



CONDICIONES DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES AL INTERIOR DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE LARGA ESTADÍA PARA ADULTOS MAYORES DE SENAMA





Servicio
Nacional del
Adulto Mayor
Ministerio de
Desarrollo Social

Gobierno de Chile

CONDICIONES DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES AL INTERIOR DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE LARGA ESTADÍA PARA ADULTOS MAYORES DE SENAMA

Autores:

Cristián Massad Torres,
Felipe Herrera Muñoz

Colaboradores:

Maritza España Valdivia,
Gloria Cerón Cañoles,
Francisco González Olave,
Sebastián Pinto Mora

Santiago de Chile, Diciembre 2017

Esta publicación debe citarse como:

SENAMA (2017), Condiciones de vida de las personas mayores al interior de los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores de SENAMA. Santiago. Ediciones Servicio Nacional del Adulto Mayor.

Ediciones Servicio Nacional del Adulto Mayor
Catedral 1575, piso 2 - Santiago de Chile
www.senama.cl

Diseño e impresión: Andros Impresores

100 ejemplares

ISBN: 978-956-8846-15-2

Inscripción Registro Propiedad Intelectual N° A-287232

Este documento es una publicación del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) del Gobierno de Chile. Sus contenidos no pueden ser reproducidos o traducidos totalmente o en parte, sin autorización previa de SENAMA, que dará consideración favorable a los solicitantes de autorización para reproducir o traducir. Las solicitudes y peticiones de información deberán dirigirse a la Unidad de Estudios de SENAMA.



Presentación

El modelo asilar tradicional a partir del cual han operado los Establecimientos de Larga Estadía, ha contribuido notablemente a proveer alivio tanto a las familias como al Estado, jugando un rol relevante en un espacio vacío, en el que las primeras se veían sobrepasadas y el segundo ponía sus esfuerzos en problemas más urgentes y contingentes.

Este sistema de provisión de servicios básicos de subsistencia, se encontraba muy emparentado con el asistencialismo imperante hasta la década de los 90, período en el cual la pobreza se encontraba en el centro de las políticas públicas.

Relacionado con lo anterior, las fundaciones y corporaciones, especialmente aquellas ligadas a la Iglesia, sirvieron como marco institucional en el cual operaron casi la totalidad de los Establecimientos de Larga Estadía del País, haciéndose cargo, como ya se ha dicho, de un fenómeno complejo y poco abordado.

Como consecuencia del incremento en la complejidad de las necesidades de salud requeridas por una población más envejecida, los ELEAM comenzaron a tomar un cariz cada vez más sanitario, permitiendo la institucionalización de personas con enfermedades crónicas, así como también de personas en situación de discapacidad o dependencia.

Como medio de regular los servicios prestados, casi todos ellos vinculados a la provisión de ayuda en la realización de actividades básicas, cuidados sanitarios, cuidados paliativos e higiene personal; es que se comenzaron a reglamentar las intervenciones a partir de decretos emanados desde el Ministerio de Salud, erigiéndose así como ente fiscalizador, realizándose a su vez avances tendientes a la integración socio-familiar, estimulación y recreación.

En este contexto el Estado de Chile comienza a considerar e incorporar en el diseño de sus intervenciones la diversificación sistemática de la demanda por bienes y servicios y la necesidad de asegurar derechos para las personas que residen en instituciones, orientándose no sólo a proveer cuidados, si no también a acompañar, rehabilitar y recuperar, tomando en cuenta siempre la dignidad, requerimientos y preferencias de las propias personas mayores.

En línea con lo anterior, es que el Estado de Chile, a través del Servicio Nacional del Adulto Mayor, ha generado un modelo de ELEM guiado por el Enfoque de Derechos y con un énfasis especial en aspectos relativos a la salud, funcionalidad, vinculación social, participación y autonomía, indicadores clave de la calidad de vida de las personas mayores. Dentro de este marco, se ha avanzado también en la creación de protocolos de atención que de alguna manera operacionalizan y "aterrizan" el enfoque de derechos y la Atención Centrada en la Persona y que en la actualidad se están comenzando a implementar en los Establecimientos dependientes del Estado.

De este modo, resulta de vital importancia sopesar los impactos que este nuevo esquema tiene para la calidad de vida de las personas mayores institucionalizadas, considerando también las falencias y posibilidades de mejora que un fenómeno tan complejo como la institucionalización presenta.

El estudio que se expone a continuación, se constituye en la primera indagación de su tipo en América Latina, en tanto recoge, en línea con el Enfoque de Derechos y la Atención Centrada en la Persona, la evaluación de los servicios que se proveen en instituciones de larga estadía desde la propia voz de los residentes. Los aprendizajes logrados deberán ser incorporados no sólo al quehacer de las Instituciones del Estado, si no que también alimentarán el modelo de operación, que se espera sea replicado en todos los ELEM del país.

Ruben Valenzuela Fuica
Director Nacional
Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA)

Contenido

Introducción	7
Antecedentes Generales del Estudio	8
1. PRESENTACIÓN Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO	23
2.. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	26
3.. DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA	30
4. RESUMEN CARACTERÍSTICAS RESIDENCIAS	36
5. EXPERIENCIA EN LA RESIDENCIA	38
6. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS	51
7. DEPENDENCIA Y DISCAPACIDAD	54
8. DERECHOS Y BUEN TRATO	70
9. DEPRESIÓN GERIÁTRICA	76
10. CALIDAD DE VIDA	78
11. RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LA PAUTA DE OBSERVACIÓN DE DERECHOS	82
12. BURNOUT Cuidadores	84
Reflexiones Finales	90
Referencias	96

Introducción

El presente informe da cuenta del producto final del estudio “Condiciones de vida de las personas mayores al interior de los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores de SENAMA”, el cual fue desarrollado por la Unidad de Estudios de SENAMA con la colaboración del Observatorio Social del Ministerio de Desarrollo Social y del Departamento de Estudios de SENADIS. Cabe mencionar que el levantamiento en terreno fue desarrollado por la consultora IPSOS Chile, contratada mediante licitación pública.

El informe presenta, en su inicio, antecedentes que dan cuenta del contexto y las necesidades de información que dieron pie a la realización del presente estudio. A continuación se abordan aspectos metodológicos y de diseño, donde se incluyen las principales barreras encontradas para acceder a la información. En tal sentido, es necesario destacar que, como institución, creemos relevante explicitar algunas barreras y obstáculos que surgieron en el proceso de levantamiento de información, tratándose, por una parte, del primer estudio de este tipo que se realiza en nuestro país, y por otra, que develar estas barreras puede ser de utilidad para futuras investigaciones que contemplen como grupo objetivo a población institucionalizada.

En seguida se muestran los principales resultados estadísticos del estudio, comenzando con aspectos demográficos descriptivos y siguiendo con aquellos resultados más relevantes para la consecución de los objetivos planteados. En ocasiones la información cuantitativa se ve confirmada y acentuada por los discursos emanados de las entrevistas cualitativas, realizadas tanto a personas mayores institucionalizadas como a cuidadores de trato directo. En estos casos, se expone la cita intercaladamente con la descripción de los resultados estadísticos.

Luego se exponen los resultados de la aplicación de instrumentos para medir el nivel de Burnout y conocer la carga de trabajo de los cuidadores en los ELEAM SENAMA, conociendo desde la expresión de estos, sus sentimientos y percepciones respecto de su interacción cotidiana en el hogar y el impacto que pudiese tener la carga de trabajo en su calidad de vida. De esta manera se hace posible contar con información para prever el posible efecto de este fenómeno en las condiciones de vida de los residentes.

Finalmente, se presentan las reflexiones finales del estudio, en las que se presentan y proyectan lecciones y aprendizajes para el futuro.

Antecedentes Generales del Estudio

Enfoques y Paradigmas de Investigación e Intervención

A continuación se presentan algunos de los enfoques teórico/normativos que han guiado en los últimos años el actuar del Estado en general, frente a población de 60 y más años en situación de vulnerabilidad, y de SENAMA en particular, en materia de cuidados socio-sanitarios a personas mayores con dependencia funcional.

Estos enfoques, a su vez, han servido como marco conceptual para la construcción de los instrumentos de recolección de información en los ELEM de SENAMA y también como referencia epistemológica para el análisis de los resultados.

Enfoque de Derechos

El sistema internacional de derechos humanos da pie a toda normativa o instrumento legal en pos de la protección social hacia cualquier individuo o grupo, incluidas las personas mayores. En este sentido, las primeras declaraciones de “derechos con fuerza” fundadas en derechos inherentes al ser humano son:

- La Declaración de Independencia de los Estados Unidos de 1776, donde se afirma que todos los hombres han sido creados iguales, dotados de ciertos derechos innatos, como la vida, la libertad y la búsqueda de la felicidad.
- La Declaración de los Derechos del Hombre y el Ciudadano de 1789, que constituye el más completo catálogo de derechos y garantías de la época.¹

En este marco, surge la Declaración Universal de Derechos Humanos, la que, en términos generales, alude a un conjunto de derechos universales que cada individuo puede reclamar por el solo hecho de pertenecer a la especie humana. Este concepto se fundamenta en la idea de una sociedad compuesta por individuos libres e iguales.

Desde una perspectiva jurídica podemos definir Derechos Humanos como: “Aquellas libertades, inmunidades, pretensiones y potestades que corresponden a todo ser humano como condición necesaria para realizarse como sujeto moral y cuya satisfacción es condición necesaria y suficiente para justificar la existencia, el origen y contenido de un sistema jurídico”.²

1 Mora, Tania y Solé, Loreto (2008). “Desafíos del Envejecimiento Población desde la Perspectiva de los Derechos Humanos: El caso de Chile”.

2 Hierro, L. en Mora, Tania y Solé, Loreto (2008). “Desafíos del Envejecimiento Población desde la Perspectiva de los Derechos Humanos: El caso de Chile”.

Características

Tradicionalmente se señala como características de los Derechos Humanos a las siguientes:

- Los Derechos son inherentes a la naturaleza humana, prescindiendo de cualquier reconocimiento positivo, “existen” incluso siendo negados por algún Estado.
- El orden en el que se basan los derechos es “inmutable”, prescindiendo del origen social de cada individuo.
- Son propios de cada individuo en cuanto tales, no de los grupos.

Esta última característica en décadas recientes ha sido sometida a revisión, por el reconocimiento a ciertos “grupos” específicos, a través de los denominados “Derechos Colectivos”³. Desde un punto de vista jurídico es posible señalar que los derechos son:

Universales: pertenecen a todo ser humano, en cualquier sociedad, sin distinción de sexo, raza, edad, clase social, origen étnico o religioso.

Imprescriptibles: es decir, que no se pierden por el transcurso del tiempo.

Innatos e irrenunciables: todos los seres humanos nacemos con ellos, además no se puede renunciar a su titularidad, inclusive contra su propia voluntad.

Interdependientes y complementarios: porque se relacionan y apoyan unos con otros.⁴

Evolución de los Derechos Humanos

Al respecto es posible reconocer cinco estados o etapas de estos derechos, a saber, positivación, generalización, expansión, internacionalización y especificación⁵:

- a. *Positivación*, dice relación con el hecho que los derechos humanos se han ido incorporando progresivamente al derecho positivo interno de los Estados, especialmente a través de sus Constituciones, lo que ha contribuido a cristalizarlos y a favorecer su efectividad.
- b. *Generalización*, por la cual se entiende el proceso a través del cual estos derechos han llegado a ser propios de todos los seres humanos, por el sólo hecho de ser tales, es decir, sin distinciones de raza, color, sexo, edad, posición política, género o de cualquier otro orden.
- c. *Expansión*, ha consistido en el gradual y progresivo incremento del catálogo de los derechos humanos, en el que se han incorporado nuevos derechos, o nuevas generaciones de éstos, que pasan a ser reconocidos y protegidos en el carácter de tales.

3 Ferrer, Marcela (2005). “La población y el desarrollo desde un enfoque de derechos humanos: intersecciones, perspectivas y orientaciones para una agenda regional”. Serie población y desarrollo N° 60. CEPAL/ CELADE - División de Población, Chile.

4 Huenchuán, Sandra, Alejandro Morlachetti y Javier Vásquez (2006). “Derechos Humanos en la Edad Avanzada. Análisis de los instrumentos de derecho internacional y de derecho interno en América Latina”. Manuscrito. CEPAL, Chile.

5 Squella Narducci, Agustín (2004). “Introducción al Derecho”, Editorial Jurídica de Chile.

- d. *Internacionalización*, que se inicia en el siglo pasado, a través del cual estos derechos exceden el ámbito de los derechos internos o nacionales y pasan a incorporarse primero como declaraciones y luego a través de pactos o tratados, lo que podría denominarse como el derecho positivo internacional de los derechos humanos.
- e. Finalmente con la especificación, de data reciente, en la que con una mejor y más particularizada identificación de los sujetos titulares de los derechos, se atribuyen determinadas prerrogativas a quienes puedan encontrarse en la sociedad en una situación de desventaja respecto de sus semejantes (vulnerabilidad). La primera especificación surgió a propósito del término ciudadano, respecto de una más general de hombre, por lo que sin perjuicio de los derechos del hombre, puede hablarse también de los derechos del ciudadano en particular, como por ejemplo los derechos políticos.

Esta especificación se ha producido a través de la consideración de que estos derechos son solo atribuibles a categorías o grupos de ciudadanos por razones vinculadas a su situación social o cultural discriminada.

Este proceso de especificación ha abierto paso a lo que se denomina “derechos de grupo”, que constituyen aquellos “derechos atribuidos a conjuntos determinados de sujetos en función de peculiares circunstancias en que se realiza su existencia”.⁶

En cuanto a los grupos vulnerables, potenciales sujetos de derechos de grupo, el informe sobre Desarrollo Humano del año 2000 destaca que en todo el mundo persiste la discriminación en razón del género, el grupo étnico, la raza y la edad.

En específico, respecto de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, podríamos señalar primeramente que al no hacer distinción específica en algún grupo, se aplica a todos los seres humanos, por lo que se aplica también a las personas mayores. Sin embargo y al ser el primer instrumento de estas características, no avanza en la especificidad de algunos “grupos” denominados vulnerables.

En este sentido, es preciso señalar que, hasta hace poco, ninguno de los instrumentos de derecho internacional consideraba a las personas mayores como sujetos de derecho específico, quedando contenidas en declaraciones del orden “cualquier otra condición social” (Declaración Universal de Derechos Humanos; Pacto sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales; y Convención Americana sobre Derechos Humanos).

Convención Interamericana por los Derechos de las Personas Mayores

Al no existir un instrumento jurídicamente vinculante que estandarice y proteja los derechos de las personas mayores como grupo específico han existido, históricamente, serios vacíos

6 Ferrajoli, Luigi (1999). “Derechos y Garantías”, la ley del más débil. Editorial Trotta Madrid.

para el aseguramiento de esos derechos. Las especificidades y requerimientos que presentan las personas mayores, simplemente se pierden en la universalidad con las que son tratadas.

En la doctrina internacional de derechos humanos, «la edad» es un asunto que ha sido tratado bajo la amplia acepción de «cualquier otra condición social», haciendo alusión por extensión a las diferencias de edad y generacionales, pero cuyo tratamiento no ha sido cristalizado. El argumento es que la naturaleza universal de los instrumentos internacionales debería incluir a los sujetos de edad avanzada. Sin embargo, es frecuente que los actos de violación de los derechos de las personas mayores sean abordados de manera local, o cuando adquieren connotación pública, los Gobiernos adoptan medidas reactivas, y en cuyo caso, muchas veces, no cuentan con los mecanismos de protección o los procedimientos pertinentes, o bien, las instancias dedicadas a la defensa y protección de derechos se declaran incompetentes.

A partir del reconocimiento de lo anterior, es necesario señalar que los países de América Latina y el Caribe demostraron, desde un comienzo, una especial preocupación en torno a trabajar por una Convención Internacional de las Personas de Edad.

El año 2011, la Asamblea General de la OEA estableció un grupo de trabajo para preparar un proyecto de Convención Interamericana para la promoción y protección de los derechos de las personas mayores. A partir de su conformación, se ha realizado un trabajo coordinado entre Cancillería y el Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA, en el que se ha acompañado técnicamente a Cancillería en este proceso, y contribuido a generar los acuerdos regionales en torno a establecer un catálogo especial de derechos que incluye específicamente a las personas mayores de 60 años.

Chile asumió la presidencia del Grupo de Trabajo durante el periodo 2014 - 2015, en cuya instancia se mandató la realización de un reordenamiento y reagrupamiento del proyecto de convención. Posterior a esto, el proyecto acordado por la unanimidad del Grupo de Trabajo, fue presentado a la XLV Asamblea General de la OEA, la que se celebró en Washington en junio 2016. Finalmente, el año 2017, la Convención fue aprobada por el congreso y ratificada por el Estado de Chile.

Derechos Expresamente protegidos por la Convención

El capítulo IV incluye los derechos protegidos de las personas mayores, estos son:

1. Derecho a la igualdad y no discriminación por razón de edad
2. Derecho a la vida y dignidad en la vejez
3. Derecho a la independencia y autonomía
4. Derecho a la participación e integración comunitaria
5. Derecho a la seguridad y a una vida sin violencia
6. Derecho a no ser sometido a tortura, ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes

7. Derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud
8. Derecho de las personas mayores que reciben servicios de largo plazo
9. Derecho a la libertad personal
10. Derecho a la expresión, opinión y acceso a la información
11. Derecho a la nacionalidad y libertad de circulación
12. Derecho a la privacidad e intimidad
13. Derecho a la seguridad social
14. Derecho al trabajo
15. Derecho a la salud
16. Derecho a la educación
17. Derecho a la cultura
18. Derecho a la recreación, esparcimiento y al deporte
19. Derecho a la propiedad
20. Derecho a la vivienda
21. Derecho a un medio ambiente sano
22. Derecho a la accesibilidad y movilidad personal
23. Derechos políticos
24. Derecho a reunión y asociación
25. Derecho a protección ante situaciones de riesgo y emergencias humanitarias
26. Derecho a igual reconocimiento como persona ante la ley.

Entre los 26 derechos explícitamente protegidos por la Convención, los cuales hacen referencia a distintas dimensiones del envejecimiento, como el derecho a la participación social, política y cultural o el derecho a la seguridad social; aquellos relacionados con la dependencia funcional y los cuidados tienen una relevancia central para el quehacer de la política pública, considerando el alto impacto que estos fenómenos tienen en la calidad de vida y las condiciones materiales de las personas mayores, así como también para sus familias.

De esta manera, la convención protege, por ejemplo, el derecho a la independencia y autonomía, resguardando la capacidad de decisión de las personas de elegir donde residir y ser cuidados, orientándose también a garantizar el acceso a servicios. También es posible observar que la convención se orienta a establecer los marcos regulatorios, capacidades y avances legislativos necesarios para que los servicios operen de manera adecuada, prestando asistencia también a las familias.

El Cuidado como Derecho

Como señala la Convención, el cuidado es un derecho humano. El punto central de la Convención es el reconocimiento de que todos los derechos humanos y las libertades fundamentales existentes se aplican a las personas mayores y que ellos deben gozar plenamente de estos

en igualdad de condiciones al resto de la población. Además, el instrumento ofrece una interpretación de los derechos humanos en contexto de envejecimiento y estandariza garantías relevantes que no han sido consideradas de manera explícita en otro instrumento internacional de derechos humanos. Este es el caso del vínculo entre el derecho a la vida y la dignidad en la vejez, el derecho a la independencia y la autonomía y los derechos de la persona que recibe cuidados a largo plazo⁷.

Por lo anterior, se deriva que uno de los grandes retos que la Convención nos pone como país es avanzar hacia el reconocimiento y la inclusión del cuidado en las políticas públicas, para lo cual, se requiere replantear la protección social de modo que, por una parte, responda de manera inmediata a las consecuencias de las transformaciones demográficas y, por la otra, pueda anticipar respuestas ante las demandas de una población en constante cambio.

La Dependencia como enfermedad y La Atención Centrada en la Persona

A partir de la diferenciación y del desarrollo de las ciencias humanas que emprende la modernidad, ciertos autores realizan una crítica sistemática hacia la forma como se aborda tradicionalmente al paciente enfermo y su enfermedad. Según estos investigadores la metodología que se utilizaba tendía a separar, aislar y objetivar al paciente y su patología, tratándolos a ambos como cosas.

Este análisis crítico se encuentra a la base del surgimiento de la atención centrada a la persona como eje normativo y metodológico y en el contexto de la provisión de cuidados de largo plazo a personas mayores con dependencia en instituciones, es el sustrato conceptual que establece los imperativos para la prestación de servicios.

François Laplantine tematiza acerca del tratamiento tradicional de las patologías y el surgimiento de un nuevo enfoque hacia el sujeto, al señalar que "Primero observamos las medicinas centradas en la enfermedad, en las cuales los sistemas de representaciones se gobiernan por un modelo ontológico, muy a menudo de naturaleza física; y por otro lado las medicinas que enfocan al hombre enfermo, en las que los sistemas de representaciones son presididos por un modelo relacional, que puede pensarse en términos fisiológicos, psicológicos, cosmológicos o sociales"⁸.

De esta manera toma cuerpo también la atención socio-sanitaria, la cual intenta articular las distintas dimensiones del sujeto.

Por otra parte, la dependencia funcional, condición que –junto con la demencias– se encuentran en el centro de las intervenciones que se realizan en los Establecimientos de Larga Estadía, han sido tradicionalmente tratadas como enfermedad en los espacios denominados por Erving Goffman como instituciones totales.

7 Boletín N° 13, CEPAL.

8 Laplantine, François (1999). "Antropología de la enfermedad". Ed. Del Sol. p. 62

Esto ocurre sobre todo en relación a las patologías mentales y en lo que toca en lo particular al presente estudio, a las demencias. En estas instituciones, una vez que el enfermo ingresa, se le despoja de la cultura social que traía desde “el exterior”; dentro de la estructura del sistema institucional se le desculturaliza y despersonaliza, es decir, se le desintegra el yo social y se le intenta transformar su yo subjetivo mediante distintos mecanismos, luego se le resocializa en función de los requerimientos de la institución. “Esto deriva en una serie de depresiones, degradaciones, humillaciones y profanaciones del yo”⁹. Esta mutilación del yo es producida por la barrera que las instituciones totales- en este caso los ELEM- levantan entre el interno (el enfermo) y el exterior. En la eventualidad que el enfermo pueda salir, este experimentará a su vez un nuevo extrañamiento del yo al enfrentarse nuevamente al exterior pero socializado con las pautas de la institución.

Es en este contexto donde la Atención Gerontológica Centrada en la Persona (ACP) cobra relevancia, en tanto es un modelo de intervención que se enmarca bajo el enfoque de derecho, y se constituye como una operacionalización de este para el grupo específico de personas mayores en situación de vulnerabilidad, requirente de servicios socio-sanitarios. Lo anterior es relevante en la medida que se comprende que las personas mayores en situación de discapacidad o dependencia son especialmente vulnerables a recibir un trato que no respete su dignidad.

En lo que atañe a la atención profesional a las personas en situación de discapacidad o dependencia, el trato digno implica buscar la conjunción de las dos dimensiones de la capacidad personal: la autonomía y la independencia. La autonomía como derecho y capacidad de controlar la propia vida. La independencia como desenvolvimiento en la vida cotidiana, y por tanto, como término opuesto a dependencia.

El trato digno en la atención a las personas mayores en situación de dependencia se traduce en buscar el máximo beneficio terapéutico y la máxima independencia y control de la vida cotidiana posibles, desde el marco de la atención integral y de la calidad de vida de los individuos. Se concreta en aspectos de la atención cotidiana como:

- a. el bienestar físico y emocional,
- b. el respeto y apoyo a las propias decisiones y preferencias en relación con la vida cotidiana,
- c. la promoción de la independencia desde la creación de entornos físicos y sociales facilitadores,
- d. la protección y garantía de la intimidad y la privacidad,
- e. la protección de la propia identidad y el cuidado de la imagen personal,
- f. el fomento de la inclusión social,
- g. el respeto a la edad adulta¹⁰.

9 Goffman, Erving (1961). “Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales”. Ed. Amorrortu. p. 27.

10 Martínez Rodríguez, Teresa. “La Atención Gerontológica Centrada en la Persona”.

La Atención Centrada en la Persona enfatiza elementos como: la exploración en conjunto de la enfermedad y de la experiencia de la enfermedad o dolencia; la comprensión de la persona en forma integral y en su contexto; la búsqueda del diálogo y entendimiento entre el profesional sanitario y el paciente; compartir el control y la responsabilidad del proceso de atención y la construcción de un vínculo y el desarrollo de una relación cuidador-persona cuidada. Todo ello demanda en el funcionario habilidades que permitan una comunicación efectiva.

Desde esta perspectiva se insiste en que toda intervención social ha de estar necesariamente sustentada en un modelo donde se propongan una serie de principios y los correspondientes criterios técnicos de actuación. Ello se considera una cuestión imprescindible para lograr intervenciones fundamentadas y coherentes en su aplicación.

Como marco principal, cabe destacar en primer lugar los principios que señala la ética en relación a la práctica asistencial clínica, aplicables también a la intervención social y de cuidados en Establecimientos de Larga Estadía. Desde la ética se enuncian, derivados del principio ontológico de la dignidad de la persona, otros cuatro principios materiales universales rectores de las interacciones sociales: la no maleficencia, la justicia, la autonomía y la beneficencia.

Principios de la ética aplicados a las intervenciones gerontológicas

- El principio de no maleficencia obliga a los funcionarios de los servicios gerontológicos a no hacer daño (físico, psicológico o social) a la persona mayor ni a sus familiares, así como a realizar buenas prácticas en la intervención. En la práctica profesional diaria esto se traduce en la obligación de realizar aquellas intervenciones que están indicadas, por suponer beneficios para las personas, y evitar las que están contraindicadas, por generar daño o riesgos de lesión para éstas.
- El principio de justicia obliga moralmente a quienes atienden a personas mayores a no discriminar por razones sociales y a distribuir los recursos de forma equitativa entre las personas de similar necesidad.
- El principio de autonomía dicta a los profesionales de los centros de atención social a promover y respetar las decisiones de las personas usuarias. Ello implica reconocer el derecho de las personas mayores a tener y expresar sus propias opiniones, así como a identificar y llevar a cabo intervenciones basadas en sus valores, creencias y proyectos de vida.
- El principio de beneficencia se traduce en procurar el mayor beneficio para la persona, partiendo del concepto subjetivo del bien de la propia persona mayor, y si este es desconocido, de la mayor calidad de vida objetiva esperable.

Por su parte, en la descripción de un modelo de atención integral centrada en las personas en situación de dependencia, destaca un total de siete principios rectores que deben orientar la intervención, de los cuales, a su vez, se derivan determinados criterios técnicos que han de verse cumplidos en las actuaciones e interacciones profesionales. Estos principios son: la

autonomía, la participación, la integralidad, la individualidad, la independencia, la inclusión social y la continuidad en la atención (Rodríguez, Pilar. 2006, 2010).

PRINCIPIOS Y CRITERIOS EN LA ATENCIÓN INTEGRAL CENTRADA EN LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA	
PRINCIPIOS (Relacionados con la persona, su dignidad y sus derechos)	CRITERIOS DE INTERVENCIÓN DERIVADOS
AUTONOMÍA	Diversidad
PARTICIPACIÓN	Accesibilidad
	Interdisciplinariedad
INTEGRALIDAD	Globalidad
INDIVIDUALIDAD	Flexibilidad
	Atención personalizada
INCLUSIÓN SOCIAL	Proximidad
	Enfoque comunitario
INDEPENDENCIA	Prevención
	Rehabilitación
CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN	Coordinación
	Convergencia

El concepto de calidad de vida

Otro referente de los modelos de atención centrada en la persona lo constituyen las aportaciones existentes en torno al concepto de calidad de vida.

El término calidad de vida, a pesar de haber suscitado gran atención por parte de la investigación, todavía hoy adolece de una insuficiente definición, sin existir consenso teórico-metodológico sobre el mismo. Sin embargo, es posible determinar dos dimensiones de la calidad de vida transversales a las distintas nociones sobre este concepto. La dimensión objetiva recoge todas aquellas variables que son enunciadas como condiciones materiales y comunitarias de vida como la vivienda, los ingresos económicos, la salud, la red de apoyo existente o la disponibilidad de recursos comunitarios.

La dimensión subjetiva, por su parte, incluye la satisfacción personal con relación a estas condiciones de vida, la cual además está mediada por los valores del individuo.

La Organización Mundial de la Salud enfatiza esta dimensión subjetiva del concepto Calidad de Vida definiéndolo como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos,

sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”.

Por haberse convertido en un referente en relación a las personas con discapacidad, cabe también mencionar el modelo de Schalock, quien identifica ocho dimensiones de calidad de vida para las personas (Schalock. 1996, 1997; Verdugo y Schalock, 2001). Este modelo presenta la calidad de vida como un concepto multidimensional compuesto por ocho dimensiones diferentes, las cuales además pueden ser formuladas mediante distintos indicadores. Las dimensiones propuestas por Schalock han sido constatadas en diversos estudios transculturales en el campo de la salud mental, la educación, la discapacidad, la salud y las personas mayores (Schalock y Verdugo, 2002).

MODELO DE CALIDAD DE VIDA DE SCHALOCK Y VERDUGO, 2002	
DIMENSIONES	INDICADORES
1. Bienestar Emocional	1. Satisfacción: estar satisfecho, feliz y contento.
	2. Autoconcepto: estar a gusto con su cuerpo, con su forma de ser, sentirse valioso.
	3. Ausencia de estrés: disponer de un ambiente seguro, estable y predecible, no sentirse nervioso, saber lo que tiene que hacer y que puede.
2. Relaciones Interpersonales	4. Interacciones: estar con diferentes personas, disponer de redes sociales.
	5. Relaciones: tener relaciones satisfactorias, tener amigos y familiares y llevarse bien con ellos.
	6. Apoyos: sentirse apoyado a nivel físico, emocional, económico. Disponer de personas que le ayuden cuando lo necesite y que le den información sobre sus conductas.
3. Bienestar Mental	7. Estatus económico: disponer de ingresos suficientes para comprar lo que necesita o le gusta.
	8. Empleo: tener un trabajo digno que le guste y un ambiente laboral adecuado.
	9. Vivienda: disponer de una vivienda confortable, donde se sienta a gusto y cómodo.
4. Desarrollo Personal	10. Educación: tener posibilidades de recibir una educación adecuada, de acceder a títulos educativos, de que se le enseñen cosas interesantes y útiles.
	11. Competencia personal: disponer de conocimientos y habilidades sobre distintas cosas que le permitan manejarse de forma autónoma en su vida diaria, su trabajo y su ocio, sus relaciones sociales.
	12. Desempeño: tener éxito en las diferentes actividades que realiza, ser productivo y creativo.

