado a la sociedad al no tener un lugar propio.

Dificultan a quien envejece el desarrollar sus potencialidades y autorrealizarse al no ofrecerle un rol en el que encauzar su acción.

6.6.1.4 La sociedad ha fallado en proveer a los adultos mayores oportunidad de adquirir ideas adecuadas sobre el envejecer o de interpretar adecuadamente la vejez.

Las ideas prevalentes acerca de lo que son la vejez y los viejos conforman lo que se denomina la ideología del “viejismo”. Ella se construye a partir de dos fuentes: la medicina y la economía.

La medicina y su concepción del envejecimiento como un proceso biológico de progresivo e inevitable deterioro, ha inducido a una imagen social del viejo como alguien deteriorado e incapaz.

La economía prioriza un modelo de desarrollo que enfatiza el crecimiento económico. El no desempeñar un trabajo productivo es interpretado culturalmente como no hacer nada y quien no hace nada es inútil y sin importancia social. El que no trabaja en el mercado laboral es inactivo y se lo considera una carga. Esta noción proyecta una imagen de inutilidad e induce a los adultos mayores a percibirse en dichos términos, lo que lesiona su autoestima.

Conclusión:

La cultura de la sociedad define la vejez como una etapa donde el deterioro es algo natural y promueve en los adultos mayores una actitud de resignación y apatía frente a lo que les sucede.

A modo de conclusión puede afirmarse que gran parte de las penurias físicas, económicas, sicosociales que acompañan el envejecer, no son atribuibles a la edad, sino que son producto de la forma como está estructurada la sociedad. Son las características de la sociedad la que dificulta a quienes envejecen:

a) envejecer más saludable y prevenir limitaciones funcionales;

- b) el satisfacer sus necesidades al empequeñecer sus ingresos;
- c) les restringen las oportunidades de mantenerse activos e integrados a la sociedad y desarrollar sus potencialidades al no ofrecerles un rol propio en el que encauzar su acción;
- d) Les transmite ideología del viejismo: ideas que les coartan la iniciativa y los induce a la resignación, entabando así sus posibilidades de enfrentar el envejecer asumiendo un papel activo y así vivir esta etapa de la vida con un sentido de autorrealización y plenitud.

Los adultos mayores son un grupo vulnerable a causa de la discriminación social que sufren. (Sepúlveda S. 1999.)

6.7 IDEOLOGÍA DEL VIEJISMO Y LA AUSENCIA DE UN ROL SOCIAL

Las respuestas sociales al deterioro biológico y el retiro forzoso del trabajo productivo, se combinan para constituir los fundamentos sobre los cuales se construyen las ideas acerca de lo que son la vejez y los viejos. Entonces, prevalece la ideología del “viejismo”. Ella define la vejez como una etapa de mera decadencia en lo físico y en lo mental y proyecta sobre los viejos una imagen de incapacidad, de inutilidad social, de obsolencia y de rigidez.

Estas ideas, aunque son objetivamente falsas, están incorporadas en la cultura occidental, al extremo de descalificar y denigrar la vejez y a desvalorizar a los ancianos, discriminándolos y marginándolos del actuar colectivo. Esto repercute en los propios ancianos, quienes al hacer suyas estas ideas, acaban por percibirse a sí mismos en tales términos. De ahí que acepten su deterioro como algo fatal y que tiendan a asumir una actitud de resignación y apatía frente a lo que les acontece, restringiendo así cualquier iniciativa de superación.

En relación a la ausencia de un rol social de anciano, falta aún una definición sociocultural del conjunto de actividades que serían específicas de los ancianos y en cuyo desempeño estos podrían percibirse útiles y conseguir reconocimiento social. De existir tales definiciones, ellas habrían contrarrestado los contenidos negativos de la ideología del “viejismo” y habrían influido positivamente en la percepción social de los ancianos y en su propia autoestima.

La ausencia de estas definiciones entraba, sin duda, el cumplimiento de la autorrealización de los viejos. La falta de tareas específicas culturalmente conlleva la dificultad de saber en qué concentrar los esfuerzos y en qué volcarse de modo de actualizar las propias potencialidades.

Se puede suponer que la falta de definición de un rol social para el anciano, también incide en la dificultad de los individuos para darle un sentido pleno a la vida durante la vejez, ya que

parte del sentido de la vida se obtiene, precisamente, al cumplir el rol básico asignado por la sociedad. (Sepúlveda S. 1999.)

6.8 LA MARGINALIDAD

La marginalidad es uno de los problemas más graves que existe en el mundo y especialmente en los países en vías de desarrollo, por sus características y fundamentalmente por las consecuencias con que afecta a este tipo de países.

La marginalidad, entendida como un fenómeno social complejo, está constituida según Roger Vekemans (principal representante del Humanismo Cristiano) por los grupos sociales que no obstante ser miembros de la sociedad de un país, no llegan a penetrar en la intimidad de su estructura. Completa la idea agregando que, “el concepto de marginalidad presenta íntima relación con el fenómeno de la “no-participación”, derivada de la “no-pertenencia”, del sentirse no perteneciente a nada, “no ser acogido” y referida la participación al no-cumplimiento de alguna función en la existencia de la sociedad global”.

El impacto de la marginalidad afecta dramáticamente a aquellos individuos que viven en condiciones de extrema pobreza, situación que no es solo el producto del momento en que viven, sino que el resultado de acumulación de miseria que viene arrastrándose de generación en generación.

El individuo al momento de nacer, trae consigo un potencial genético que va a poder expresar en su totalidad si las condiciones de su ambiente son favorables para su desarrollo físico y síquico. En este caso, la marginalidad está acompañada permanentemente por enfermedades, desnutrición y pobreza intelectual, entre otras.

6.9 UNIFICACIÓN TERMINOLÓGICA DE LOS CONCEPTOS: “MISERIA” - “MARGINALIDAD” - “EXTREMA POBREZA”

6.9.1 Miseria:

“Es más profunda que la pobreza, agrega a la pobreza material, factores internos difíciles de observar y que permanecen al interior de la familia, tales como hábitos muy deficientes en la higiene y crianza de los hijos, escasos conocimientos, creencias erradas, afectividad positiva poco desarrollada, escasa interacción intra y extrafamiliar. Este tipo de familia es incapaz de

dar las condiciones mínimas para que sus miembros se desarrollen normalmente y permitan a la nueva generación posibilidades de incorporarse a la sociedad global”. (Álvarez M. 1982)

6.9.2 Marginalidad:

“Sectoros del pueblo que no tienen participación en la distribución de los bienes y servicios que proporciona la sociedad ni en la toma de decisiones en general”.

“Dichos sectores se mantienen en condiciones de vida absolutamente incompatibles con la evolución de la sociedad urbana, se ven relegados a una vivienda pobrísima, sin la seguridad e higiene necesarias a la vida familiar. Ajenas a la cultura, generalmente analfabetos, victimas de un mísero régimen alimenticio y de precarias condiciones de salud. Expuestos a la permanente amenaza del desempleo y con niveles de ingreso miserables”. (Vekemans R. 1969)

6.9.3 Extrema pobreza:

Grupos sociales afectados por una gran variedad de carencias, particularmente las de subsistencia.

Situación en que la familia por incapacidad económica no cubre las necesidades básicas de alimentación, vestuario, vivienda y salud, necesarios para mantener el nivel de bienestar y decencia aceptado por la comunidad como tipo de vida mínimo.

En conclusión, los términos **“miseria, marginalidad y extrema pobreza”** en el contenido conceptual son idénticos, en cuanto están referidos al mismo grupo humano al que tratan de perfilar, diferenciándolos de otros niveles de pobreza por ese “algo interno”, inobservable a simple vista y que se traduce en concepciones valóricas y actitudes distintas del resto de los pobres. Tienen una autoimagen disminuida, tienen percepción de las causas de sus bajos niveles de vida, aspiran a mejorar su situación, pero no tienen la capacidad, ni el estímulo, ni los medios para concretarlos”. (Letelier M. - Radrigan M. 1989)

6.10 EFECTOS DE LA DEPRIVACIÓN EN EL ÁMBITO SICOSOCIAL DEL HOMBRE MARGINAL

La situación irregular en la que se desenvuelve la vida marcada por deprivación, el sentimiento de fracaso y la derrota personal, conduce a la frustración del individuo.

La deprivación la entendemos como la carencia o deficiencia que puede sufrir un individuo en alguna o todas las áreas: social, cultural, económica o espiritual. Los grupos familiares afectados por ellas son incapaces de superarlas por sí mismos, porque las carencias que sufren les impide, por apatía o por ignorancia, acercarse a los medios que la sociedad dispone para ayudarlos”. (Letelier M. - Radrigan M. 1989)

“La frustración de las necesidades sociales básicas, implica también una frustración de algunas de las necesidades psíquicas, entre ellas la de auto-estimación. La carencia e insatisfacción de estos bienes constituyen un símbolo de bajos status. Algunos de estos símbolos condicionan la auto-estima y auto-imagen, no sólo directamente por ser desposeídos o no, sino también indirectamente, a través de la percepción de los otros. En este sentido, son inmediatamente perceptibles, el vestuario, el lenguaje, mientras que la vivienda, escolaridad y ocupación son perceptibles en grado menor”. (Mead G. 1953)

“Tales actitudes frecuentemente son de discriminación y/o fatalismo, esto es, porque son actitudes en que los símbolos de status negativo implican una cierta estigmatización de los muy pobres: sea ella brusca o suave, franca o sutil. Tales son las actitudes manifestadas frente al rol – status en su ambiente de trabajo (por los diversos niveles de jefaturas y empleadores) y, manifestados también en las relaciones que establecen con personas de otras clases, en hospitales, oficinas públicas, colegios, comercio, etc.

De este modo, la auto-imagen baja y la auto-estima frustrada son condicionadas en los muy pobres por:

- a) El rol-status bajo.
- b) La percepción de que son considerados de status de bajo estrato.
- c) La situación de clase-estrato con sus frustraciones socioeconómicas.
- d) La auto-percepción de símbolos de status negativos, este es de carencia e inferioridad absoluta y relativa. (“Soy pobre”, “Soy menos que Ud.”, “No fui a la escuela”, etc.).
- e) Las actitudes recibidas por los pobres y manifestadas por personas de clases-estratos mas altos”. (Gissi J. 1982)

6.11 ASPECTOS SOCIALES DEL HOMBRE MARGINAL

“La familia marginal, a pesar de los logros alcanzados en el último decenio al reducirse la marginalidad habitacional, aún presenta deficiencias en las condiciones de higiene ambiental;

altos porcentajes habitan viviendas miserables y carecen de agua, alumbrado eléctrico, alcantarillado y están rodeados por basurales que atentan contra la salud de sus habitantes”.

Las viviendas son precarias, caracterizadas por su estrechez en relación al tamaño de la familia, construidas de material ligero (maderas o desechos en mal estado de conservación) y carentes del menaje indispensable. Presentan hacinamiento y promiscuidad.

Los pobladores son en su mayoría usufructuarios, vale decir, dueños de lo construido y no del terreno que ocupan por no estar legalizada la situación de dominio de los mismos, “tomas” u otra forma de irregularidad.

Se da en alto grado la baja escolaridad, siendo mayor en la mujer marginal que en el hombre. La deserción escolar continúa siendo muy alta y mayor en las escuelas ubicadas en sectores marginales. No obstante las generaciones actuales presentan mayor escolaridad que la alcanzada por sus progenitores.

La precocidad laboral entendida como el inicio a muy temprana edad. El trabajador marginal se desempeña en actividades del sector terciario o servicios menores, en los que se incluyen actividades subsidiadas por el Estado que generalmente son ineficientes y mal remuneradas.

En cuanto a su situación previsional, generalmente no posee afiliación a ningún sistema y los que pertenecen a alguno de ellos, están atrasados en sus cotizaciones en mas de 10 años, lo que los priva de todo beneficio”. (Letelier M. - Radrigan M. 1989).

6.12 ASPECTOS SICOLÓGICOS DEL HOMBRE MARGINAL

“El individuo marginal desarrolla una inteligencia concreta, es decir, piensa y resuelve frente a una situación de hecho, no está acostumbrado a pensar en un plano abstracto”.

El hombre marginal, en su escala extrema capta la vida, el mundo que lo rodea como realidades definitivas y muy difíciles de cambiar. Acepta los hechos con resignación y fatalismo cuando se ve enfrentado a una realidad todopoderosa, esto acompañado de un sentimiento de impotencia e inferioridad, a veces escondido tras una actitud de indiferencia o agresividad.

El marginal tiene expectativas en relación a su vida futura y la de sus hijos, generalmente poco realista, pero le falta motivación y medios para concretizarlos.

La conducta del hombre marginal se orienta a satisfacer las necesidades presentes e inmediatas. Su capacidad cognitiva está restringida por el pensamiento mágico y la superstición.

En cuanto al marginal que se encuentra en la etapa juvenil, se puede decir lo siguiente:

- * Presenta ausencia de la niñez como una etapa protectora básica en el primer ciclo de vida.
- * Ausencia de modelos de padres que imitar; de ambiente intelectual estimulante, manifestada en:
 - a) Escaso interés en el estudio.
 - b) Falta de respuesta a los medios usuales de enseñanza.
 - c) Dificultad para acatar ordenes, normas y reglamentos.
 - d) Problemas para generalizar, abstraer y concentrarse en un determinado tema. (Letelier M. - Radrigan M. 1989)

6.13 LA COMPENSACIÓN: EL ALCOHOLISMO

La frustración en los sectores marginales es tanto de necesidades materiales como de necesidades psíquicas. Para Maslow, la frustración absoluta es una amenaza a la personalidad. Frente a esta amenaza a la integridad, el hombre tiende a reducir este quiebre y sus efectos mínimos, reemplazando la realidad frustrada por medio de un refugio en la fantasía, es decir, a través de una realidad mística que el sujeto se crea a sí mismo.

En los estratos bajos, entre las manifestaciones más relevantes de compensación se encuentra el alcohol.

6.13.1 El Alcoholismo:

“Sea en la condición de alcohólico como en la de bebedor excesivo, la compensación central consiste en reemplazar la realidad frustrada evadiéndose de ella, con el refugio en la fantasía. En este sentido la ingestión de alcohol se realiza para olvidar. El hecho que la lucidez de conciencia disminuye produciendo cierto embotamiento, facilita la pérdida de criticidad y por

tanto de fantasear. Así como se ha escrito reiteradamente que las drogas se usan para volar, conviene recordar que el vuelo más tradicional y a la vez más nocivo para Latinoamérica, particularmente en las clases de los grupos muy pobres, es el vuelo ligado al consumo de alcohol. En relación con el “olvidar”, “desahogar las penas”, “fantasear”, es complementariamente relevante a la legitimización cultural del consumo excesivo de alcohol entre estos estratos, y el hábito de que normalmente se beba acompañado”. (Letelier M. – Radrigan M. 1989).

6.14 “HOGAR DE CRISTO”: LA INSTITUCION - HISTORIA - MISION

El 19 de octubre de 1944 el Padre Alberto Hurtado lanza por primera vez la idea del Hogar de Cristo: *“Crear un Hogar para los que no tienen techo”*. En diciembre de ese año se bendice la primera piedra del Hogar de Chorrillos. Al año siguiente el Supremo Gobierno concede personería jurídica a la Fundación de Beneficencia.

En septiembre de 1945 se abre la primera hospedería en la calle López. En 1946 se inaugura el gran edificio de la calle Chorrillos (hoy calle Padre Hurtado), en la comuna de Estación Central, que será la verdadera “casa madre”.

6.14.1 Misión:

Acoger con amor a pobres, ancianos, desamparados, enfermos terminales y a niños y jóvenes sometidos a riesgo de abandono.

El Hogar de Cristo, institución de Iglesia, busca acoger dignamente y con amor a los más pobres entre los pobres y en especial, a los ancianos desamparados, a los sin un techo bajo el cual dormir, a los enfermos terminales e irrecuperables carentes de apoyo o acogida y a los niños y jóvenes sometidos a los riesgos de abandono, marginación, y falta de oportunidad, que son frecuentes en la vida actual.

Dentro de su acción busca, igualmente, difundir el conocimiento de la real dimensión de los problemas de los más desvalidos, con el ánimo de crear conciencia que estimule iniciativas de alivio y, también, de denunciar los males solucionables.

6.14.2 Acoger:

Ancianos desamparados.

Enfermos terminales.

Niños y jóvenes en riesgo social.

Madres e hijos víctimas de violencia intrafamiliar.

Familias y personas en indigencia o extrema pobreza.

Campamentos urbanos o suburbanos de extrema pobreza.

Quienes no tienen un techo para dormir.

Discapacitados físicos y/o psíquicos en extrema pobreza o indigencia.

6.14.3 Rehabilitar :

Niños, jóvenes y adultos en riesgo de abandono, marginación, drogadicción, alcoholismo y falta de oportunidad.

6.14.4 Difundir:

Los problemas de los más desvalidos.

6.14.5 Velar:

Por el desarrollo espiritual.