DIMENSIONES	INDICADORES
5. Bienestar Físico	13. Salud: tener un buen estado de salud, estar bien alimentado, no tener síntomas de enfermedad.
	14. Actividades de la vida diaria: estar bien físicamente para poder moverse de forma independiente y realizar por sí mismo actividades de autocuidado, como la alimentación, el aseo, vestido, etc.
	15. Atención sanitaria: disponer de servicios de atención sanitaria eficaces y satisfactorios.
	16. Ocio: estar bien físicamente para poder realizar distintas actividades de ocio y pasatiempos.
6. Autodeterminación	17. Autonomía/Control Personal: tener la posibilidad de decidir sobre su propia vida de forma independiente y responsable.
	18. Metas y valores personales: disponer de valores personales, expectativas, deseos hacia los que dirija sus acciones.
	19. Elecciones: disponer de distintas opciones entre las cuales elegir de forma independiente según sus preferencias, por ejemplo, dónde vivir, en qué trabajar, qué ropa ponerse, qué hacer en su tiempo libre, quiénes son sus amigos.
7. Inclusión Social	20. Integración y participación en la comunidad: acceder a todos los lugares y grupos comunitarios y participar del mismo modo que el resto de personas sin discapacidad.
	21. Roles comunitarios: ser una persona útil y valorada en los distintos lugares y grupos comunitarios en los que participa, tener un estilo de vida similar al de personas sin discapacidad de su edad.
	22. Apoyos sociales: disponer de redes de apoyo y de ayuda necesaria de grupos y servicios cuando lo necesite
8. Derechos	23. Derechos humanos: que se conozcan y respeten sus derechos como ser humano y no se le discrimine por su discapacidad.
	24. Derechos legales: disponer de los mismos derechos que el resto de los ciudadanos y tener acceso a procesos legales para asegurar el respeto de estos derechos.

Este esquema, de alguna manera permite trabajar con un modelo sistemático, susceptible de ser operacionalizado en indicadores para luego ser utilizados como preguntas en una encuesta. De esta manera, se ha utilizado como una de las fuentes para la construcción de los instrumentos de recolección de información en los ELEM de SENAMA.

Contexto de la Política Pública

La preocupación por la situación de las personas mayores forma parte de un amplio proceso de toma de conciencia a nivel mundial respecto del envejecimiento de las sociedades y los desafíos económicos, sociales, políticos y culturales que ello conlleva. El impulso que han dado las Naciones Unidas desde la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en 1982, seguido de otros hitos, como la aprobación de los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad en 1991 y la realización de la Segunda Asamblea Mundial sobre

el Envejecimiento en 2002, han sido fundamentales para ubicar el tema en la agenda de los gobiernos de la región.

Lo anterior se tradujo en su momento en la Estrategia Regional para América Latina y el Caribe adoptada por los países miembros de la CEPAL en noviembre de 2003, cuyo propósito era lograr una calidad de vida que permita envejecer con seguridad y dignidad y que garantice a las personas mayores la continuidad de su participación como ciudadanos con plenos derechos en sus respectivas sociedades.

En el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002) se hace reconocimiento expreso de derechos de los adultos mayores tales como independencia, autonomía, autorrealización, participación, dignidad y atención debida, reconocimiento vinculante, que entrega prioridad al tema del envejecimiento en las agendas de políticas públicas de los países firmantes. En 2007 los compromisos de la Declaración de Madrid no sólo se reafirman, sino que también se profundizan, mediante la declaración de Brasilia, compromisos cuyo cumplimiento fue monitoreado en 2008 en la reunión de seguimiento de Rio de Janeiro, y en la reunión de Santiago del año 2009.

Finalmente, y como ya se ha señalado, el año 2015 se acuerda entre los países de la Región, una Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, la cual fue ratificada por Chile el 2017. En la Convención se reconocen 26 derechos específicos y se obliga a los Estados a adecuar la legislación interna y las políticas y programas para lograr la exigibilidad y garantía de tales derechos.

Este panorama interpela al Estado a generar servicios que cristalicen la estrategia de una política pública que incorpore el envejecimiento de la población en su lógica de actuación, orientada, desde un enfoque de derechos, a la recuperación y cuidado de personas mayores con mermas en su salud y su funcionalidad, atendiendo al impacto que ha tenido la reestructuración de las familias en las labores informales de cuidado y a los déficits técnicos de estos tipos de apoyo, tanto en los hogares familiares como en las instituciones.

Las reflexiones que se han realizado respecto a estos fenómenos, han llevado a definir algunas dimensiones claves a la hora de diseñar e implementar políticas públicas. Los derechos y la protección social, proveen el marco ético-normativo a partir del cual se diseñan e implementan las políticas y programas sociales para el mejoramiento efectivo de la calidad de vida de las personas.

La discusión sobre las personas mayores como sujetos de derecho, se ha desarrollado desde una perspectiva teórico-política que sostiene los principios de que las políticas públicas deben estar guiadas por la titularidad de los derechos y que el desafío se encuentra en reconocer derechos para aquellos grupos más vulnerables¹¹. La protección social está abocada a cubrir la

11 Boletín Envejecimiento y Desarrollo en América Latina y el Caribe, los derechos en la vejez. CEPAL. 2006.

brecha entre los derechos atribuidos y la capacidad de traducir el marco político-normativo en el que se sustentan los derechos, a un ejercicio efectivo, generando mecanismos que permitan hacerlos garantizables y exigibles.

En contraposición, la vulnerabilidad y la desprotección tienen múltiples expresiones, tantas como dimensiones donde las personas se desenvuelven. Las personas mayores viven su vejez muchas veces en inestables condiciones de salud, seguridad económica y bienestar social, enfrentando, además, la subvaloración y discriminación que se expresan en discursos, símbolos y estructuras socioculturales respecto a la vejez y el envejecimiento.

A pesar de los avances sustantivos desarrollados para responder a las demandas por protección y seguridad, existe un déficit estructural frente al envejecimiento poblacional, que está siendo cubierto mediante acciones del Estado que permiten contar con estructuras, capacidades y recursos para el logro de las tareas. En materia de política pública, la promoción de los derechos de las personas mayores ha requerido acompañarse con un énfasis especial en los aspectos relativos a su salud, funcionalidad, vinculación social, participación y autonomía, indicadores clave de la calidad de vida de las personas mayores.

Programa de Gobierno 2014-2018

“Medida 13”

En este sentido, el programa de gobierno de la presidenta Michelle Bachelet y los lineamientos estratégicos derivados de éste, apuntan a avanzar hacia la prestación de servicios y cuidados de calidad para los mayores, tanto de mantenimiento de la funcionalidad y de rehabilitación como de largo plazo.

Es así como el programa de gobierno, en su medida número 13, propuso lo siguiente:

Para los adultos mayores de alta dependencia en situación de abandono, se establecerá una red pública de establecimientos con un sistema de atención que integre las prestaciones del sistema de pensiones y del sistema de salud público, junto con los demás cuidados necesarios. Se pondrán en funcionamiento 15 establecimientos, uno en cada región, con el objeto de contar con una oferta pública asegurada y establecer el estándar de atención para esta población. Durante los 100 primeros días de Gobierno, se identificará la ubicación geográfica de los establecimientos y el plan anual de implementación.

La implementación de este tipo de servicios, requiere de un diseño sólido y sostenible en el tiempo. Los programas y servicios para personas en situación de dependencia deben estar diseñados con un enfoque rehabilitador, deben fomentar la autonomía y prevenir mayores grados de dependencia. Su localización, de preferencia, debe ser en el entorno comunitario cercano, de tal forma que el sistema pueda responder con agilidad a las necesidades de las personas en situación de dependencia y de sus familias.

De esta manera, y con la finalidad de avanzar hacia una oferta de servicios de cuidados para personas mayores diversificada, se llevará a cabo la construcción/habilitación de 2 tipos de centros:

1. Establecimientos de Larga Estadía: Se ubicarán en aquellas regiones que hoy en día no cuentan con Establecimientos de Larga Estadía del Servicio Nacional del Adulto Mayor.
2. Centros de Día: Se ubicarán en aquellas regiones que hoy en día cuentan con oferta de Establecimientos de Larga Estadía del Servicio Nacional del Adulto Mayor.

A la fecha se encuentran en funcionamiento o en proceso de construcción o habilitación, 7 Centros de Día y 9 Establecimientos de Larga Estadía.

Las intervenciones que se realizan o diseñan, requieren una mirada de conjunto, capaz de integrar todos los elementos sociales y sanitarios y vincularlos entre sí, de manera sinérgica. Es decir, se requiere del diseño e implementación de un Sistema de Servicios de Cuidados Sociosanitarios para las personas mayores. En este sentido, la Presidenta Michelle Bachelet, en su discurso del 21 de mayo del 2015, señaló lo siguiente:

Este año comenzará el diseño del Subsistema Nacional de Cuidados, como parte del Sistema de Protección Social -junto a Chile Solidario-Seguridades y Oportunidades y Chile Crece Contigo-. Este comprenderá acciones públicas y privadas para personas y hogares que, en condiciones de dependencia requieran de apoyo y cuidado. Su implementación será gradual a partir del año 2016.

Sistema Nacional de Apoyo y Cuidados

El diseño e implementación de un Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados (SNAC), forma parte también de los compromisos del Programa de Gobierno, los que tienen relación con transitar de una responsabilidad centrada en los hogares (y específicamente en las mujeres, como cuidadoras) a una corresponsabilidad entre los hogares, la comunidad y el Estado. Esto se traduce en ampliar y mejorar los servicios sociales de cuidados que actualmente se prestan en Chile para un contingente cada vez más grande de población dependiente (principalmente adultos mayores y personas con una condición permanente de salud): “En un país que envejece, el cuidado, tanto de personas mayores como de enfermos postrados, discapacitados y de niñas y niños, pasa a ser un tema prioritario para el Estado y la sociedad” (Capítulo de Género, p, 169). En síntesis, el SNAC estará enfocado en “servicios sociales en materia de cuidados. Ello incluye tanto la promoción de la autonomía de las personas mayores, así como el apoyo sistemático y continuo a quienes están en situación de dependencia” (Capítulo Adulto Mayor, p, 191).

El Sistema Nacional de Cuidado formará parte del Sistema Intersectorial de Protección Social creado a través de la Ley 20.379 del año 2009. De acuerdo a la mencionada ley, le corresponde al Ministerio de Desarrollo Social la “administración, coordinación, supervisión y evaluación de la implementación del Sistema Intersectorial de Protección Social y los subsistemas que

lo conformen¹². El Sistema Nacional de Cuidado se perfila de esta manera como uno de los subsistemas del Sistema Intersectorial de Protección Social.

Estándares para Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores: Protocolos SENAMA 2016.

Con el objetivo de normar, bajo un enfoque de derechos, la gran dispersión de prácticas y la gran variedad de modelos de gestión de los Establecimientos de Larga Estadía, es que SENAMA se propuso generar protocolos de atención que abordaran las distintas dimensiones en las que los ELEM operan.

De esta manera SENAMA en una primera instancia, en conjunto con la asesoría de Eurosocial, visitó experiencias internacionales de cuidado de largo plazo en Bélgica, Holanda, Suecia y Luxemburgo para recopilar información sobre prácticas exitosas de cuidado.

Al mismo tiempo, se priorizó ajustar estas experiencias a la realidad nacional. Para esto, se visitaron las residencias de SENAMA y también algunas residencias que reciben fondos del programa Subsidio ELEM de SENAMA. En estas visitas, se entrevistó a los equipos de las residencias, se conversó con adultos mayores, se reunieron buenas prácticas e iniciativas innovadoras realizadas, además de los protocolos utilizados hasta ese momento por las residencias.

En una segunda fase, se analizaron las evidencias recopiladas con grupos de trabajo constituidos por actores de distintas disciplinas, que representaron diversos sectores y territorios: el Estado, la sociedad civil, operadores de residencia, sociedades científicas, la academia y a los adultos mayores, con el fin de escuchar las distintas voces que pudieran aportar en la generación de principios de calidad en la entrega de servicios especializados.

Este trabajo derivó en una batería de 31 protocolos básicos que regulan el funcionamiento de las residencias para adultos mayores. Estos protocolos, modelan un estándar de funcionamiento, que si bien en un inicio ha estado siendo transferido específicamente a los ELEM de SENAMA, se pretende que este material pueda avanzar hacia ser un referente a nivel nacional.

12 Artículo 1 de la Ley N° 20.379.

1 Presentación y Objetivos del Estudio

Las transformaciones demográficas implican cambios cuantitativos y cualitativos en las formas en que se organizan las sociedades y en sus dinámicas de relación, lo que plantea desafíos de gran alcance para la formulación de políticas públicas.

Es preciso señalar que, a pesar de la evidencia, los desafíos no siempre se identifican oportunamente, siendo a menudo predecibles (al menos en sus grandes tendencias). Dada la magnitud de los retos y el impacto que tendrán en la sociedad (tanto desde el punto de vista de la oferta como de la demanda), la información relativa a los cambios poblacionales, y a los fenómenos asociados a éste, constituye un creciente aporte al diseño de políticas públicas orientadas a enfrentar tanto los rezagos históricos como los retos emergentes de la dinámica demográfica.

Este panorama interpela al Estado a generar servicios que cristalicen la estrategia de una política pública que incorpore el envejecimiento de la población en su lógica de actuación, orientada, desde un enfoque de derechos -por la mayor prevalencia de discapacidad y dependencia en los rangos etarios más envejecidos- a la recuperación y cuidado de personas mayores con mermas en su salud y su funcionalidad, atendiendo al impacto que ha tenido la reestructuración de las familias en las labores informales de cuidado y a los déficits técnicos de estos tipos de apoyo tanto en los hogares familiares como en las instituciones.

De este modo, considerando el envejecimiento poblacional, la diversificación sistemática de la demanda por bienes y servicios y la necesidad de reivindicar y asegurar derechos para el contingente de personas de 60 años y más, es que la política pública ha adoptado este escenario dentro de su lógica de diseño e intervención, a partir de lineamientos estratégicos que son posibles de observar en el Programa de Gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet.

Los ámbitos de vulnerabilidad se amplían y exigen considerar los diversos factores por los cuales las personas se encuentran en desventaja frente a la participación de la vida comunitaria, el disfrute de sus beneficios y la toma de decisiones. Durante la vejez, se comienzan a manifestar o potenciar ciertas condiciones que dificultan la posibilidad de movilizar recursos funcionales a la calidad de vida y el bienestar. La capacidad para generar ingresos, las condiciones de salud y de funcionalidad, la integración socio-comunitaria y el capital social, entre otras, son condiciones de vida que en cierto momento del ciclo vital comienzan a decaer debido al repliegue desde el mercado del trabajo, el aislamiento y el abandono, el deterioro de las condiciones de salud, la discapacidad y la dependencia.

La urgencia de generar servicios sociales y sanitarios bajo un enfoque de derechos, surge al observar las características intrínsecas del proceso de envejecimiento descrito anteriormente, asociadas al aumento de la esperanza de vida a partir de los 60 años, y en consecuencia, al

aumento de las cohortes poblacionales mayores de 79 años. Este aspecto, como se desprende de lo anteriormente planteado, otorga un peso singular al análisis del fenómeno de situaciones de discapacidad y dependencia de las personas mayores.

Tradicionalmente han sido las familias quienes han asumido los costos del cuidado de las personas en situación de dependencia. Sin embargo, se ha observado un debilitamiento en el sistema familiar de apoyo, debido en parte al arribo sistemático de la mujer al mercado laboral, a la reducción de las tasas de natalidad y fecundidad y a la sobrecarga de trabajo de cuidados que recae principalmente sobre las mujeres, haciéndose perentoria la generación de un sistema de transferencias sociales institucionalizadas de apoyo hacia la población de mayor edad, complementando la oferta existente.

En este sentido, cuando las familias son incapaces de hacerse cargo de los cuidados de las personas mayores dependientes, surge la necesidad de la institucionalización en Establecimientos de Larga Estadía (ELEAM). Sin embargo, en estos establecimientos no siempre los encargados de prestar servicios tienen las capacidades, el perfil, formación ni los insumos y recursos para proveer cuidados de calidad.

En este marco, el Servicio Nacional del Adulto Mayor, cumpliendo con el mandato legal de implementar políticas públicas para personas mayores y en concordancia con las orientaciones y los anuncios explícitos del presente gobierno de avanzar hacia la construcción de un Sistema de Cuidados, ha propuesto el desarrollo de Servicios Sociales como la estrategia que, trascendiendo lo sanitario, permite intervenciones para dar respuesta integral a las necesidades bio-psicosociales que la atención a la dependencia plantea, tanto al interior de las familias como en las instituciones.

Para capitalizar la constitución de un Sistema de Cuidados comprensivo de la realidad institucional actual, tanto desde SENAMA como desde otras reparticiones públicas, se hace necesario contar con información actualizada sobre los Establecimientos de Larga Estadía, cimentada sobre la experiencia institucional desde los propios beneficiarios, indagando en la calidad de los cuidados y servicios que se prestan desde la perspectiva de los residentes. Es en este contexto, que la Unidad de Estudios, a través de licitación pública, contrató los servicios de levantamiento de información, tanto cualitativa como cuantitativa, desde la indagación en la experiencia de los propios mayores institucionalizados y desde los cuidadores de trato directo, en los Establecimientos de Larga Estadía financiados y administrados por SENAMA y operados por terceros.

Según se declara en sus lineamientos, el programa ELEAM de SENAMA busca atender a personas mayores vulnerables que requieren servicios de cuidados de larga duración, que sean de calidad y especializados de acuerdo a sus niveles de dependencia. Para esto, existen residencias donde se provee atención directa a los adultos mayores, tanto en aspectos sociosanitarios, como en integración sociocomunitaria, promoviendo la participación de los residentes en la red local y en el barrio. SENAMA delega la operación de los establecimientos, a través de licitación o convenio directo, a entidades sin fines de lucro con experiencia en trabajo y atención a mayores, las que se comprometen a gestionar la residencia de acuerdo

al Modelo de Gestión de SENAMA, el que considera áreas de atención usuaria, administración e integración sociocomunitaria. Por su parte, SENAMA aporta el 100% del equipamiento de las residencias colectivas y traspasa a los operadores un subsidio *per cápita* que considera factores de cobertura y territorio.

Una vez obtenida toda la información a través de los cuestionarios, entrevistas y pautas de observación, se procedió a analizar la información estadística y los discursos de los actores, generando cruces entre los datos empíricos y los datos numéricos. Esta triangulación devela que, en muchas ocasiones, ambas aproximaciones a los fenómenos involucrados en la institucionalización tienen una marcada correlación.

El estudio se planteó como objetivo generar información, desde las propias personas mayores institucionalizadas y sus cuidadores, sobre las condiciones de vida y los servicios que reciben en los Establecimientos de Larga Estadía de SENAMA.

De esta forma se hizo posible, por primera vez y sin precedentes, observar aspectos de la calidad de vida de las personas mayores institucionalizadas desde su propia voz.

Objetivos del Estudio

1.1 Objetivo General

Generar información –a partir de distintos instrumentos– sobre las condiciones de vida y los servicios que reciben las personas mayores institucionalizadas en Establecimientos de Larga Estadía de SENAMA, poniendo énfasis en el enfoque de derechos y en el modelo de atención centrada en la persona.

1.2 Objetivo Específicos

1. Caracterizar a la población residente a partir de variables socioeconómicas, demográficas, de salud, discapacidad y dependencia.
2. Identificar y caracterizar a las instituciones y a sus centros, en referencia a las prestaciones, infraestructura y servicios de cuidado entregados desde la perspectiva de la protección/vulneración de derechos.
3. Conocer la experiencia, principales demandas, expectativas y satisfacción subjetiva de la población residente con las prestaciones, infraestructura y servicios de cuidado recibidos.
4. Recolectar evidencia cualitativa, a partir de entrevistas desde las propias personas mayores y desde sus cuidadores formales. La información recolectada debe ser operacionalizada para aportar insumos para el análisis.

2 Diseño de la Investigación

En el siguiente apartado se exponen los aspectos técnicos del diseño de la investigación, incluidas las consideraciones muestrales, algunas barreras encontradas durante el proceso de recolección de información así como también las actividades de entrenamiento, capacitación y pilotaje para el ajuste y la adecuada aplicación de los instrumentos.

2.1 Metodología y Muestra

El presente estudio consideró la recolección de información a través de técnicas cuantitativas y cualitativas, las cuales fueron aplicadas tanto a residentes como a trabajadores de los establecimientos. A continuación se observa el resumen de las metodologías utilizadas para dar cumplimiento a cada objetivo.

METODOLOGÍA	MUESTRA
Encuestas cara a cara a AM o en su defecto a informantes que puedan responder por ellos	Adultos mayores de 11 centros ELEAM a lo largo del país Se logró un total de 465 encuestas efectivas (88 AM y 377 informantes)
Cuestionario auto aplicado a director técnico	11 directores técnicos- 1 por cada centro visitado
Cuestionario auto aplicado a cuidador respondiente	201 cuestionarios recogidos
Aplicación de pautas de observación de derechos	11 pautas abreviadas aplicadas por el equipo cuantitativo 11 pautas completas aplicadas por el equipo cualitativo
Entrevistas en profundidad a AM	2 por centro: 22 entrevistas
Entrevista en profundidad a cuidadores	2 por centro: 22 entrevistas

2.2 Filtros Adicionales Etapa Cuantitativa

- Antes de comenzar la realización de los cuestionarios diseñados para los residentes se aplicó el instrumento Minimal State Examination (MMSE), test de tamizaje de deterioro cognitivo. De esta forma, por un lado se logró descartar posible deterioro cognitivo y, por el otro, determinar quiénes requerirían un informante idóneo para que respondiera por ellos.
- Todos aquellos adultos mayores con puntaje de 12 o más fueron considerados como aptos para contestar por sí mismos.
- En los casos cuyo puntaje fuera de 11 o menos, el cuidador directo o informante debía responder el test Pfeiffer que confirma o descarta la imposibilidad de contestar determinada originalmente por el Minimal.

Una vez determinada la población que podía responder por sí misma y quienes requerirían de un tercero para contestar el cuestionario, se procedió a solicitar apoyo al equipo profesional de las residencias para definir la persona idónea que pudiese contestar el cuestionario, siendo el factor de mayor relevancia el conocimiento que se tenía respecto la persona mayor.

Para la etapa de levantamiento de información se consideraron dos cuestionarios, uno diseñado para ser contestado por los cuidadores en referencia a la situación de la persona mayor y otro para ser respondido por las personas mayores, este último contempló una serie de preguntas adicionales relacionadas con calidad de vida, buen trato y percepción del funcionamiento del ELEM. Cabe mencionar que de acuerdo a norma ISO 20.252, cada entrevistado firmó documento de consentimiento, confidencialidad / resguardo de información.

A su vez se levantó información relacionada con posibles manifestaciones de Síndrome de Burnout a través del instrumento Inventario de Burnout de Maslach. Los cuidadores que accedieron a contestar éste lo hicieron de manera autoaplicada. Se aplicó también una pauta de observación de derechos, desarrollada por el INDH Chile el año 2012, con la cual se buscaba detectar posibles vulneraciones que pudiesen observarse en el proceso de levantamiento de información.

En cuanto a las pautas cualitativas se realizaron 4 entrevistas individuales por residencia, dos a residentes y dos a cuidadores, con estas entrevistas se buscó complementar la información levantada a través de la metodología cuantitativa y contrastar la percepción de cuidadores y residentes.

2.3 Capacitaciones encuestadores/entrevistadores

Para poder realizar el levantamiento de información de manera correcta, y sin alterar las dinámicas al interior de los establecimientos, se procedió a realizar una serie de capacitaciones a encuestadores y entrevistadores, en una primera instancia, junto a un equipo conformado por el jefe de proyecto y equipo de investigación de IPSOS¹³, profesionales del observatorio social del MIDESO, profesionales de SENADIS y profesionales de SENAMA, se desarrollaron presentaciones referentes a conceptos de vejez y envejecimiento, autonomía, dependencia, discapacidad, enfoque de género y enfoque de derechos, todo con la finalidad de resolver dudas y/o consultas y, a la vez, entregar herramientas conceptuales que permitiesen abordar de manera adecuada el trabajo en terreno. También se procedió a la revisión pregunta por pregunta de los cuestionarios.

En una segunda instancia de capacitación profesionales del INDH realizaron una capacitación a los jefes de proyecto, con la finalidad que estos traspasaran la información a los equipos que se desplegaron en terreno. Aquí se abordó nuevamente el enfoque de derechos y el enfoque de género, poniendo especial atención a la pauta de observación de cumplimiento con los derechos humanos.

13 Consultora adjudicataria de la licitación 1300-1186-SE16 con fecha 23-11-2016.

Finalmente, y luego de la prueba piloto del instrumento y el posterior ajuste de este, se realizó una tercera capacitación en la cual se trabajaron, nuevamente, los conceptos de dependencia, discapacidad, enfoque de derechos y enfoque de género, para finalmente hacer una revisión pregunta a pregunta del cuestionario.

2.4 Prueba piloto y levantamiento de información

Antes de iniciar oficialmente el estudio, se realizó una muestra piloto, con las siguientes características: 5 encuestas realizadas en Curicó, 3 en Loncoche y 4 en Hualpén, realizando en total 12 encuestas.

Se seleccionó a adultos mayores que pasaban el minimal o Pfeffer con el puntaje adecuado. Una vez que se realizó el piloto del estudio, se organizó una reunión con las encuestadoras (focus group), con el fin de comprender todas las situaciones a las que se podía ver enfrentado el equipo de campo, además de consensuar algunos cambios en el cuestionario para hacerlo más óptimo.

Además de lo anterior, y con la finalidad de complementar la información entregada por la consultora, un equipo de SENAMA aplicó 8 encuestas en la residencia para personas mayores de Recoleta perteneciente a la fundación Hogar de Cristo, ambas instancias fueron consideradas para la modificación del instrumento inicial, dando como resultado una reducción significativa de este.

A continuación se presentan las fechas del proceso de pilotaje y levantamiento de información:

ACTIVIDAD	FECHA
Piloto del estudio	30-11-2016
Realización de focus de análisis del piloto realizado	01-12-2016
Aprobación final del cuestionario por parte de SENAMA	23-12-2016
Inicio de campo	10-01-2017
Término de campo	13-02-2017
Proceso de datos	02-03-2017
Envío de la base de datos final del estudio en SPSS	14-03-2017
Entrega de informe final	10-05-2017

2.5 Barreras en el proceso de levantamiento de información

Una de las barreras que se detectó al realizar el levantamiento de la información fue la resistencia de algunos operadores para permitir el acceso de los equipos de IPSOS a los

Establecimientos, esta restricción tenía como justificación el supuesto desconocimiento que tenían los directores técnicos de la fecha en la que se realizaría el levantamiento y/o por el desconocimiento de los cuestionarios a aplicar. También se presentaron situaciones en las cuales los directores técnicos consideraban que las personas mayores no estaban capacitadas para contestar cuestionarios. En un caso se prohibió el acceso y no se pudo realizar el levantamiento de información, específicamente en el ELEM de Punta Arenas, a pesar de las diversas gestiones realizadas.

Los tiempos disponibles por los cuidadores es muy limitado, por la propia demanda de sus quehaceres en el establecimiento, por lo que el proceso de levantamiento de información en un espacio propicio y con los tiempos requeridos, por lo general, no fue el óptimo. La consultora percibió, en algunos casos, presiones por parte de las jefaturas respecto del tipo de información que entregaban los cuidadores

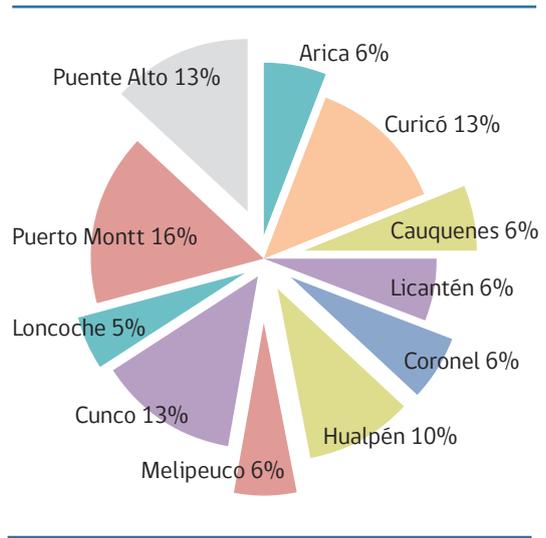
3 Descripción Sociodemográfica

En la sección que se presenta a continuación se exponen una serie de indicadores sociales y demográficos, que contribuyen a caracterizar a los residentes, estableciendo también un perfil de las residencias.

3.1 Composición de la muestra y distribución por centro

La composición de la muestra fue la siguiente:

Región	Ciudad	Total: 465
Arica y Parinacota	Arica	30
Maule	Curicó	60
	Cauquenes	30
	Licantén	28
Bío Bío	Coronel	27
	Hualpén	47
Araucanía	Melipeuco	30
	Cunco	59
	Loncoche	24
Los Lagos	Puerto Montt	72
Metropolitana	Puente Alto	58



(Base: total 465 casos)

Los ELEM tienen, en general, las siguientes características:

Del total de los ELEM visitados, desde donde se extrajeron 465 encuestas (más 12 pilotos), sólo el 19% (88 adultos mayores) pudo responder por sí mismo, dado el deterioro cognitivo exhibido en los tests aplicados. El resto de la información fue entregada en su mayor parte por los cuidadores a cargo de cada uno de ellos al interior de la institución, y en unos pocos casos por familiares presentes durante la situación de entrevista.