6.14.6 Buscar:

Las nuevas formas que la pobreza puede tomar.

www.hogardecristo.com

6.15 PROGRAMA ADULTO MAYOR “HOGAR DE CRISTO”

El “Programa Adulto Mayor” del “Hogar de Cristo” tiene como objetivos contribuir al mejoramiento y bienestar de las condiciones de vida de sus hospedados, favoreciendo su autonomía y promoviendo su integración en la familia y la comunidad.

Los programas que desarrolla el Hogar de Cristo contemplan una dimensión asistencial transitoria, cuando es indispensable para la satisfacción de las necesidades de subsistencia, pero están fundamentalmente orientadas a la prevención y promoción de las capacidades y potencialidades de las personas para enfrentar su situación.

En este sentido, el área privilegia las modalidades de atención que previenen la internalización, apoyando al adulto mayor para permanecer en su medio. La institucionalización se considera como una alternativa, solo cuando se trata de personas que requieren cuidados especializados y que no cuentan con familiares que puedan atenderlos adecuadamente.

Fortalecer el rol de la familia en el bienestar del adulto mayor, es una de las líneas de trabajo que se enfatiza en las diversas intervenciones, con el fin de potenciar un recurso fundamental para mejorar su calidad de vida.

El programa Adulto Mayor del Hogar de Cristo en Osorno se encuentra manejado por un equipo multidisciplinario de profesionales, técnicos, y voluntariado entre ellos tenemos, Asistente Social, Médicos, enfermera, técnicos paramédicos, auxiliares de servicio y sacerdote.

6.16 CALIDAD DE VIDA

La **“calidad de vida”** es un concepto cuya definición resulta difícil precisar pues involucra variables subjetivas y objetivas, sin embargo es posible establecer una de sus esenciales condiciones, independiente del contexto cultural en el que se encuentra la persona.

Rocío Fernández Ballesteros en su estudio sobre la “calidad de vida en la vejez” (1997), indaga sobre el concepto de calidad de vida considerándolo como un constructo que ha sido encontrado en distintas bases de datos bibliográficos: ecológico, biológico, médico y sociales. La autora hace mención a una perspectiva semántica de este término señalando:

- **“Calidad”** se refiere a ciertos atributos o características de un determinado objeto (la vida); y a su vez,
- **“La vida”** supone una amplia categoría que incluye a los seres vivos; la vida puede ser analizada desde muchas perspectivas esto le da un carácter multidisciplinario.

También se refiere a dos polémicas a la hora de definir **“calidad de vida”**:

1. Se postula que la calidad de vida hace referencia exclusivamente a la percepción subjetiva que los individuos tienen sobre ciertas condiciones de la vida (económico,

social, salud, etc.), otros consideran por el contrario que la calidad de vida comprende tanto condiciones subjetivas como objetivas (que serían las mismas condiciones pero evaluadas en forma independiente al sujeto).

2. Por otra parte se cuestiona si la calidad de vida ha de referirse necesariamente a un concepto idiográfico, en el sentido de que es el sujeto quien ha de establecer cuál o cuáles son los ingredientes que intervienen la calidad de vida; o más bien si puede ser establecida una calidad de vida general para todos los sujetos con un concepto nomotético.

A continuación se presentarán diversas definiciones de calidad de vida que involucran diversos ámbitos y áreas:

1. “Enfatiza los aspectos cualitativos de la vida individual y colectiva y, cuando es adecuado implica un grado de bienestar material y de satisfacción espiritual”. (Goic, A. 1981)
2. “La aspiración de todo ser humano a tener igualdad de oportunidades, desde su concepción hasta su muerte, para lograr los medios respetables a través de los cuales pueda satisfacer sus necesidades materiales y espirituales en la sociedad y ambiente en el cual desarrolla su vida”. (Arcos, M.E. 1986 “Calidad de vida de las áreas rurales”. III Seminario, Magister en Desarrollo Rural, Facultad de Ciencias Agrarias. No publicado, Universidad Austral de Chile).
3. “El impacto de la enfermedad y la incapacidad sobre el funcionamiento diario”. (Kaplan)
4. “Calidad de vida no es un reflejo de las condiciones de los escenarios físicos, interpersonales y sociales, sino cómo dichos escenarios son evaluados y juzgados por el individuo”. (Andrews y Witney)
5. “Satisfacción por la vida, es autoestima, nivel general de salud y capacidad funcional”. (George y Bearon)
6. “Sería la libertad, felicidad, seguridad económica, deseos de realizarse, actividad y bienestar”. (Bulpitt y Fletcher)
7. “Funcionamiento físico, emocional, satisfacción vital y bienestar”. (Pearlman y Uhlmann)
8. “La satisfacción de vivir con libertad y bienestar, es decir, con un funcionamiento físico, social, económico, emocional, que nos permite lograr nuestros deseos o nos resigna encontrándonos satisfechos, en paz, consolados”. (Ors Montenegro y Laguna Pérez)

Ors Montenegro, A.: Laguna Pérez, A. En su estudio “Reflexiones sobre el envejecimiento y la calidad de vida”, realizado en el Departamento de Enfermería en la Universidad de Alicante (1998); hacen referencia del envejecimiento como un proceso individual, resultado de la combinación de nuestra carga genética y la forma de adaptarnos al teatro de nuestra vida. La adaptación satisfactoria, la alta autoestima, la libertad, la felicidad y el bienestar guardan relación con la buena calidad de vida en general. Los factores que ellos consideran influyentes serían:

- El grado de funcionalidad física.
- El grado de funcionalidad síquica.
- El grado de funcionalidad social.
- La muerte de un miembro de la pareja.
- El estado de salud percibida.

Conclusiones:

1. La calidad de vida es difícil de cuantificar porque involucra dimensiones personales subjetivas muy difíciles de definir. Podemos mediante la creación de indicadores explicar las diferencias en la satisfacción con datos objetivos, pues la satisfacción puede crecer cuanto más bienestar se posea. Los indicadores son unidades observables de un fenómeno social que establece el valor de un rango que no se puede observar ni cuantificar directamente. Los elementos o factores que podemos cuantificar son: recursos económicos, salud física, incapacidades funcionales, recursos familiares y sociales, vivienda, actividad y ocio.
2. Resaltan que la calidad de vida en la vejez está muy relacionada con el grado de funcionalidad, es decir, de independencia física, síquica y social de la persona. Cuando dependemos de otra persona, aunque sea sumamente querida, nos sentimos en desventaja, relegados. Si la dependencia es física por mucho amor que se nos dispense siempre uno se considera una carga, a no ser que el sufrimiento se acepte como un valor moral ético que da sentido a la vida.
3. Cuando se les pregunta a las personas cuáles son sus miedos o temores acerca de la pérdida de salud, la mayoría de las personas contestan que lo que más temen es tener que depender, ser carga de su familia y/o sociedad. El sufrimiento, generalmente, no es aceptado, te resignas y buscas alternativas para darle sentido, pero no es compatible con la felicidad. Si la dependencia es síquica la persona no tiene muchas veces la capacidad de juicio como para considerarse una carga y si quien la atiende es amable y respetuosa la persona dependiente puede sentirse feliz.
4. La persona con dependencia socioeconómica no se puede sentir bien, todos deseamos una cuantía que nos permita vivir con libertad y nos permita bienestar, la dependencia limita la libertad y aumenta la gratitud y la complacencia de la persona a quien o

quienes son sus benefactores y, aunque se sienta feliz, seguro que añoraría ser el benefactor y no el menesteroso.

5. Un factor que influye en la disminución de la calidad de vida es la muerte de un miembro de la pareja, sobre todo en el caso de fallecimiento de la mujer. El rol social tradicional de la mujer ha consistido en el cuidado de la salud, alimentación, higiene, etc. Al fallecer la esposa, el marido suele descuidar estos aspectos que son determinantes en la salud, además sentirse dependiente de los hijos y/o otras personas, pues no está entrenado en las tareas de la casa.
6. Los autores consideran el estado de salud como el factor más importante de la calidad de vida en la vejez. Las personas consideran el estado de salud como uno de los bienes más preciados e importantes en su vida, sobre todo, cuando ésta disminuye o se pierde.
7. En cuanto a la economía se resalta que las personas mayores se sienten felices con recursos muy escasos, pero suficientes para sus aspiraciones, esto podría explicarse por:
 - Etapas anteriores vividas en condiciones de extrema escasez y por la ausencia de pensiones en la época de sus antecesores.
 - Escala de valores, menor que la población más joven sobre las diferentes necesidades y en especial de las de ocio y consumo.
 - La seguridad de las prestaciones les garantiza la satisfacción de sus necesidades básicas de alimentación, vestido y vivienda de por vida.

6.16.1 “Calidad de Vida” y “Bienestar Sicológico”

Se entiende por bienestar, la percepción o apreciación subjetiva de sentirse o hallarse bien, de estar de buen ánimo, de sentirse satisfecho. Este bienestar depende, tanto de las condiciones sociales y personales, como de la forma cómo los individuos se enfrentan a ellas: al significarlas y al responder a ellas. Teniendo en cuenta que esto sucede dentro del contexto de su sociedad y que los individuos están interactuando con otros miembros de ellas.

Se considera, que un adulto mayor tiene un buen nivel de bienestar cuando es capaz de enfrentar los cambios que ocurren en su organismo y en su entorno social

con un nivel adecuado de adaptación, vale decir, de aceptación y de respuesta, y de satisfacción personal.

Es preciso establecer, además, que se adopta la posición conceptual que sostiene que las personas pueden ser entrenadas a fin de mejorar su capacidad de enfrentar o responder a las circunstancias de su propio gusto por vivir. Por consiguiente, se opta por privilegiar esta dimensión al plantear formas de intervenir, al menos en el corto plazo, a fin de mejorar el nivel de bienestar que experimentan los adultos mayores. (Barros C. 1993)

6.16.2 “Calidad de Vida” y el “Apoyo Social”

Apoyar a otros es preocuparse porque no fallen, es darles valor y confianza, es asistirlos para que enfrenten mejor su situación. El proporcionar apoyo contribuye, por tanto, a fortalecer la capacidad de los individuos de encarar adecuadamente una situación, especialmente cuando esta implica, como es común al envejecer, adaptarse a cambios estresantes, resolver problemas y aceptar pérdidas. Dicho simplemente, el contar con apoyo social es un recurso que puede utilizarse al enfrentar situaciones.

El apoyo social tiene un doble efecto sobre el bienestar sicosocial. Tiene un efecto directo al permitir que el individuo se sienta parte integrante de una red de relaciones. Esto le permite, a su vez, satisfacer sus necesidades de pertenencia y afecto y darle un sentido a su vida mediante el amor que da y recibe de otros. Además, la autoevaluación y la identidad social se originan en la interacción, es decir, el apoyo social mantiene la autoestima.

También tiene un efecto indirecto, tanto al atenuar o proteger de los efectos disturbadores de las condiciones estresantes, como al aumentar la capacidad de respuesta frente a las situaciones. En relación a ello, la literatura especializada distingue tres formas de apoyo o de asistencia destinada a facilitar el que los individuos enfrenten mejor las situaciones que se les vayan presentando. Como se observará, ellas son concordantes con las tres formas alternativas de enfrentar la realidad.

1.- Apoyo cognitivo. Este se refiere a tres variantes principales. Una consistente en transmitir información (significados) y dar consejos que permiten entender la situación en que se está y encarar mejor los problemas. Otra referida a informar sobre las opciones disponibles hacia dónde dirigir los esfuerzos. Y una última, centrada en incentivar el trabajo para conseguir estados de ánimo positivos. Esta forma de apoyo contribuye a que los individuos puedan: entender el mundo, buscar soluciones a los problemas que se les presentan y sentirse

en control. Su contenido evidencia la importancia que tiene la conversación como factor contribuyente al nivel de bienestar.

2.- Apoyo emocional. Aquí se pueden mencionar también tres variantes principales. Una referida a dar oportunidades de expresar las emociones de pena, aflicción, rabia y descargar ansiedad, hacer esto produce alivio. Otra consistente en dar afecto y simpatía, ello hace sentir al otro que se preocupan por él, que es alguien estimado y valioso para otros, que es parte de una red de personas con obligaciones mutuas con las que puede contar en caso de necesitarlas. Eso hace sentirse seguro, al confiar que hay otros que son capaces y están dispuestos a ayudarlos. El sentirse amado puede compensar el dolor y le da un sentido a la vida. Una última variante consiste en tranquilizar, reconfortar y alentar en los momentos de incertidumbre y dolor. Esto se vincula especialmente con acompañar los duelos. Esta forma de apoyo lleva a enfatizar la importancia del afecto y del cariño. Asimismo como el valor de las relaciones interpersonales que es donde se produce la ocasión de darlos y recibirlos.

3.- Ayuda instrumental. Esta se refiere al proporcionar bienes y servicios que facilitan resolver problemas prácticos o que contribuyen a crear condiciones de vida más favorables. (Barros C. 1993)

6.17 MODELOS DE ENFERMERÍA

6.17.1 La Teoría General de Sistemas como Marco para el estudio de la Familia:

“Una de las formas de estudiar la familia y sus características lo constituye el marco de referencia de la Teoría General de Sistemas, en particular de “sistemas sociales”. En esta perspectiva, lo que distingue a la familia de otros sistemas sociales son sus funciones únicas, la calidad de la lealtad familiar y el clima de sentimientos que existe en ella.

Como sistema social, la familia es una complejidad organizada, compuesta de subsistemas en mutua interacción, lo que hace que el sistema familiar sea mas que la suma de sus partes individuales. Por lo tanto, la familia como sistema, será afectada vitalmente por cada unidad del sistema.

Tan integral es esta relación que si un individuo o subsistema familiar flaquea en su funcionamiento, la totalidad del sistema familiar se verá afectada. A la inversa, si el sistema familiar no está funcionando adecuadamente, los síntomas de esa disfunción pueden desplazarse hacia uno de los miembros de la familia.

Para que una familia sea funcional, su foco no debe estar sólo en su propio sistema interno, ya que el sistema familiar existe dentro de un suprasistema-espacio vital o ambiente, que a su vez puede ser subdividido en ambiente próximo a la familia: la vecindad y la comunidad y en un ambiente más remoto: la región, nación o el mundo.

Así en primer lugar y crucial, el límite de la familia con su espacio vital es fundamental. Una familia debe poder distinguir entre sí misma y los de “afuera” o de lo contrario, su auto identidad y por lo tanto, su existencia como sistema, se ve amenazada.

Sin embargo, el sistema familiar debe ser semipermeable, permitiendo un intercambio vital con su ambiente. Como todos los sistemas y suprasistemas en relación recíproca, la familia y su espacio vital deben ser ecológicos, es decir, cada uno tiene sus necesidades y cada uno impacta al otro. Estos deben equilibrarse si ambos han de seguir siendo funcionales.

Si el límite del sistema familiar es demasiado tenso, es decir, si se ha vuelto demasiado aislado del intercambio con su espacio vital, tiende a volverse entrópico, es decir, se mueve hacia la desintegración. A la inversa, si el intercambio con su espacio vital es demasiado abierto, su sentido de auto identidad se ve amenazado y el ambiente puede abatirlo.

La familia y el suprasistema permanecen en equilibrio ecológico mediante un intercambio simbiótico de input y outputs, es decir, a través del equilibrio de funciones y recursos necesarios para cumplir aquellas funciones que la familia proporciona a la sociedad y viceversa. En otras palabras, las funciones de la familia deben llenar tanto las necesidades del sistema familiar mismo y de los miembros de la familia, como también algunas necesidades de la sociedad, para que la familia sea realmente estructural.

A través del tiempo, las funciones de la familia como sistema social han cambiado, ya que las funciones que cumplen los diversos subsistemas sociales dentro del contexto de los suprasistemas, depende de la estructura y tipo de sociedad. Sin embargo, algunas funciones son esenciales a la familia desde siempre, particularmente las funciones relativas a satisfacer las necesidades básicas de supervivencia, reproducción e intimidad. No obstante, las funciones de la familia no deben ser consideradas estáticas, sino deben comprenderse como dinámicas y en desarrollo”. (Molina C. 2000).

En las familias disgregadas, la afectividad familiar es la raíz del problema es por esto que para quienes trabajan en el Hogar de Cristo el conflicto en el cual se encuentran los adultos mayores se origina a partir del distanciamiento familiar, que, en muchas ocasiones, surge producto de una actitud de rechazo de la familia hacia los

senescentes o de los senescentes hacia sus familiares; porque abandonaron a sus hijos, fueron golpeadores o rompieron ese lazo afectivo que jamás restablecieron.

En relación a esta situación, la institución tiene como objetivo prevenir la internalización de los adultos mayores pues se intenta fortalecer a través de talleres el rol de la familia, la misión de estos talleres no es reconciliar a las personas, sino más bien facilitar el vínculo familiar.

6.17.2 Modelo de promoción de la Salud (Nola J. Pender):

El modelo de promoción de la salud tiene una construcción similar a la del modelo de creencias en salud, pero no se limita a explicar la conducta preventiva de la enfermedad, sino que se amplía para abarcar las conductas que favorecen la salud. Este modelo identifica en el individuo factores cognitivo-perceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de la salud cuando existe una pauta para la acción.

Principales conceptos y definiciones:

Los siguientes factores son factores cognitivo-perceptuales y se definen como “mecanismos motivadores primarios” de las actividades relacionadas con la promoción de la salud:

1. *Importancia de la Salud.* Los individuos que conceden gran importancia a su salud es más probable que traten de conservarla.
2. *Control de la salud percibida.* La percepción que el individuo tiene de su propia capacidad para modificar su salud puede motivar su deseo de salud.
3. *Autoeficacia percibida.* La convicción por parte del individuo de que una conducta es posible puede influir la realización de dicha conducta.
4. *Definición de salud.* La definición del individuo sobre lo que significa la salud, que puede ir desde la ausencia de enfermedad hasta un alto nivel de bienestar, puede influir las modificaciones conductuales que este intente realizar.
5. *Estado de salud percibido.* El encontrarse bien o encontrarse enfermo en un determinado momento puede determinar la probabilidad de que se inicien conductas promotoras de la salud.

6. *Beneficios percibidos de las conductas.* Los individuos pueden sentirse más inclinados a iniciar o mantener conductas promotoras de la salud cuando consideran que los beneficios de dichas conductas son altos.

7. *Barreras percibidas para las conductas promotoras de la salud.* La creencia del individuo de que una actividad o una conducta es difícil o inviable puede influir su intención de llevarla a cabo.

Otros factores modificantes, como son la edad, el sexo, la educación, la ingesta, el peso corporal, los patrones familiares sobre las conductas en cuanto a cuidados sanitarios y las expectativas de los allegados desempeñan también un papel importante en la determinación de las conductas respecto a los cuidados sanitarios. Estos factores modificantes se consideran como una influencia indirecta sobre la conducta, mientras que los factores cognitivo-perceptuales actúan directamente sobre ella. (Marriner- Tomey. 1994)

El promover la salud en este tipo de instituciones tiene como objetivo intentar reducir los efectos o posibles efectos de los factores estresantes mediante el diagnóstico precoz y lo más importante el tratamiento eficaz de los síntomas de la enfermedad, además de intentar reducir las complicaciones de los agentes estresantes (fuerzas del entorno que pueden alterar la estabilidad del sistema).

7. OBJETIVOS

1. Describir la calidad de vida de adultos mayores, pertenecientes a una institución no gubernamental.
2. Identificar las características biopsicosociales del grupo de adultos mayores pertenecientes al **“Hogar de Cristo”**, sede Osorno
3. Identificar los efectos del apoyo social en la calidad de vida de los adultos mayores del Hogar de Cristo.

Objetivos Específicos

1. Determinar distribución por edad de los adultos mayores.
2. Identificar distribución por escolaridad de los adultos mayores.
3. Señalar distribución por estado civil de los adultos mayores.
4. Clasificar por ocupación / actividad previa y/o actual a los adultos mayores.
5. Determinar distribución por ingreso de los adultos mayores.
6. Clasificar según tiempo de pertenencia a la institución a los adultos mayores.
7. Determinar procedencia de los adultos mayores.
8. Determinar presencia de patología crónica diagnosticada en los adultos mayores.
9. Identificar distribución por religión de los adultos mayores.
10. Indicar distribución según red social de los adultos mayores.
11. Señalar distribución según número de hijos y/o familiar que visita a los adultos mayores.
12. Evaluar cuantitativamente el apoyo social percibido por los adultos mayores.
13. Identificar relación existente entre apoyo social y calidad de vida.
14. Identificar el índice de calidad de vida de los adultos mayores.

8. MATERIAL y MÉTODO

8.1 Tipo de estudio:

El estudio a realizar es una investigación de corte transversal y descriptiva. Transversal, pues se hace un corte en el tiempo en donde las variables serán estudiadas simultáneamente delimitándose entre octubre a diciembre del 2002 y finalmente descriptiva por que está dirigido a determinar las características de la población en estudio.

8.2 Población en estudio:

El estudio se realizó sobre un universo constituido por los adultos mayores que se encuentran viviendo en instituciones no gubernamentales, para esto tomaremos a los adultos mayores que viven en el “**Hogar de Cristo**” de la ciudad de Osorno, y considerando que el total de la población es reducido, 19 personas, el estudio se realizó en todos ellos.

8.3 Recolección de datos:

Se utilizó como método de recolección de información la “encuesta”, pues es necesario que el material que se recopile sea proporcionado por la propia población en estudio.

Para recolectar la información se utilizaron entrevistas y cuestionarios, destinados a obtener respuesta sobre el tema. Estos cuestionarios fueron aplicados por la investigadora.

Los datos fueron recolectados en la vivienda de los adultos mayores, Pabellón Santa Teresa, “**Hogar de Cristo**” de Osorno, los días lunes y martes de 10:00 a 12:00 hrs. y 15:00 a 18:00 hrs., desde octubre a noviembre del 2002. Se consideró además una reunión de motivación, donde la investigadora se presentó a la comunidad de adultos mayores y explicará los objetivos del estudio.

La entrevistadora fue la investigadora, quién aplicó los cuestionarios a cada uno de los adultos mayores asegurándose de esta manera, que las preguntas sean contestadas de forma correcta y completa.

Para la recolección de datos se utilizaron **tres instrumentos**. Dos de ellos, fueron aplicados en una entrevista a cada adulto mayor la cual tuvo una duración de 30 a 40 minutos promedio. Para obtener los datos requeridos por el primer instrumento se revisó la ficha de cada uno de ellos.

Primer instrumento: se encuentra constituido por una hoja de antecedentes biodemográfico. (Anexo 1)

Segundo instrumento: Cuestionario de Apoyo Social Funcional DUKE – UNK (Functional Social Support Questionnaire, BroadHead y cols. 1988), que tiene como propósito evaluar cuantitativamente el apoyo social percibido en relación a dos aspectos: personas a las que se les puede comunicar sentimientos íntimos y personas que expresan sentimientos positivos de empatía. Este instrumento fue validado por Bellón y colaboradores, 1996. (Anexo 2)

Tercer instrumento: Índice de Calidad de Vida de Spitzer (Quality of Live Index – al – Index, Spitzer y cols. 1981) tiene como propósito medir diferentes dimensiones relativas a la calidad de vida, a través de un índice que es simple, corto, fácil de administrar y comprender. Este instrumento fue validado por Gutiérrez y colaboradores, 1994. (Anexo 3)

8.4 Tabulación y análisis de datos:

Aquí se analizaron los resultados a través de tablas de frecuencia y/o gráficos de asociación, a fin de dar respuesta a los objetivos planteados. Se consideró como variable dependiente el bienestar psicológico, apoyo social funcional y calidad de vida, siendo todas las restantes variables independientes. El análisis estadístico se realizó en el programa Excel Windows 1998.

8.5 Presentación de resultados:

Se presentaron los resultados mediante gráficos.

8.6 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

8.6.1 Variables independientes:

1.- EDAD : **Años cumplidos.**

01 Viejos jóvenes : 65 a 74 años.

02 Viejos ancianos : 75 años o más.

2.- ESCOLARIDAD : **Nivel de estudios cursados.**

01 Analfabeto

02 Primaria incompleta

03 Primaria completa

04 Secundaria incompleta

05 Secundaria completa

06 Enseñanza superior incompleta

07 Enseñanza superior completa

3.- ESTADO CIVIL : **Situación civil actual.**

01 Soltero

02 Viudo

03 Separado

04 Conviviente (unión libre)

05 Casado

4.- INGRESO : **Dinero del que dispone en un mes.**

01 sin ingreso

02 con pensión asistencial

03 jubilación

5.- ACTIVIDAD : **Situación laboral actual.**

01 Activo : persona que al momento del estudio, trabaja y percibe salario.

02 Pasivo : persona que al momento del estudio, no trabaja, no recibe salario extra (incluye pensionados y jubilados).

6.- TIEMPO DE PERTENENCIA AL GRUPO : Desde el momento de inscripción de adultos mayores a la fecha.

- 01 0 – 3meses
- 02 4 – 6 meses
- 03 7 – 12 meses
- 04 más de 1 año

7.- PRESENCIA DE PATOLOGÍAS CRÓNICA DIAGNOSTICADA: Signos y síntomas de una enfermedad que se mantiene en el tiempo.

- 01 Hipertensión
- 02 Diabetes
- 03 Limitación crónica del flujo aéreo
- 04 Artritis
- 05 Osteoporosis
- 06 Reumatismo
- 07 Depresión
- 08 Cataratas o vicio refracción grave
- 09 Hipoacusia o anacusia
- 10 Demencia
- 11 Alcoholismo
- 12 Desnutrición
- 13 Otras
- 14 Ninguna

8.- RELIGIÓN : Conjunto de prácticas y ritos que caracterizan una creencia.

- 01 Católico
- 02 Evangélico
- 03 Otro.

9.- RED SOCIAL : Vínculo familiar y/o afectivo al momento de realizar este estudio.

- 01 Esposa e hijos
- 02 Esposa
- 03 Hijos
- 04 Otros

8.6.2 Variable dependiente:

8.6.2.1 CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL FUNCIONAL DUKE-UNK

25.- APOYO SOCIAL : **Interrelación entre el individuo y las personas que le rodean, medido a través de Cuestionario de Apoyo Social Funcional de Duke-Unk (ver anexo).**

Tanto como deseo - Mucho menos de lo que deseo

5

4

3

2

1

8.6.2.2 ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA DE SPITZER

26.- ACTIVIDAD : **Se refiere a lo que hace habitualmente.**

2 Ha estado trabajando jornada completa, o casi, en su ocupación habitual, haciendo las labores de la casa o participando en actividades no remuneradas o voluntarias, estando jubilado o no.

1 Ha estado trabajando en su ocupación habitual, haciendo las labores de la casa o participando en actividades no remuneradas o voluntarias; pero ha necesitado mucha ayuda para hacerlo o una reducción significativa en las horas trabajadas.

0 No ha podido trabajar ni hacer las labores de la casa.

27.- VIDA DIARIA : **Se refiere a la capacidad de cuidarse a sí mismo.**

2 Ha podido comer, lavarse, ir al baño y vestirse sin ayuda. Ha utilizado el transporte público sin ayuda.

1 Ha necesitado ayuda (de otra persona o de un equipamiento especial) para las actividades diarias y el transporte, pero ha sido capaz de hacer tareas poco pesadas.

0 No ha podido arreglárselas para su cuidado personal, ni hacer tareas poco pesadas y/o no ha podido salir de casa ni de la institución.

28.- SALUD : **Se refiere a como se encuentra de salud en general.**

2 Se ha sentido bien la mayor parte del tiempo.

1 Le ha faltado energía o sólo se ha sentido bien al “cien por ciento” de vez en cuando.

0 Se ha sentido muy enfermo o “fatal” la mayor parte del tiempo.

29.- APOYO : **Se refiere al apoyo que recibe de los demás.**

2 Tiene buenas relaciones con los demás y recibe mucho apoyo de al menos un miembro de su familia y/o un amigo.

1 El apoyo que recibe de sus familiares y amigos es limitado.

0 El apoyo que recibe de sus familiares y amigos tiene lugar de vez en cuando o solo cuando es absolutamente necesario.

30.- ACTITUD : **Se refiere a ¿qué piensa acerca de su vida?**

2 En general ha estado tranquilo, ha hecho las cosas con ilusión y ha sido capaz de tomar decisiones sobre su vida y su entorno.

1 A veces ha estado preocupado y en ocasiones no ha podido controlar completamente su vida. Ha pasado por períodos de ansiedad o depresión.

0 Ha estado asustado o totalmente confuso sobre las cosas en general.

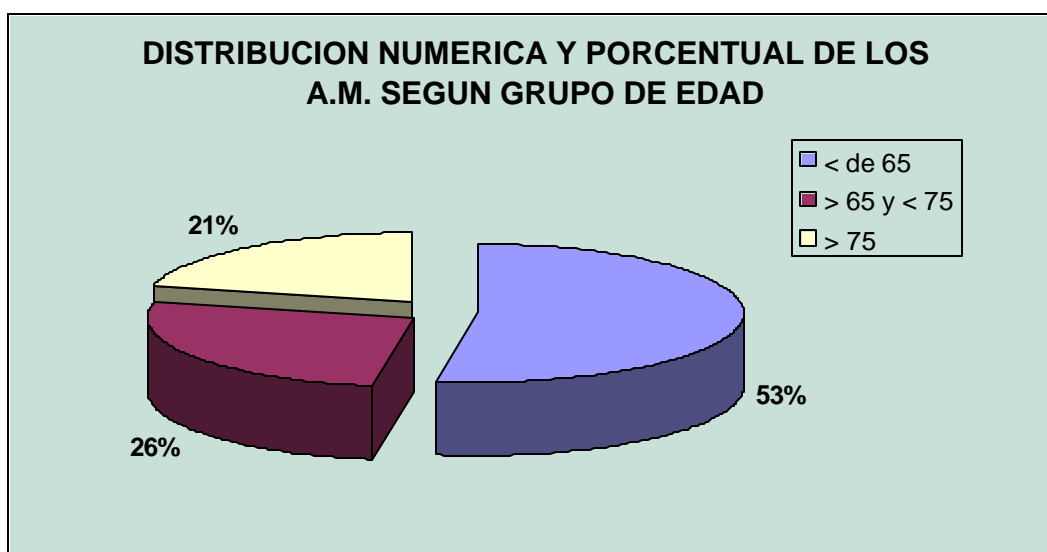
9. RESULTADOS

A continuación se presentarán los datos obtenidos a partir de la aplicación de los instrumentos a la población en estudio – “Hogar de Cristo” de la ciudad de Osorno, durante el período de realización del Proyecto de Tesis.

9.1 IDENTIFICACION DE LA POBLACIÓN “ADULTOS MAYORES” SEGUN ANTECEDENTES SOCIO-DEMOGRAFICOS.

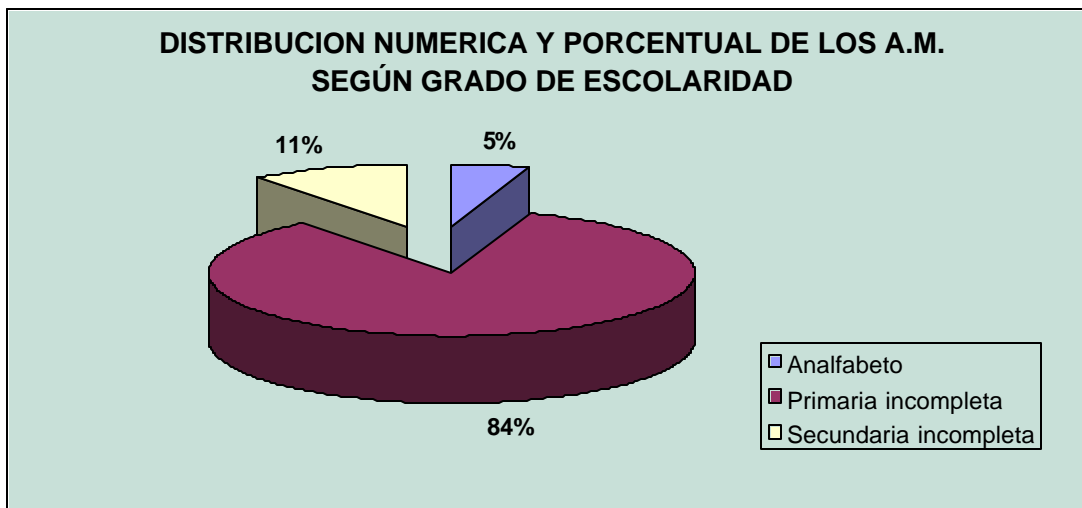
Gráfico número 1:

Distribución porcentual de los “Adultos Mayores” según grupo de edad.



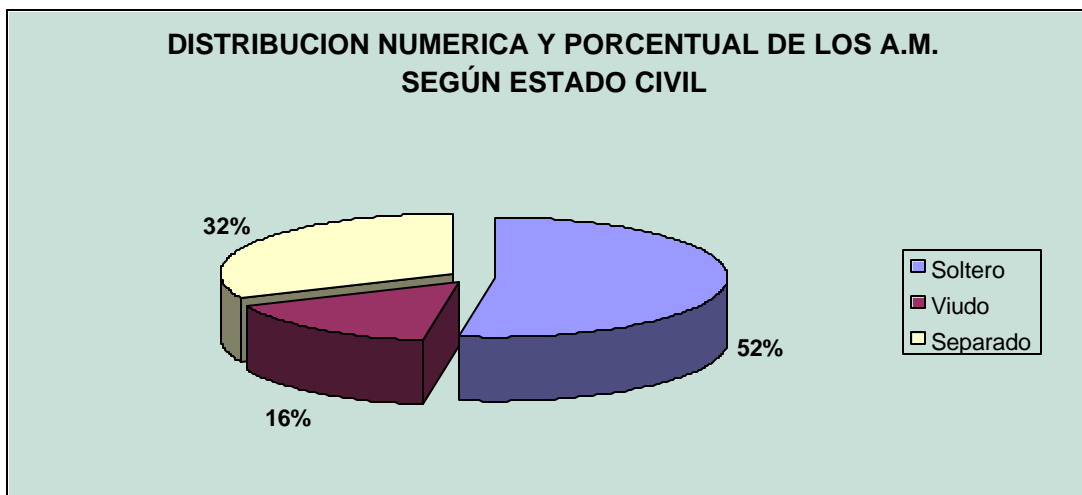
En el gráfico número 1 al analizar la edad de los “Adultos Mayores” en estudio, podemos observar que más de la mitad de la población, no tiene mas de 65 años, es más, un 53% de los adultos tiene como edad promedio 56 años.