A continuación, se puede observar los cupos utilizados por cada centro, en relación al número de plazas disponibles y al número total de encuestas. De esta relación, resulta el porcentaje de encuestas logradas.

Centro	Nº de plazas	Cupo utilizado	Levantamiento Piloto	Fase de Terreno	Total de encuestas	% de logro
Arica	30	30		30	30	100
Curicó	70	67	5	60	65	97,0
Cauquenes	30	30		30	30	100
Licantén	30	28		28	28	100
Melipeuco	30	30		30	30	100
Cunco	60	59		59	59	100
Loncoche	30	27	3	24	27	100
Puerto Montt	80	75		72	72	96
Puente Alto	98	60		58	58	96,7
Coronel	30	53		27	27	100
Hualpén	60	53	4	47	51	96,2
Total	548	486	12	465	477	98,1

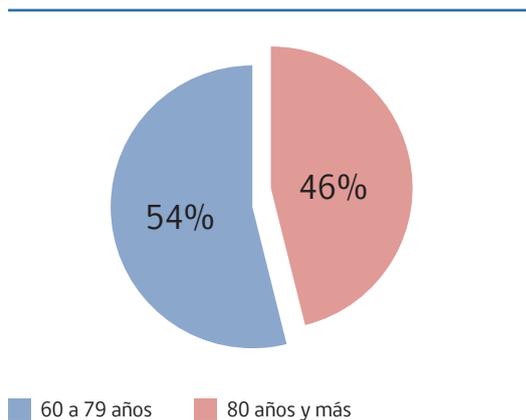
3.2 Edad

El promedio de edad de los adultos mayores, a nivel nacional, es de 79 años. Un 39% de los adultos mayores tiene entre 60 y 79 años y un 61% es mayor de 79 años.

El promedio mayor de edad entre las residencias se encuentra en Cauquenes, con 83 años, mientras que el menor es Puente Alto, ELEM en el que sus beneficiarios en promedio tendrían 76 años de edad, 7 años menos que en Cauquenes. Esta dispersión es relevante, dado el deterioro funcional asociado a las edades más avanzadas. De esta manera es posible anticipar que los ELEM de SENAMA enfrentan distintos perfiles de residentes y por tanto, tienen o deben tener, mecanismos o planes de intervención diferenciados, considerando factores como la edad.

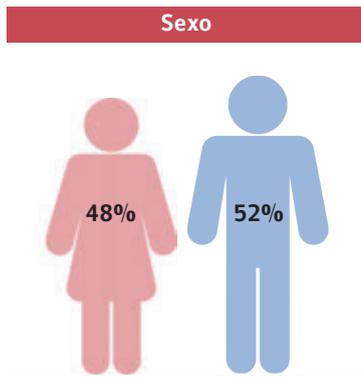
Edad media por ELEM:

Centro	Promedio de edad
Arica	80
Curicó	79
Cauquenes	83
Licantén	81
Melipeuco	78
Cunco	80
Loncoche	82
Puerto Montt	79
Puente Alto	76
Coronel	78
Hualpén	79



(Base: total 461 casos)

3.3 Sexo



(Base: total 465 casos)

El promedio de edad de los hombres es de 78 años y el de las mujeres es de 81 años. Es necesario considerar que hombres y mujeres tienen necesidades diferentes, en función, por una parte, de los roles de género asumidos durante el ciclo de vida, y por otra, en relación a aspectos biológicos y fisiológicos asociados a uno y otro sexo.

En este sentido, según las estadísticas nacionales y toda la bibliografía disponible, las mujeres viven más que los hombres y lo hacen muchas veces en peores condiciones. Esto se expresa especialmente en las condiciones de salud y, asociado a ello, en las condiciones de funcionalidad, siendo la dependencia y discapacidad más prevalente y más severa en las mujeres que en los hombres, requiriendo, en general, cuidados más intensos y complejos.

La distribución porcentual según sexo es de 52% de hombres y 48% de mujeres.

En cuanto al estado civil, el 42% de los adultos mayores es soltero, el 30% es viudo y el 19% es separado/divorciado. Sólo el 9% es casado o conviviente.

Los centros que cuentan con habitaciones para matrimonios son: 2 en Cunco, y 5 en Puente Alto, totalizando 7 habitaciones matrimoniales en todo el país.

3.4 Lecto-escritura

Al visualizar el nivel de alfabetismo de los adultos mayores en los ELEM del país, nos encontramos con el siguiente resultado:

Pregunta: ¿Sabe leer y escribir?

A nivel nacional algo más de la mitad de los residentes (54%), sabe leer y escribir. Los ELEM que presentan los indicadores más altos de analfabetismo son: Licantén (68% no lee ni escribe); Melipeuco (60%); Cauquenes (57%) y Puerto Montt (50%). No hay diferencias estadísticamente significativas según sexo. Al visualizar otras variables, por ejemplo: relación con la familia, se puede observar que aquellos que tienen mayor cercanía con la familia son los que presentan mayor alfabetismo.



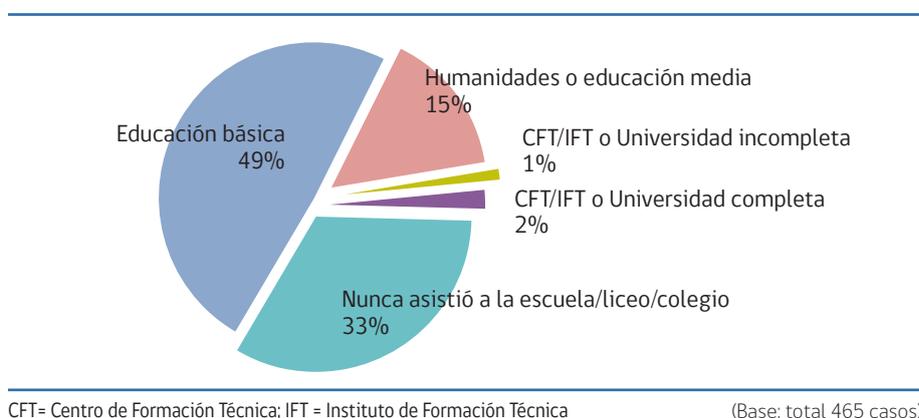
(Base: total 465 casos)

De aquellos que presentan ceguera (63 residentes), el 35% declara saber leer y escribir. El 80% de los adultos mayores que respondieron por sí mismos la encuesta, declara que sabe leer y escribir.

Es necesario observar las cifras combinando un enfoque situado en las capacidades con un enfoque situado en el ciclo educativo. Por una parte, se observa un número bastante grande de personas que presentan ceguera y que, por lo tanto, no pueden leer en un formato convencional, pero que señalan saber realizar esta acción. Es posible que estas personas presentaran ceguera en algún momento en el que ya sabían leer y escribir, perdiendo la capacidad de realizar esta acción (excluyendo el método Braille), pero que continúan contando con el potencial de hacerlo porque tienen el conocimiento para realizar la acción.

3.5 Nivel educacional

Basado en las declaraciones de adultos mayores y cuidadores (informantes), el nivel educacional de los residentes de los ELEAM a nivel nacional es el siguiente:



De esta manera, casi la mitad de los residentes de los ELEAM ha cursado preparatoria o educación básica. Sólo el 15% es egresado de humanidades o educación media. Un tercio de la población residente en estos hogares nunca asistió a la escuela. Si consideramos la información que presenta el Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores, tenemos que una baja educación formal se relaciona fuertemente con la dependencia. En efecto, las pruebas estadísticas realizadas (regresión logística), determinan una asociación entre baja escolaridad y dependencia. Estas dos variables, entonces, deben ser consideradas como aspectos relevantes en la intervención en personas mayores institucionalizadas.

3.6 Nacionalidad y etnia

La gran mayoría de los residentes de los ELEAM son chilenos. Sin embargo, en Arica hay 3 residentes de nacionalidad boliviana; en Puente Alto hay un residente de nacionalidad argentina y en Puerto Montt hay un residente de nacionalidad española.

A nivel nacional, la declaración de pertenencia a un pueblo originario es la siguiente:

En Chile, la ley reconoce nueve pueblos indígenas. ¿Pertenece usted o es descendiente de alguno de ellos?		
	Frecuencia	Porcentaje
Aymara	1	0,2
Mapuche	38	8,2
Atacameño (Linkán Antai)	9	1,9
No pertenece a ningún pueblo indígena	334	71,8
No sabe / No contesta	83	17,9
Total	465	100

(Base: total 465 casos)

El 71,8% de los residentes a nivel nacional no pertenecen a ninguna etnia originaria. Hay 38 residentes que son de origen Mapuche, 9 de origen Atacameño y se registra que un residente del ELEAM de Puerto Montt es de origen Aymará. El 17,9% restante, menciona que no sabe o no contesta respecto su origen

Se ha determinado, en base a la información disponible respecto a encuesta de hogares, y observando una serie de indicadores, que la pertenencia de personas de edad a los distintos pueblos indígenas, se encuentra asociada a variables que determinan mayores grados de vulnerabilidad. Las personas pertenecientes a pueblos originarios y que a su vez son adultos mayores, presentan menores niveles de escolaridad, mayor pobreza y mayor prevalencia de discapacidad y dependencia, lo cual impacta en el proceso de envejecimiento.

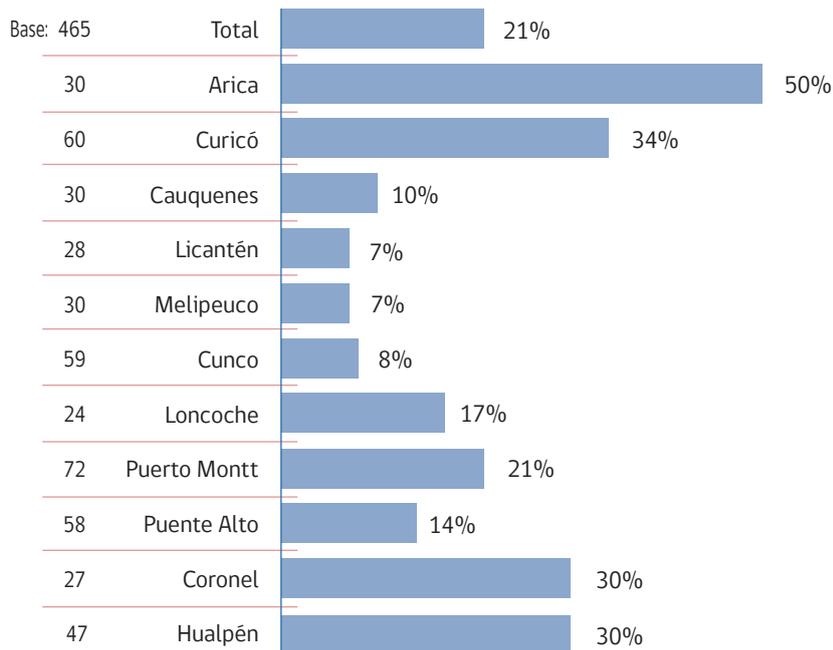
La consideración de la población originaria en las instituciones, resultará útil únicamente si se definen criterios de focalización programática que impacten en una disminución efectiva de los ámbitos de discriminación y desprotección por la doble condición de ser mayor e indígena. Se deben considerar las particularidades culturales y de historias de vida de esta población, en la implementación de las intervenciones tanto sociales como sanitarias al interior de los establecimientos.

3.7 Deterioro cognitivo

Luego de la aplicación inicial del test Minimental, se debía corroborar o descartar el deterioro cognitivo de los residentes que no habían superado el test, mediante la aplicación de Pfeffer a su cuidador directo, en caso de que el puntaje de este test fuera 6 o mayor la encuesta continuaba con el cuidador como informante, de no ser así contestaría el cuestionario la persona mayor.

En relación a lo anterior, a continuación se presentan los resultados del test Minimental por centro.

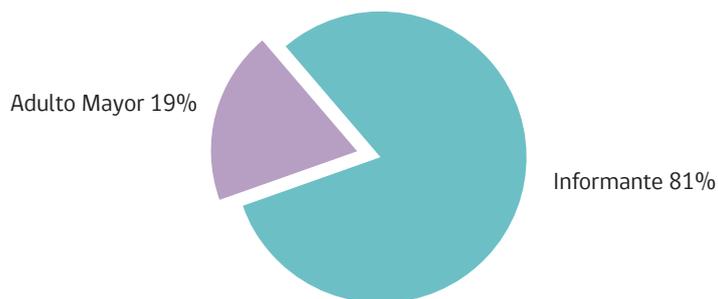
Resultado de Test Mininental Aceptable (13 o más puntos) por Centro



(Base: total muestra = 465 casos)

En los ELEAM el porcentaje de adultos mayores con deterioro cognitivo superó en casi todos los casos el 70%. El caso de Arica es distinto, contando con el menor porcentaje de residentes con problemas cognitivos: el 50% alcanza el puntaje aceptable para responder por sí mismo las preguntas realizadas en el estudio.

Bajo este criterio, la composición de la muestra se distribuye del siguiente modo: 81% de las encuestas fue respondida por los informantes idóneos y el 19% por las propias personas mayores, equivalentes a 88 personas.



(Base: total 465 casos)

4

Síntesis de Caracterización de Residentes

A continuación se presenta un cuadro que resume las características más relevantes de toda la población residente en la totalidad de los ELEAM encuestados.¹⁴

CARACTERIZACIÓN GENERAL DE LOS RESIDENTES		TOTAL NACIONAL
VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN	INDICADORES	465
Sexo	Hombres	240
	Mujeres	225
Edad*	60-69	56
	70-79	194
	80-89	149
	90 y más	62
Etnia*	Aymara	1
	Mapuche	38
	Atacameño	9
	No	334
	NS/NR	78
Discapacidad	No	62
	Leve	10
	Moderada	196
	Severa	197
	Total discapacidad	403
Dependencia	No	24
	Leve	22
	Moderada	85
	Severa	334
	Total dependientes	441
Tiempo de Residencia*	Menos de 3 años	258
	Tres años y más	200
Enfermedades	Ojo	217
	Oído	203
	Sistema respiratorio	101
	Sistema circulatorio	303
	Sistema genitourinario	53

* Hay datos perdidos

14 Para la información sobre cada establecimiento, consultar la versión digital de este informe en <http://www.senama.gob.cl/pub-senama>.

VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN	INDICADORES	465
Enfermedades	Endocrinas, nutricionales y metabólicas	117
	Tumores	17
	Sistema osteomuscular	150
	Sistema nervioso	137
	Trastornos mentales y del comportamiento	324
	Malformaciones congénitas y deformidades	76
	Traumatismos, envenenamiento y algunas otras consecuencias de causa exterior	31
Número enfermedades	No tiene	11
	Tiene 1	33
	Tiene 2	75
	Tiene 3	107
	Tiene 4 o más	239
Nº medicamentos	Media	9,9
	Mediana	4
	Moda	3
Nivel Educativo	Nunca asistió	152
	Educación pre-escolar o parvularia	15
	Preparatoria o Ed. Básica	216
	Humanidades o Ed. Media	69
	Centro o instituto de formación técnica	6
	Educación universitaria	7
Previsión Salud	Fonasa A	226
	Fonasa B	150
	Fonasa C	1
	Fonasa D	4
	Fonasa no sabe grupo	44
	Isapre	2
	Otro sistema	6
	No sabe	4
	Ninguno	5
Deterioro cognitivo	Sin	101
	Con	364
Depresión	Normal	253
	Leve	130
	Establecida	82
Postrados	Sí	74
	No	391
Responde	Adulto mayor	88
	Cuidador	377

5 Experiencia en la Residencia

A continuación se presentan aspectos abordados tanto por la encuesta como por los instrumentos cualitativos, y que se relacionan con la experiencia de vida cotidiana al interior de los ELEM. Este panorama incluye las apreciaciones sobre el momento de ingreso, la relación con funcionarios y familiares y el sentimiento de respeto y acogida percibidos.

5.1 Ingreso a la residencia

Para la gran mayoría de los Adultos Mayores (85%), el ELEM en el que reside actualmente es el primer hogar o residencia colectiva en el que ha vivido, tal como se observa en el siguiente gráfico:

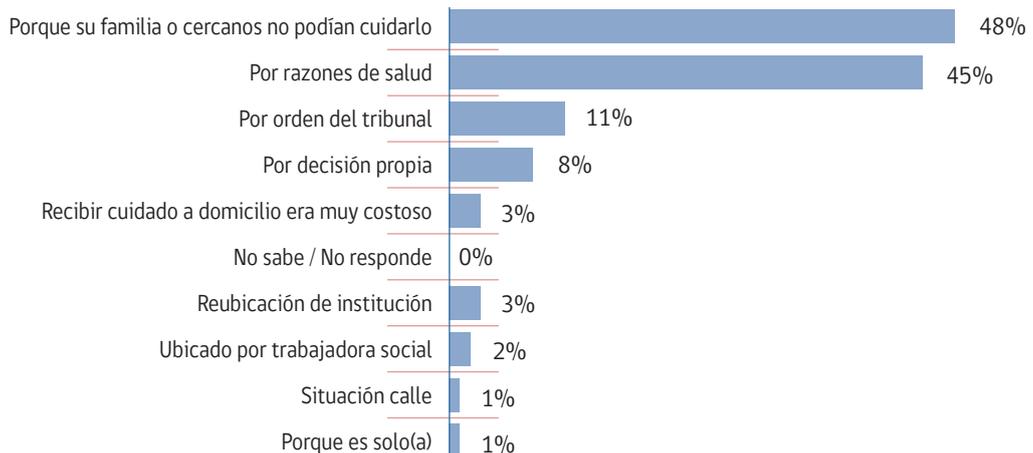
¿Es este el primer establecimiento en el que se encuentra residiendo?



(Base: total 465 casos)

Sin embargo, se observa un número cercano a 70 residentes que declara haber vivido en otro ELEM con anterioridad. En tal sentido, es necesario profundizar en las variables que decantaron en un cambio de residencia, pudiendo presentarse múltiples factores, como cese de funcionamiento del hogar anterior, alguna situación de maltrato, cambio de domicilio de los familiares o el traslado por la presencia de necesidades o requerimientos que el establecimiento anterior no pudo abordar.

Al consultar por los motivos por los cuales entró a la residencia, las respuestas son las siguientes:



(Base: total 465 casos)

Los motivos de ingreso relacionados directamente con situaciones de salud o cuidados, aglutinan en conjunto el 93% de los casos.

Es necesario considerar que solo el 8% del total de residentes en Establecimientos de Larga Estadía de SENAMA decidió por sí mismo su ingreso. Esta información es muy relevante, ya que se asocia a una pérdida de autonomía en la toma de decisiones asociada a las mermas en la salud y las necesidades de cuidado. En definitiva, cuando estas personas mayores presentan condiciones de salud adversas que los familiares no pueden abordar o enfrentar, se toma una opción, en la cual los propios afectados no tienen mayor influencia.

Sin duda el reconocer la historia de vida que trae consigo la persona mayor al ingresar al ELEAM, es una cuestión central para intervenir. Según revela la información cualitativa levantada, la mayoría de los residentes manifiesta haber tenido una vida con muchas carencias, en algunos casos dan cuenta de haber sido vulnerados y violentados a lo largo de su vida. Se hace mención que esta situación se mantuvo en la vejez y muchos residentes fueron ingresados al ELEAM por la precariedad en la cual se encontraban.

Respecto a lo anterior, y para graficar empíricamente lo anterior, una residente de Curicó señala: *Fue muy sacrificada toda mi vida, yo no supe nunca de un juguete ni nada, a la escuela fui tres años, de los tres años estaría un año, porque cuando había trabajo me sacaban de la escuela, como era hija adoptiva, no había cariño, era cariño por el trabajo no más, pero tampoco reniego contra eso, fue mi vida que me tocó vivir* (Residente Curicó)

Esto se confirma desde la visión de los propios cuidadores rescatada a partir de las entrevistas:

A ella la dejaron abandonada en Iquique, lo único que sabemos de ella, hay historias tristes detrás de cada residente (Cuidador/a Arica)

En cuanto al proceso de acogida e integración al momento del ingreso, los residentes entrevistados dan cuenta de que se les hizo un recorrido por las instalaciones, se les explicó el funcionamiento, lo que genera una primera aproximación positiva hacia el recinto.

En otros ELEAM, si bien se realiza la visita guiada y un proceso de bienvenida, no estaría normalizado el proceso, omitiéndose la mención de actividades o introducción al nuevo contexto institucional, el que incluye compartir cotidianamente con personas con distintos niveles de dependencia y de funcionalidad cognitiva. Lo anterior, dependiendo de la personalidad del residente, puede generar mayor dificultad para poder sentirse acogido por la residencia.

Lo recorrí, me gustó, pero yo estaba medio acomplejada, y decía entre mí que tenía que venirme como fuera, aceptar como fuera (Residente Cauquenes)

Lloraba porque me sentía sola, la gente es poco amistosa, tienen su cabecita mala (Residente Hualpén)

Otro elemento que genera dificultades para la adaptación a la residencia son las prohibiciones, por ejemplo no poder salir cuando se quiere o no poder disponer de alimentos fuera de los que ofrece el establecimiento, producen malestar entre algunos residentes.

Entre quienes venían de otras residencias se aprecia que el proceso de adaptación fue más rápido. Además de lo anterior, estos residentes destacan la infraestructura y el trato recibido en comparación con sus antiguos hogares.

Este es inmenso, el otro era una casita no más (Residente Arica)

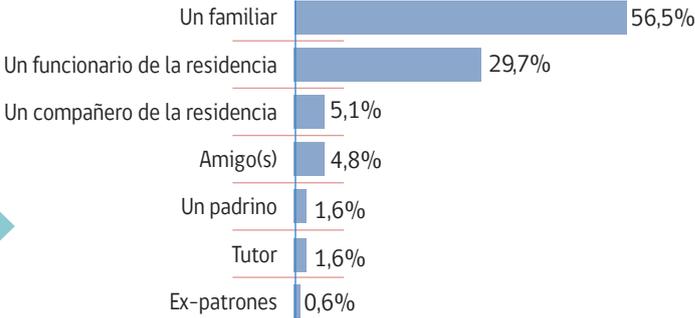
Como ya había estado en un hogar, traía las costumbres (Residente Arica)

5.2 Figura significativa

Los familiares en primer lugar y los funcionarios de la residencia en segundo, son considerados las figuras más significativas para los adultos mayores, tal como se puede visualizar en el siguiente gráfico.

¿Tiene usted una persona (figura significativa) en quién confía y podría pedirle consejo o contarle cuando tiene algún problema importante? (dentro o fuera del hogar)?

Tiene una figura significativa



(Base: total 465 casos)

(Base: sí tiene figura significativa 307 casos)

Al observar los datos se aprecia que, del total de casos, 307 personas señalan contar con una figura significativa a quien pedirle consejo o contarle algún problema. Como contrapartida, el 34% de las personas mayores institucionalizadas no cuenta con este apoyo. Este mismo porcentaje persiste si consideramos únicamente a las personas que no puntuaron para ser filtradas en los test cognitivos y que respondieron por sí mismas (88 casos).

Por otra parte, del total de personas que señala contar con una figura significativa, más de la mitad, el 56,5%, señala que esa figura es un familiar, es decir alguien que reside fuera de su entorno habitual; en el caso de las personas mayores que respondieron por sí mismas, esta proporción es del 47,5%. Así mismo, como se verá más adelante, el porcentaje de personas

que tiene contacto con sus familias es levemente superior al 50%. El 47% de los mayores declara no tener amigos en el hogar.

Considerando lo anterior, se observa que muchas personas mayores se encuentran en una situación de desarraigo emocional, sin una figura significativa y sin recibir visitas de sus familiares. Además, tenemos que los funcionarios cumplen muchas veces el rol de prestar consejo o de confidente frente a algún problema.

Es necesario poner atención entonces a los escenarios de soledad y aislamiento que pueden estar enfrentando algunas personas mayores.

5.3 Relación con la familia

Más de la mitad de los residentes declaran que la familia le visita regularmente y un tercio declara que nunca los ve o no le visitan.



(Base: total 477 casos)

No se observan grandes diferencias por sexo y edad, a excepción de la declaración de no recibir visitas, donde son los hombres de menor edad (entre 60 y 79 años) los que más declaran esta opción.

Desde las entrevistas realizadas, es posible señalar que uno de los factores que se repite con cierta sistematicidad y que genera tristeza en los residentes, tiene relación con la pérdida de contacto con los familiares y el alejamiento con su pasado, situación que ha generado cambios en sus rutinas y que en algunos casos manifiestan extrañar.

Porque uno echa de menos y pasa pensando en ellos porque mi yerno tomó un trabajo afuera también, lo derivaron a Calama en un grupo (Residente Melipeuco)

Se ha portado mal conmigo (Residente Hualpén)

Los equipos que trabajan en los establecimientos, desde su visión más general respecto a la situación de los residentes, de alguna manera ratifican la situación que develan las personas mayores. Al preguntárseles por la composición familiar de los residentes no hay un patrón claro,

sin embargo, en ningún relato se hace mención a la participación activa o visitas permanentes a los establecimientos por parte de los familiares, se señala sólo un par de casos en los que se verifican salidas con familiares, las cuales son muy valoradas.

son muy pocos los que son visitados (Cuidador/a Loncoche)

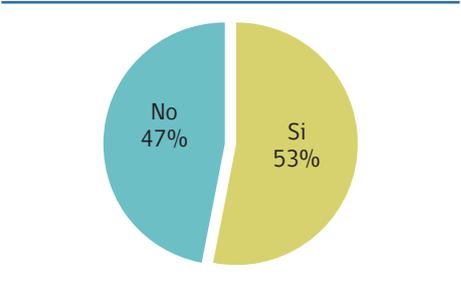
Esto refuerza la percepción de abandono de los residentes por parte de sus familiares, siendo explicitada la intención de buscar mayor participación de éstos por parte de los equipos de las residencias.

El ELEM lucha para que los familiares vengan o siempre les están diciendo y nosotros igual, que vengan a visitarlos, que les hace bien cuando vienen a verlos (Cuidador/a Puerto Montt)

5.4 Relación con amigos al interior

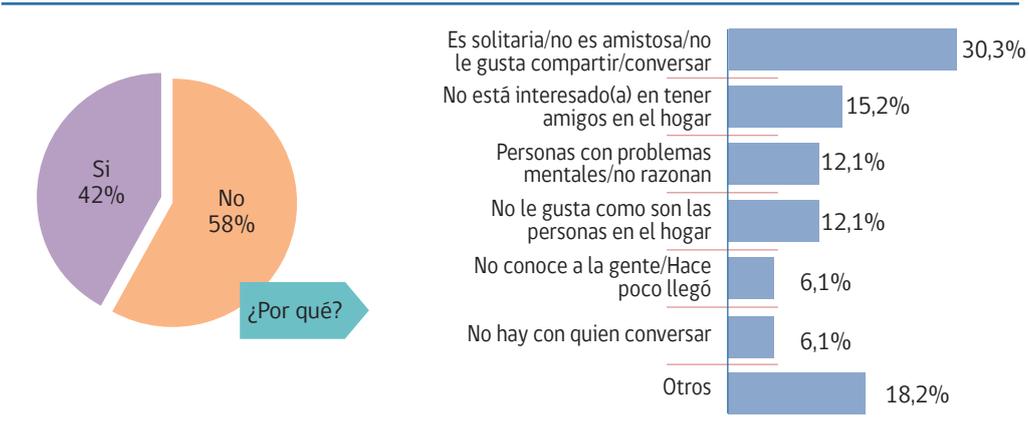
Algo más de la mitad de los residentes de los ELEM han generado lazos de amistad en el lugar de residencia y este porcentaje alcanza su máximo en Arica, con un 83%. El grupo etario más joven (entre 60 y 79 años) es quien declara mayoritariamente tener amigos en el hogar, principalmente se observa en mujeres y quienes tienen una figura significativa en el hogar o fuera de él.

¿Tiene amigos en este hogar?



(Base: total 465 casos)

¿Siente que tiene la posibilidad de generar lazos de amistad con otros mayores en este hogar?



(Base: total 465 casos)

(Base: no tiene posibilidad de generar lazos con otros mayores 33 casos)

La posibilidad de generar lazos de amistad está relacionada con, además de una inclinación personal subjetiva, a la disposición tanto de entornos físicos como sociales donde las personas puedan interactuar y compartir experiencias, vivencias e intereses.

Al considerar a personas mayores institucionalizadas, y que por tanto, comparten cotidianamente en un espacio común, se podría anticipar un escenario propicio para que los residentes generen estos lazos. Sin embargo, los datos indican que el 58% siente que no tiene la posibilidad de hacer amigos dentro del ELEM.

Según las entrevistas, y como ya se señalara anteriormente, una vez que las personas mayores logran soslayar las resistencias naturales al ingreso a un ELEM, comienzan a adaptarse y generan lazos de amistad con otros residentes o cuidadores/trabajadores, generándose una estadía más grata en el hogar.

En tal sentido, un residente señala:

"Tengo amigos aquí, los amigos de la pieza y nos cuidamos unos a otros"
(Residente Cunco)

A pesar de lo anterior, solamente un 5% señala que la persona significativa es un amigo, esto puede estar relacionado con que el concepto "significativo" se asocia, además de con una relación interpersonal positiva, con alguien que se encuentra en posición de prestar apoyo. En el contexto de un ELEM, un eventual amigo que sea compañero de residencia, no se encontraría en una posición ventajosa para prestar apoyo.

5.5 Relación con funcionarios

La gran mayoría de los adultos mayores considera que tiene una muy buena o una buena relación con quienes trabajan en el hogar.

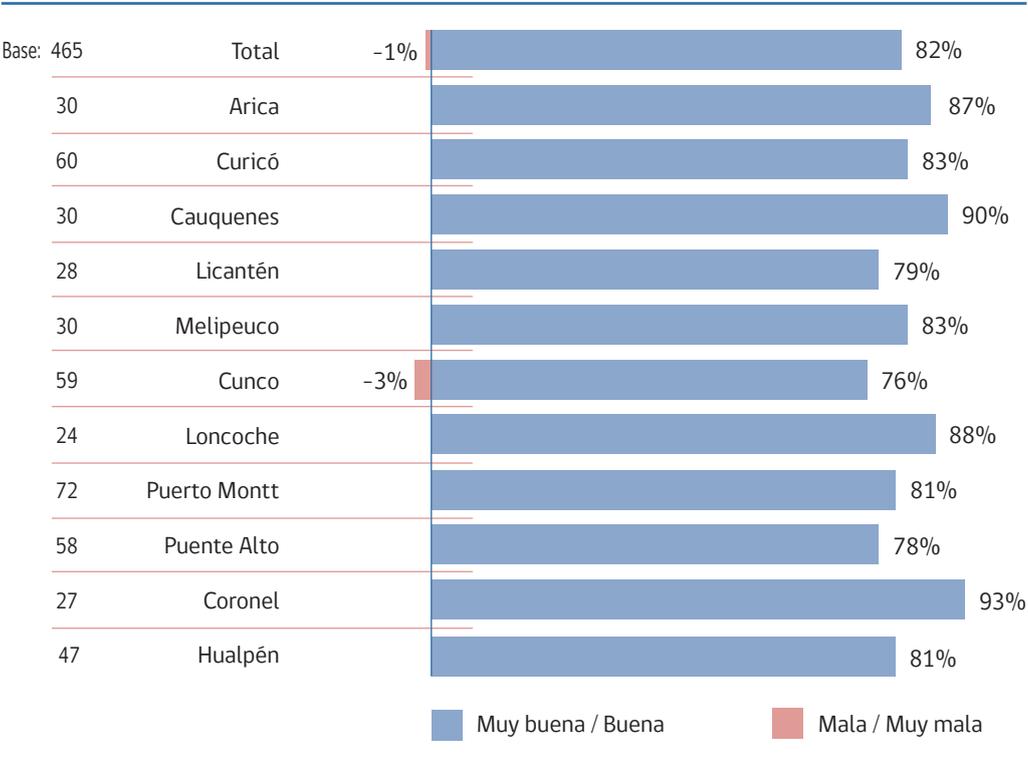
No se observan diferencias según rango etario y son las mujeres quienes mejor relación perciben con los funcionarios.

Se destaca que quienes tienen una figura significativa y/o amigos en el hogar, son quienes mejor visualizan su relación con los funcionarios que les atienden. Son también quienes mayoritariamente han participado en talleres de prevención de caídas.

Como se puede confirmar a partir del gráfico, en general existe una buena percepción de relación con los funcionarios, a excepción de Cunco, donde hay unas pocas personas que difieren y consideran que su relación es mala o muy mala con quienes trabajan en el ELEM. Coronel es el lugar donde se observa la mejor relación, seguido de Cauquenes.

Considerando que en un contexto de institucionalización resulta muy difícil para los residentes develar o declarar conflictos o malas relaciones con los funcionarios, es necesario soslayar el

aparente bajo porcentaje que se ubica en las categorías negativas, tomando de este modo en cuenta también la categoría de “regular”, siendo necesario poner atención especial a estos indicios.



Si consideramos el término neutro, en el que las personas consideran que su relación con los funcionarios es “regular”, debemos interpretar esta categoría como negativa tratándose de relaciones entre personas. En efecto, al preguntársele a las personas mayores por cómo es la relación con los funcionarios que trabajan en el hogar, existe un 17,4% que declara que la relación es regular, mala o muy mala, lo que equivale a 83 personas.

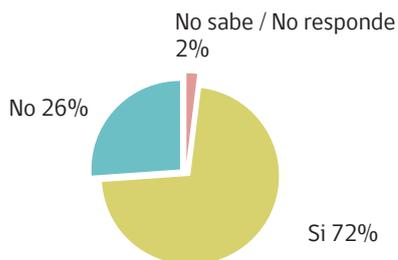
Cuando se observa la distribución entre las personas que pudieron responder por sí mismas (88 casos), no existen respuestas “mala” o “muy mala” pero un 11,4% responde que la relación con los funcionarios es regular.

5.6 Actividades

Una mayoría de los adultos mayores considera que en el ELEM donde viven se generan talleres o actividades que son de su interés:

¿En el establecimiento se generan actividades o talleres de su interés?

(Base: total 465 casos)

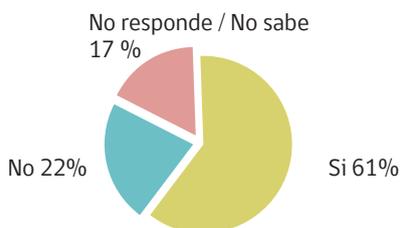


Así también, en su mayoría manifiestan que la cantidad de talleres o actividades, es suficiente (78%) y que son adecuados (92%) para quienes residen en el hogar. No obstante, el que 1 de cada 4 personas considere que en el establecimiento no se generan actividades o talleres de su interés, es un aspecto a considerar.

Más de la mitad de los adultos mayores participa en actividades permanentes o talleres, fuera del establecimiento, tal como se puede observar en el siguiente gráfico:

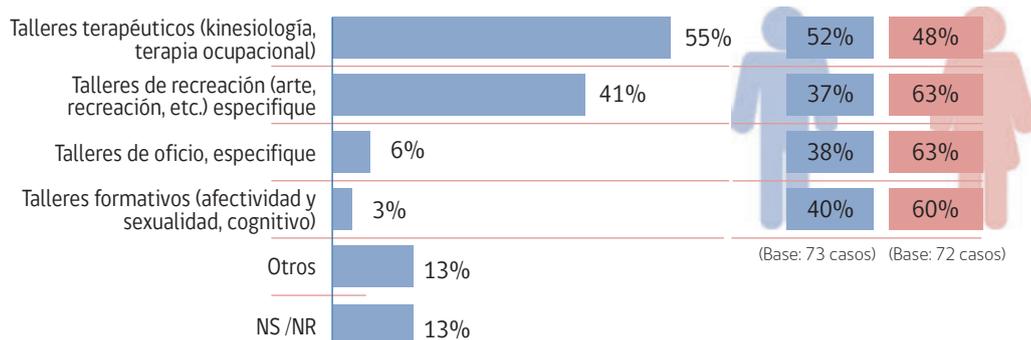
¿Fuera del establecimiento participa en algunas actividades permanentes o talleres?

(Base: total 465 casos)



Las personas mayores que respondieron por sí mismas confirman lo anterior, en tanto que el 21,6% considera que las actividades o talleres no son de su interés.

Los talleres más utilizados en los hogares a nivel nacional, son los terapéuticos y de recreación.

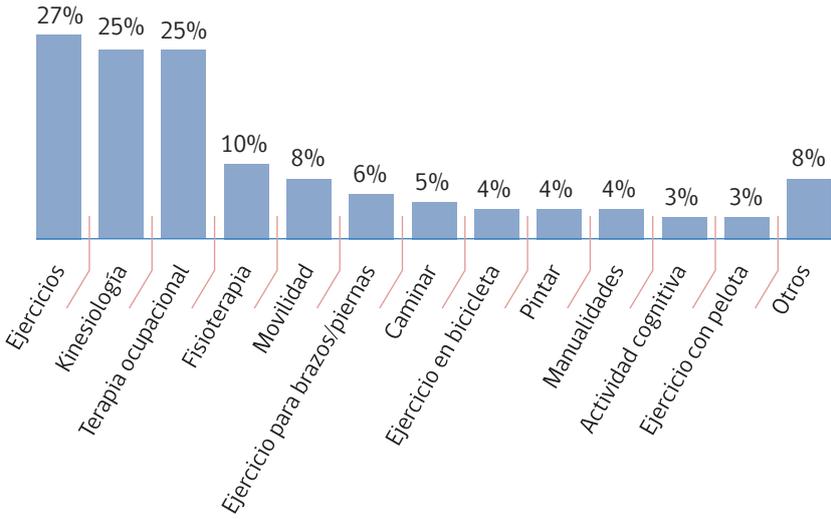


(Base: 145 casos)

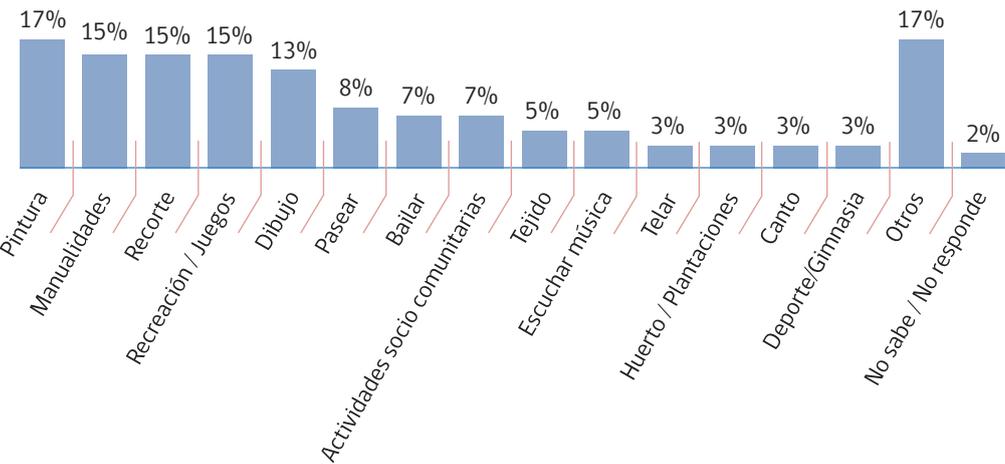
El 54,5% de los residentes dice participar de talleres terapéuticos, entre los cuales destaca la realización de ejercicio (27%), kinesiología (25%) y terapia ocupacional (25%), en cuanto a los talleres de recreación, donde el 41,4% de los residentes dijo participar, destacan los talleres de pintura (17%), manualidades (15%), recortes (15%) y recreación/juegos (15%)

Para profundizar algo más respecto de las actividades o talleres a los que asisten los adultos mayores, a continuación, se detallan por tipo:

Participación en talleres terapéuticos (54,5%)



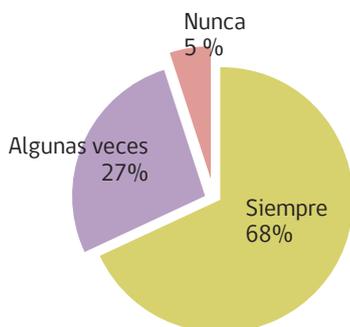
Participación en talleres de recreación (41,4%)



5.7 Sentimiento de ser querido

La gran mayoría de los adultos mayores se siente querido en el ELEM, aspecto que no presenta grandes diferencias según hogar.

¿Cómo se siente en este hogar? ¿Se siente querido?



(Base: total 465 casos)

Quienes mayoritariamente se sienten queridas son las mujeres, las que tienen una relación muy buena o buena con los funcionarios del ELEM.

La respuesta tiene estrecha correlación con la percepción de su calidad de vida actual, donde quienes se sienten queridos, perciben que su calidad de vida es excelente, muy buena o buena. La misma situación se observa al revisar las respuestas de quienes siempre se sienten queridos, versus su percepción de estado de salud, ya que son éstos los que mayoritariamente sienten que su estado de salud está en buenas condiciones.

Cuando observamos las respuestas de las 88 personas mayores que responden por sí mismas, los que declaran que siempre se sienten queridos son el 17%, mientras que algunas veces el 61,4% y nunca el 21,4%. De esta manera, para el caso de quienes responden por sí mismos, hay una mayor proporción de gente que declara no sentirse querido nunca.

Simultáneamente, es necesario poner atención al porcentaje de personas que declara sentirse querido "algunas veces", observando tanto el total de casos (27%) como a quienes responden por sí mismos (61,4%), lo que implica que hay periodos en los que las personas mayores no se sienten queridos, situación que debe ser abordada por los equipos profesionales de las residencias.

5.8 Sentimiento de ser respetado

Tal como las personas se sienten queridas en los ELEM, en su mayoría este porcentaje se eleva cuando se trata de sentirse respetado, aunque esta vez existen mayores diferencias entre instituciones.

¿Cómo se siente en este hogar? ¿Se siente respetado?



(Base: total 465 casos)

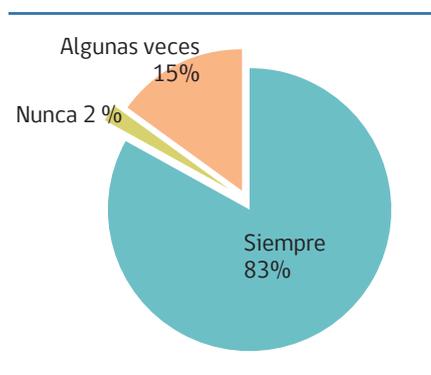
Son las mujeres, las personas con mayor edad (80 y más), y especialmente quienes tienen amigos en el hogar los que se sienten más respetados. Este grupo de personas también declara tener una muy buena o buena relación con quienes trabajan en el hogar y son quienes más participan en talleres.

Al observar las respuestas de las personas que pudieron responder por sí mismas, tenemos que el porcentaje que responde sentirse respetado “siempre” (79,5%) es superior que el que declara el total de los adultos mayores que participaron del estudio.

5.9 Sentimiento de que ante un problema será escuchado y ayudado

La gran mayoría de los residentes de los ELEAM a nivel nacional declara que, ante un problema personal o una preocupación, en el hogar será escuchado(a) y ayudado(a).

¿Siente que si tiene un problema personal o una preocupación le van a escuchar y ayudar?



(Base: total 465 casos)

Mayoritariamente las mujeres, aquellos residentes que tienen amigos en el hogar, aquellos que tienen buena relación con las personas que trabajan en el ELEAM y especialmente quienes participan en talleres, son los que sienten que de tener algún problema se les va a escuchar y a ayudar.

Entre quienes responden por sí mismos, el porcentaje que responde que “siempre” le van a escuchar y ayudar ante algún problema o preocupación es menor, bajando de un 83% en el total de los encuestados, a un 61,4%.

Como contrapartida, si aglutinamos las respuestas “algunas veces” y “nunca”, es decir las que consideran que al menos en algunos casos al requerir ayuda ante un problema personal no contarían con ella, el total de personas institucionalizadas se ubica en un 17%, frente al 38,3% de quienes responden por sí mismos. De esta manera, 1 de cada 3 personas mayores sin deterioro cognitivo, siente que si requirieran ayuda la recibiría solo algunas veces o nunca.

Información cualitativa sobre experiencia en la residencia:

A modo general, desde los discursos revelados a partir de las entrevistas realizadas a personas mayores residentes en los ELEAM, se observa gratitud por la posibilidad de residir en los Establecimientos de Larga Estadía pertenecientes a SENAMA, se manifiesta la existencia de una buena atención y trato, buena acogida, momentos de entretención, buena alimentación y compañía.

Me acogen bien, están todo el tiempo echándome talla, feliz y contenta, hay tantas cosas porque estar contenta (Residente Melipeuco)

Uno de los elementos que se destacan como positivos tiene relación con la incorporación de actividades anexas a las planificadas y ejecutadas por las residencias, de esta manera la participación de la comunidad, aunque sea por tiempo limitado, produce cambios en la dinámica de las residencias generando efectos positivos en los residentes.

Tuvieron una chiquilla enfermera de la Universidad de Concepción, la cabra amorosa, alegre, aparte de buena moza y nos ponía películas, hablaba de todo, nos enseñaba a hacer cocadas, agradable (Residente Hualpén)

A pesar de lo anterior se manifiesta que los establecimientos, en algunos casos, reducen las actividades que los residentes pudiesen hacer por su cuenta, limitando la independencia y autonomía.

En mi casa hacía el aseo, barría, limpiaba, le preparaba el café a mi señora o un matecito, se lo preparaba con menta, poleo, enseguida el azúcar, la yerba, el agua. En la residencia no lo puedo hacer (Residente Coronel)

Cabe señalar respecto a esto que, idealmente y según los mismos protocolos de SENAMA, se debiese propiciar que si los mayores quieren colaborar o realizar voluntariamente las tareas de aseo de su entorno, puedan hacerlo, sobre todo considerando que estas actividades significan un medio para que las personas mantengan su independencia y autonomía por un tiempo más prolongado.

Respecto a la percepción sobre los cuidadores, a los residentes les disgusta que algunos funcionarios no presten atención a los requerimientos de otras personas mayores, por ejemplo debido a estar preocupados del celular. En el mismo sentido se manifiesta que los cuidadores no se encuentran trabajando en la institución por vocación sino por el sueldo, lo que genera distancia entre los propios residentes y sus cuidadores. En los relatos se aprecian situaciones contrarias a la atención centrada en la persona y el enfoque de derechos, destacándose vulneración y maltrato.

Veo que compañeros piden auxilio y se lamentan, mientras hay dos, tres funcionarios con celular trabajando mirándolo, te fijaste que esto, aquí, allá y dejan a los abuelos que se lamenten y griten... me altero yo de ver esa injusticia (Residente Curicó).

Un residente manifiesta que cuando quiere ir al baño *Me dicen que me espere un ratito y me tienen toda la mañana, ayer me tuve que quedar aquí porque había un paseo para lloca, a las 11 de la noche se dieron la vuelta y no he dormido nada desde anoche, el último auxiliar me dijo que me esperara un rato, así que no pude dormir ni un rato aguantándome* (Residente Licantén)

Una persona mayor de sexo masculino percibe que los cuidadores *“no se preocupan de entenderlo”* y que cuando habla, no lo toman en cuenta o le contestan *“leseras”* (Residente Licantén)

Algunas personas mayores se sienten aburridas debido a la imposibilidad de salir de la residencia. Esta imposibilidad se debe a que requieren compañía para poder salir y no siempre existen funcionarios dispuestos para esta función.

Me siento aburrida porque aquí no me dejan salir, estaba acostumbrada a salir a la calle, a barrer que sea la vereda y con una vecina nos poníamos a conversar (Residente Hualpén)

Uno de los factores que se repite y que genera tristeza tiene relación con la pérdida de contacto con los familiares y el alejamiento con su pasado, situación que ha generado cambios en sus rutinas y que en algunos casos manifiestan extrañar.

Porque uno echa de menos y pasa pensando en ellos porque mi yerno tomó un trabajo afuera también, lo derivaron a Calama en un grupo (Residente Melipeuco)

Se ha portado mal conmigo (Residente Hualpén)

Se declara también situaciones disruptivas que pueden generar o no malestar entre los residentes.

Pasan tantas cosas cómicas aquí pero es a costilla de los viejitos, se sacan la ropa, salen piluchos caminando, si es entretenido estar aquí (Residente Melipeuco)

Mire señorita yo voy a ser bien sincera y bien derecha para decirle, yo primero aquí estaba muy bien cuando recién llegué, pero me pasó un tropiezo con un hombre aquí, el hombre quería que yo viviera con él y después nos casáramos, yo le dije mire señor yo vengo para tranquilidad, yo no vengo a que me elijan como mujer (Residente Loncoche)

A veces me quita el sueño la bulla de las cuidadoras y los compañeros también que a veces gritan en la noche, quieren levantarse, creen que es de mañana (Residente Arica)

Entre algunas personas mayores se explicita las diferencias existentes entre los residentes, situación que genera distancia al interior de los ELEAM. Al mismo tiempo son los más independientes y autónomos quienes manifiestan mayor aburrimiento y necesidad de realizar actividades.

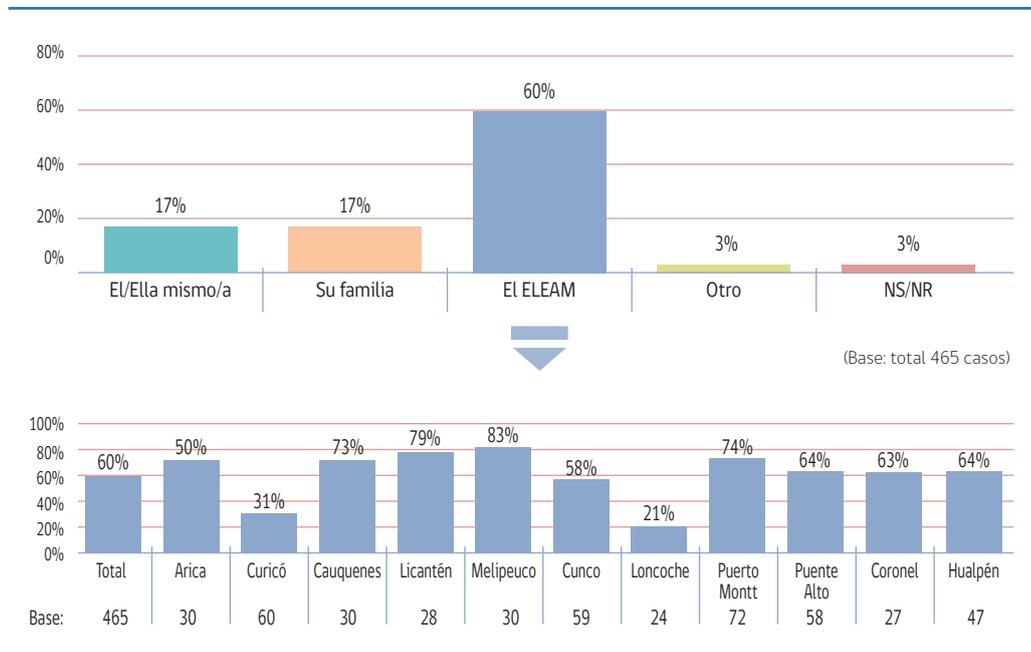
En la noche pienso mucho yo, como veo aquí a los compañeros, los veo cómo están, al mismo Raúl persona joven, fue chofer y veo esas mismas niñas que están postradas en una cama y yo gracias a Dios todavía me paro (Residente Cauquenes)

6 Aspectos Socioeconómicos

En la siguiente sección se presentan variables referentes a la fuente de ingresos, la administración de los recursos de los residentes y su adscripción al sistema de salud.

6.1 Manejo de dinero

En relación a la temática del dinero que manejan los residentes, es necesario señalar que estos aportan el 85% de su pensión al establecimiento, quedándose con el 15% para su uso personal, más otros ingresos o dineros que puedan percibir.



Al realizar la pregunta por quien maneja la mayor parte del dinero del que los adultos mayores disponen para uso personal, es claro que es el E/ELEAM el que se hace cargo. Se podría suponer que las diferencias entre Establecimientos se pueden deber a situaciones relacionadas con las condiciones de salud y de funcionalidad.

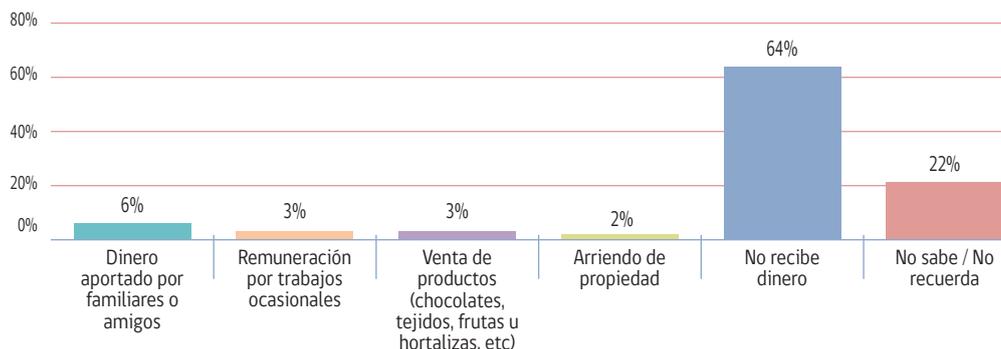
Sin embargo, esto no se confirma al analizar la asociación entre el nivel de dificultad en la actividad instrumental "Manejo del dinero" por parte de los adultos mayores y la administración del dinero por parte de los Establecimientos.

Al observar las dificultades que los mayores presentan en esta actividad según Establecimiento, se aprecia, por ejemplo, que en el ELEM de Loncoche es donde se presenta la menor proporción de manejo de dinero por parte del propio establecimiento, sin embargo, el porcentaje de personas mayores que presenta dificultades “muchas veces”, es del 66%, ubicándose por sobre la media nacional.

Dificultades por parte de los Adultos Mayores en la realización de la Actividad “Manejar Dinero”, según ELEM

MANEJAR DINERO	Nunca/ Casi nunca	Algunas veces	Muchas veces/ Siempre	Total	Porcentaje Muchas Veces
Arica	14	0	16	30	53,3
Cauquenes	12	1	17	30	56,7
Coronel	16	0	11	27	40,7
Cunco	16	4	39	59	66,1
Curicó	31	3	26	60	43,3
Hualpén	23	2	22	47	46,8
Licantén	10	2	16	28	57,1
Loncoche	8	0	16	24	66,7
Melipeuco	3	2	25	30	83,3
Puente Alto	22	6	30	58	51,7
Puerto Montt	16	5	51	72	70,8
Total	171	25	269	465	57,8

Se observa además que el 64% de los adultos mayores no recibe dinero adicional al 15% de la pensión, tal como se muestra en el siguiente gráfico.



(Base: total 465 casos)

Información cualitativa respecto al manejo de dinero

Desde los discursos de los residentes en tanto, se revela que se manifiestan dos formas para manejar los dineros de los residentes, una en la que se les entrega directamente a las personas mayores y ellos lo administran y otra, la más común, consiste en que el ELEAM lo administra y se les entrega en la medida que lo solicitan o requieren.

Me devuelven como veintitantos mil de repente y tengo para comprarme alguna cosita (Residente Arica)

Yo le digo a la señorita Claudia, la asistente social que me saque tanto o que me compre algo, ella se sabe mi número de cuenta (Residente Arica)

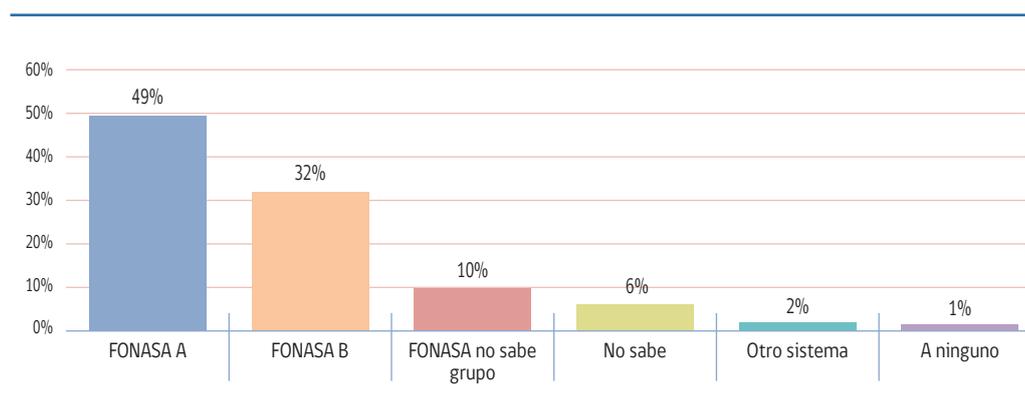
Voy gastando, voy a la feria, compro cualquier cuestión a mi gusto, voy ahí al mercado, compro galletas, a veces me traigo y voy gastando de a poco, no voy a gastar más de lo que me dan (Residente Coronel)

Me compro ropa cuando voy a Temuco, me compro una bebida (Residente Cunco)

En, los reportes de los entrevistados establecen que los mayores disponen libremente de su propio dinero, el que se preocupan de cuidar porque al interior del ELEAM hay hurtos y “trajinan las cosas” según reportan las AM entrevistadas (Cuidador/a Melipeuco).

6.2 Sistema previsional de salud

La gran mayoría de los adultos mayores pertenece a FONASA en sus distintas categorías, aunque con predominancia en el tramo A, lo que implica que son considerados como personas indigentes o carentes de recursos, por lo tanto tienen acceso gratuito al sistema público de salud.



(Base: total 465 casos)

7 Dependencia y Discapacidad

Siendo la dependencia funcional y la discapacidad las desencadenantes de la institucionalización, se constituyen en referentes para el actuar de los ELEM. A su vez, son indicadores bastante fidedignos y predictores de la calidad de vida general de las personas mayores. A continuación se exponen los datos más relevantes respecto a estas dos condiciones.

En este apartado se presenta también información sobre las condiciones de salud y las enfermedades de la población encuestada así como también sobre la utilización y requerimientos de los dispositivos de ayuda técnica y de salud.

7.1 Estimación de la prevalencia de la población adulta mayor en situación de discapacidad

Para estimar la prevalencia y niveles de discapacidad, se utilizó la métrica de capacidad y la métrica de desempeño. A partir de la métrica capacidad, se establecen aquellas personas con discapacidad, contemplando aquellas que se ubican en un nivel de "capacidad severa". La métrica de desempeño en tanto, ubica a las personas con discapacidad en alguno de los niveles, ya sea leve, moderado o severo.

Para el caso de las personas institucionalizadas en Establecimientos de Larga Estadía de SENAMA, la métrica generó la siguiente información:

Tabla 1: Frecuencias según nivel de capacidad y desempeño

	Nivel de capacidad		Nivel de desempeño	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	1	0,2	9	1,9
Leve	16	3,4	34	7,3
Moderada	45	9,7	225	48,4
Severa	403	86,7	197	42,4
Total	465	100,0	465	100,0

El puntaje de la gran mayoría de los adultos mayores de los establecimientos de larga estadía los ubica en el nivel severo en la métrica de capacidad, como se advierte en las frecuencias presentadas en la tabla 2. Al desagregar los casos con niveles de capacidad severo, ubicándolos según la escala de desempeño predictivo, se observa que casi todos quienes están en nivel severo de capacidad se ubican en niveles de desempeño moderado o severo, es decir que tienen un nivel moderado o severo de discapacidad.