Gráfico número 2:
Distribución porcentual de los “Adultos Mayores” según grado de escolaridad.



En el gráfico número 2 la gran mayoría de la población, 94,7% presenta un cierto grado de escolaridad, aunque en alto porcentaje (84,2%) ésta es sólo primaria incompleta.

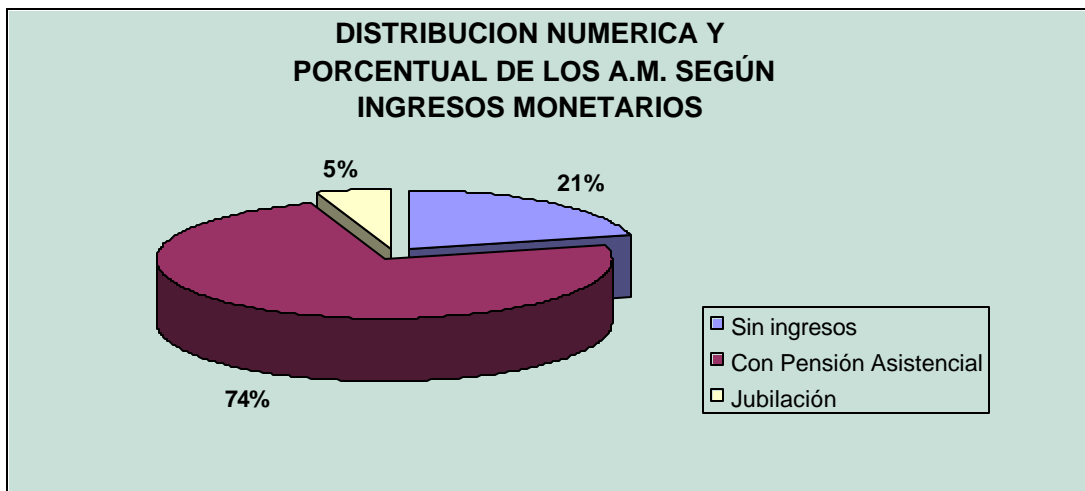
Gráfico número 3:
Distribución porcentual de los “Adultos Mayores” según estado civil.



En el gráfico número 3 se puede apreciar que casi todos los adultos no tienen pareja.

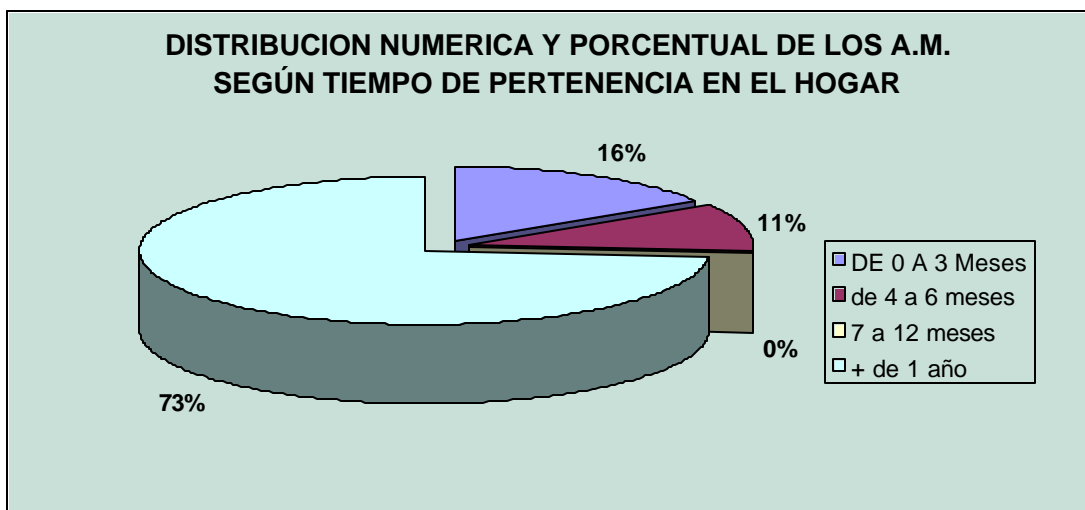
- Casi la totalidad de la población en estudio se encuentra sin ningún tipo de actividad actual. Los 18 adultos, ya sea por limitación física, psicológica u otro factor, no realiza ningún tipo de trabajo, a excepción de uno de ellos que realiza carpintería. Esta situación a todos los tiene bastante agobiados, pues los días pasan y sin hacer nada, los vuelve más tediosos y difíciles de llevar, pues no existe mayor motivación.

Gráfico número 4:
Distribución porcentual de los “Adultos Mayores” según ingresos monetarios.



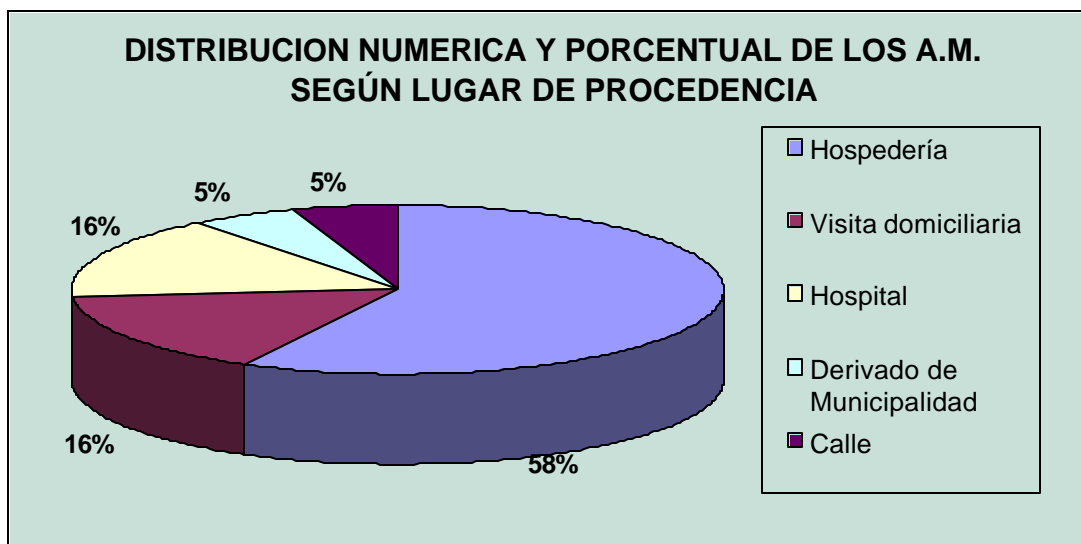
En el gráfico número 4 podemos ver que el ingreso económico de la mayoría de los adultos mayores, 78,8% es mínimo, considerando lo bajísimo que son las pensiones asistenciales, además un 21% de ellos, no recibe ningún tipo de ingreso. Ahora, en relación a esta población, un porcentaje bastante alto recibe pensión asistencial, lo cuál significa que son adultos que tienen ciertos grados de limitaciones, ya sea físicas y/o psicológicas.

Gráfico número 5:
Distribución porcentual de los “Adultos Mayores” según tiempo de pertenencia al hogar.



En el gráfico número 5 la mayoría de los adultos mayores se encuentran viviendo en el hogar más de un año, muchos entre 4 a 6 años, lo cual hace ver un sentimiento de pertenencia a la institución bastante grande pues este lugar se convierte en lo más estable que algunos de ellos han tenido.

Gráfico número 6:
Distribución porcentual de los “Adultos Mayores” según lugar de procedencia.



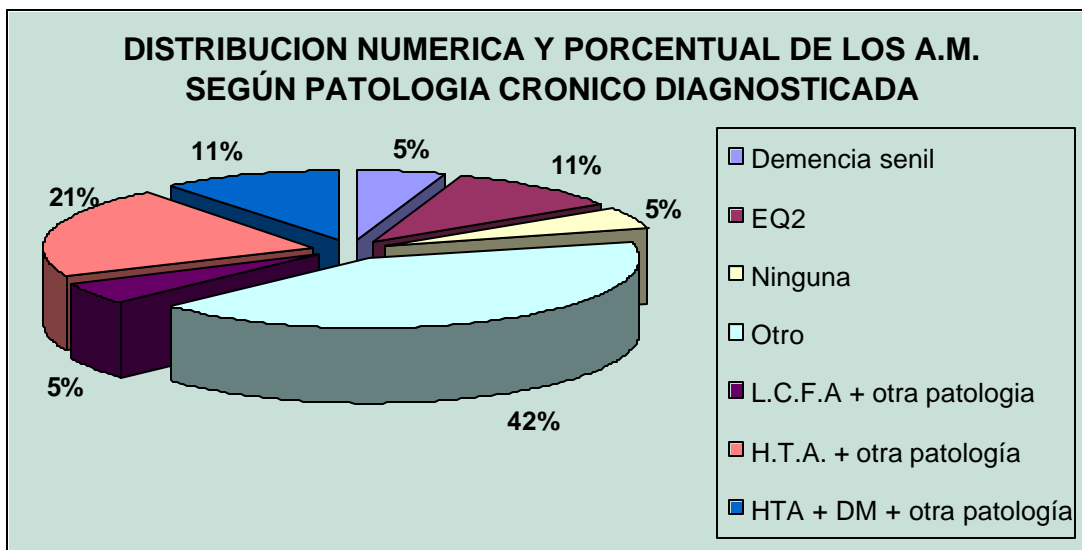
En el gráfico número 6 del total de la muestra, 11 adultos ingresaron a la institución “Vía Hospedería”, lo que es un sistema en donde los adultos después de un tiempo bastante prolongado alojando diariamente en el hogar sin ser institucionalizados y posterior evaluación asistente social, pasan a vivir dentro de la institución. Recordemos que la institucionalización es lo último que se persigue por el hogar, pues se trata que el individuo, vuelva a su hogar, a sus redes de apoyo, pero muchas veces estos no existen.

Un 15,7% llegaron a la institución a través de las “Visitas Domiciliarias”, significa que voluntarios del hogar cuando hacen sus recorridos por la ciudad pesquisan casos sociales en riesgo y una vez visto la precariedad de las condiciones en las cuales viven, son llevados al hogar para que este sea su nuevo lugar.

Otro 15,7% llegó a la institución “Vía Hospital”, esto es cuando los “Adultos Mayores” hospitalizados en el Centro Asistencial de Salud de Osorno son abandonados por sus familiares en este lugar, debido al deficiente estado de salud de ellos o también por que saben que no podrán asumir la responsabilidad de sus cuidados, dejándolos en el recinto completamente abandonados. El hospital por falta de cama, se comunica con el hogar y les solicita su ayuda, terminando la persona de recuperarse en éste y finalmente viviendo en la institución. Un adulto fue derivado al hogar post evaluación de la asistente social de la Municipalidad de Osorno por su precaria calidad de vida y por factores socio-económicos. Otro vivía en la calle y necesitaba de un lugar más digno y seguro para vivir.

Gráfico número 7:

Distribución porcentual de los adultos mayores según patología crónica diagnosticada.

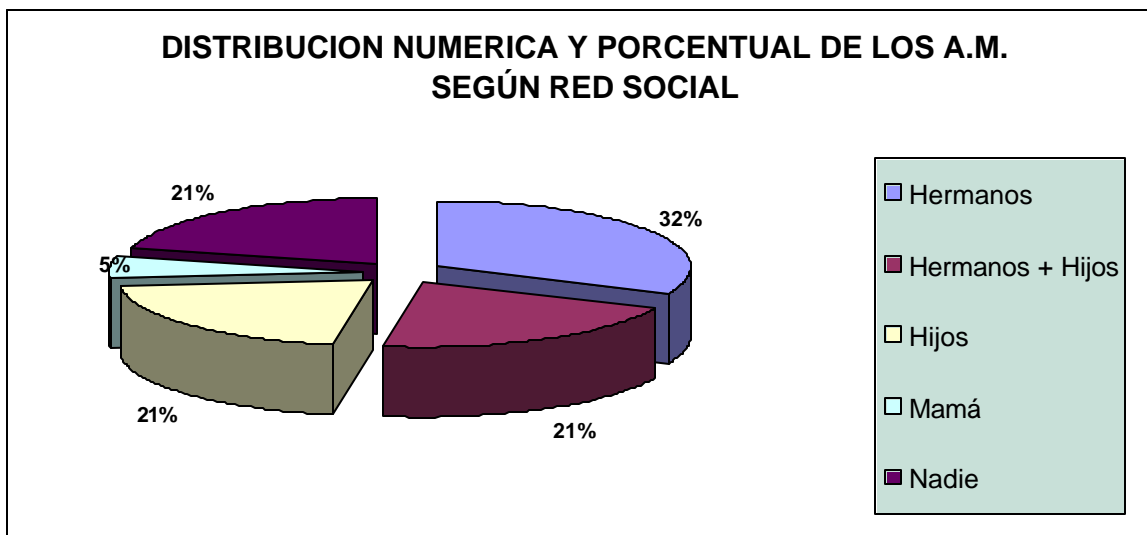


Al analizar el estado de salud de los adultos, se puede observar que dentro de las patologías crónicas más presentes son las que afectan principalmente a toda la población: hipertensión, diabetes y limitación crónica del flujo aéreo. Un 15,7% presenta patologías psiquiátricas, demencia senil y esquizofrenia. El 42,1% representa patologías varias como: secueledos de accidente vascular encefálico y epilepsia. (gráfico número 7).

- El total de la población se adhiere a la religión católica, algunos de ellos se convirtieron a la creencia dentro de la institución.

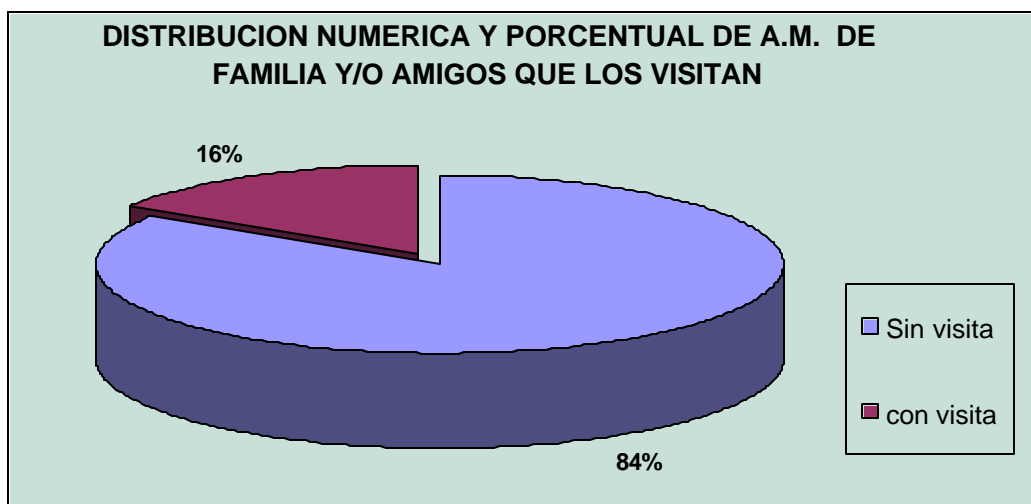
Gráfico número 8:

Distribución porcentual de los “Adultos Mayores” según red social.



Al analizar el gráfico número 8 se puede apreciar que los adultos mayores tiene una red de apoyo bastante reducida. Primero, ninguno de ellos tiene pareja (tres adultos son viudos). Segundo, un 21% de ellos no tiene ningún tipo de familiar y/o amigo presente. Tercero, si bien un 79% de ellos cuenta con algún familiar directo el contacto con ellos es nulo, muchos no saben donde se encuentran o si existen. Otros, rompieron lazos afectivos que nunca volvieron a restablecer.