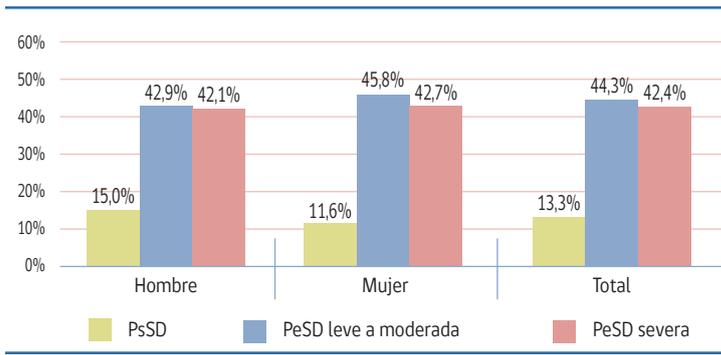
Tabla 2: Nivel de desempeño según nivel de capacidad

		Nivel de Desempeño				Total
		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	
Nivel de capacidad	Ninguna	1	0	0	0	1
	Leve	6	7	3	0	16
	Moderada	2	17	26	0	45
	Severa	0	10	196	197	403
Total		9	34	225	197	465

Del total de residentes 62 personas, es decir el 13,3%, no presentarían discapacidad, el 44,3%, se encuentran en situación de discapacidad leve a moderada y el restante 42,4%, equivalentes a 197 personas, discapacidad severa. De esta manera, del total de residentes, el 86,7% presenta situación de discapacidad.

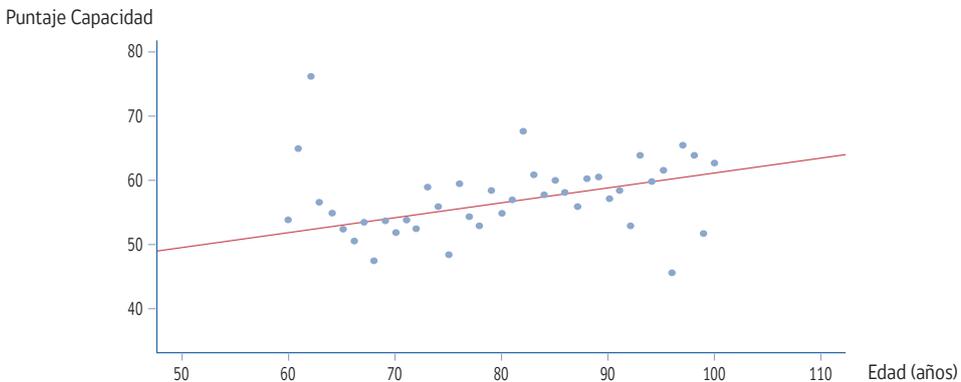
Discapacidad	Población	Porcentaje
Personas sin situación de discapacidad (PsSD)	62	13,3
Personas en situación de discapacidad leve a moderada	206	44,3
Personas en situación de discapacidad severa	197	42,4
Total población	465	100,0

En relación a los niveles de discapacidad considerando el sexo de los residentes se observa que el 15% de los hombres no presenta discapacidad, el 42,9% discapacidad leve a moderada y el restante 42,1% presenta discapacidad severa. Entre las mujeres residentes de los ELEM SENAMA hay un 11,6% que no presenta discapacidad, un 45,8% con discapacidad leve a moderada y el 42,7% discapacidad severa.



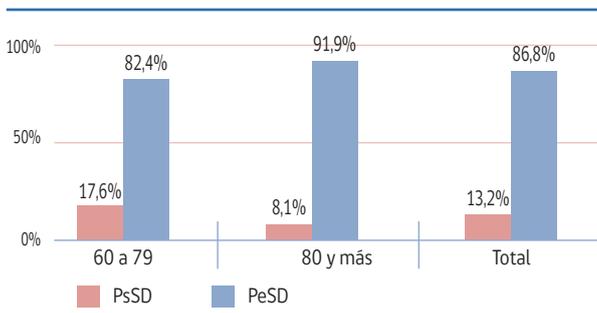
El gráfico 1 expone la relación entre el puntaje en la métrica de capacidad y la edad de los adultos mayores, donde se observa que a medida que aumenta la edad de la persona su puntaje de capacidad aumenta, lo que se traduce en un aumento de la prevalencia de discapacidad en esta población. Este dato se relaciona con los resultados encontrados

Gráfico 1: Media de puntaje de capacidad según edad



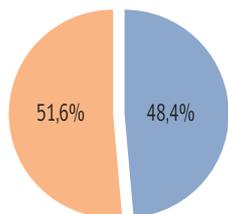
De acuerdo a lo anterior, tal como muestra el gráfico siguiente, el 82,4% de los residentes de 60 a 79 años presentan discapacidad y el 91,9% de quienes tienen 80 y más años. Lo anterior da cuenta del impacto de la edad en la capacidad y el desempeño que logran los residentes de los ELEAM.

Tramos de edad



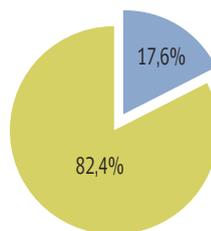
En cuanto al deterioro cognitivo se observa que el 48,4% de aquellos que no presentan discapacidad se encuentran sin deterioro cognitivo, mientras que tan solo el 17,6% de aquellos residentes en situación de discapacidad no presentan deterioro cognitivo. Se observan diferencias significativas entre el deterioro y la situación de discapacidad, lo que implica que este afecta el desempeño de los residentes y por tanto, tiene un impacto en la situación de discapacidad en la que puede situarse la persona mayor.

PsSD



■ Sin deterioro cognitivo ■ Con deterioro cognitivo

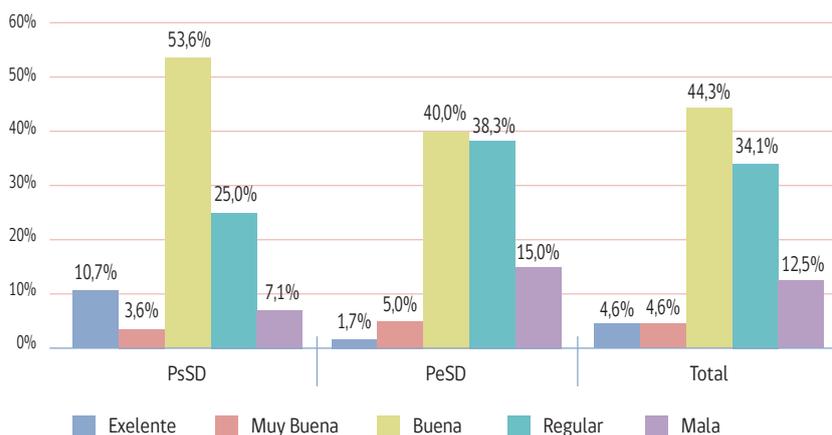
PeSD



■ Sin deterioro cognitivo ■ Con deterioro cognitivo

En cuanto a la percepción de salud entre los residentes sin deterioro cognitivo (88) se observa que entre quienes no presentan discapacidad, el 53,6% reporta como buena su salud y el 25% como regular, por otra parte entre quienes presentan discapacidad, el 40% percibe su salud como buena y el 38,3% como regular, dando cuenta que el presentar una situación de discapacidad, sin importar su grado, impacta directamente en la percepción que se tiene sobre la propia salud.

Percepción de salud (N = 88)



7.1.1 Prevalencia de enfermedades, diagnóstico médico y tratamiento

¿Tiene usted alguna de las siguientes enfermedades? ¿Alguna otra?

		Ha informado a médico	Ha recibido medicamentos	Ha recibido otro tratamiento
Hipertensión	56%	98	95	55
Pérdida de visión	45%	42	15	17
Pérdida de audición	42%	32	11	14
Demencia	40%	92	73	48
Diabetes	25%	97	93	59
Enfermedad psiquiátrica	25%	95	83	56
Sordera	23%	38	17	16
Artrosis	23%	86	73	44
Depresión	23%	68	51	43
Alzheimer	21%	79	64	39
Accidente vascular	20%	91	72	61
Problemas del sueño (apnea del sueño, insomnio recurrente)	20%	72	67	34
Migraña o dolores de cabeza	19%	69	72	30
Asma o enfermedad alérgica respiratoria	16%	84	76	61
Pérdida, ausencia o malformación de brazos, piernas o dedos	16%	80	54	18
Transtornos de ansiedad	16%	64	56	36
Enfermedad al corazón (enfermedad cardíaca, coronaria o...)	15%	84	71	49
Ceguera	14%	48	14	11
Enfermedad renal crónica	11%	83	68	38
Artritis	11%	76	53	45
Enfermedad pulmonar crónica (EPOC)	11%	91	77	40
Osteoporosis	9%	64	45	33
Párkinson	8%	78	72	38
Lesión medular (paraplejía, tetraplejía)	5%	77	59	50
Cáncer	4%	82	65	41
Enfermedad Neuromuscular (Duchenne, esclerosis lateral...)	4%	58	26	37
Parálisis cerebral	3%	94	81	50
Traumatismo Encéfalo Craneano (TEC)	2%	63	46	46
Arteroesclerosis	2%	43	29	29
Fibrosis quística	1%	60	40	37
Otros con menos de un 2% de menciones	18%			

(Base: total muestra = 465 casos)

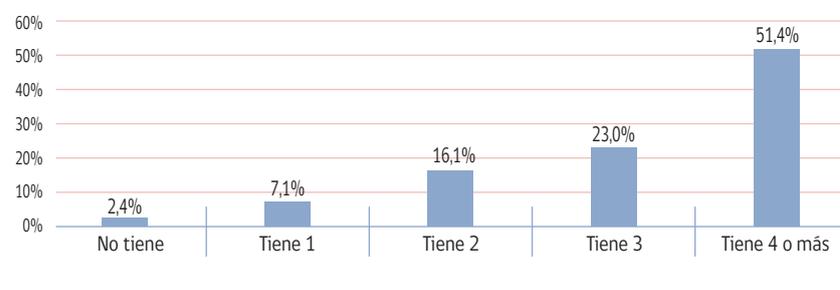
Las personas mayores presentarían en un 56% de los casos hipertensión, un 45% pérdida de visión, un 42% pérdida de audición, un 40% demencia y un 25% diabetes. Se observa mayor automedicación en personas que padecen migrañas o dolores de cabeza. Cuando se trata de la pérdida de visión y pérdida de audición, declaran recibir otros tratamientos no relacionados con medicamentos, esto porque ambas situaciones requieren de ayudas técnicas, como por ejemplo anteojos o audífonos.

Para poder analizar la información referente a las enfermedades que presentan las personas mayores éstas fueron agrupadas de acuerdo a la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIE-10), de esta manera se puede observar que de los 465 residentes, 11 equivalentes al 2,4%, no presenta enfermedades o condiciones de salud, 33 presenta una enfermedad, es decir el 7,1%, el 16,1% tendría dos enfermedades, el 23% tres enfermedades y 239 residentes, equivalente al 51,4% reporta cuatro o más enfermedades.

Nº Enfermedades reportadas*	Nº	%
No tiene enfermedad o condición de salud	11	2,4
Tiene 1	33	7,1
Tienen 2	75	16,1
Tiene 3	107	23,0
Tiene 4 o más	239	51,4
Total	465	100

* Nº Enfermedades reportadas¹⁵

Proporción de personas según número de enfermedades



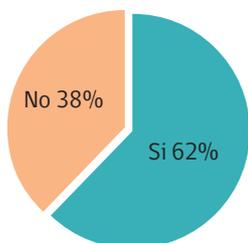
7.1.2 Uso de apósito o pañales por incontinencia urinaria

En cuanto a la incontinencia se preguntó: ¿Durante los últimos 12 meses ha sufrido de incontinencia urinaria? ¿Fecal? Para lo cual el 61,7% de los residentes dijo presentar

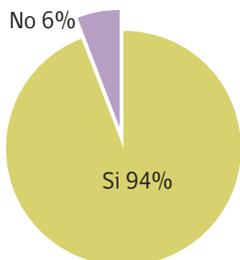
¹⁵ El número de enfermedades hace referencia a la agrupación en las dimensiones propuestas por la CIE 10 de las enfermedades declaradas por las personas mayores o sus cuidadores.

incontinencia urinaria y el 51,4% incontinencia fecal. Lo anterior implica gastos en pañales y/o apósitos y gran demanda de atención por parte de los cuidadores.

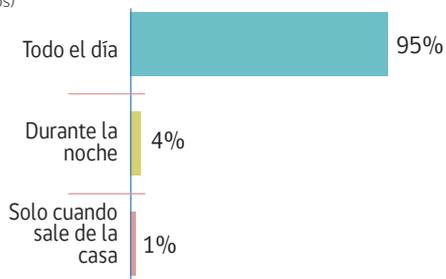
¿Durante los últimos 12 meses ha sufrido de incontinencia urinaria?
(Base: total muestra = 465 casos)



¿Actualmente usted utiliza pañales o apósitos protectores?
(Base: Sufre incontinencia = 288 casos)



¿En qué momento usa apósitos o pañales?
(Base: Utiliza pañales = 273 casos)

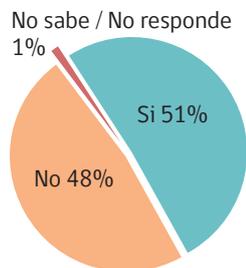


Para comprender las diferencias según ELEM, se presenta la siguiente información:

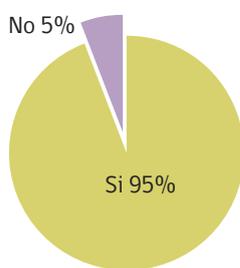
	Total	Arica	Curicó	Cauquenes	Licantén	Melipeuco	Cunco	Loncoche	Puerto Montt	Puente Alto	Coronel	Hualpén
Base:	465	30	59	30	28	30	59	24	72	58	27	47
Si tiene incontinencia urinaria	62%	37%	69%	63%	64%	63%	61%	67%	69%	53%	56%	64%
Base:	288	11	41	19	18	19	36	16	50	32	15	30
No utiliza pañales	6%	18%	7%	5%		11%	3%		2%	16%	7%	
Si utiliza pañales	94%	82%	93%	95%	100%	89%	97%	100%	98%	81%	93%	100%
Base:	273	9	38	18	18	17	35	16	49	27	14	31
Todo el día	95%	89%	97%	100%	100%	94%	100%	88%	94%	89%	100%	87%
Durante la noche	4%		3%			6%		13%	6%	7%		10%
Solo cuando sale de su casa	1%	11%										3%
No sabe / No contesta										4%		

7.1.3 Uso de apósito o pañales por incontinencia fecal

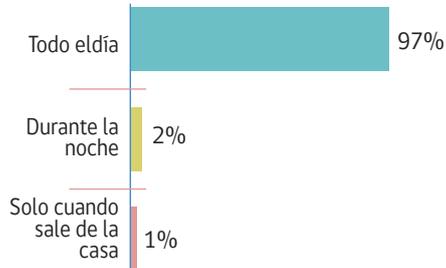
¿Durante los últimos 12 meses ha sufrido de incontinencia fecal?
(Base: total muestra = 465 casos)



¿Actualmente usted utiliza pañales o apósitos protectores?
(Base: Sufre incontinencia fecal = 242 casos)



¿En qué momento usa apósitos o pañales?
(Base: Utiliza pañales = 229 casos)



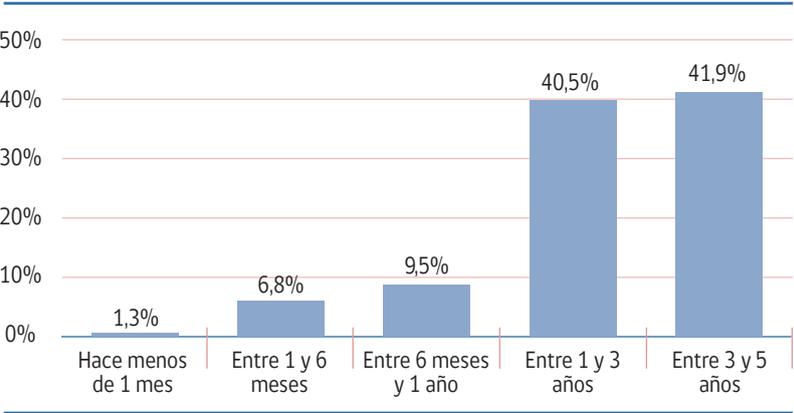
Para comprender las diferencias según ELEM, se presenta la siguiente información:

	Total	Arica	Curicó	Cauquenes	Licantén	Melipeuco	Cunco	Loncoche	Puerto Montt	Puente Alto	Coronel	Hualpén
Base:	465	30	60	30	28	30	59	24	72	58	27	47
Si tiene incontinencia fecal	51%	23%	64%	67%	57%	43%	53%	46%	61%	36%	44%	55%
Base:	242	7	38	20	16	13	32	12	44	22	12	26
No utiliza pañales	5%	14%	10%		12%		3%	8%		14%	8%	
Si utiliza pañales	95%	86%	90%	100%	88%	100%	97%	92%	100%	86%	92%	100%
Base:	229	6	34	20	14	13	31	11	44	19	11	26
Todo el día	97%	100%	94%	100%	100%	100%	100%	100%	98%	95%	100%	92%
Durante la noche	3%		3%						2%	5%		4%
Solo cuando sale de su casa	1%		3%									4%

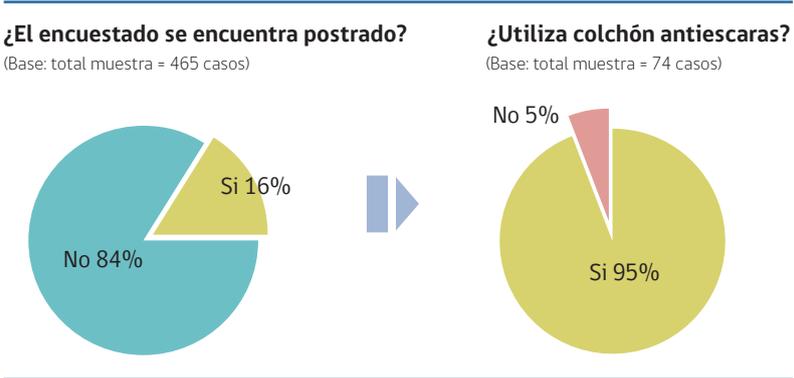
7.2 Prevalencia de postración y utilización de colchón anti-escaras

En los ELEM estudiados se constató la presencia de 74 personas en situación de postración, de estos 40,5% se encuentra residiendo desde hace 1 a 3 años y el 41,9% desde hace 3 a 5 años. Cabe consignar que la sobrevivencia en situaciones de discapacidad y/o dependencia en

personas mayores incrementa las posibilidades de quedar en un estado de postración, por tal motivo es interesante observar que más de un tercio de los postrados lleva residiendo entre 3 y 5 años, lo que podría sugerir que estas personas, en algunos casos, adquirieron esta condición viviendo allí.



Se constata, también, que el 95% de los postrados cuentan con un colchón antiescaras, sin embargo, llama la atención la existencia de un 5% que no lo estaría utilizando, situación que debe ser abordada por las residencias y SENAMA para ser revertida.



7.2.1 Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria

Dentro de las actividades básicas de la vida diaria, el bañarse, el vestirse, el acostarse y levantarse de la cama y el utilizar el WC son en las que más requieren ayuda o que no pueden ser realizadas por los residentes. De esta manera 277 personas dicen que requieren ayuda para bañarse y 137 no puede hacerlo y, por tanto, requiere que lo hagan por él. En cuanto a vestirse 224 necesita ayuda y 116 no puede hacerlo, para acostarse 190 personas requieren ayuda y 113 no puede hacerlo y, finalmente, 150 residentes requiere ayuda para utilizar el WC y 147 no puede hacerlo. Las actividades que se ven menos afectadas serían comer con 236 personas que lo realizan sin ayuda y moverse dentro de la residencia con 192 que lo realizan sin ayuda.

ABVD	Sí, sin ayuda		Sí, con ayuda		No puede	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Comer (incluyendo cortar comida y llenar los vasos)	236	50,8	155	33,3	74	15,9
Bañarse (incluyendo entrar y salir de la tina)	51	11,0	277	59,6	137	29,5
Moverse/desplazarse dentro de la casa	192	41,3	177	38,1	96	20,7
Utilizar el WC o retrete	168	36,1	150	32,3	147	31,6
Acostarse y levantarse de la cama	162	34,8	190	40,9	113	24,3
Vestirse	125	26,9	224	48,2	116	25,0

En cuanto a la ayuda requerida, la categoría muchas veces o siempre, un 78,3% residentes la necesita para bañarse, el 61,9% para que lo vistan, el 58,7 y 53,3% para acostarse y levantarse de la cama y utilizar el WC respectivamente.

Para comer y moverse dentro del hogar el 48,6% y 41,1% de las personas mayores no requieren ayuda o la necesita casi nunca. Además de lo anterior el 40,2% dice no requerir ayuda nunca o casi nunca para ir al baño.

ABVD	Nunca/Casi nunca		Algunas veces		Muchas veces/ Siempre	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Comer (incluyendo cortar comida y llenar los vasos)	226	48,6	64	13,8	175	37,6
Bañarse (incluyendo entrar y salir de la tina)	57	12,3	44	9,5	364	78,3
Moverse/desplazarse dentro de la casa	191	41,1	44	9,5	230	49,5
Utilizar el WC o retrete	187	40,2	30	6,5	248	53,3
Acostarse y levantarse de la cama	161	34,6	31	6,7	273	58,7
Vestirse	121	26,0	56	12,0	288	61,9

Para profundizar en la demanda de cuidado requerida por los usuarios, se preguntó sobre la cantidad de requerimiento de ayuda diaria de esta manera para ir al baño se observó que, además de requerir muchas veces o siempre que lo ayuden, los residentes en un 93,9% de los casos necesitan ayuda todos los días o algunos días por semana, para vestirse es requerida esta frecuencia en el 92,6% de los casos, para acostarse y levantarse el 92% y para utilizar el WC el 85,4%. Por su parte las actividades de comer y desplazarse requieren ayuda todos los días o alguna vez a la semana en el 79,6% y 84,4% respectivamente.

Para finalizar se preguntó, considerando la frecuencia de ayuda y los plazos en los que la requiere, cuanto tiempo demanda cada ayuda considerando las distintas actividades. De esta manera el 69,1% de quienes requieren ayuda para bañarse demanda menos de 30 minutos, el 73,8% y el 73,2% necesita menos de 30 minutos para vestirse y para acostarse y levantarse de la cama. Se puede observar, de todas maneras, que la mayoría de las actividades básicas de la vida diaria requieren menos de 30 minutos.

En cuanto las actividades instrumentales de la vida diaria se realizó el mismo set de preguntas, detectándose que el manejar los medicamentos es la actividad mayormente afectada, cabe mencionar, de todas maneras, que al ser el ELEAM el responsable de entregar las dosis necesarias y los cuidadores los encargados de supervisar que sean ingeridos, puede que se subestime la capacidad de los residentes para ejecutar dicha actividad.

Para hacer compras e ir al médico el 55,3% lo puede hacer con ayuda y el 41,3% no puede hacerlo, el salir a la calle es factible de realizar con ayuda en el 57,2% de los casos y el 37% no puede hacerlo. Para manejar el dinero solo el 20,4% dice que lo puede hacer sin ayuda, el 19,8% con ayuda y el 59,8% no puede hacerlo.

AIVD	Sí, sin ayuda		Sí, con ayuda		No puede	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Salir a la calle	27	5,8	266	57,2	172	37,0
Hacer compras o ir al médico	16	3,4	257	55,3	192	41,3
Realizar sus tareas del hogar	80	17,2	156	33,6	229	49,3
Hacer o recibir llamadas telefónicas	68	14,6	157	33,8	240	51,6
Manejar dinero	95	20,4	92	19,8	278	59,8
Manejar sus propios medicamentos (si tuviera que tomar)	24	5,2	98	21,1	343	73,8

La categoría muchas veces o siempre requiere ayuda es la que concentra la mayor cantidad de respuestas, de esta manera el 79,1% la necesita para salir a la calle, el 83,4% para hacer compras o ir al médico, el 60% para realizar sus tareas del hogar, el 58,9% para hacer o recibir llamados, el 57,8% para manejar su propio dinero y el 73,5% para manejar sus medicamentos.

AIVD	Nunca/Casi nunca		Algunas veces		Muchas veces/ Siempre	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Salir a la calle	57	12,3	40	8,6	368	79,1
Hacer compras o ir al médico	52	11,2	25	5,4	388	83,4
Realizar sus tareas del hogar	143	30,8	43	9,2	279	60,0
Hacer o recibir llamadas telefónicas	155	33,3	36	7,7	274	58,9
Manejar dinero	171	36,8	25	5,4	269	57,8
Manejar sus propios medicamentos (si tuviera que tomar)	110	23,7	13	2,8	342	73,5

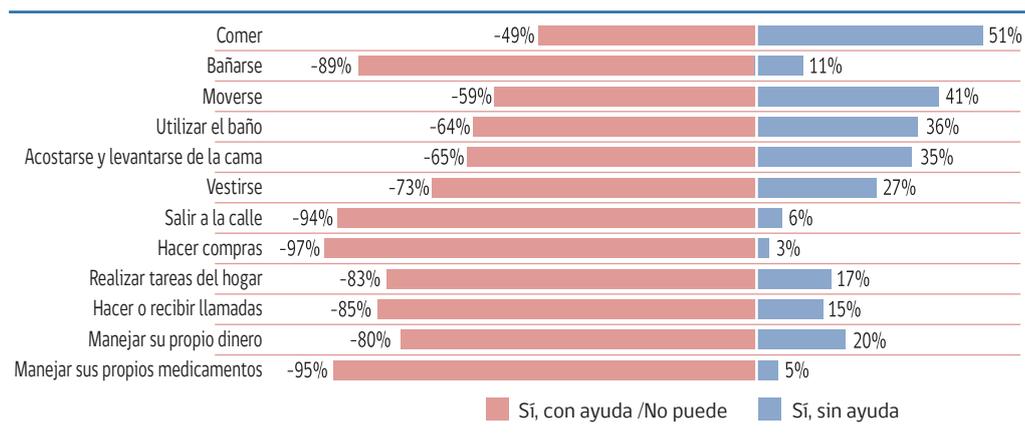
Las personas mayores residentes en ELEAM SENAMA requieren, como se observa en el siguiente cuadro, que los ayuden todos los días a manejar sus medicamentos en el 77,8% de los casos, con la misma categoría de respuesta el 60,3%, el 52,7% y el 52,2% requieren ayuda para realizar las tareas del hogar, salir a la calle y manejar su propio dinero, respectivamente. Aproximadamente el 30% de los residentes requiere menos de una vez al mes o nunca ayuda para hacer o recibir llamadas.

Finalmente la demanda de tiempo requerida por cada actividad es la siguiente: para salir a la calle el 36,8% de los residentes necesita compañía entre 30 minutos y 2 horas, para hacer

compras o ir al médico el 64,3% requiere entre 30 minutos y 4 horas, para hacer las tareas del hogar el 66,8% menos de 30 minutos o nada, para hacer llamadas o recibirlas es necesario nada a menos de 30 minutos en el 84,9% de los casos, el 51,6% dice no requerir ayuda para manejar su propio dinero y el 84,2% necesita menos de 30 minutos o nada para manejar sus medicamentos.

7.3 Resumen de la funcionalidad y dependencia

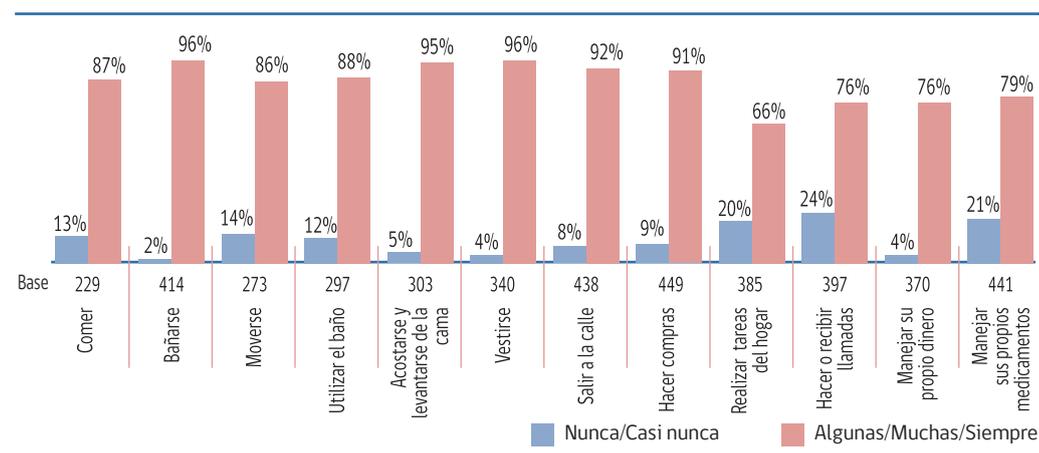
Considerando su condición de salud, ¿cuánta dificultad tiene para realizar ciertas tareas, puede usted...?



(Base: total muestra = 465 casos)

Existe un alto nivel de requerimiento de ayuda para la ejecución de las AVD en todas las actividades medidas, a excepción de "comer" donde se puede observar que sólo el 50% presenta problemas para realizar dicha tarea.

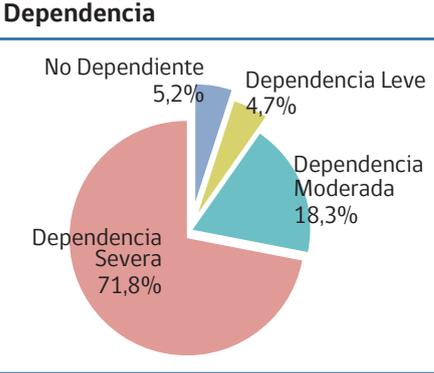
¿Con qué frecuencia recibe ayuda de otra persona para ...?



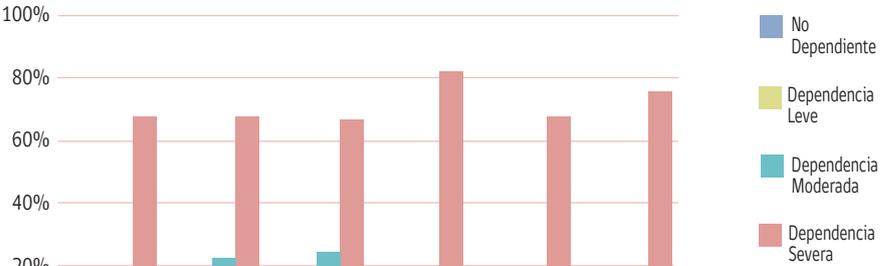
(Base: quienes reciben ayuda o no pueden)

En general los adultos mayores que necesitan ayuda la reciben, sin embargo, se observa que en las tareas relacionadas con “realizar tareas del hogar”, “hacer llamadas”, “manejar dinero” y “manejar sus propios medicamentos”, esta ayuda es marcadamente menor, seguramente por tratarse de actividades instrumentales, por lo tanto, no se requiere tanta supervisión o apoyo como en las tareas básicas.

De acuerdo a la afectación de las ABVD y AIVD y el requerimiento de ayuda se construye el indicador de dependencia, desde donde se desprende que el 71,8% de los residentes presenta dependencia severa, la cual agrupa a quienes presentan postración, incapacidad para efectuar una ABVD (excepto bañarse) o incapacidad para realizar 2 AIVD. El 18,3% presenta dependencia moderada, es decir tiene incapacidad para bañarse, realiza 2 ABVD con ayuda humana siempre o casi siempre, realiza 3 AIVD con ayuda humana siempre o casi siempre o presenta incapacidad para efectuar 1 AIVD y necesita ayuda siempre o casi siempre para 1 ABVD. El 4,7% tendría dependencia leve, es decir presenta incapacidad para 1 AIVD, realiza 1 ABVD con ayuda humana siempre o casi siempre o realiza 2 AIVD con ayuda humana siempre o casi siempre. Finalmente el 5,2% no presentaría dependencia.



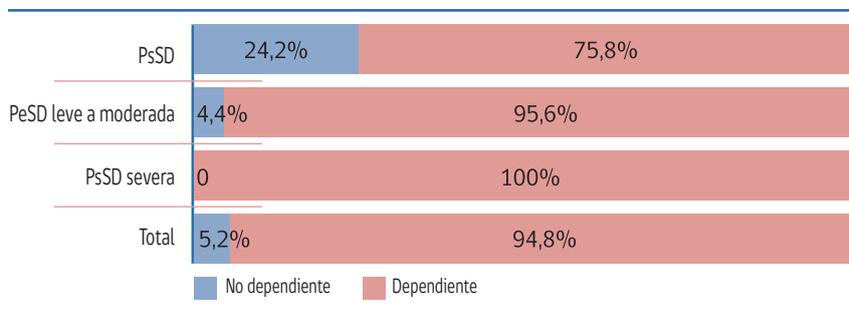
De acuerdo al gráfico siguiente se observa que las mujeres de 80 y más años son las que presentan mayor dependencia severa con un 82,5% de los casos, en comparación con los hombres del mismo rango etario donde 67,1% tiene dependencia severa. Los hombres de 80 y más y las mujeres de 60 a 79 años presentan dependencia moderada en el 24,7% y 22,7% respectivamente.



	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
	60 a 79		80 y más		Total	
No Dependiente	7,8	7,2	4,7	0,8	6,7	3,6
Dependencia Leve	8,5	2,1	3,5	3,2	6,7	2,7
Dependencia Moderada	15,7	22,7	24,7	13,5	18,8	17,8
Dependencia Severa	68,0	68,0	67,1	82,5	67,9	76,0

Respecto a las personas con discapacidad y dependencia se registró que de los 465 residentes 394, equivalente a 84,7%, tienen dependencia y discapacidad. De las personas en situación de discapacidad leve a moderada, el 95,6% presenta dependencia y de las personas con discapacidad severa, el 100% es a la vez dependiente.

Distribución de la población según dependencia funcional por situación y grado de discapacidad



Finalmente, en cuanto a los dispositivos de ayuda utilizados y requeridos por los usuarios se observa, entre los 88 residentes que respondieron la encuesta por sí mismos, que 61 dicen utilizar barra de sujeción en el baño y 42 que la necesita, 43 dice que utiliza anteojos y 9 que lo necesitan, 33 utilizan silla de ruedas y 4 necesitan pero no cuentan con ella, en cuanto a la silla elevable, la ampliación de puertas o pasillos y bastón o bastón trípode hubo 22 residentes que mencionaron utilizarlas. 20 residentes utilizan las rampas o rebajes y 17 necesitarían contar con más, 16 utilizan colchón anti escaras, 14 utilizan un caminador. Finalmente, en cuanto a material impreso con letra grande 13 utilizan y 13 dicen necesitar.

Dispositivos de Ayuda (N=88)	Utiliza	Necesita
Barras de sujeción (en el baño)	61	42
Anteojos o lentes de contacto	43	9
Silla de ruedas/ silla neurológica	33	4
Silla elevable para tina	22	17
Ampliación de puertas o pasillos	22	15
Bastón o bastón trípode	22	
Rampas o rebajes	20	17
Adaptaciones de manillas para abrir puertas (incluye palancas)	17	15
Colchón anti escaras	16	1
Caminador (burrito)	14	3
Material impreso con letra grande	13	13
Ascensor o dispositivo elevador	12	9
Puertas automáticas	10	12
Alarmas visuales o dispositivos de alerta de audio	9	11
Audífonos	8	13

Dispositivos de Ayuda (N=88)	Utiliza	Necesita
Calzado ortopédico o plantilla	7	1
Adecuación de altura de mobiliario de cocina	6	9
Alarma visual o vibratoria.	6	3
Alcanzador o herramientas de agarre	6	2
Prótesis (pierna/pie)	6	1
Muletas	5	1
Otros	22	55

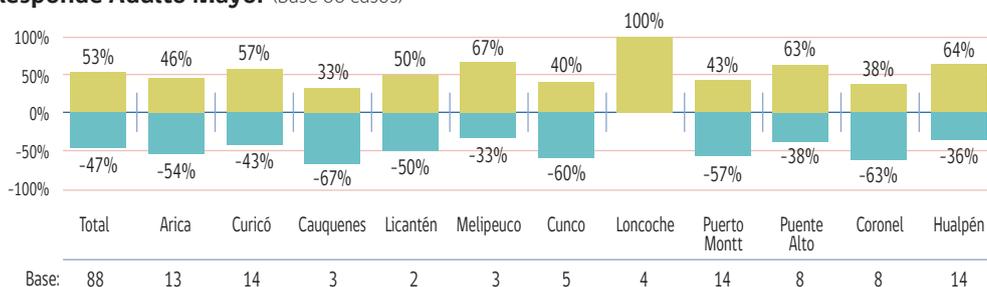
7.4 Autopercepción de salud

A nivel general, la percepción del estado de salud es mixta y se destaca Loncoche con el mayor número de residentes que se considera con excelente / buena / muy buen estado de salud. Por otro lado, Coronel es donde se obtuvieron más declaraciones de autopercepción de mala salud.

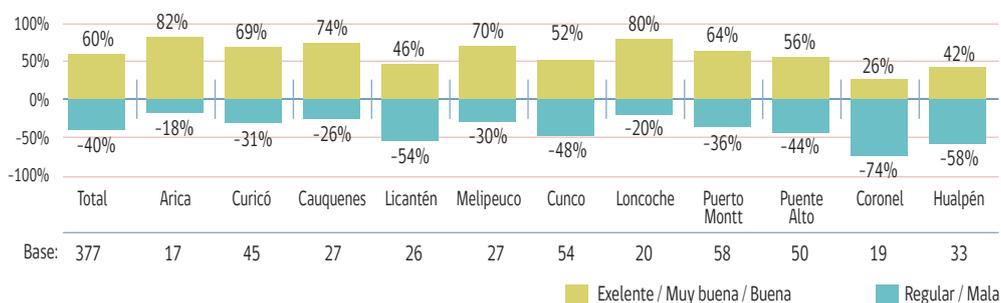
Para observar las diferencias que se registran según informante, se presenta el siguiente gráfico:

En general, usted diría que su salud es.....?

Responde Adulto Mayor (Base 88 casos)



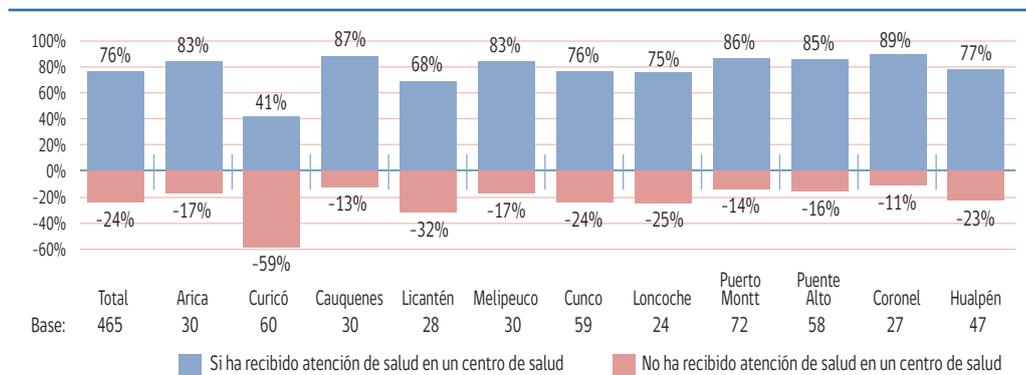
Responde Cuidador (Base 277 casos)



7.5 Atención en hospital, clínica o posta

7.5.1 Recepción de la atención hospitalaria, clínica o posta

En los últimos 12 meses, ¿ha recibido atención en un hospital, clínica, consultorio o posta?

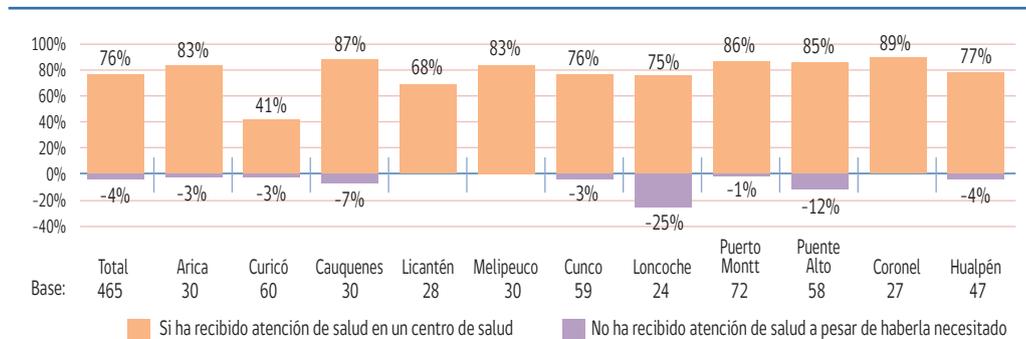


(Base: total muestra = 465 casos)

Curicó es el ELEM que tiene el menor número de requerimientos de atención médica fuera del hogar. A nivel general, la necesidad de este tipo de atención es alta en todos los ELEM.

7.5.2 No recepción de atención hospitalaria, clínica o posta, cuando se ha necesitado

En los últimos 12 meses, ¿ha habido alguna ocasión en la que usted haya necesitado atención en un centro de salud, pero no la recibió?



(Base: total muestra = 465 casos)

Hay algunos casos en Loncoche, Puente Alto y Cauquenes que acusan no haber sido atendidos fuera del hogar cuando lo necesitaba. Las razones más mencionadas para esto fueron: "Lo trataron con negligencia / mal otras veces"; "La medicación o los equipos del servicio de salud eran inadecuados"; "Intentó conseguir asistencia en salud, pero se la negaron"; "Lo trataron en el hogar"; "Saturación del Servicio Público"; "Estaban en Paro Nacional"; "Cancelaron la hora del CESFAM"; "No lo derivaron a ningún lado".

A continuación se exponen los resultados del estudio referentes a cómo los distintos Establecimientos abordan, protegen o aseguran los derechos de los residentes, indagando en aspectos como el trato, el respeto a la dignidad, la privacidad y los potenciales escenarios de vulneración y abuso.

8.1 Vulneración de Derechos

El apartado de vulneración de derechos fue contestado únicamente por las 88 personas mayores que pudieron contestar por sí mismas. En el cuestionario se propusieron 9 formas de vulneración de derechos hacia los residentes, estas fueron: 1) Los cuidadores vulneran la intimidad (leen su correspondencia, entra sin llamar a la puerta); 2) En el hogar los residentes son tratados con faltas de respeto (los tratan como a niños, los retan o les gritan); 3) Le otorgan asistencia (ayuda) cuando lo solicitan (ejemplo: para ir al baño, para vestirse, cuando le duele algo, entre otros); 4) Usted siente que los residentes pueden defender sus derechos cuando no se les respetan; 5) En el hogar usted cree que les permite tomar decisiones a las personas mayores respecto de con quien habla sobre sus cosas; 6) En el hogar se respetan sus posesiones y sus pertenencias; 7) Se le respetan los derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales, respeto a sus creencias, valores, etc.); 8) En el hogar se respeta la privacidad; 9) Sufre situaciones de violencia o abusos (lo hacen trabajar, lo amarran a la silla o a su cama).

Como se puede apreciar, las preguntas están escritas de forma positiva o negativa, por este motivo se le asignó valor a aquellas respuestas que evidenciaban una vulneración de derechos, pudiendo adquirir valor por ejemplo, si la persona respondía siempre, casi siempre o frecuentemente a la pregunta N°1¹⁶ o a la categoría nunca, casi nunca o algunas veces en la pregunta N°3¹⁷.

Considerando lo anterior se puede observar que el 85,2% de las personas mayores creen que los residentes son tratados con falta de respeto, seguido con un 78,4% de quienes sienten que no se les respetan sus derechos legales –tales como ciudadanía, voto, procesos legales, respeto a sus creencias, etc.–, el 67% de las personas mayores también manifiesta que no es posible defender los derechos de los residentes cuando no son respetados y el 48,9% cree que en el ELEAM no se les permite decidir con quien hablar de sus cosas.

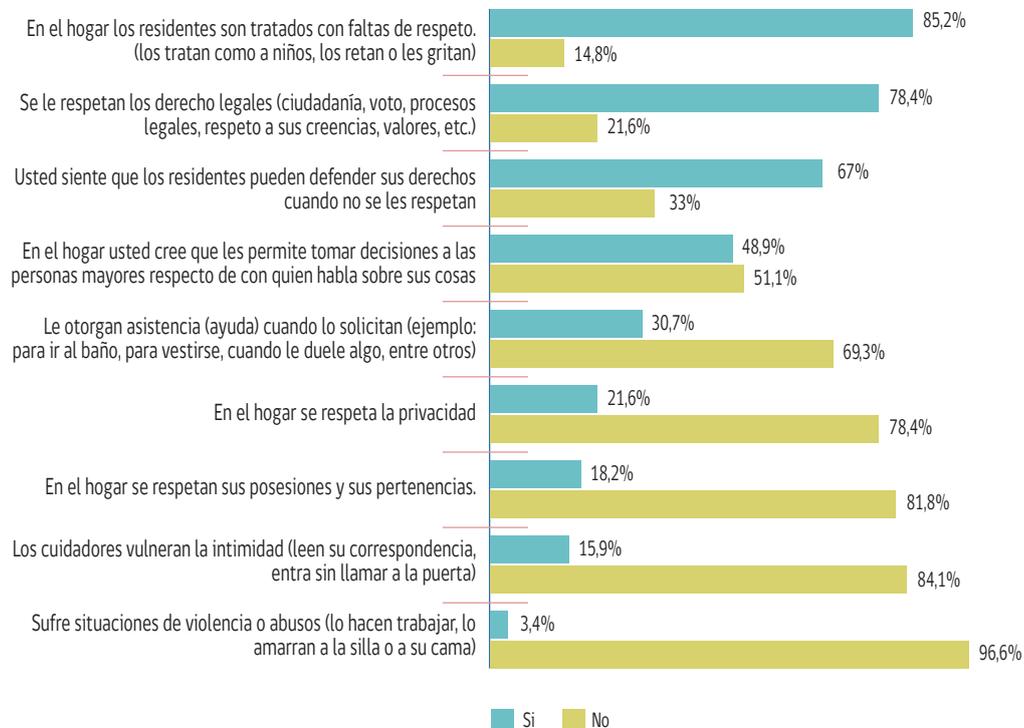
Por otro lado el 96,6% de los residentes que pudieron responder la encuesta por sí mismos, cree que no hay violencia o abuso, el 84,1% cree que los cuidadores son respetuosos con su

16 Los cuidadores vulneran la intimidad (leen su correspondencia, entra sin llamar a la puerta).

17 Le otorgan asistencia (ayuda) cuando lo solicitan (ejemplo: para ir al baño, para vestirse, cuando le duele algo, entre otros).

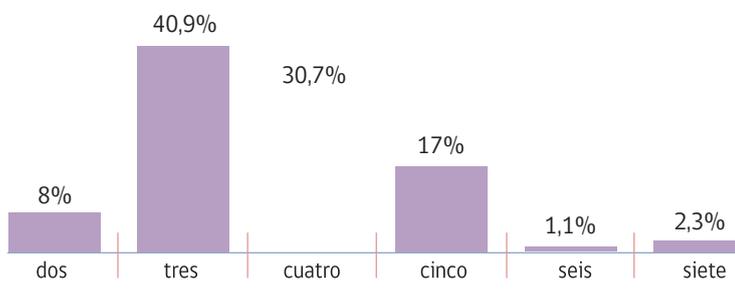
intimidad (No leen su correspondencia, entra después de llamar a la puerta), el 81,8% dice que se les respetan sus pertenencias, el 78,4% dice que se respeta su privacidad y el 69,3%, contra el 30,7%, creen que se les otorga asistencia cuando lo requieren.

Vulneración de Derechos



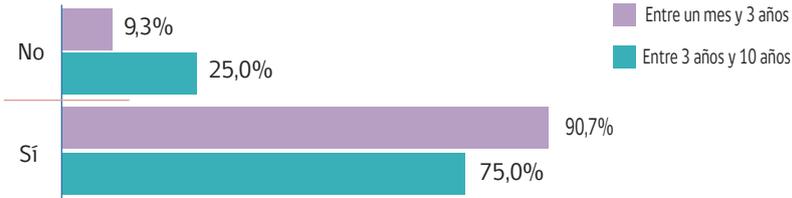
Además de lo anterior, se observó el número de indicadores de derechos que las personas perciben como vulnerados, calculándose que el 40,9% de los residentes señalan tres indicadores, el 30,7% dice que son cuatro y el 17% que le son vulnerados cinco derechos.

Porcentaje de personas mayores según cantidad de derechos declarados como vulnerados



En la pregunta sobre el trato hacia las personas al interior del ELEM, se observaron diferencias significativas entre quienes llevan viviendo entre un mes hasta tres años y aquellos que llevan tres o más años. Entre los que llevan viviendo menos tiempo en el establecimiento, se observa que hay una visión más crítica respecto al trato que se le entrega a las personas mayores, siendo el 90,7%, equivalente a 49 personas mayores, quienes creen que son tratados con falta de respeto, en comparación con el 75%, equivalente a 24 personas mayores. Finalmente se constata que 73 de las 88 personas creen que esta situación está ocurriendo.

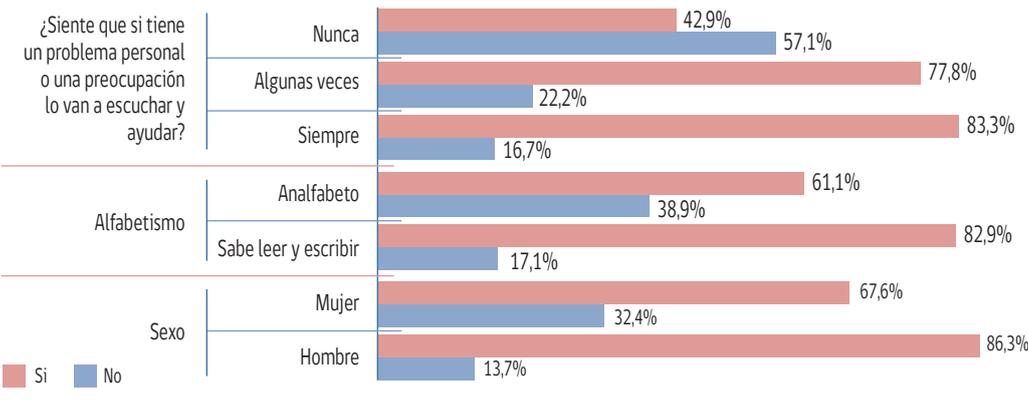
Tiempo residiendo en el ELEM *En el hogar son tratados con falta de respeto



La pregunta donde mayormente se observó vulneración tiene relación con la posibilidad de ejercer sus derechos legales, de esta manera hay diferencias significativas según sexo, analfabetismo y si cuentan o no con personas que lo escucharán si tuviera un problema personal o una preocupación. De acuerdo al sexo se observa que los hombres ven mayormente vulnerado sus derechos legales con un 86,3%, frente al 67,6% de las mujeres que ven este derecho afectado.

En cuanto el analfabetismo se observa que quienes saben leer y escribir, en un 82,9% de los casos, sienten que les es vulnerado dicho derecho, frente al 61,1% de los analfabetos. Finalmente, se observa una diferencia significativa entre quienes nunca cuentan con alguien que los escuche, los cuales en un 57,1% creen que no se les vulnera este derecho.

Respeto de los derechos legales (ciudadanía, voto, trámites legales), según sexo y analfabetismo.



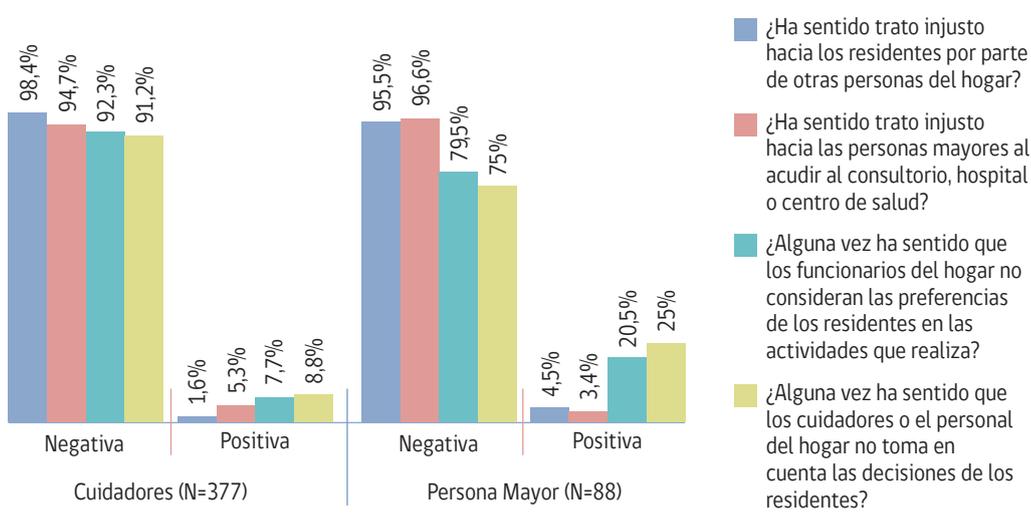
8.2 Trato hacia las personas mayores:

A continuación se analizarán los resultados de 4 preguntas vinculadas con el trato hacia las personas mayores. Las respuestas se analizan según si fueron contestadas por las personas mayores o por los informantes. Las preguntas realizadas fueron: ¿Alguna vez ha sentido que los cuidadores o el personal del hogar no toma en cuenta las decisiones de los residentes?, ¿Alguna vez ha sentido que los funcionarios del hogar no consideran las preferencias de los residentes en las actividades que realiza?, ¿Ha sentido trato injusto hacia las personas mayores al acudir al consultorio, hospital o centro de salud? y ¿Ha sentido trato injusto hacia los residentes por parte de otras personas del hogar?. Se considera como trato negativo, haber experimentado siempre o casi siempre, o frecuentemente, algunas de las cuatro variables consideradas.

De esta manera se observa que hay una visión semejante entre las personas mayores y los informantes en 2 de las cuatro categorías. Las preguntas que presentan mayores diferencias son aquellas que de alguna manera se relacionan con el respeto a la voluntad de las personas mayores. En este sentido, la pregunta referida al respeto hacia las decisiones de las personas mayores, los informantes creen en un 91,2% que siempre, casi siempre o frecuentemente los cuidadores no toman en cuenta las decisiones de los residentes, comparada con el 75% que se aprecia entre las personas mayores que respondieron por sí mismas. En cuanto a la pregunta sobre el respeto por las preferencias en las actividades, el 92,3% de los informantes considera que frecuentemente o siempre o casi siempre siente que no se consideran, frente al 79,5% que se observa entre los mayores que respondieron por sí mismos.

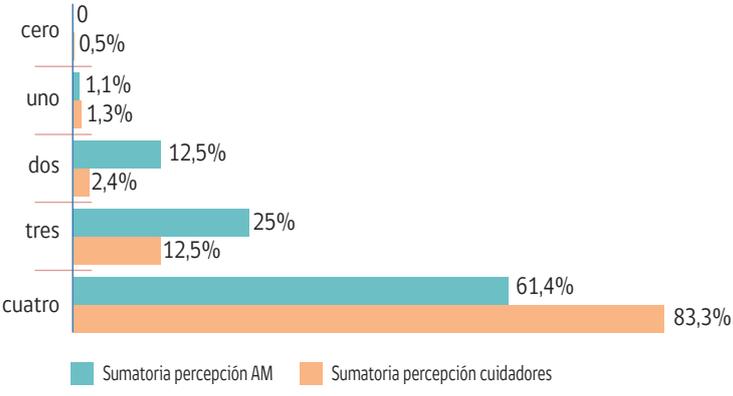
Por otra parte, sobre el trato injusto por parte de otras personas en el ELEM, el 98,4% de los informantes y el 95,5% de los adultos mayores creen que dicha situación ocurre, al menos frecuentemente. El 94,7% de los informantes y el 96,6% de las personas mayores que respondieron por sí mismas, perciben trato injusto al acudir al sistema de salud.

Trato hacia el Adulto Mayor



Considerando estos cuatro ámbitos se realizó una sumatoria de vulneración en cuanto al trato hacia las personas mayores, observándose que entre las personas mayores perciben en un 12,5% que se produce en dos, en el 25% en tres y en el 61,4% en las cuatro formas de vulneraciones. En relación a las respuestas de los informantes, se observa que el 12,5% percibe que hay tres vulneraciones y el 83,3% señala percibir cuatro.

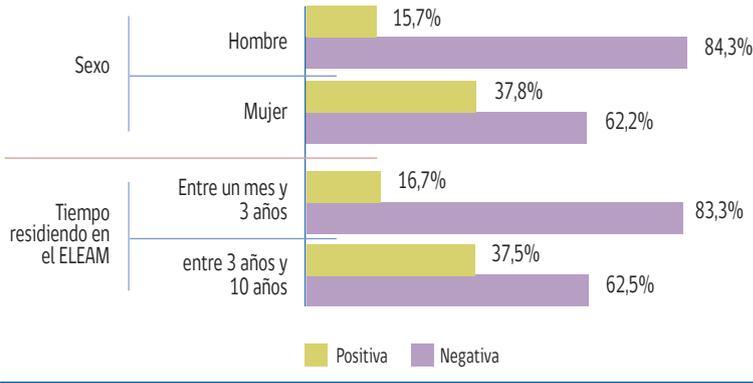
Sumatoria percepción negativa sobre el trato hacia AM



Se observaron diferencias significativas en la percepción de las personas mayores según sexo, respecto al respeto a la toma de decisiones, de esta manera se puede apreciar que los hombres, con un 84,3%, presentan una visión más negativa en relación a las mujeres, quienes en un 62,2% la perciben como negativa.

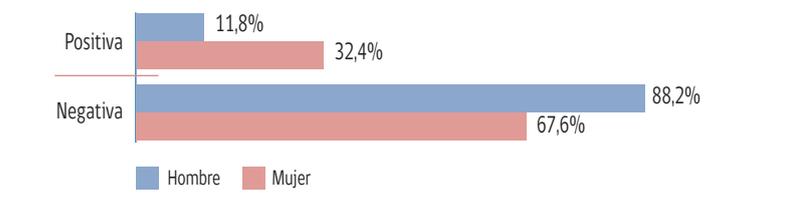
También se observó diferencias según el tiempo de residencia en el ELEAM, de esta manera quienes llevaban residiendo entre un mes y tres años tienen una visión más negativa respecto al respeto hacia las decisiones de las propias personas mayores, en comparación con quienes residen hace más de tres años.

¿Alguna vez ha sentido que los cuidadores o el personal del hogar no toma en cuenta las decisiones de los residentes?



Por último, existen diferencias significativas según sexo respecto a la percepción sobre la no consideración de las preferencias de los residentes en las actividades. Así, se aprecia que los hombres son más críticos, siendo el 88,2% de estos los que creen que no se consideran sus preferencias en comparación con el 67,6% de las mujeres.

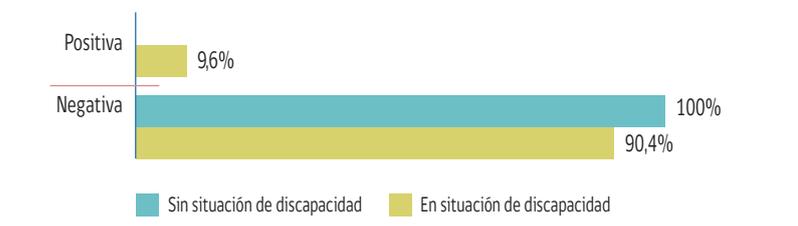
¿Alguna vez ha sentido que los funcionarios del hogar no consideran las preferencias de los residentes en las *SEXO



Finalmente se observa que los informantes (N=377) creen que las personas mayores en situación de discapacidad son más vulnerados en cuanto a que no se tomen en cuenta sus propias decisiones. Esto se podría relacionar con la mayor incidencia de deterioro cognitivo entre las personas con discapacidad y, con ello, una probable pérdida de la autonomía personal.

A pesar de ello, los ELEM se debiesen propiciar y también estimular la capacidad de que las personas mayores pudiesen tomar sus propias decisiones por el mayor tiempo posible, inclusive -y especialmente- si presentan discapacidad y deterioro cognitivo.