Gráfico número 9:
Distribución porcentual de los “Adultos Mayores” según familiar y/o amigo que los visite



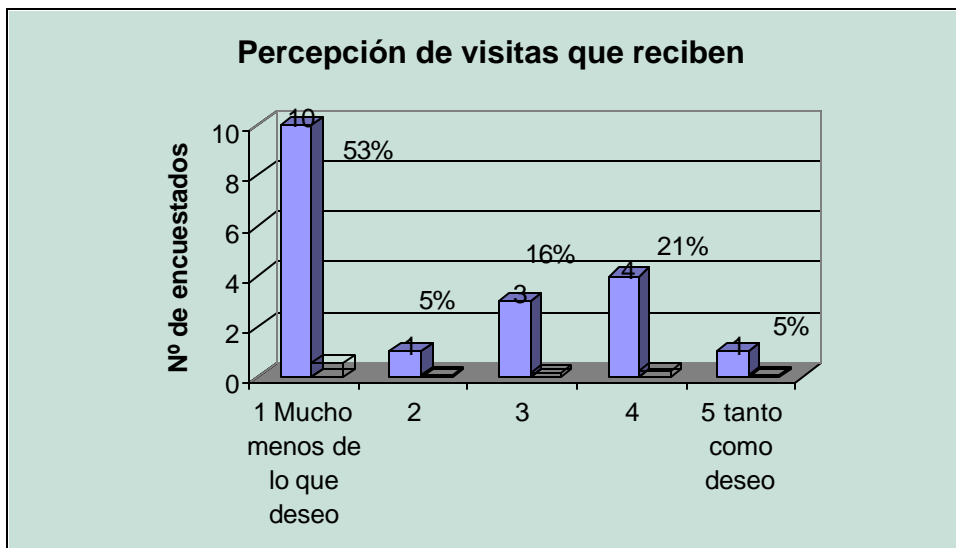
El gráfico número 9 representa claramente el grado de soledad y marginalidad en el cuál se encuentran viviendo los adultos del hogar. En relación al gráfico número 8, aquí se puede apreciar claramente la ausencia de redes de apoyo. Un 15,7% de los adultos son visitados esporádicamente, un 84,2% de ellos no recibe ningún tipo de visitan y un 26% de los adultos sale ocasionalmente del hogar a visitar sus conocidos.

9.2 IDENTIFICACIÓN CUANTITATIVA DEL APOYO SOCIAL FUNCIONAL PERCIBIDA POR LOS “ADULTOS MAYORES”.

Esta identificación tiene como objetivo recoger a través de un cuestionario la opinión de los individuos sobre la disponibilidad de las personas capaces de ofrecer ayuda ante las dificultades, facilidades para la relación social y para comunicarse en forma empática y emotiva, recogiendo valores referidos a dos dimensiones, el confidencial y el afectivo. Cada uno de estos aspectos se evalúa mediante una escala con 5 opciones de respuesta que se puntúan de 1 (“mucho menos de lo que deseo”) a 5 (“tanto como deseo”).

Gráfico número 10:

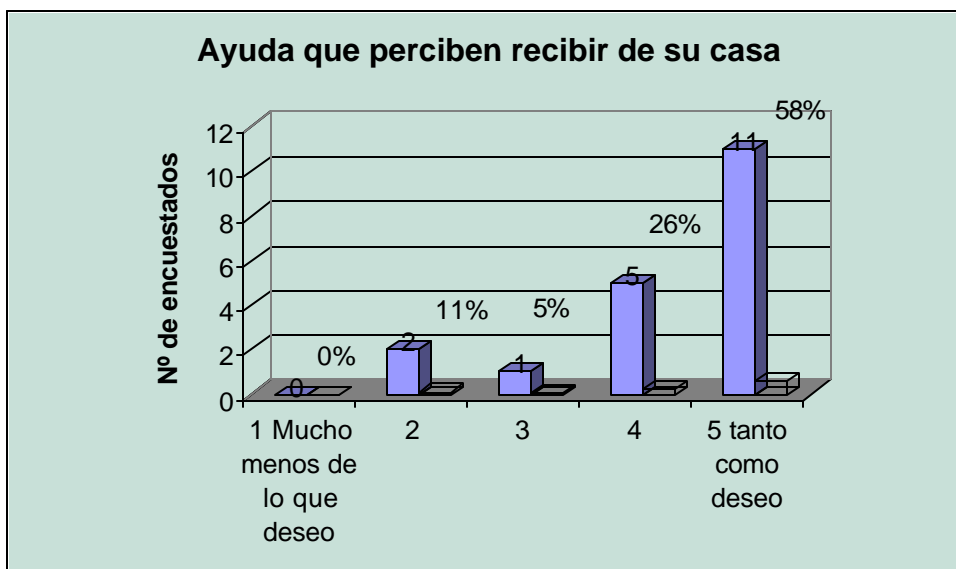
Distribución porcentual y numérico de los “Adultos Mayores” según percepción de visitas que reciben de sus amigos y/o familiares.



En el gráfico número 10, del total de la población, sólo un 5% de los adultos percibe ser visitado como él quiere. Un porcentaje bastante considerable, no recibe visitas. Este gráfico puede ser mejor comprendido al observar el gráfico número 8 y 9.

Gráfico número 11:

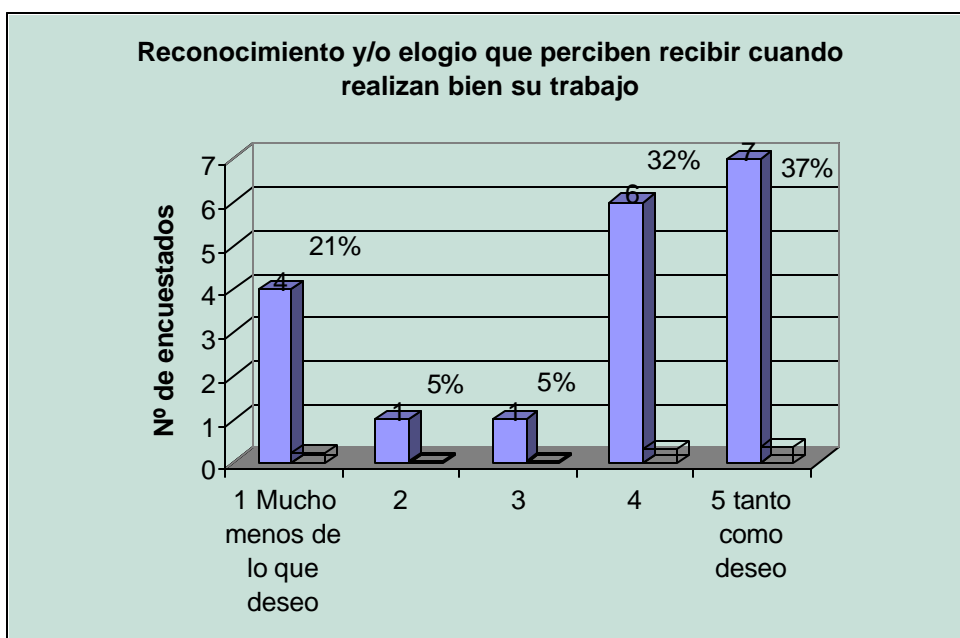
Distribución porcentual y numérico de los “Adultos Mayores” en relación a la ayuda que perciben recibir en asuntos relacionados con su casa.



La gran mayoría de la población percibe recibir ayuda en sus necesidades relacionadas con su casa, esto es por ejemplo, hacer la cama, ayudarlos a bañarse, ordenar sus cosas. Un 11% no recibe la ayuda que él considera necesaria para resolver sus asuntos dentro del hogar. (Gráfico número 11).

Gráfico número 12:

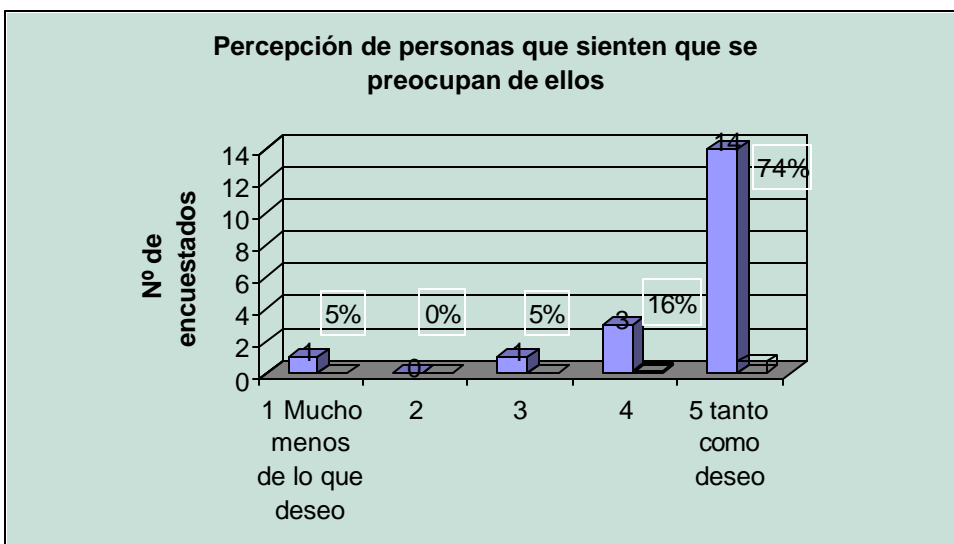
Distribución porcentual y numérico de los adultos mayores en relación a reconocimientos y/o elogios que perciben recibir cuando realizan bien su trabajo.



Más de la mitad de la población refiere ser criticado positivamente o reconocido cuando coopera en realizar trabajos dentro del hogar. Un 26% refiere no percibir mayor interés de la población en general sobre sus actividades. Se refieren también a que se les llama la atención cuando no se portan bien o causan conflicto con sus otros compañeros. (Gráfico número 12).

Gráfico número 13:

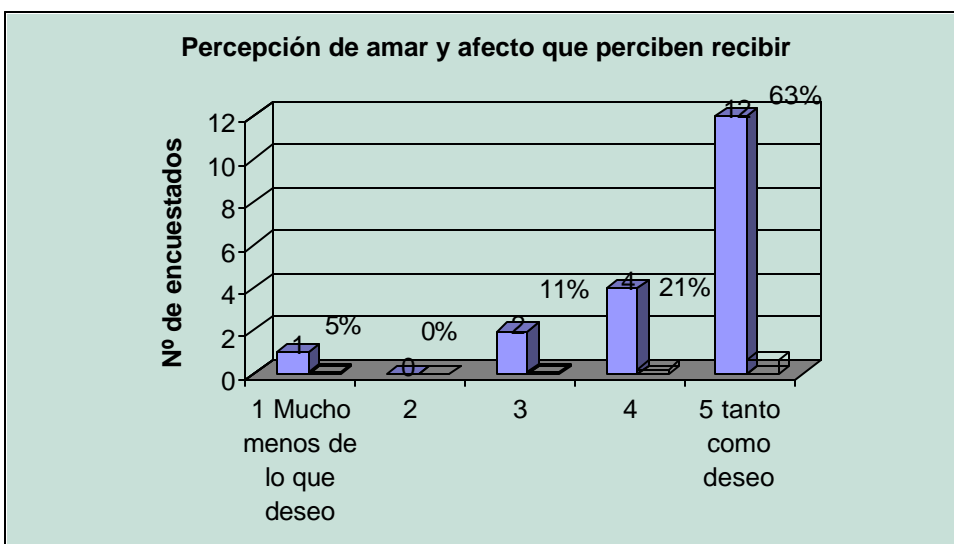
Distribución porcentual y numérico de los “Adultos Mayores” en relación a percepción de personas que sienten que se preocupan de ellos



La gran mayoría de la población siente que existe una real preocupación por parte de todos los integrantes del equipo del hogar, específicamente un 74% de la población percibe esta preocupación como realmente ellos quieren y desean. (Gráfico número 13).

Gráfico número 14:

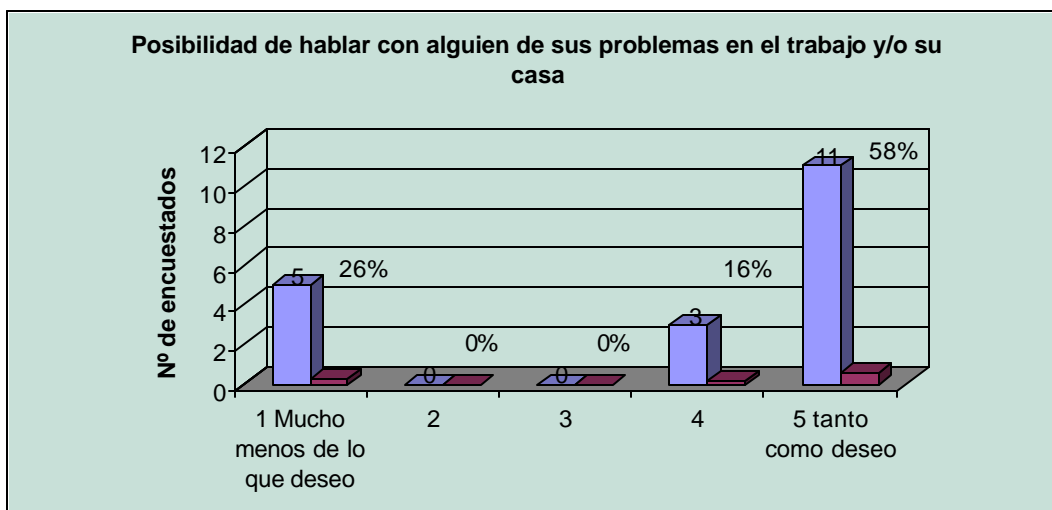
Distribución porcentual y numérico de los “Adultos Mayores” en relación al amor y afecto que perciben recibir.



Los “Adultos Mayores” en su mayoría, como se ve representado en el gráfico reciben mucho afecto y empatía por parte de los trabajadores del hogar, siendo un alto porcentaje del 63% como ellos realmente lo desean. (Gráfico número 14).

Gráfico número 15:

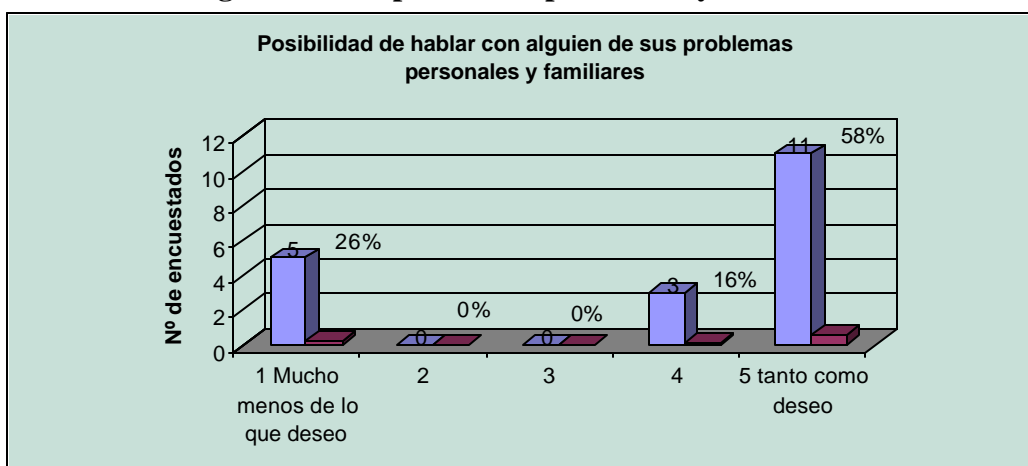
Distribución porcentual y numérico de los “Adultos Mayores” que tienen la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas en el trabajo y/o en la casa.



Casi $\frac{3}{4}$ de la población percibe tener la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas en sus actividades diarias. Generalmente con las personas que hablan este tipo de situaciones son dos trabajadoras que están hace mucho tiempo en el hogar. Un 26% refirió no percibir como realmente quería la posibilidad de hablar con alguien. (Gráfico número 15).

Gráfico número 16:

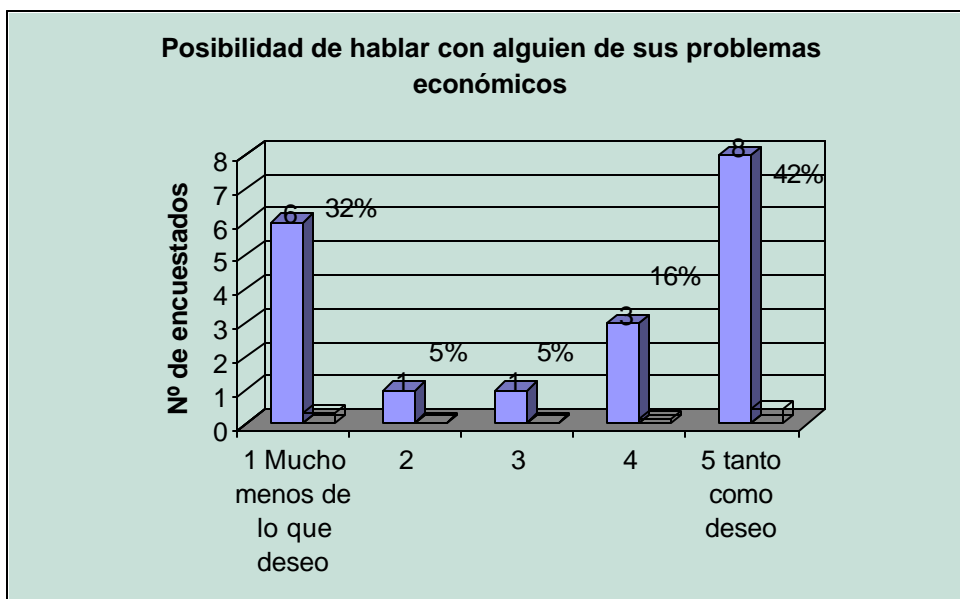
Distribución porcentual y numérico de los “Adultos Mayores” que tienen la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas personales y familiares.



Al analizar el gráfico número 16, se puede observar que la situación es distinta en cuanto a la situación económica, ya que un 53% de ellos no tiene la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas personales y/o familiares, esto se debe generalmente a lo complejo que les resulta hablar de su vida personal. Solamente un 42% refiere poder comunicar estos sentimientos con la gente que los rodea.

Gráfico número 17:

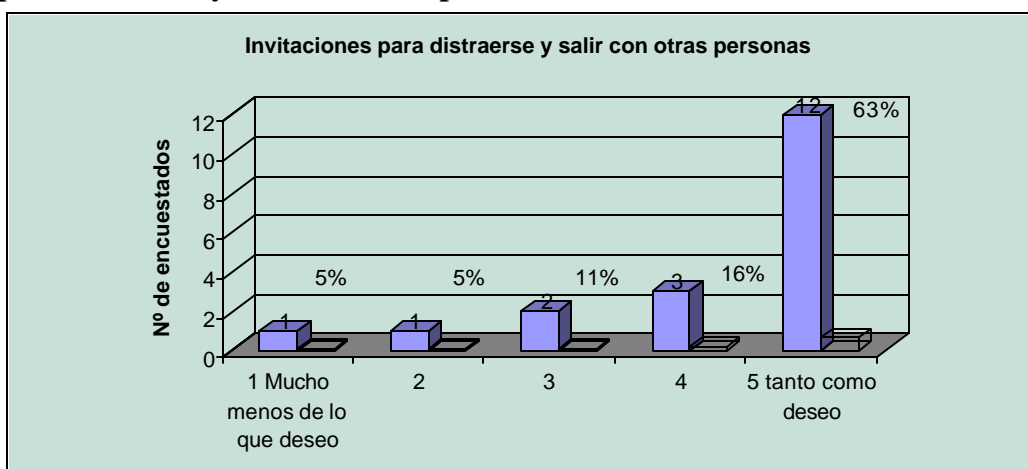
Distribución porcentual y numérico de los “Adultos Mayores” que tienen la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas económicos.



Un 58% refiere tener la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas económicos, generalmente esta persona es la Asistente Social del programa “Adulto Mayor” del hogar, pero existe un 37% de la población que manifiesta no tener la posibilidad de hablar con alguien como él quisiera de esta situación. (Gráfico número 17).

Gráfico número 18:

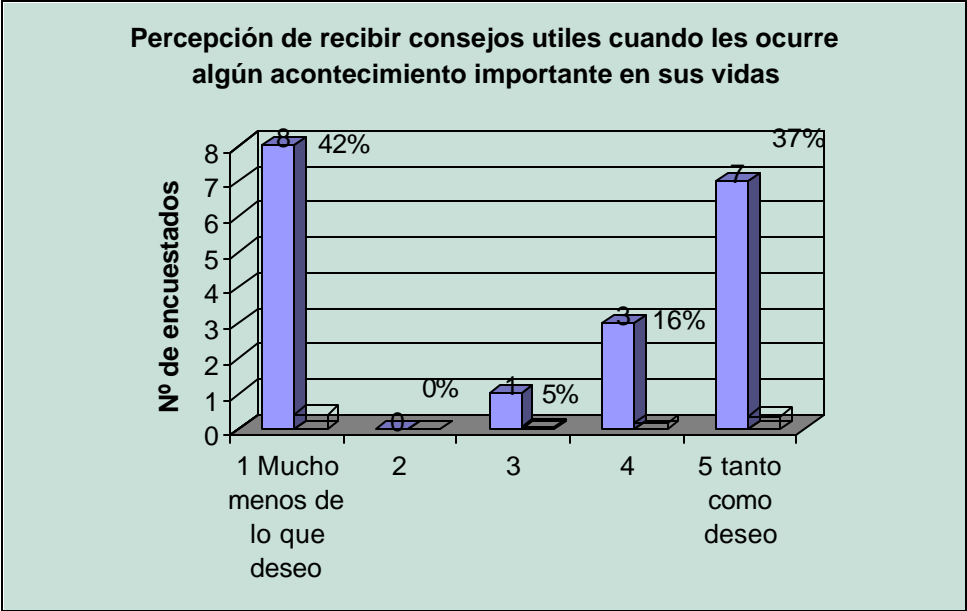
Distribución porcentual y numérico de los “Adultos Mayores” que reciben invitaciones para distraerse y salir con otras personas.



Gran parte de la población, 79% refiere recibir invitaciones para salir a recrearse, pero generalmente ellos no aceptan, pues no les gusta salir del hogar, además les cuesta sociabilizar con otras personas. (Gráfico número 18).

Gráfico número 19:

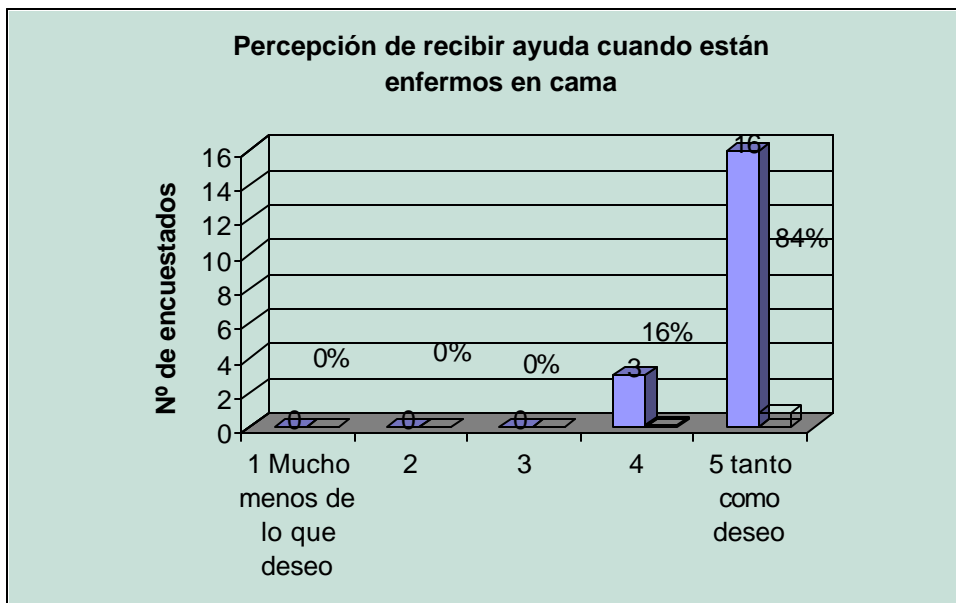
Distribución porcentual y numérico de los “Adultos Mayores” que perciben recibir consejos útiles cuando les ocurre algún acontecimiento importante en su vida.



En este gráfico las opiniones se encuentran divididas, pues un 42,% de la población comenta no recibir un consejo o las palabras de alguien cuando les ocurre algo importante y un 58% dice que sí lo tiene y de la manera que realmente lo desean. (Gráfico número 19).

Gráfico número 20:

Distribución porcentual y numérico de los “Adultos Mayores” que perciben recibir ayuda cuando están enfermos en cama.

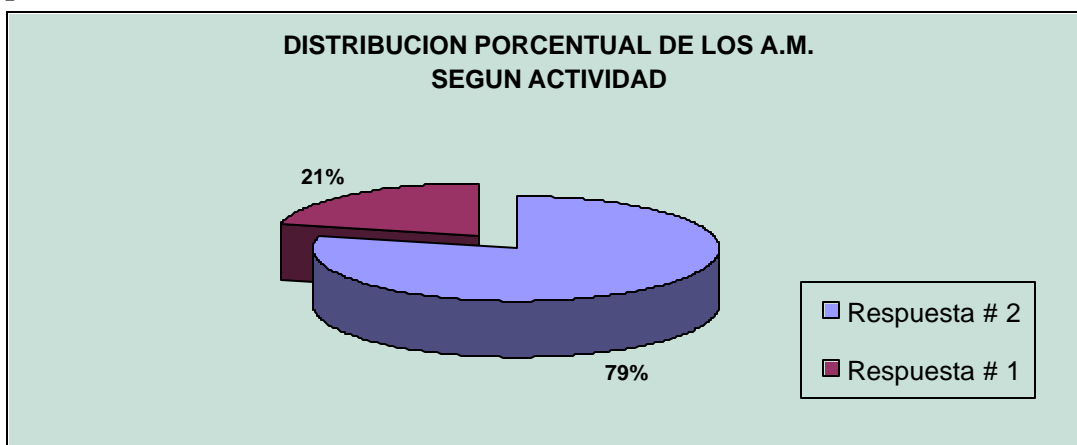


La totalidad de los “Adultos Mayores” refiere recibir ayuda, cuando se encuentran enfermos y más cuando se encuentran limitados en su cama. Un 84% recibe la ayuda como ellos realmente quieren y como nunca nadie antes se la había proporcionado de tan buena manera y desinteresadamente. (Gráfico número 20).

9.3 IDENTIFICACION DEL INDICE DE CALIDAD DE VIDA DE LOS “ADULTOS MAYORES”

Gráfico número 21:

Distribución porcentual de los “Adultos Mayores” según ACTIVIDAD, (se refiere a lo que hacen habitualmente).



En el gráfico número 21 de un total de 19 encuestados, se observa que el 78,9% de la población ha estado realizando algún tipo de actividad dentro del hogar, ya sea participando en labores diarias como ordenar su cama, sus cosas y preocuparse de su aseo personal. El 21% restante ha estado realizando actividades pero ha necesitado ayuda para hacerlo.

Gráfico número 22:

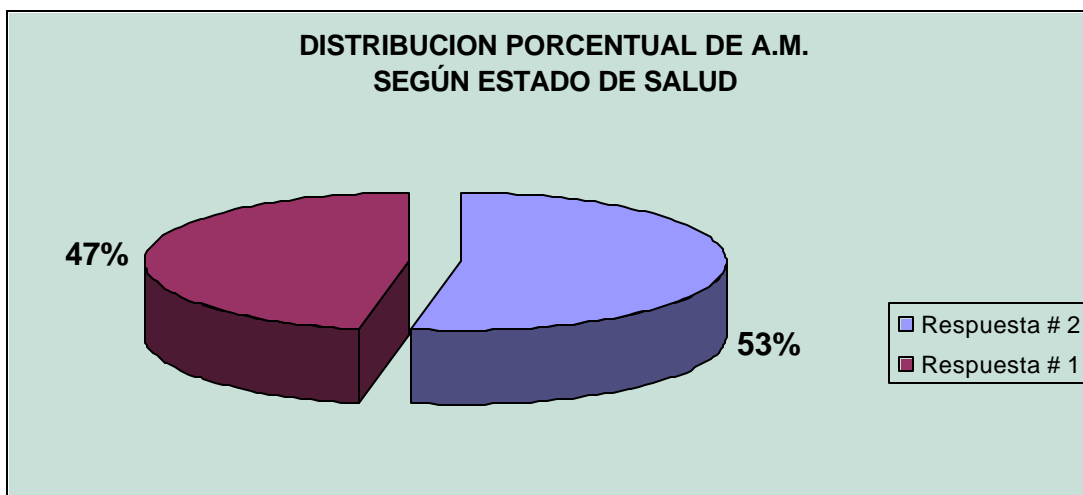
Distribución porcentual de los “Adultos Mayores” según su VIDA DIARIA, (se refiere a la capacidad de cuidarse a sí mismo).



En el gráfico número 22 podemos observar que sólo 1 de cada 5 personas necesita ayuda para cuidarse a si mismo. Las otras 4 personas se encuentran institucionalizadas porque no tienen donde vivir ni los medios para subsistir.

Gráfico número 23:

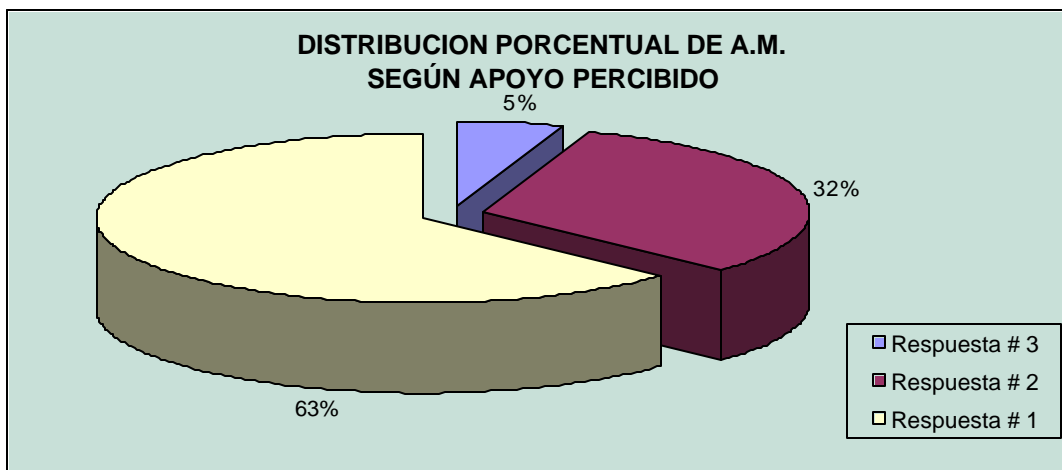
Distribución porcentual de los “Adultos Mayores” según ESTADO DE SALUD, (se refiere a como se encuentra de salud en general).



En el gráfico número 23 un 52,6% de la población se ha sentido bien la mayor parte del tiempo. Un 47,3% ha sentido que le ha faltado la energía o solamente se ha sentido bien al “cien por ciento” de vez en cuando.

Gráfico número 24:

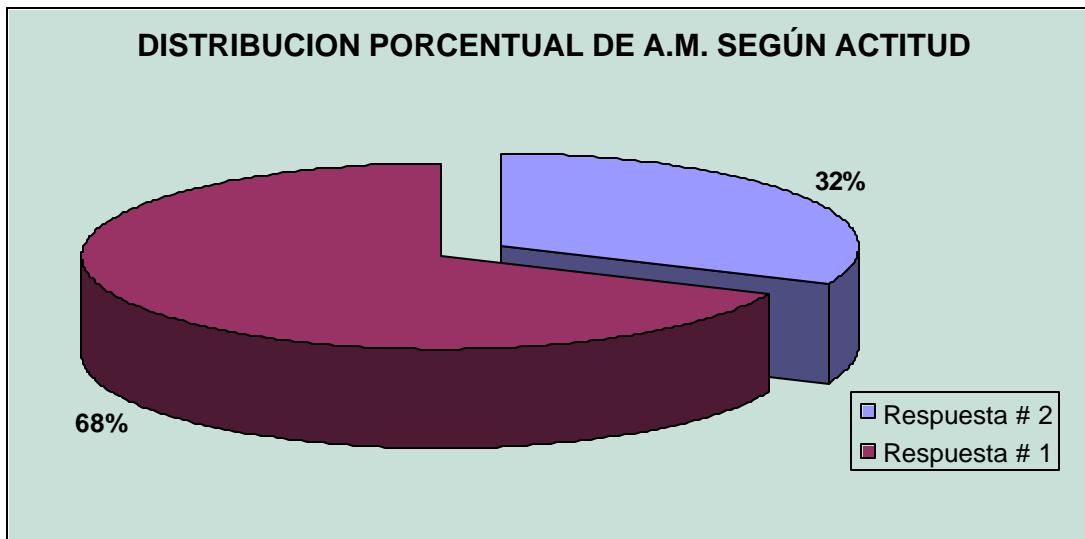
Distribución porcentual de los “Adultos Mayores” según APOYO PERCIBIDO, (se refiere al apoyo que recibe de los demás).



En el gráfico número 24 del total de la población de “Adultos Mayores”, un 63,1% refiere tener buenas relaciones con los demás y recibir mucho apoyo de al menos un miembro del hogar y/o de un amigo; un 31,5% manifiesta que el apoyo recibido de la gente que lo rodea es limitado; y un 5,2% refiere que el apoyo percibido por los demás es de vez en cuando o sólo cuando es absolutamente necesario.

Gráfico número 25:

Distribución porcentual de los “Adultos Mayores” según ACTITUD (se refiere a que piensa acerca de su vida).



Un 68,4% de la población refiere sentirse en general tranquilo, ha hecho las cosas con ilusión y ha sido capaz de tomar decisiones sobre su vida y su entorno. El 31,5% restante, manifiesta sentirse preocupado y en ocasiones no ha podido controlar completamente su vida, han sentido pasar por períodos de ansiedad y depresión. (Gráfico número 25).