¿Alguna vez ha sentido que los cuidadores o el personal del hogar no toma en cuenta las decisiones de los adultos mayores * discapacidad

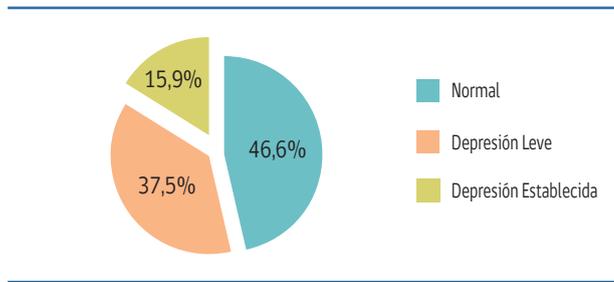


9 Depresión Geriátrica

Dentro del instrumento utilizado se agregó el GDS-15, escala de depresión geriátrica Yesavage de 15 preguntas, cuyo objetivo es identificar tempranamente trastornos depresivos en el Adulto Mayor. Mediante el test de tamizaje se definen tres estados: persona en estado normal (de 0 a 5 puntos), persona con depresión leve (de 6 a 9 puntos) y depresión establecida (10 y más puntos).

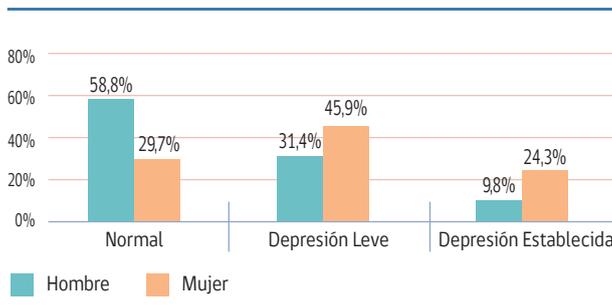
De esta manera, considerando los 88 residentes que respondieron por sí mismos la encuesta, se observa que el 46,6%, correspondiente a 41 casos, se encuentran en un estado normal, un 37,5% presenta depresión leve, correspondiente a 33 casos y el 15,9%, 14 casos, presentarían depresión establecida.

Depresión



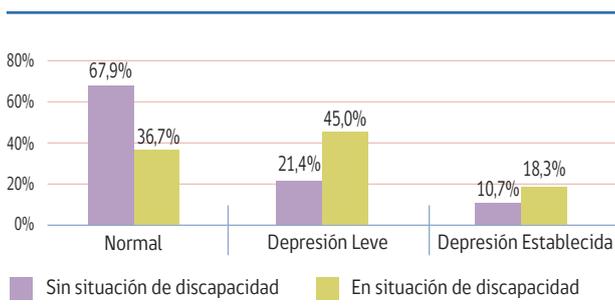
A partir de los resultados se observa la existencia de diferencias significativas según sexo de la persona mayor, la que principalmente se da entre quienes están en la categoría normal, siendo 30 hombres, lo que equivale al 58,8%, y 11 mujeres, equivalente al 29,7% de éstas. En las categorías depresión leve y establecida, se observa mayor proporción de mujeres que de hombres, lo que da cuenta de una situación que pudiera tener un componente de género y que debe ser abordado considerando este enfoque.

Sexo * Depresión



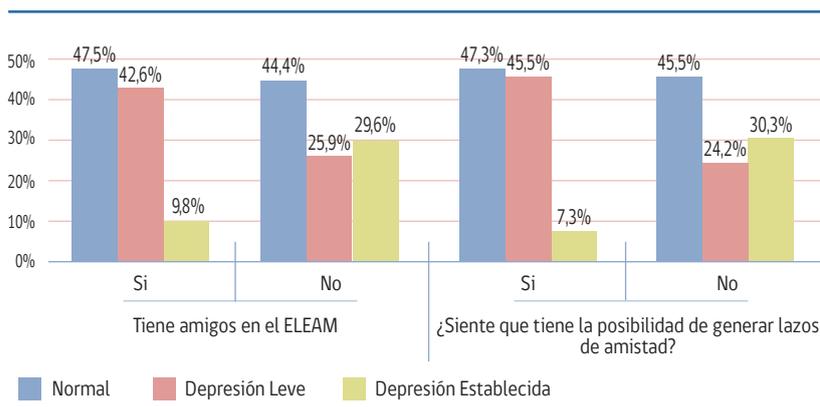
Otra variable que tiene un efecto en la situación de depresión es la discapacidad, de esta manera se observa que el 67,9% de quienes no presentan discapacidad se encuentran en situación normal frente al 36,7% de quienes sí están en una situación de discapacidad. El 21,4% y el 10,7% restantes de quienes no presentan discapacidad tienen depresión leve y establecida respectivamente. Entre quienes se encuentran en situación de discapacidad, el 45%, correspondiente a 27 casos, presentan depresión leve y el 18,3%, equivalente a 11 casos, se encuentran en una situación de depresión establecida.

Discapacidad * Depresión



Se observó una diferencia significativa entre quienes presentan depresión establecida y tienen o no amigos en el ELEM. De esta manera, la no existencia de amigos impacta significativamente en la posibilidad de presentar depresión establecida. Por otro lado, se observan diferencias significativas entre quienes creen que hay o no posibilidades de generar lazos de amistad al interior del ELEM. Quienes creen que es factible, presentan en menor medida depresión establecida, por el contrario, quienes creen que no existe la posibilidad de generar amistades en el establecimiento presentan una mayor proporción de casos con depresión establecida. De esta manera, tanto la presencia efectiva de lazos de amistad como la posibilidad de generarlos, impacta en los niveles de depresión que presentan las personas mayores institucionalizadas.

Amistades en el ELEM * Depresión



10 Calidad de Vida

Luego de revisadas algunas experiencias internacionales (de Araújo, de Menezes, & Alchieri, 2011), se ha constatado que en algunos países continúa primando un modelo asilar cuando se trata de los cuidados de larga duración en instituciones, evidenciándose que las tareas e intervenciones se dirigen en gran medida a cubrir las necesidades de higiene, sueño y alimentación de los residentes, más que abocarse a un cuidado integral, lo que sin duda puede afectar la calidad de vida de los residentes.

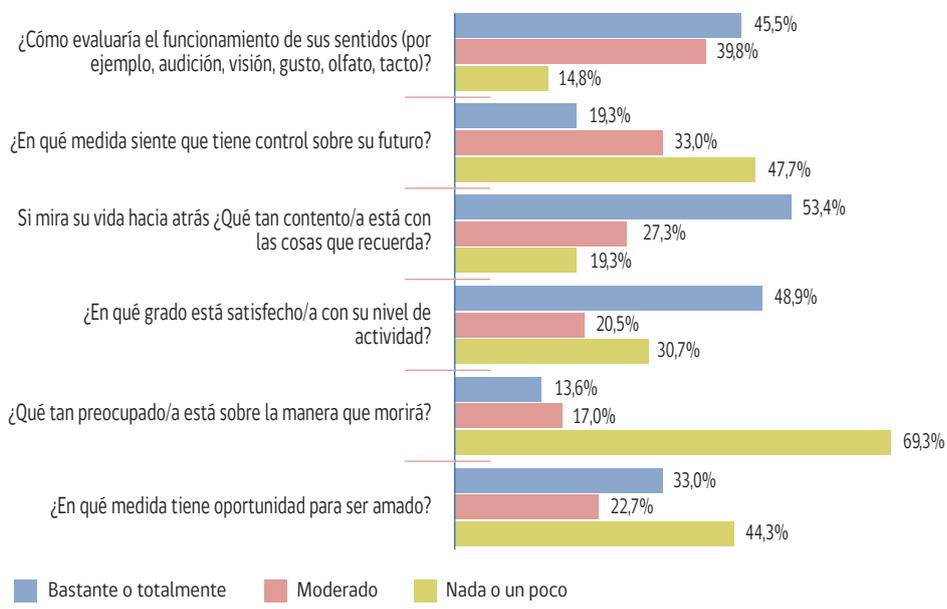
Considerando la importancia de la percepción que las propias personas mayores le atribuyen a sus vivencias, es que se consideró la definición de Calidad de Vida entregada por la OMS, la cual es definida como, “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la vida, en el contexto cultural y del sistema de valores en el que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus preocupaciones” (WHOQOL Group, 1995). En esta concepción, se consideran tanto las dimensiones objetivas como subjetivas de la calidad de vida, dicen relación tanto con las condiciones materiales y las redes disponibles, como con la propia percepción respecto a la satisfacción con la vida y el bienestar subjetivo.

Considerando la relevancia de tener una medida de calidad de vida de los residentes en Establecimientos de Larga Estadía para personas mayores, se tomó la decisión de aplicar el cuestionario abreviado del WHOQOL-OLD. En específico se aplicó el modelo unifactorial C validado por Urzúa y Navarrete (2013), el cual contempla la aplicación de una pregunta por dimensión estudiada (el cuestionario original contempla 4 preguntas por dimensión). Las dimensiones, definiciones y preguntas aplicadas se presentan en el cuadro siguiente:

Dominio	Definición	Preguntas
Habilidades Sensoriales	Impedimento sensorial que afecta la vida diaria y el funcionamiento general	¿Cómo evaluaría el funcionamiento de sus sentidos (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato, tacto)?
Autonomía	Capacidad para tomar decisiones propias, sentirse en control del propio futuro y de hacer las cosas que se quiere	¿En qué medida siente que tiene control sobre su futuro?
Actividades del pasado, presente y futuro	Grado de satisfacción con los logros pasados y futuros y con el reconocimiento de lo realizado	Si mira su vida hacia atrás ¿Qué tan contento/a está con las cosas que recuerda?
Participación Social	Grado de satisfacción en distintas actividades que participa	¿En qué grado está satisfecho/a con su nivel de actividad?
Muerte y el morir	Grado de preocupación a la muerte o morir	¿Qué tan preocupado/a está sobre la manera que morirá?
Intimidad	Oportunidad para amar y ser amado	¿En qué medida tiene oportunidad para ser amado?

Considerando lo anterior, a continuación se presentan los principales resultados obtenidos mediante la aplicación del cuestionario. Cabe mencionar que este apartado solo fue contestado por los 88 residentes que lograron superar la evaluación cognitiva.

Calidad de Vida (n=88)



Como se puede apreciar en el gráfico anterior, un bajo porcentaje de las personas mayores (19,3%) perciben que tienen bastante o total control sobre su futuro, lo que pudiese revelar una bajo nivel de autonomía y alto control de la institución sobre aspectos vitales claves.

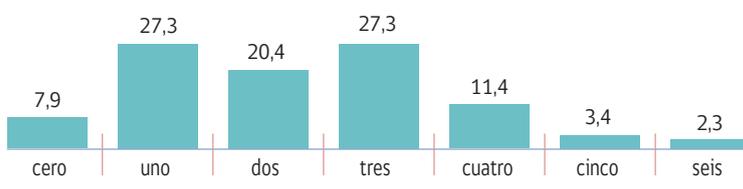
El 69,3% está nada o un poco preocupado de la manera en que morirá. El 44,3% plantea deficiencia en la dimensión “intimidad”, específicamente plantean no tener oportunidades para ser amado.

En contraposición, la dimensión “actividades del pasado, presente y futuro” es la que mejor es evaluada, con un 53,4% de personas que plantea que está bastante o totalmente satisfecho con las cosas que recuerda, seguido por la dimensión participación social con un 48,9% de personas satisfechas y finalmente por la dimensión sensorial que es evaluada positivamente en un 45,5% de los casos, resultado previsible debido al perfil funcional de la población que contestó este apartado.

Con posterioridad al análisis por dimensión, se buscó generar un indicador que diera cuenta del número de dimensiones que las personas mayores sienten que están afectadas, para esto se consideró que quienes contestaran nada o un poco tendrían carencia en la dimensión, de esta manera en el gráfico siguiente se observa que el 27,3% de los residentes percibe que tiene afectada una dimensión de calidad de vida, el 20,5% en dos y el 27,3% en 3 dimensiones. Como se mencionó anteriormente hay 2 dimensiones (participación social y sensorial) que en

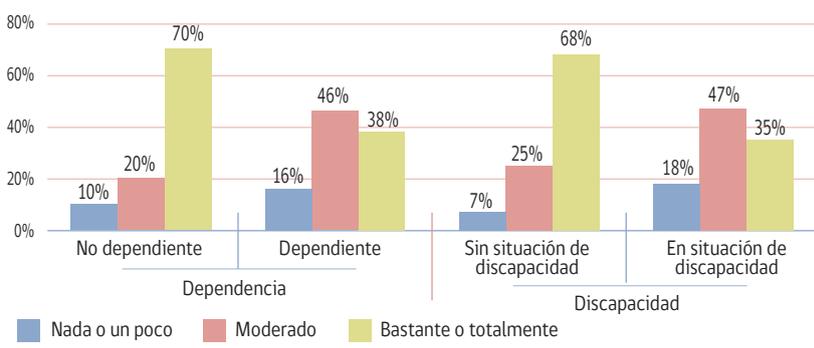
las 88 personas encuestadas debiesen estar menos afectadas respecto del resto de residentes por su mejor condición cognitiva y funcional.

N° dimensiones calidad de vida afectadas (N=88)



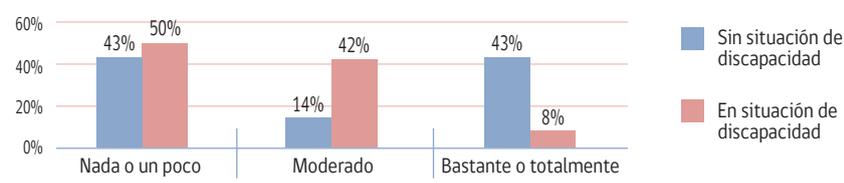
En la dimensión habilidades sensoriales, se observó que existen diferencias significativas en cuanto a la dependencia y la discapacidad, en ambos casos el presentar alguna de estas condiciones afecta en mayor medida la percepción del funcionamiento de sus sentidos, es por esto que en el 70% en personas no dependientes y el 68% de personas sin discapacidad, perciben el funcionamiento de sus sentidos de manera positiva, mientras que quienes presentan dependencia y/o se encuentran en situación de discapacidad en un 46% y 47%, respectivamente, consideran que sus sentidos funcionan de manera moderada.

¿Cómo evaluaría el funcionamiento de sus sentidos? * dependencia/discapacidad



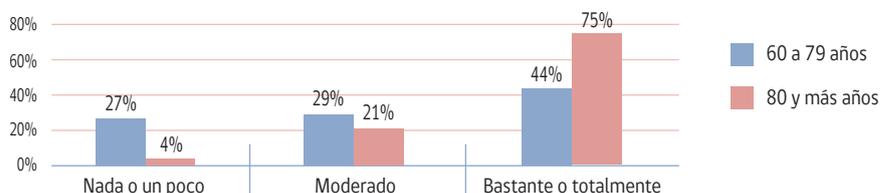
Respecto a la dimensión de autonomía, la única variable en que se encontraron diferencias significativas fue con discapacidad. De esta manera, como se observa en el siguiente gráfico, quienes presentan una situación de discapacidad tienen una menor percepción de control sobre su futuro, esto es claro al ver que el 43% de quienes no presentan discapacidad sienten que tienen bastante o total control sobre su futuro frente a un 8% de quienes se encuentran en condición de discapacidad.

¿En qué medida siente que tiene control sobre su futuro? * discapacidad



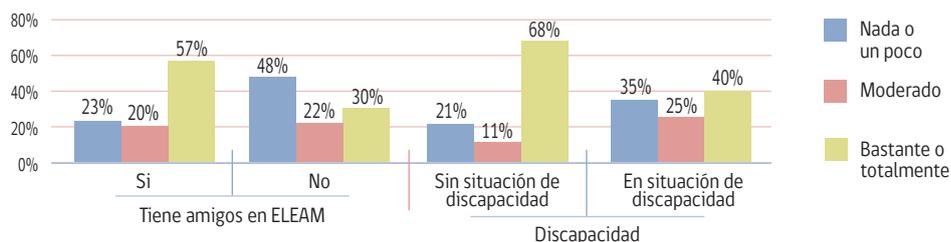
En la dimensión “actividades del pasado, presente y futuro” el tramo etario al que pertenece las personas mayores impacta sobre la mirada que tiene sobre las cosas que recuerda. De esta manera, quienes tienen 80 y más años, en un 75% de los casos, están más satisfechos con las cosas que recuerdan del pasado en comparación con el grupo de 60 a 79 años, quienes en un 27% están nada o un poco satisfecho con sus recuerdos del pasado.

Si mira su vida hacia atrás ¿Qué tan contento/a está con las cosas que recuerda? * tramos de edad



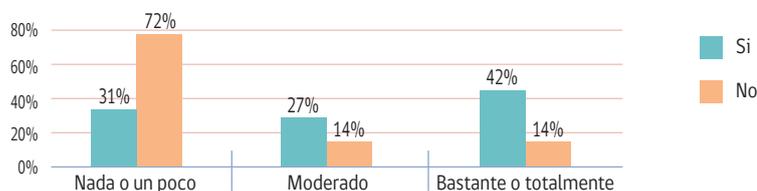
Respecto el nivel de percepción de su participación social, comprendida como el grado de satisfacción en las distintas actividades en las que participa, el contar con amigos en el ELEAM y no estar en situación de discapacidad impacta positivamente en la percepción, esto es visible al constatar que el 57% de quienes tienen amigos y el 68% de quienes no presentan una situación de discapacidad están conformes bastante o totalmente con su nivel de actividad.

¿En qué grado está satisfecho/a con su nivel de actividad? * amigos en el ELEAM/discapacidad



En cuanto a la intimidad, comprendida como la posibilidad de amar y ser amado, se observan diferencias significativas en cuanto a quienes cuentan o no con personas significativas. De esta manera quienes cuentan con esta figura, en un 69% de los casos, dicen que moderadamente, bastante o totalmente tiene la oportunidad de ser amados, por su parte, de quienes no cuentan con una persona significativa, el 72% dice que no tiene oportunidades para ser amado.

¿En qué medida tiene oportunidad para ser amado? * cuenta con una persona significativa



11 Resultados de la aplicación de la pauta de observación de Derechos

Una vez capacitadas las personas por parte de SENAMA y el Instituto Nacional de Derechos Humanos, se procedió a levantar información a partir de una pauta de observación validada por el INDH, sobre el cumplimiento/vulneración de derechos a las personas mayores institucionalizadas.

La pauta aplicada, en su apartado relacionado directamente con los derechos de las personas mayores en instituciones, fue la siguiente:

DERECHO A UN TRATO HUMANO Y DIGNO		
Durante la visita, ¿se observan las siguientes situaciones?	Si	No
Personas adultas mayores con heridas	1	2
Personas adultas mayores con contusiones o hematomas en zonas donde no es habitual	1	2
Personas adultas mayores con rasguños	1	2
Personas adultas mayores con quemaduras de cigarrillos	1	2
Personas adultas mayores con marcas de amarres en sus extremidades	1	2
Personas adultas mayores amarradas	1	2
Personas adultas mayores retraídas o que evitan tener contacto con quien realiza la observación aduciendo represalias futuras	1	2
Personas adultas mayores encerradas en sus habitaciones con llave	1	2
Personal del ELEAM que infantiliza a las personas adultas mayores a su cargo	1	2
Personal del ELEAM que grita a las personas adultas mayores a su cargo	1	2
Personal del ELEAM que ignora las solicitudes relativas a satisfacción de necesidades básicas (Ej: agua, comida, medicamentos, baño, etc.) de las personas adultas mayores a su cargo	1	2
Personas del ELEAM que intimida o amenaza a las personas adultas mayores a su cargo	1	2
Personal del ELEAM que ejerce violencia física (Ej: las golpean, empujan, sacuden, etc.) contra las personas adultas mayores a su cargo	1	2
Personal del ELEAM que castiga (Ej: privándola de actividades, quitándole comida, etc.) a las personas adultas mayores a su cargo.	1	2
Personal del ELEAM de trato directo con las personas adultas mayores que porta armas	1	2

Durante la visita, ¿se observan las siguientes situaciones?	Si	No
Existencia de personas adultas mayores con privación de sueño	1	2
Existencia de personas adultas mayores sedadas sin prescripción médica	1	2
Existencia de personas adultas mayores imposibilitadas de comunicarse con sus familiares o amigos	1	2
Existencia de personas adultas mayores con privación sensorial (Ej: sin luz en la habitación, con las cortinas cerradas, etc.) sin motivo	1	2

En general, no se observaron vulneraciones, apreciándose a su vez altos niveles de satisfacción por parte de los residentes.

El único ámbito en el que se observaron malas prácticas fue en el de infantilización, cuestión que también fue observada en el contexto de la aplicación de cuestionarios y que se confirma también en los relatos de los funcionarios y residentes, donde uno de ellos ve vulnerado su derecho a la información, el cual se encuentra resguardado por el artículo 14 de la Convención Interamericana Sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

12 BURNOUT Cuidadores

En este último capítulo, se relevan los resultados de la situación de carga de trabajo que presentan los cuidadores. Para tal efecto se invitó a todos los cuidadores de las residencias a contestar un cuestionario auto aplicado de sobrecarga, el cual contenía el inventario de burnout de Maslach y la escala de Zarit reducida en cuidados paliativos, lo anterior con la finalidad de conocer objetivamente la situación en la que se encuentran los cuidadores de los ELEM.

El burnout comenzó a estudiarse específicamente en los equipos que trabajaban en el cuidado de la salud: Existe un acuerdo casi unánime en fijar 1974 como el año de origen del estudio sobre el burnout (Freudenberger, 1974). García Izquierdo (1991) señala que el burnout es un problema característico de los trabajos de "servicios humanos", es decir de aquellas profesiones que deben mantener una relación continua de ayuda hacia el "cliente": médicos, profesores, enfermeras, asistentes sociales, psiquiatras, psicólogos, policías, etc. Por esta razón, una de las características propias del síndrome es el "desgaste emocional" que dicha interacción va produciendo en el trabajador.

La situación de sobrecarga laboral es un foco de preocupación, no solo por los efectos en el bienestar de los trabajadores de los ELEM, sino también porque la calidad de vida de los adultos mayores puede verse afectada por las respuestas o reacciones poco adecuadas producto de esta situación.

En particular, la literatura especializada identifica riesgos de maltrato psicológico de los cuidadores con burnout a los adultos mayores. Lo más delicado en estos contextos es que se generan dinámicas muy paulatinas y difíciles de identificar a primera vista ya que no hay una disposición inicial de los cuidadores de animadversión, sino que organizacionalmente se instalan discursos que destacan la dedicación y cuidado que de alguna manera "bloquean" o invisibilizan el maltrato psicológico.

A modo de antecedentes respecto de la carga de trabajo, en la etapa de levantamiento cualitativo, se registraron las siguientes situaciones al interior de las residencias:

Condiciones laborales

Cumplen jornadas laborales de 12 horas con turnos en un sistema 2x2, donde trabajan un día de 8 a 20 horas, un segundo día de 20 a 8 horas, seguido de 2 días de descanso. Tienen pausas de 15 minutos para desayunar y tomar once y 30 minutos para almorzar, si bien no siempre pueden tomar estos tiempos porque no pueden interrumpir las tareas que están ejecutando, p.ej. sirviendo la once al AM. A veces si desean y lo pide el ELEM pueden realizar turnos extra, lo que es de carácter voluntario.

El número de AM por cuidadora puede llegar a 20 si son autovalentes, o bien trabajan con 10-13 AM dependientes severos y con 7 AM postrados. Se organizan por piso y secciones que deben atender (el establecimiento tiene 3 pisos). Trabajan 9 cuidadoras de día y 6 de noche, según informa una de las entrevistadas.

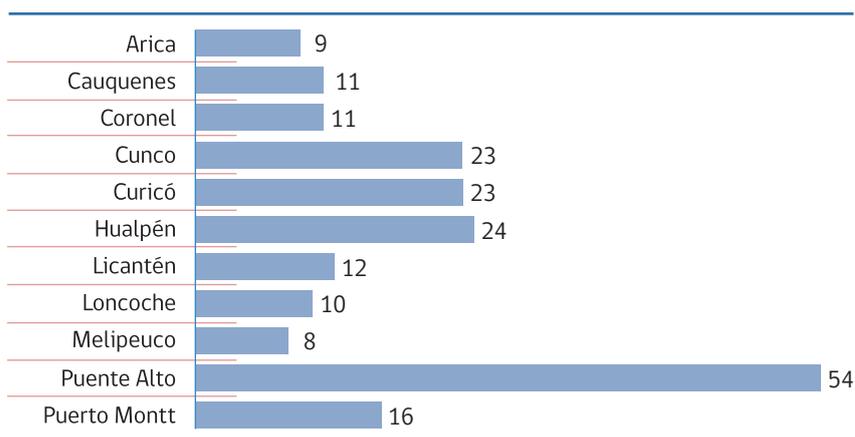
En cuanto a la praxis y demandas de cuidado propiamente tal, los resultados del estudio relevan que existe un potencial de alta carga dados los perfiles de salud y funcionalidad, asociados a discapacidad, deterioro cognitivo y dependencia encontrados entre los residentes. Relacionado a esto las demandas de cuidado que se transfieren a los cuidadores son complejas y demandantes.

Al observar en los residentes la capacidad de realizar actividades básicas, siendo éstas mucho más críticas para las labores de cuidado que las instrumentales, tenemos que el bañarse, el vestirse, el acostarse y levantarse de la cama y el utilizar el WC son las actividades en las que más se requiere ayuda o que no pueden ser realizadas sin asistencia. En cuanto a la frecuencia e intensidad de ayuda requerida, la categoría muchas veces es la más prevalente para las actividades instrumentales, requiriéndose además, todos los días o varias veces por semana.

Por otra parte, se observa 74 personas mayores en situación de postración, un 61,7% que ha presentado incontinencia urinaria y un 51,4% incontinencia fecal.

Estos antecedentes permiten visualizar posibles situaciones en las que la carga laboral asignada supera la establecida según protocolos o es mayor a la capacidad de resiliencia o manejo de estrés con el que cuentan los cuidadores, pudiendo por tanto impactar en la calidad de los cuidados que reciben las personas mayores. En este sentido, tanto el elevado nivel de personas mayores en situaciones de dependencia más críticas (severa/postrados) como los indicios de una menor tasa de cuidadores por persona mayor que la definida según su grado de dependencia, suponen un elevado riesgo de que los cuidadores sufran el síndrome de burnout, dando paso a posibles cuadros de estrés crónico.

Considerando lo anterior, mediante el proceso de levantamiento de información se logró recibir un total de 201 cuestionarios de burnout, siendo la distribución según ELEM la siguiente:



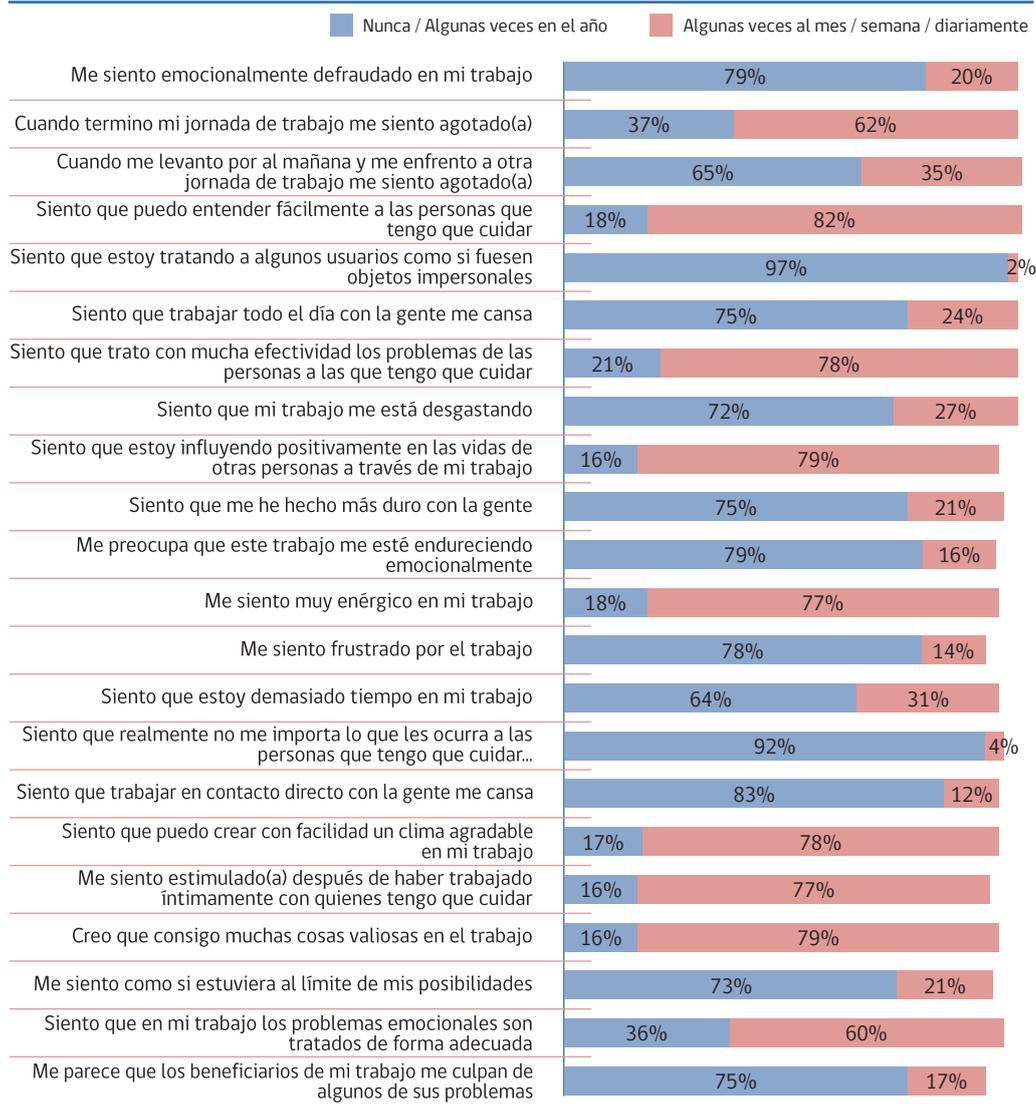
Resultados

Los resultados fueron los siguientes:

En la gráfica que se presenta a continuación, se puede observar que el 97% dice que “nunca” sienten que están tratando a algunos usuarios como si fuesen objetos impersonales, el 92% que “nunca” no les importa lo que pase con la persona que están cuidando y el 83% dice que “nunca” el trabajar en contacto directo con la gente le cansa. Por otro lado el 82% dice que “algunas veces al mes/semana/diariamente” “siente que puede entender fácilmente a las personas que tienen que cuidar, un 79% siente que está influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de su trabajo y en una misma proporción cree que consigue muchas cosas valiosas en su trabajo.