10. DISCUSION

Según la Organización de las Naciones Unidas y el Ministerio de Salud de Chile, considera a las personas adulto mayor cuando tienen 65 años y más. El 53% de nuestra población en estudio tiene como edad promedio 56 años y la razón por la cual se encuentra dentro del programa Adulto Mayor del Hogar de Cristo es por la calidad de vida que han tenido. Estas personas que nacieron y crecieron en la marginalidad que envuelve a la pobreza tienen sus vidas marcadas por historias que están llenas de fuertes sentimientos de dolor, soledad, frustración, abandono, inferioridad e inseguridad, lo cual acompañado por el consumo de alcohol, método compensador de sus amarguras ha deteriorado su persona en todos los ámbitos de su existencia.

Su grado de escolaridad es mínimo, teniendo un 84% de la población sólo primaria incompleta, en relación a esto concordamos con Letelier y Radrigan que hace mención de esta situación en su investigación “Estudio de las características sicosociales de la familia marginal” (1989) que el causal principal de esta deserción escolar es la precocidad laboral a la cual se encuentran sometidas estas personas, además de la falta de recursos económicos de los padres para cubrir la demanda de la educación, o también familias disfuncionales y/o consumo de drogas.

La totalidad de nuestra población no tiene pareja, siendo un 84% de los adultos mayores solteros y/o separados, todo esto por la tendencia a la unión libre de estas personas y al abandono frecuente que hace el conyuge y/o conviviente masculino del hogar. En relación al porcentaje de adultos que son viudos, el recuerdo de la pareja perdida les causa bastante dolor y aún en el resto de los adultos que ahora se ven solos y llenos de recuerdos, la soledad los llena de nostalgia.

El total de la población se encuentra sin ningún tipo de actividad actual destacando que esta situación de inactividad es más grande en los hombres que en las mujeres que se encuentran institucionalizados. Conuerdo frente a esta situación con Carmen Barros que en su libro “La vejez Marginada” (1979) hace mención a esta situación, señalando que culturalmente a la mujer se le otorga un rol doméstico, por lo tanto, dentro de la institución, en cierta medida puede seguir ejerciendo este tipo de labores, en cambio el hombre teniendo básicamente un rol ocupacional, encuentra mayores dificultades para ubicarse en un que hacer generando en él un fuerte sentimiento de inutilidad, de no tener nada que hacer consigo mismo ni con su tiempo lo cual refuerza su proceso de desvalorización, desencadenado por el sentimiento de abandono en el cual se encuentra. Dentro de la

institución tampoco existen talleres recreativos y utilitarios (carpintería, electricidad, jardín, etc.) donde ellos pudieran participar, además hay que mencionar, que la falta de educación, determinó en ellos un trabajo inestable en ocupaciones laborales de baja calificación y remuneración, lo cual determina de antemano la inestabilidad de su seguridad a futuro.

El ingreso económico de la mayoría de los adultos mayores es nulo o mínimo, un 21% de ellos no recibe ningún tipo de ingreso y más de $\frac{3}{4}$ de la población recibe sólo pensión asistencial, lo cual significa que son adultos que tienen escasos recursos económicos para poder mantenerse independientemente, además de tener ciertas limitaciones, ya sea físicas y/o psicológicas, razón por la cual reciben la pensión.

Como señala Letelier y Radrihan (1989) “El trabajador marginal, generalmente se desempeña en actividades del sector terciario o servicios menores que son mal remunerados, por lo tanto los bajos montos con los que se deben manejar implica una estrechez económica grande, considerando que en esta sociedad los servicios y bienes se deben pagar”.

En relación a esto cabe mencionar que en una sociedad marcada por la industrialización y el capitalismo, y donde la competencia entre los individuos por la eficiencia laboral, es considerablemente alta, el ser ya, un ser no productivo en lo que a economía se refiere, es un problema grave, más si nunca se tuvo la posibilidad de acceder a una buena educación y calidad de vida.

La mayoría de los adultos mayores se encuentran viviendo en el hogar hace varios años, provocando esta situación de residente un efecto ambiguo, pues por una parte el hecho de ingresar a un hogar es percibido como una señal de abandono y rechazo y por otra, la institución es percibida como un refugio del mundo que los ha aislado, pero esta seguridad produce una extraña sensación, pues es la aceptación casi definitiva de estar al margen de la sociedad.

En relación a la procedencia de estos adultos mayores, la vía de ingreso a la institución fueron varias, las cuales se encuentran analizadas junto al gráfico número 6. Sin embargo las razones que llevaron a los ancianos a acudir a una institución con mayor frecuencia son las siguientes: falta de recursos económicos, el no tener donde o con quien vivir, el temor a vivir solos o ser un estorbo para la familia, el haber sido abandonados por los hijos. Es importante señalar que la institución es un recurso al cual se llega como última instancia, cuando no se tiene familiar, o cuando ésta no puede o no quiere asumir su responsabilidad sobre el anciano.

La gran mayoría de los adultos mayores presenta algún tipo de patología crónica diagnosticada o secuela de otra, producto de la ausencia y/o deficiencia de un tratamiento efectivo a su enfermedad. Cabe destacar que del total de la población un 16% de ellos presenta patologías psiquiátricas, siendo dos adultos, esquizofrénicos. Ellos se encuentran viviendo junto con el resto de la población, siguiendo minuciosamente su tratamiento farmacológico y controles por los trabajadores del hogar y en observación continua por una posible descompensación que sería riesgoso para ellos y la población en general.

Este tipo de pacientes se ha convertido en un gran problema para la institución y la sociedad en general, pues el hogar no tiene las condiciones ya sea en infraestructura y personal, como para poder atenderlos integralmente, pero tampoco pueden ser abandonados, cuando tienen como misión acoger con amor a desamparados en riesgo de abandono en especial discapacitados físicos y/o psíquicos en extrema pobreza o indigencia, en fin, en nuestra sociedad nadie quiere asumir la responsabilidad de sus cuidados. El Servicio de salud Mental de Osorno, tampoco puede acogerlos por la sobredemanda a la cual se encuentran sometido, siendo vía de ingreso a la hospitalización crisis de urgencia psiquiátrica, pues una vez compensados y estabilizados son rápidamente dados de alta.

El total de la población se adhiere a la religión católica, siendo esta actividad religiosa una experiencia que les permite trascender, en cierto modo su soledad, además esta creencia les permite encontrar una respuesta para el sufrimiento, la injusticia, la enfermedad y sobre todo, para la muerte, la cual en algún momento tendrán que afrontar.

La red social de nuestra población en estudio es bastante reducida, un 21% de ellos no tiene a nadie a su alrededor ni familiar ni amigo, constituyendo esta institución el lugar donde apaciguar su soledad, pues sienten que esta cuidara de él. El resto de la población tiene un familiar directo, pero el lazo afectivo se encuentra casi completamente cortado. Así vemos que de los que no reciben visitas solo el 25% no tiene familiares. El ingresar a un hogar implica, frecuentemente, la ruptura con la familia pues esta ya no puede o no quiere seguir manteniendo consigo al adulto, de ahí la sensación de abandono, de ya no ser acogido.

Esta percepción tiene su contrapartida que viene a agravar el conflicto, transformándose en un círculo vicioso: para los familiares que toman la decisión de ingresar a uno de sus miembros ancianos a un hogar, esta decisión les significa aceptar que no son capaces de cumplir con su papel de familia, lo que genera sentimientos de culpa y tendencia a olvidarse del anciano, una vez tomada la decisión de asilarlo en una institución. Visitarlo es, en cierta manera, revivir la culpa. Esto explica por qué, muy a menudo, el ingreso a un hogar significa de hecho la ruptura casi definitiva entre el anciano y su familia. Esto justificaría los resultados de la investigación, en donde $\frac{3}{4}$ de la población no recibe

ningún tipo de visita y el 16% restante solo recibe visita ocasionalmente por un familiar y/o un amigo. A esto se le debe sumar que del total de la población solo un 5,2% de los adultos, perciben recibir visitas como él realmente quisiera que fueran.

En relación al apoyo que ellos perciben recibir de la gente que los rodea en el hogar, más de la mitad de la población refiere sentirse acompañado, escuchado y ayudado, aun así existe un 31,5% de los adultos que manifiestan que este apoyo que reciben es limitado, no es como ellos realmente quisiera que fuera.

La gran mayoría de la población percibe recibir la ayuda que ellos necesitan en relación a los asuntos que tengan que ver con sus necesidades básicas, a esto se le debe agregar que la totalidad de la población señala que ellos saben que en el momento en que se encuentren enfermos y/o en cama limitados por alguna enfermedad, serán ayudados por el equipo de trabajadores del hogar. Ellos realmente agradecen esta situación, pues temen mucho estar enfermos y sobre todo, estar solos en esas condiciones. Estos adultos en general perciben recibir por la gente que los rodea preocupación, afecto, cariño y respeto, observándose una marcada dependencia hacia las personas que están a su servicio, todo por los temores propios a la edad, como lo dijimos anteriormente, miedo a la enfermedad, a la muerte, a ser robados, golpeados.

En cuanto a sus problemas, dependiendo de las características que tengan, los comunicaran a la gente que los rodea, por ejemplo, si sus problemas son en relación a asuntos económicos, más de la mitad de la población refirió poder comunicarlos de la manera que ellos querían a la asistente social del programa. Si sus problemas tienen relación con sus actividades diarias y/o habitación, casi $\frac{3}{4}$ de la población refiere poder comunicarlos y generalmente son, con dos trabajadoras que están tiempo completo con ellos, por lo tanto sienten confianza con ellas. Si los problemas son personales o tienen relación con su familia más de la mitad de la población refirió no tener la posibilidad de hablar con alguien este tipo de situación, generalmente esto se debe a lo complejo que resulta para ellos hablar de sus problemas personales y a la inestabilidad y desconfianza que existe en sus relaciones con los demás. Cuando les sucede algo importante, un 42,1% de los adultos refiere no tener la presencia de alguien con quien compartir ese momento o recibir un consejo o saludo. Más de la mitad de la población refiere ser criticada positivamente cuando realiza bien su trabajo y/o coopera en las actividades del hogar, aun así $\frac{1}{4}$ de la población refiere no percibir mayor interés de la gente que los rodea en sus actividades.

En relación a su recreación, $\frac{3}{4}$ de la población (78,8%) refiere recibir invitaciones para salir del hogar a distraerse. Aun así, generalmente ellos las rechazan pues no les gusta alejarse del hogar. En cuanto a sus actividades recreativas, concordamos con Carmen Barros (1979), que los adultos participan en aquellas que suponen una actitud receptiva: oír radio, ver televisión. Diversiones que suponen una actitud activa de parte de los

participantes (juegos de naipes u otros), son poco frecuentes. Dentro de esta institución se encuentra completamente ausente actividades que pudieran significar una expresión de su personalidad, como por ejemplo, tareas intelectuales o artísticas (pintar u otros).

En cuanto a la actividad, referida a lo que hacen habitualmente y a su vida diaria, referida a la capacidad de cuidarse a si mismo, podemos decir que generalmente es mínima, si bien $\frac{3}{4}$ de la población realiza solo sus actividades, $\frac{1}{4}$ las realiza con ayuda producto de sus limitaciones, pues en lo que atañe a su vida cotidiana, el anciano se encarga siempre de sus cuidados y aseo personal, salvo en los casos en que se encuentra imposibilitado de hacerlo y como señala Carmen Barros (1979), en lo que respecta a actividades de aseo y mantención del hogar o de servicios comunes, la actividad de los ancianos en general es nula.

En relación a como se encuentran de salud, en general más de la mitad de la población refiere sentirse bien la mayor parte del tiempo, pero un 47,3% se ha sentido bien solo de vez en cuando.

Carmen Barros en su artículo “Factores que intervienen en el bienestar de los adultos mayores” (1993), manifiesta que existen tres formas de encarar el envejecimiento:

1. **Aceptación sabia de la vejez.** Esta modalidad incluye a quienes reconocen sus propias limitaciones y las aceptan con naturalidad; están satisfechos con su vida, intentan aprovechar las oportunidades que se les ofrecen y utilizan sus capacidades. Su estado de ánimo es positivo: son optimistas, esperanzados, activos. Luchan por superar sus problemas. Se gozan de lo que han logrado y esperan más del futuro.
2. **Resignación frente a la vejez.** Esta modalidad incluye a quienes viven su envejecer conformándose con lo que les acontece, sintiendo que no pueden hacer mucho por cambiar la situación que les toca vivir. Salvo más bien por una preocupación pragmática de tener un buen pasar y de evitarse mayores complicaciones, no proyectan ni intentan sacar partido alguno de su situación. Se gozan de lo logrado, pero no consideran tener un futuro. Sin mostrarse satisfechos ni creer que la vejez pueda significar plenitud, tampoco acusan insatisfacción.
3. **El temor y la angustia de envejecer.** Aquí se incluyen quienes temen un futuro próximo de sufrimientos y de deterioro. Se sienten frustrados e insatisfechos con su vida presente. Tienen también susto de la muerte. Su ánimo trasunta tristeza, abatimiento, desesperación. Se lamentan de lo perdido al extremo de sentir resentimiento, envidia. La incertidumbre acerca de lo que vendrá los inquieta al punto de impedirles disfrutar el presente.

En relación a la actitud, referida a lo que piensan acerca de su vida casi $\frac{3}{4}$ de la población se encontraría dentro del primer grupo, manifestando sentirse tranquilos y ser capaces de tomar decisiones sobre su vida y su entorno con ilusión. El 31,5% restante se encontraría dentro del tercer grupo, pues refieren sentirse preocupados y pasar por periodos de ansiedad y depresión, además de sentir no poder controlar totalmente su vida.

11. CONCLUSION

En las sociedades antiguas el anciano gozaba de poder, prestigio y alto reconocimiento social, pues se consideraba que la edad estaba directamente relacionada con la sabiduría. Esta situación cambia radicalmente por el nuevo sistema económico, en donde el surgimiento de la sociedad industrial convierte a este sector de la población en individuos carentes de un rol y funcionamiento específico y por ende en una carga social para su familia y para toda la sociedad.

Como manifiesta Paz Covarrubias en su artículo “Análisis sicosocial del anciano en Chile” (1979), los problemas psicológicos y sociales que enfrenta el adulto en nuestra sociedad, son por la limitación que la misma impone a la satisfacción de sus necesidades de relación, actividad, seguridad.

De la forma y del grado en que se satisfacen estas necesidades, así como la percepción que los ancianos tengan de ello, surgirán los sentimientos de satisfacción o de carencia correspondientes. Así, por ejemplo, frente a la necesidad de relacionarse con otros, los ancianos podrían percibir cierto grado de aislamiento, sentido como soledad. Su relativa inactividad podría generar sentimiento de inutilidad; si el anciano vive en una situación de inestabilidad económica y de incomodidad física, podría definir esto como inseguridad, y experimentar temor y miedo. Por último, al no encontrar el reconocimiento social que espera, podría vivenciar un sentimiento de inferioridad.

Estas y otras características son las que se encuentran presentes en nuestros ancianos en estudio, que además de ser adultos mayores se le suma la característica de ser personas indigentes, lo cual se traduce en ser personas marginadas por la sociedad, que a pesar de su relativa escasa edad, su rostro refleja sus precarias condiciones de vida que han tenido. Con una escolaridad mínima que no le permitió optar a ningún tipo de trabajo bien remunerado, los convierte ahora en individuos sin ningún tipo de actividad productiva y por ende no tener ningún tipo de ingreso o solo recibir pensiones asistenciales. A esto se le suma que son individuos con una red de apoyo bastante reducida; la gran mayoría se encuentran solos, y si tienen algún familiar, hace mucho tiempo que no lo ven o no saben si existen.

En nuestro país son muchos los adultos mayores que se encuentran en esta situación, y por lo mismo ellos deben acudir a instituciones no gubernamentales para asegurar sus precarias condiciones de vida y revertir de cierta manera su calidad de vida.

El ingreso a un hogar es percibido por el adulto mayor como una vivencia de abandono, rechazo y soledad, además de adquirir un significado de haber sido rechazado por la familia o no tener familia, de carecer de un lugar, el no tener donde ir, produciendo en él un fuerte sentimiento de desvalorización como persona. De ahí la importancia de la metodología de trabajo que tengan estas instituciones con sus adultos mayores, pues su organización es fundamental en el desarrollo y calidad de vida de los adultos que se encuentran en su interior.

El Hogar de Cristo, institución de valores muy humanitarios a diferencia de otros hogares es un centro abierto en donde se respeta y potencia la autonomía de los adultos mayores, además de incentivar la reincorporación del individuo a su familia y dejar en último lugar la institucionalización.

El Hogar de Cristo es un centro que a diferencia de otros hogares, los adultos producto de la confianza que se les entrega pueden salir a las calles las veces que ellos quieran, siempre bajo condiciones pactadas con los funcionarios de la obra. Fundamentalmente a ellos se les permite salir porque como se mencionó anteriormente a ellos se les respeta su autonomía y sus derechos convirtiéndolos en personas responsables de las consecuencias de sus actos y a partir de ello, comprendan la relevancia del autocuidado sin necesariamente verse sometidos a reglas impuestas, sino que enseñándoles a respetarse, a cuidar de su salud, a quererse a sí mismo y a sus compañeros. Existe un convenio entre hospedados y trabajadores en donde ambas partes deben acatar normas. Entre sus deberes, deben cumplir con su plan de higiene, controlar su salud (tomarse la presión, tomarse sus remedios), tratarse con respeto y por el nombre. En relación a su consumo de alcohol, muchos de ellos son alcohólicos de consumo intermedio, es decir, ellos consumen de vez en cuando, solo cuando tienen algo de dinero.

A pesar de esto, es inevitable que a pesar del apoyo otorgado de cierta manera por estas instituciones a sus ancianos en ellos se generen sentimientos de abandono, soledad, desvalorización, inseguridad e inferioridad entre otros. Es por esto que concordamos con Carmen Barros (1979), y otros autores, que es responsabilidad de las instituciones en cuestión, evitar en lo posible, el surgimiento y desarrollo de tales sentimientos. Para ello recomienda: 1° que las instituciones organicen y estimulen actividades comunes que les permita interactuar a los ancianos, a la vez que les haga sentirse útiles; 2° que las instituciones aseguren el vínculo de sus residentes con el mundo exterior. Para ello deberían exigir, como cláusula de ingreso, la obligación de visitas periódicas de los familiares. Deberían además relacionar a los residentes con las organizaciones de la comuna donde se encuentren (junta de vecinos, instituciones culturales); 3° que las instituciones hagan participar a los residentes en ciertos aspectos de su hogar (crear, por ejemplo, un comité encargado del orden de la pieza, de la limpieza de los baños, de la creación de un invernadero, etc.).

Si bien la tendencia del anciano es a la inactividad, su nivel de actividad depende, en gran parte del estímulo que recibe para realizarla. La creación de un ambiente social en donde se programen actividades, se estimule su interacción, se incentive su participación en la marcha del hogar y se mantenga su conexión con el mundo exterior, permitirá al adulto mayor más allá de entretenerlo y mantenerlo contento, apoyar su moral y autoimagen, imagen que él percibe desintegrada y que arriesga a desintegrarlo como persona.

De acuerdo al análisis de esta investigación, el requisito básico para mejora la situación del anciano en nuestra sociedad es modificar ciertas actitudes como, que la comunidad cambie su comportamiento hacia ellos, que comprenda su situación, que se creen mecanismos sociales capaces de compensar las naturales deficiencias del anciano y de paliar las principales problemas que él enfrenta, y finalmente que la población aprenda a envejecer.

Si acudimos a lo que dicen algunos expertos sobre el tema, como Erikson y Frankl, se puede postular que en la vejez habrían tres tareas de desarrollo, las cuales permitirían definir actividades que sean propias del rol del anciano:

1° Mantener una función generativa. Esto surge de aceptar el supuesto que el hombre necesita seguir realizando actividades para sentirse satisfecho. Ello implica comprometerse con lo que pasa a su alrededor, aceptando que se es un ser en el mundo con tareas por cumplir. Vale decir que, por el hecho de ser viejos, no pueden estancarse sino que deben seguir produciendo; no pueden aislarse sino que deben seguir relacionándose y preocupándose de los otros; deben seguir amando la vida y disfrutando los momentos de recreación y alegría.

2° Conseguir la integridad. Esto se refiere al ámbito del hombre consigo mismo y con su historia de vida. Se trata, mediante la reflexión y el trabajo interior, de aceptarse a si mismo y lo que ha sido su vida. De sentirse en paz, con una vivencia de misión cumplida y con una actitud serena para enfrentar la muerte. Esto se hace menos difícil porque una de las virtudes que surge al envejecer es una mayor capacidad de reflexionar y de tener una perspectiva más serena, con menos exigencias y más aceptación, con menos pasión y más comprensión.

3° Encarar lo inevitable de modo de ser capaz de asumir pérdidas y aceptar el dolor. Esto consiste en entender que frente a las limitaciones el sujeto es responsable de asumirlas con ánimo positivo o negativo, que deben sobrellevar el dolor con dignidad, sin desesperar e incluso sin dejar de disfrutar de la vida. Se trata de transformar el sufrimiento en un desafío personal del que sacar provecho al salir fortalecido y sintiéndose más digno y valeroso. (Barros C. 1993)

Finalmente podemos comentar, que las características y la calidad de vida que tienen estos adultos se encuentra descrita dentro del análisis de esta investigación y se ha intentado valorar directa e indirectamente de la mejor manera posible el apoyo que brinda esta institución a sus ancianos para poder mejorar su calidad de vida.

Aun así, falta mucho por saber de ellos, sobre sus sentimientos, sus miedos, sus sueños y sus tristezas, y es por esto, que esta investigación da pie a la realización de una investigación cualitativa para descubrir realmente como es su vida, como ellos se perciben así mismos, como ellos ven a la sociedad que los ha marginado y olvidado, y a partir de esto buscar las maneras de mejorar y poner en marcha las proyecciones de enfermería, además de crear proyectos basados en las propias inquietudes y necesidades de los adultos mayores.

Por último, ahora que conocemos parte de la triste y dramática historia que envuelve a estos adultos marginados por la sociedad en instituciones, nos enfrentamos al deber de hacer algo por ellos, pues es nuestra responsabilidad social como jóvenes profesionales el abrir caminos en nuestro país hacia ellos, pues a la larga si no mejoramos el sistema y nos constituimos en cómplices de esta realidad, nosotros seremos las víctimas.

11.1 PROYECCIONES DE ENFERMERIA:

La enfermería viene ejerciéndose como profesión hace más de un siglo, habiendo tenido que evolucionar de acuerdo a las necesidades que la sociedad ha presentado de manera continua, es por eso que conceptos claves como el “hacer todo por el otro” (curar) se han cambiado por promover, fortalecer y rehabilitar en salud.

El promover y fortalecer el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores es pieza clave para futuros trabajos. Esto se puede lograr a través de varias líneas de intervención como:

1. Difundir ideas sobre el envejecimiento a la población en general, para que interpreten esta etapa de la vida, como un proceso normal de cambios, a los cuales el individuo necesita adaptarse y construir un modo de hacerlo. (Barros C. 1999)
2. Entrenar a los adultos mayores, por un lado, para que asuman una disposición o interpretación adecuada en cuanto a la etapa de la vejez. La importancia de tener una percepción de autoeficacia, es decir, que crean en su propia capacidad de organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para tratar con una situación futura. Asimismo, que asuman la responsabilidad de enfrentar lo que les ocurre y tengan un

estado de ánimo positivo, valeroso y tesonero para llevarlo adelante. Entrenarlos, en procedimientos efectivos para resolver problemas, ser asertivos, manejar conflictos y aprender a enfrentar pérdidas. (Barros C. 1999)

3. Favorecer y apoyar la creación de organizaciones dedicadas a adultos mayores. Éstas serán el lugar físico donde aprendan a distraerse y relacionarse con otros similares, dando cabida a conversaciones y libre expresión de sus emociones. (Barros C. 1999)
4. Transmitir información y capacitación adecuada a las personas encargadas de los cuidados del adulto mayor.
5. Creación de guías anticipatorias específicas para el adulto mayor.
6. Elaboración de proyectos, destinados a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.
7. Promover el debate público sobre el tema en distintas organizaciones, instituciones vinculada al adulto mayor, fomentando la proposición de alternativas de solución.
8. Inducir en los programas de educación los problemas de la ancianidad.

Dentro de las instituciones que alberga a esta población se propone realizar las siguientes actividades basándonos en la importancia de entregar apoyo y en las propuestas de Frank y Erickson:

1. Mantener una función generativa: que el adulto continúe realizando actividades, animarlo a que haga cuanto le sea posible por si mismo, aunque le cueste un cierto esfuerzo, animarlo a que se haga responsable de pequeñas tareas de la casa, de modo que se sienta útil, tratar de interesarlo en juegos sencillos para mantener en actividad su estado físico y mental.
2. Conseguir la integridad: transmitir la información necesaria y dar consejos útiles que le permitan comprender en la situación en la cual se encuentran, para que de esta manera se acepten a si mismos y lo que ha sido con su vida , disminuya su temor y angustia al envejecimiento y tengan una aceptación sabia de la vejez, además de sentirse en paz y con una actitud más serena hacia la muerte.
3. Encarar lo inevitable: dar oportunidad de expresar sentimientos y emociones positivas y/o negativas, dar afecto, tranquilizar y alentar en momentos de incertidumbre y dolor, para que de esta manera puedan asumir con tranquilidad sus limitaciones y poder sobrellevar pérdidas.
4. Proporcionar bienes y servicios que faciliten resolver problemas prácticos.

Debido a este cambio epidemiológico y demográfico que está sucediendo en nuestra población chilena es necesario difundir la importancia de promover una intervención prioritaria donde se fortalezca la capacidad de los individuos que envejecen a enfrentar lo que les ocurre, y esta intervención es especialmente válida para aquellos adultos mayores que han estado sometidos a una serie de indiferencias, marginalidad y pobreza a lo largo de su vida. El crear programas de entrenamiento profesional a los asistentes de adultos mayores dentro de las instituciones, que incluyan temas relacionados con la vejez: el autocuidado, prevenir y controlar enfermedades, entre otros, es de suma importancia, además, de tener siempre presente que estos adultos mayores merecen por parte de toda nuestra sociedad el más profundo sentimiento de afecto y por sobre todo de respeto, en compensación de alguna manera u otra, a los años de invisibilidad y maltrato social que han sufrido durante el transcurso de su vida.

12. BIBLIOGRAFIA

Álvarez M. 1982 “Deprivación y Familia”. Editorial Universitaria. Santiago de Chile. 18 p.

Badia. X.; Salamero M.; Alomo J.; Ollé A. 1996 “La medida de la Salud”. Guía de escalas de medición en Español. PPV. Barcelona. 71-72, 164 p.

Barros, C.; Cerezeda, L.E.; Covarrubias, P.; 1979 “La Vejez Marginada” (Situación del anciano en Chile). Instituto de Sociología. Universidad Católica de Chile. Editora Magdalena Aguirre.

Barros, C. 1993 “Factores que intervienen en el bienestar de los adultos mayores”. Estudios Sociales. Corporación de Promoción Universitaria. N° 77, trimestre 3. 31, 33, 41-47 p.

Barros, C. 1999 “Situaciones estresantes que afectan al adulto mayor, y formas de Enfrentarlas ”. Estudios Sociales. Corporación de Promoción Universitaria. N°100, trimestre 2. 51-52 p.

Gissi J. 1982 “Apunte Aspectos sicosociales de la pobreza”. Instituto de Sociología, Universidad Católica de Chile. Santiago.

García V. 1999 “Valoración de la calidad de vida en adultos mayores pertenecientes a un grupo de la 3 era. edad”, Consultorio Gil de Castro. Tesis para optar al título de Enfermera Universitaria, Valdivia. 9-11, 25-27, 28-31 p.

Hogar de Cristo. “Institución”. “Misión”. “Programa Adulto Mayor”.
<http://www.hogardecristo.com/institucion/mision.htm>
<http://www.hogardecristo.com/hacemos/a-mayor.htm>

- Instituto Nacional de Estadística.** 2000 “Enfoques Estadísticos Adulto Mayor”.
Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadística
de Chile. Número 8. 1 p.
- Letelier M. – Radrigán M.** 1989 “Estudios de las características sicosociales de la familia
marginal” Facultad de Derecho y Ciencias Sociales.
Universidad de Valparaíso. Editorial Edral.
20, 29-31, 33, 37-38, 40-41 p.
- Mead G.** 1953 “Espíritu, persona y sociedad”. Editorial Paidós.
- Marriner-Tomey.** 1994 “Modelos y Teorías en enfermería”. Tercera Edición. Editorial
Mosby / Doyma Libros. Madrid. España. 509-510-511 p.
- Montenegro, O., Laguna, A., Pérez, A.** 1998. “Reflexiones sobre el envejecimiento y la
calidad de vida”. Departamento de Enfermería,
Universidad de Alicante.
www.enfenet.ua.es/cultura/numero2/teoría2.htm
- Molina C.** Apunte “La teoría General de Sistemas como marco para el estudio de la familia”
Instituto de Enfermería. Facultad de Medicina. Univ. Austral de Chile. 1-2 p.
- Pérez E.** 1999 “Pobreza y Equidad”. Imágenes en Salud Mental.
- Sepúlveda S.** 1999 “Perfil de los grupos de adulto mayor de la localidad de Coyhaique el año
1999”. Seminario para optar al título de Asistente Social. 37-40, 30-31 p.
- Vekemans R.** 1969 “Marginalidad en América Latina, un ensayo de diagnóstico” Herder,
Barcelona. 281 p.
- Villaseca S.** Apunte “El senescente y su familia”. Instituto de Enfermería – Universidad
Austral de Chile, Valdivia. 6-11 p.
- Ysern de Arce J.L.** “Adulto mayor: aspectos sicoafectivos del envejecimiento”.
<http://www.dci.ubiobio.cl/vitrina/envejecim.htm>

13. ANEXOS

CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES BÁSICOS:

1.- ¿Cuál es su edad? _____

2.- ¿Cuál es su escolaridad?

- Analfabeto
- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Enseñanza superior incompleta
- Enseñanza superior completa

3.- ¿Cuál es su estado civil?

- Soltero
- Viudo
- Separado
- Conviviente (unión libre)
- Casado

4.- ¿Cuál es su ingreso mensual?

- Sin ingreso
- Mayor a \$ 10.000
- \$ 10.000 a \$ 20.000
- \$ 20.000 a \$ 30.000
- Mayor a \$ 30.000

5.- ¿Cuál es la actividad que realizar? _____

6.- ¿Desde cuándo se encuentra viviendo en la institución?

- 2 meses
- 6 meses
- 1 año
- más de 1 año

7.- ¿Presenta algún tipo de patología crónica?

- Hipertensión
- Depresión
- Cataratas
- Diabetes
- Artritis
- Asma
- No padece
- Diabetes
- Hipoacusia
- Osteoporosis
- Reumatismo
- Otros

8.- ¿Cuál es su religión?

- Católico
- Evangélico
- Otro.

9.- ¿Tiene amigos y/o familiares?

- Esposa e hijos
- Esposa
- Hijos
- Otros

10.- ¿Tiene amigos o familiares que lo visiten? _____

11.- ¿Cuál es su lugar de procedencia? _____

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL FUNCIONAL DUKE-UNK

1.- Recibe visitas de sus amigos y/o familiares.

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

2.- Recibe ayuda en asuntos relacionados con su casa.

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

3.- Recibe elogios o reconocimientos cuando hace bien su trabajo.

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

4.- Cuenta con personas que se preocupan de lo que le sucede.

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

5.- Recibe amor y afecto.

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

6.- Tiene posibilidad de hablar con alguien de sus problemas, en el trabajo y/o en la casa.

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

7.- Tiene la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas personales y familiares.

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

8.- Tiene la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas económicos.

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

9.- Recibe invitaciones para distraerse y salir con otras personas.

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

10.- Recibe consejos útiles cuando le ocurre algún acontecimiento importante en su vida.

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

11.- Recibe ayuda cuando está enfermo en la cama.

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

Opciones de Respuesta:

Tanto como deseo - Mucho menos de lo que deseo

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA DE SPITZER**¿Hace alguna actividad habitualmente?**

- Ha estado trabajando jornada completa, o casi en su ocupación habitual, haciendo las labores de la casa o participando en actividades no remuneradas o voluntarias, estando jubilado o no.
- Ha estado trabajando en su ocupación habitual, haciendo las labores de la casa o participando en actividades no remuneradas o voluntarias; pero ha necesitado mucha ayuda para hacerlo o una reducción significativa en las horas trabajadas.
- No ha podido trabajar ni hacer las labores de la casa.

¿Posee capacidad para cuidar de sí mismo?

- Ha podido comer, lavarse, ir al servicio y vestirse sin ayuda. Ha utilizado el transporte público sin ayuda.
- Ha necesitado ayuda (de otra persona o de un equipamiento especial) para las actividades diarias y el transporte, pero ha sido capaz de hacer tareas poco pesadas.
- No ha podido arreglárselas para su cuidado personal, ni hacer tareas poco pesadas y/o no ha podido salir de casa ni de la institución.

¿Cómo se encuentra de salud en general?

- Se ha sentido bien la mayor parte del tiempo.
- Le ha faltado energía o sólo se ha sentido bien al “cien por ciento” de vez en cuando.
- Se ha sentido muy enfermo o “fatal” la mayor parte del tiempo.

¿Qué apoyo recibe de los demás?

- Tiene buenas relaciones con los demás y recibe mucho apoyo de al menos un miembro de su familia y/o un amigo.
- El apoyo que recibe de sus familiares y amigos es limitado.
- El apoyo que recibo de sus familiares y amigos tiene lugar de vez en cuando o solo cuando es absolutamente necesario.

¿Qué piensa acerca de su vida?

- En general ha estado tranquilo, ha hecho las cosas con ilusión y ha sido capaz de tomar decisiones sobre su vida y su entorno.
- A veces ha estado preocupado y en ocasiones no ha podido controlar completamente su vida. Ha pasado por períodos de ansiedad o depresión.
- Ha estado asustado o totalmente confuso sobre las cosas en general.