Burnout - Total

(Base: total muestra = 201 casos)



A continuación se presentan los resultados de la encuesta de acuerdo a tres factores, a saber: “agotamiento emocional”, “despersonalización” y “realización personal en el trabajo”, para finalizar con la categorización de niveles de burnout.

De acuerdo al factor agotamiento emocional, el cual se construyó a partir de 9 preguntas¹⁸ que dan cuenta de la sensación de estar exhausto emocionalmente por la demanda del trabajo, se observa que un 21,9% presentaría un nivel bajo de agotamiento emocional, un 45,8% un nivel medio y un 10,4% un nivel alto, a lo anterior se le debe sumar un 11,9% de personas que no pudieron ser categorizada en esos tres niveles debido a la falta de información en alguna de las preguntas. Entre las preguntas se encuentran, por ejemplo, “me siento emocionalmente defraudado de mi trabajo”, “cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotada” o “siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo”

Agotamiento Emocional			
		Nº	Porcentaje
Nivel de agotamiento emocional	Bajo	44	21,9
	Medio	92	45,8
	Alto	41	20,4
	Perdidos	24	11,9
Total		201	100

De acuerdo al factor despersonalización, el cual da cuenta del grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento en relación al trabajo y, en este caso específico, las personas mayores, habría un 37,8% de cuidadores/as que dan cuenta de una baja despersonalización, un 35,3% de una despersonalización media y un 17,9% que siente que su trabajo se ha ido despersonalizando, cabe mencionar que un 9% de los casos no pudo ser categorizado en los niveles anteriormente mencionados. El ítem está compuesto por 5 preguntas¹⁹, entre las cuales se encuentran “siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí como si fuesen objetos impersonales”, “siento que me he hecho más duro con la gente” o “me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas”.

Despersonalización			
		Nº	Porcentaje
Nivel de Despersonalización	Bajo	76	37,8
	Medio	71	35,3
	Alto	36	17,9
	Perdidos	18	9
Total		201	100

18 Preguntas MBI (inventario de burnout de Maslach) 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20.

19 Preguntas MBI (inventario de burnout de Maslach) 5, 10, 11, 15 y 22.

El factor realización personal está compuesto por 8 preguntas²⁰, entre las cuales se encuentran “siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender”, “me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender” o “siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada”. De acuerdo a las respuestas proporcionadas por los cuidadores, un 25,4% siente que su trabajo le reporta un bajo nivel de realización personal, un 44,3% fue categorizada con un nivel de realización intermedia y un 19,4% con un nivel de realización alta, quedando un 10,9% fuera de las categorías debido a la falta de respuestas en algunas categorías.

Realización Personal			
		Frecuencia	Porcentaje
Nivel de realización personal	Baja realización personal	51	25,4
	Intermedia realización personal	89	44,3
	Superior realización personal	39	19,4
	Perdidos	22	10,9
Total		201	100

Finalmente, considerando la totalidad de las preguntas del cuestionario, y teniendo presente que puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización y bajas en realización personal estarían indicando un nivel alto de burnout, de esta manera un 22,4% de cuidadores/as se encontraría con un nivel bajo de burnout, un 38,8% presentaría niveles medios y un 18,4% un nivel alto, quedando un 20,4% de cuidadores sin poder determinar un nivel de burnout.

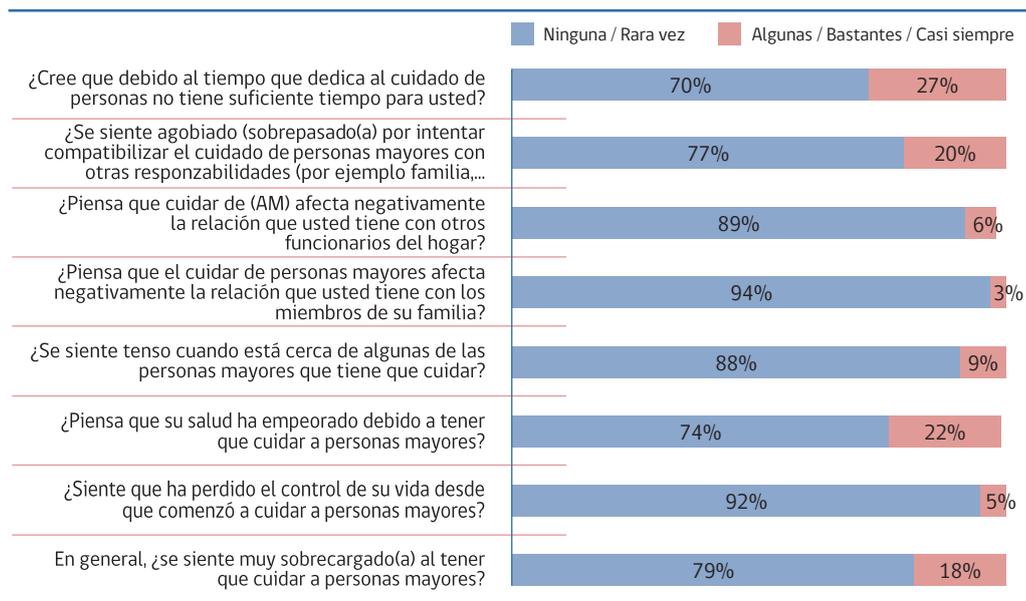
Burnout			
		Nº	Porcentaje
Nivel de Burnout	Bajo	45	22,4
	Medio	78	38,8
	Alto	37	18,4
	Perdidos	41	20,4
Total		201	100

Los resultados anteriores dan cuenta de una situación compleja que debe ser abordada en conjunto entre los operadores de los establecimientos y SENAMA, ya que la sobrecarga de labores, por una parte impacta en la calidad de vida de los cuidadores, pero también influye en el trabajo directo que mantiene con los residentes y en el nivel de desempeño de las funciones, generando posibles situaciones de maltrato y vulneración de derechos. Por consiguiente, debe ser prioritario el abordaje desde las distintas dimensiones, procurando abordar el autocuidado de profesionales y la promoción de acciones en pro de la realización personal.

20 Preguntas MBI (inventario de burnout de Maslach) 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21.

En cuanto a los resultados de la escala de Zarit reducida, en cuidados paliativos, se puede observar a nivel general, que los cuidadores que atienden en los ELEM incluidos en la medición, tienen una positiva visión de su trabajo y el impacto que este tiene en las personas a las que atiende, en su propia familia y en sí mismo, concordando con lo expresado en las preguntas del inventario de burnout de Maslach.

De acuerdo al gráfico siguiente existe alrededor de un tercio de los cuidadores que considera que el trabajo con los adultos mayores le ha ocasionado pérdida de tiempo para sí mismo. Una quinta parte, considera que su trabajo es agobiante y que le ha producido una merma en su propia salud.



A partir de la puntuación obtenida en la escala de Zarit se generó un umbral teórico de corte en 17 puntos, lo cual indicaría, de ser mayor a esta cifra, situación de sobrecarga del cuidador. De esta manera se observa, que el 12,9% de los cuidadores estaría presentando sobrecarga de cuidados.

Zarit cuidados paliativos			
		N°	Porcentaje
Sobrecarga cuidador	Sin sobrecarga	175	87,1
	Con sobrecarga	26	12,9
	Total	201	100,0

Mediante estas dos mediciones se detectan situaciones de burnout y sobrecarga lo cual, de no ser abordado, impactará en la calidad del cuidado que reciben las personas mayores, en este sentido el trabajo colaborativo entre las residencias y SENAMA se vuelve relevante para prevenir y revertir estas situaciones.

Reflexiones Finales

Aprendizajes y oportunidades de mejora

En general, los ELEM estudiados se proyectan como instituciones bastante profesionalizadas en su estructura y funcionamiento. En este sentido, las decisiones que atañen a la vida de las personas mayores están encabezadas por un cuerpo profesional especializado en los ámbitos de salud física, salud emocional, alimentación y conducción general de los establecimientos. Estas decisiones, en varias ocasiones, son consultadas a las propias personas de edad, verificándose con ello la participación directa en las decisiones que les afectan. De esta forma, se da cumplimiento a uno de los aspectos más relevantes de la Atención Centrada en la Persona.

Por otra parte, la salud física de los residentes y los tratamientos de salud aparecen bastante cubiertos. Desde una perspectiva organizacional, hay procedimientos y roles definidos entre los integrantes de la cadena compuesta por TENS, enfermero y médico. El cuidado de salud en general, desde la visión de las propias personas mayores institucionalizadas, es entregado por personal que atiende a los residentes con cercanía y calidez.

Habitualmente, los establecimientos cuentan con implementos, equipamiento e insumos para trabajar de manera adecuada en las labores de cuidado, rehabilitación y en los distintos talleres que se imparten. En algunos casos hay gran preocupación por el cuidado y renovación de estos materiales.

Se observan iniciativas innovadoras que impactan positivamente en la rutina de las personas mayores, como rincones de actividades, huertas, y el cuidado de mascotas, lo que, según lo declarado por los propios residentes, enriquecen la vida en la residencia.

Otro de los elementos que se destacan como positivos tiene relación con la incorporación de actividades anexas a las planificadas y ejecutadas por las residencias, de esta manera la participación en la comunidad, aunque sea por tiempo limitado, produce cambios en la dinámica de las residencias generando efectos positivos en los residentes.

Por otra parte, según lo observado y escuchado desde los adultos mayores y desde sus cuidadores, el maltrato, la negligencia y la vulneración de derechos no son prácticas generalizadas en los ELEM estudiados.

Sin embargo, a partir de los resultados es posible identificar una serie de fenómenos, algunos organizacionales, otros operativos y técnicos, que revisten gran relevancia e impactan directamente en el quehacer cotidiano de los ELEM y que, por tanto, se presentan como posibles dimensiones de intervención y ámbitos de mejora.

Los focos centrales del presente estudio y que fueron declarados en los objetivos La Atención Centrada en la Persona y El Enfoque de Derechos, cruzan dichos ámbitos de acción, en tanto se

encuentran a la base de los conceptos que guiaron la manera en que se levantó la información y también el proceso de reflexión que a continuación se presenta.

Sobre el perfil de los residentes

Sin duda el reconocer la historia de vida que trae consigo la persona mayor al ingresar al ELEM, es una cuestión central para intervenir. Según revela la información cualitativa levantada, y su triangulación conceptual con la bibliografía consultada, las carencias, vulnerabilidades y exclusiones experimentadas a lo largo del ciclo vital, se expresan con mayor fuerza durante la vejez, profundizándose también los impactos negativos que esas vivencias tienen en la calidad de vida en la adultez mayor.

De esta manera, las dimensiones biográficas, etnográficas y demográficas que caracterizan a cada sujeto que ingresa a un ELEM, debiesen ser elementos sustanciales al perfilar la planificación de las acciones y las intervenciones que se realizan.

En relación a lo anterior el género, la ruralidad, la pertenencia a algún pueblo originario y la edad avanzada pueden suponer, por sí solas o complementariamente, condiciones que impliquen situaciones de desprotección y exclusión o simplemente particularidades culturales que deben, sin duda, ser consideradas. A modo de ejemplo, surgió durante el trabajo en terreno el caso de una persona mayor que se negaba a ser aseada mediante métodos convencionales (ducha, tina). Al indagar un poco más en el porqué de esta negativa, el equipo se percató que en la zona de origen de esta persona no era de uso común, por la escasez de agua, utilizar tales medios. Una vez que se optó por un sistema más acorde a las preferencias del sujeto (baño por partes del cuerpo) se logró finalmente poder asear a esta persona.

En relación a los elementos constitutivos del perfil de los residentes, cabe destacar que el 71,8% de los residentes presenta dependencia severa, el 18,3% presenta dependencia moderada, un 4,7% tendría dependencia leve y el 5,2% no presentaría dependencia. Complementariamente, del total de residentes, el 13,3%, no presentaría discapacidad, el 44,3%, se encuentran en situación de discapacidad leve a moderada y el restante 42,4%, equivalentes a 197 personas, discapacidad severa. Respecto las personas con discapacidad y dependencia se registró que de los 465 residentes 394, equivalentes a 84,7%, tienen dependencia y discapacidad. De las personas en situación de discapacidad leve a moderada, el 95,6% presenta dependencia y de las personas con discapacidad severa el 100% es, a la vez, dependiente.

Autonomía y estimulación cognitiva

El Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores, señala que una baja educación formal se relaciona fuertemente con la dependencia. Del mismo modo, la bibliografía disponible refleja que la estimulación cognitiva constante incide positivamente en la mantención de las capacidades mentales a lo largo de todo el ciclo vital, teniendo esto un impacto particular en la vejez.

En tal sentido, el estudio realizado devela carencia de libros y espacios disponibles para la lectura en los ELEAM, primando la televisión como elemento de ocio. A su vez, el estudio revela que los talleres cognitivos son utilizados por el 3% de la población institucionalizada.

Dado el alto impacto que el deterioro cognitivo tiene sobre la funcionalidad, y el ya mencionado beneficio que la estimulación tiene sobre las capacidades cognitivas, se hace necesario establecer medios para propiciar la participación en los talleres de estimulación cognitiva y también, generar acciones que promuevan la educación continua, utilizando los recursos comunitarios y las redes institucionales. De esta manera, a los medios que los propios ELEAM poseen o que se pueden movilizar sin mayores problemas, como la masificación de los talleres cognitivos, la generación de espacios para lectura y la adquisición de libros; se debe sumar acciones de las residencias apoyadas por SENAMA, para establecer lazos colaborativos con instituciones que provean insumos y recursos para el establecimiento de un sistema de educación continua, cuyo nivel de complejidad debiera adaptarse a los distintos perfiles funcionales y sociales de los residentes.

Complementariamente a lo anterior, y como develan los datos, las personas mayores creen que los residentes en situación de discapacidad son más vulnerados en cuanto a que no se tomen en cuenta sus propias decisiones. Esto, se relaciona con la mayor incidencia de deterioro cognitivo entre las personas con discapacidad y, con ello, con una probable pérdida de la autonomía personal.

A pesar de esto, los ELEAM deben propiciar y también estimular la capacidad de que las personas mayores tomen sus propias decisiones por el mayor tiempo posible, inclusive –y especialmente– si presentan discapacidad y deterioro cognitivo.

Factores psicológicos y emocionales

Los sentimientos de satisfacción personal, bienestar y felicidad pesquisados en este estudio, reflejan situaciones ambivalentes. Lo mismo ocurre con el sentimiento de sentirse querido o respetado al interior de la residencia. La escala de depresión geriátrica, a su vez, refleja un panorama que revela situaciones que pueden derivar en patologías graves.

Se observa que muchas personas mayores se encuentran sin una figura significativa y sin recibir visitas de sus familiares. Además, son los propios funcionarios los que muchas veces cumplen el rol de prestar consejo o de confidente frente a algún problema.

Por otra parte, de las personas a las que se les aplicó el test de tamizaje para medir normalidad, depresión leve o depresión establecida, más de la mitad presentó al menos depresión leve.

Se observó una diferencia significativa entre quienes presentan depresión establecida y tienen o no amigos en el ELEAM. De esta manera la no existencia de amigos impacta significativamente en la posibilidad de presentar depresión establecida. Igualmente importante, y que perfila un potencial de intervención y mejora, es el hecho de que se observan diferencias significativas

entre quienes creen que hay o no posibilidades de generar lazos de amistad al interior del ELEAM. De esta manera, tan importante como la presencia efectiva de lazos de amistad, es la posibilidad de contar con espacios e instancias para poder generar tales lazos, lo que atañe directamente a las residencias como responsables de generar los ámbitos donde estas relaciones pueden establecerse y perdurar.

Sobre la carga de trabajo de los cuidadores

El estrés, las altas cargas de trabajo, la escasa implementación de herramientas de autocuidado y la complejidad de las necesidades de las personas mayores institucionalizadas, redundan en potenciales escenarios de maltrato a la persona cuidada y, a su vez, en una situación donde los funcionarios de trato directo pueden ver deteriorada seriamente su salud emocional y física.

Considerando la totalidad de las preguntas del cuestionario de burnout aplicado, y teniendo presente que puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización y bajas en realización personal estarían indicando un alto nivel de burnout, uno de cada tres cuidadores presenta niveles medios de burnout y uno de cada cuatro un nivel alto.

Esto da cuenta de una situación que debe ser abordada en conjunto entre los operadores de los establecimientos y SENAMA, ya que la sobrecarga de los cuidadores, por una parte impacta en la calidad de vida de estos mismos, pero también influye en el trabajo directo que mantiene con los residentes y en el nivel de desempeño de las funciones, generando posibles situaciones de maltrato y vulneración de derechos. Por consiguiente debe ser prioritario el abordaje desde las distintas dimensiones, procurando abordar el autocuidado de profesionales y la promoción de acciones en pos de la realización personal, renovando permanentemente el sentido del quehacer cotidiano.

Experiencia de vida en la residencia

A modo general, desde los discursos revelados a partir de las entrevistas realizadas a personas mayores residentes en los ELEAM, se observa gratitud por la posibilidad de residir en los Establecimientos de Larga Estadía estudiados, se manifiesta la existencia de una buena atención y trato, buena acogida, momentos de entretenimiento, buena alimentación y compañía.

A pesar de lo anterior se devela que los establecimientos, en algunos casos, reducen las actividades que los residentes pudiesen hacer por su cuenta, limitando su independencia y autonomía.

Se aprecia de manera bastante generalizada restricciones a salidas del establecimiento. Los mayores en general no pueden salir si no lo hacen acompañados de un cuidador, quienes no están disponibles muchas veces para acompañarlos. Por otra parte, algunos adultos mayores manifiestan su preferencia a realizar ellos mismos el orden y colaborar en el aseo de sus espacios, lo que muchas veces no se les permite.

Cabe señalar respecto a esto que, idealmente y según los mismos protocolos de SENAMA, se debiese propiciar, por ejemplo, que si los mayores quieren colaborar o realizar voluntariamente las tareas de aseo de su entorno, puedan hacerlo, sobre todo considerando que estas actividades significan un medio para que las personas mantengan su independencia y autonomía por un tiempo más prolongado.

Por otra parte, al realizar la pregunta por quien maneja la mayor parte del dinero del que los adultos mayores disponen para uso personal, es claro que es el ELEAM el que se hace cargo. Se podría suponer que las diferencias entre Establecimientos, se pueden deber a situaciones relacionadas con las condiciones de salud y de funcionalidad. Sin embargo, esto no se constata al analizar la asociación entre el nivel de dificultad en la actividad instrumental "Manejo del dinero" por parte de los adultos mayores y el manejo del dinero por parte de los Establecimientos.

En la pregunta sobre el trato hacia las personas al interior del ELEAM, se observaron diferencias significativas entre quienes llevan viviendo entre un mes hasta tres años y aquellos que llevan tres o más años. Entre los que llevan viviendo menos tiempo en el establecimiento, se observa que hay una visión más crítica respecto al trato que se le entrega a las personas mayores. De esta manera, se puede interpretar que el paso del tiempo redunde en una "normalización" o "naturalización" del trato que reciben los residentes. Esta situación puede provocar que potenciales situaciones de vulneración de derechos se estén invisibilizando.

La pregunta donde mayormente se observó vulneración tiene relación con la posibilidad de ejercer derechos legales, observándose diferencias significativas según sexo, analfabetismo y si cuentan o no con personas a quienes acudir ante un problema personal o una preocupación.

Cumplimiento de los protocolos de SENAMA

Con el objetivo de normar, bajo un enfoque de derechos, la gran dispersión de prácticas y la gran variedad de modelos de gestión de los Establecimientos de Larga Estadía, es que SENAMA se propuso generar protocolos de atención que abordaran las distintas dimensiones en las que los ELEAM operan.

Este trabajo derivó en una batería de 31 protocolos básicos que regulan el funcionamiento de las residencias para adultos mayores. Estos protocolos modelan un estándar de funcionamiento, que si bien en un inicio ha estado siendo transferido específicamente a los ELEAM de SENAMA, se pretende que este material pueda avanzar hacia ser un referente a nivel nacional para los Establecimientos de Larga Estadía de todo el país, sean o no de dependencia de SENAMA.

Al verificar desde los datos cuantitativos el nivel de cumplimiento de los protocolos más relevantes, se debe tomar en cuenta que, al momento de levantar la información, éstos tenían solo unos pocos meses de difusión, encontrándose en plena fase de transferencia a los funcionarios de las instituciones.

De esta forma, se pudo observar que aquellos protocolos asociados a la dimensión médica y de salud, se implementaban de muy buena forma, debido al cariz y a la cultura eminentemente sanitaria que traen consigo los distintos operadores. Los procesos de evaluación médica y funcional, cuidado de escaras, higiene personal, entre otros, presentan un alto cumplimiento.

Por el contrario, aquellos estándares de índole “más social”, encontraron mayores resistencias en su implementación, detectándose a veces ciertas malas prácticas, asociadas al respeto de la autodeterminación, privacidad y conexión con la comunidad.

Referencias

- Allen J. (2015). Ageism as a Risk Factor for Chronic Disease. *The Gerontologist*, 00, 00, 1-6. Barg, F., Huss Ashmore, R., Wittink, M., Murray, G., Bogner, H., & Gallo, J. (2006). A Mixed-Methods Approach to Understanding Loneliness and Depression in Older Adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences*.
- Alzheimer Europe Foundation. (2005). Alzheimer Europe Foundation. Recuperado el Enero de 2017, de Alzheimer Europe Foundation: <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/2005-Home-care/Denmark>
- CDC. (2016). Long-Term Care Providers and Services Users in the United States: Data From the National Study of Long-Term Care Providers, 2013-2014. Obtenido de CDC: https://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_03/sr03_038.pdf
- CPH Post Denmark. (2013). CPH POST. Recuperado en enero de 2017, de CPH POST: <http://cphpost.dk/news/denmark/denmark-gets-its-first-elderly-home-for-immigrants.html>
- Economic and Financial Affairs. (2015). Economic and Financial Affairs. Recuperado en enero de 2017, de European Comission: http://ec.europa.eu/economy_finance/structural_reforms/ageing/demography/index_en.htm
- EPRS. (2014). Older people in Europe. EU policies and programmes. Recuperado en 16 de enero de 2017, de europarl: [http://www.europarl.europa.eu/RegData/bibliotheque/briefing/2014/140811/LDM_BRI\(2014\)140811_REV1_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/bibliotheque/briefing/2014/140811/LDM_BRI(2014)140811_REV1_EN.pdf)
- De Araújo, V. de Menezes, R. & Alchieri, J. (2011). Administración del test WHOQOL-OLD para evaluar calidad de vida de los ancianos residentes en Centros de Larga Estadía. *Psicogeriatría*.
- Fuentes-García A., Sánchez H., Lera L., Cea X. y Albala C. (2013). Desigualdades socioeconómicas en el proceso de discapacidad en una cohorte de adultos mayores de Santiago de Chile. *Gac Sanit*, ;27(3): 226-32.
- Fundación Edad y Vida. (2008). Calidad y acreditación para las entidades prestadoras de servicios de atención a las personas mayores en situación de dependencia. España.
- Fundación Pílares para la autonomía personal. (2011). Hacia un nuevo modelo de alojamientos. Las residencias en las que queremos vivir. España.
- Gutiérrez, María Fernanda (Fedea), Sergi Jiménez-Martín (Upf And Fedea), Raquel Vegas Sánchez (Fedea), Cristina Vilaplana (Ucam Y Fedea). Junio (2010). "The Spanish Long-Term Care System" ENEPRI (European Network of Economic Policy Research Institutes)-ANCIEN (Assessing Needs of Care in European Nations) Research Report No. 88 Contribution To Wp 1 Of The Ancien Project. . Disponible en <http://aei.pitt.edu/14603/>
- Goffman, E. (1961). Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Ed. Amorrortu. Buenos Aires. 73.
- Goffmann, E. (1995). Estigma de la sociedad deteriorada. Ed. Amorrortu. Buenos Aires.
- Guzmán, José Miguel y Huenchuán, Sandra. (2005). Políticas hacia las familias con adultos mayores: el desafío del derecho al cuidado en la edad avanzada. CELADE. Chile.
- Health in Aging Foundation. (2015). Health in Aging Foundation. Recuperado en enero de 2017, de Health in Aging Foundation: <http://www.healthinaging.org/aging-and-health-a-to-z/topic:nursing-homes/>
- Heras Iñaki, Cilleruelo Ernesto e Iradi Jon. (2006). La normalización y certificación de sistemas de gestión en las residencias de mayores. Dpto. Organización de Empresas Universidad del País Vasco - Euskal Herriko Unibertsitatea.
- Herrera, M.S., Barros, C. & Fernández, M.B. (2015). Resultados de Tercera Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida en la Vejez. Pontificia Universidad Católica de Chile. Programa para el Adulto Mayor, Instituto de Sociología, Centro de Geriatría y Gerontología UC, Programa de Políticas Públicas. Santiago de Chile.
- Huenchuán Navarro, Sandra. Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas. CEPAL. 2009. Chile.
- Independent. (2015). Independent. Recuperado en enero de 2017, de Independent: <http://www.independent.co.uk/student/news/students-move-in-with-residents-in-dutch-nursing-home-and-help-combat-social-isolation-and-10401882.html>
- Instituto Nacional de Derechos Humanos. (2015). Tercera Encuesta Nacional de Derechos Humanos. Presentación Informe final. Obtenido de <http://www.indh.cl/encuesta-nacional-de-derechos-humanos-2015-3>.
- Laplantine, F. (1999). "Antropología de la Enfermedad". Ediciones Del Sol. Buenos Aires.

- Lourdes Osorio Bayter, F. S. (2016). El contexto y el centro residencial para las personas adultos mayores en Colombia y España. La empresa social una alternativa para el bienestar. REVESCO, 885-8031 (121).
- Manso Martínez, Ma. Esperanza; Sánchez López, Ma. del Pilar (2013). Salud y sobrecarga percibida en personas cuidadoras familiares de una zona rural. Clínica y Salud.
- Ministerio de Desarrollo Social. (2015). Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional [CASEN]
- Ministerio de Salud de los países evaluados. (Enero de 2017). Criterios para evaluar un hogar o nursing care.
- Ministerio Secretaría General de la Presidencia. Comisión Defensora Ciudadana (s/f). Encuesta Nacional de Derechos. Obtenido de http://www.cdc.gob.cl/wp-content/uploads/2015/07/Encuesta_Nacional_de_Derechos.pdf
- Ministry of Health New Zealand. (2016). Ministerio de Salud. Recuperado en enero de 2017, de Ministerio de Salud: <http://www.health.govt.nz/nz-health-statistics/health-statistics-and-data-sets/older-peoples-health-data-and-stats>
- Ministry of Health, Welfare and Sport. (Octubre de 2016). Ministry of Health, Welfare and Sport. Recuperado en enero de 2017, de Ministry of Health, Welfare and Sport: [file:///C:/Users/Kary/Downloads/MIPAA+RIS+3rd+Review%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Kary/Downloads/MIPAA+RIS+3rd+Review%20(1).pdf)
- Montero Zuluaga, Paula y Moreno Moreno, Sara. (2012). Relación entre síndrome de burnout, estrategias de afrontamiento y engagement.
- Naciones Unidas. (2002). Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento.
- National Advisory Council on Aging (NACA) "1999 and Beyond Challenges of an Aging Canadian Society". 1999. Ottawa, Ontario, Canada.
- OECD. (Mayo de 2011). OECD. Recuperado en enero de 2017, de OECD: <http://www.oecd.org/denmark/47877588.pdf>
- OMS. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. Revista Especializada Geriatria Gerontología.
- Oxford Journals. (Julio de 2013). The Gerontologist. Recuperado en enero de 2017, de Oxford Journals: <http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/early/2013/08/31/geront.gnt096.full>
- Peinado Portero, Ana Isabel y De los Fayos Ruiz, Enrique Javier (1998). Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: el síndrome del asistente desasistido.
- Servicio Nacional del Adulto Mayor. (2007). "Estudio para el diseño de un sistema y plan de mejoramiento de Calidad del servicio que ofrecen los hogares o Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores, ELEAM". Informe final - versión definitiva. Asesorías para el Desarrollo.
- Servicio Nacional del Adulto Mayor (2009). Estudio Nacional de Dependencia en las Personas Mayores.
- Servicio Nacional del Adulto Mayor. (2009). Estudio sobre la Demanda de Servicios de Cuidado para las Personas Mayores.
- Servicio Nacional del Adulto Mayor, Facultad de Ciencias Sociales U de Chile. (2015). Inclusión y Exclusión Social de las Personas Mayores en Chile.
- The Connexion. (2009). Choosing a care home in France. Obtenido de The Connexion: <http://www.connexionfrance.com/retirement-care-homes-france-assisted-living-france-10515-news-article.html>
- The Milbank Quarterly. (2015). Long-Term Care Financing: Lessons From France. Obtenido de The Milbank Quarterly: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4462881/>
- Times Netherlands. (Noviembre de 2016). Times Netherlands. Recuperado en enero de 2017, de Times Netherlands: <http://nltimes.nl/2016/11/15/nursing-home-opens-home-amsterdam-lgbt-elderly>
- Times Netherlands. (2016). Times Netherlands. Recuperado en enero de 2017, de Times Netherlands: <http://nltimes.nl/2016/07/04/dismal-care-poor-staffing-dozens-dutch-nursing-homes>
- Urzúa y Navarrete. (2013). Calidad de vida en adultos mayores: análisis factoriales de las versiones abreviadas del WHOQoL-Old en población chilena.
- WHOQOL Group. (1995). The world health organization quality of life assesment: position papper from the world health organization. Soc Sci Med.
- World Health Organization [WHO]. Europe. 2009. 'Mental health, resilience and inequalities'. Dr Lynne Friedli. Obtenido de :http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0012/100821/E92227.pdf

