



Informe Final

**Estudio de Situación de los AM dependientes con
pensión asistencial y sus cuidadores domiciliarios
SENAMA
10 de Mayo de 2007**

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN.....	9
2. ANTECEDENTES	10
2.1. SITUACIÓN DEL ADULTO MAYOR EN CHILE.....	10
2.2. MARCO LEGAL E INSTITUCIONAL VIGENTE DEL AM.....	13
2.3. DERECHOS HUMANOS Y NO DISCRIMINACIÓN DE LOS/AS ADULTOS MAYORES.....	17
3. MARCO TEÓRICO.....	19
3.1. INTRODUCCIÓN.....	19
3.2. EL ENVEJECIMIENTO COMO FENÓMENO SOCIAL Y CULTURAL	20
3.2.1. <i>Teorías generales sobre el envejecimiento como fenómeno social.....</i>	<i>21</i>
3.2.2. <i>Antropología de la Vejez: el envejecimiento como fenómeno sociocultural.....</i>	<i>24</i>
3.2.3. <i>Condiciones Sociales de la Vejez.....</i>	<i>25</i>
3.3. EL ENVEJECIMIENTO COMO FENÓMENO BIOLÓGICO Y PSICOLÓGICO.....	27
3.3.1. <i>Teorías Biológicas sobre el Envejecimiento.....</i>	<i>27</i>
3.3.2. <i>Teorías Psicológicas del Envejecimiento.....</i>	<i>29</i>
3.3.3. <i>Consecuencias Del Envejecimiento En La Salud Física Y Mental.....</i>	<i>31</i>
3.4. DEPENDENCIA EN LA VEJEZ.....	37
3.4.1. <i>El debate en torno a la dependencia y envejecimiento.....</i>	<i>37</i>
3.4.2. <i>Hacia una definición comprensiva de la dependencia en la vejez.....</i>	<i>39</i>
3.4.3. <i>Dependencia y familia: el cuidado informal.....</i>	<i>41</i>
3.4.4. <i>Malos tratos hacia las personas mayores.....</i>	<i>44</i>
4. MARCO METODOLÓGICO	46
4.1. METODOLOGÍA CUALITATIVA.....	46
4.1.1. <i>Pauta de Entrevista Semiestructurada.....</i>	<i>47</i>
4.1.2. <i>Muestra.....</i>	<i>49</i>
4.1.3. <i>Análisis Cualitativo.....</i>	<i>50</i>
4.2. METODOLOGÍA CUANTITATIVA.....	50
4.2.1. <i>Universo.....</i>	<i>51</i>
4.2.2. <i>Muestra.....</i>	<i>51</i>
5. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS.....	54
5.1. RESULTADOS CUANTITATIVOS.....	54
5.1.1. <i>Perfil de los/as Adultos mayores dependientes con pensión asistencial.....</i>	<i>54</i>
5.1.2. <i>Características Educativas de los/a pensionados.....</i>	<i>56</i>
5.1.3. <i>Estado civil y dinámica familiar.....</i>	<i>58</i>
5.1.4. <i>Dimensión cuidados.....</i>	<i>63</i>
5.1.5. <i>Dimensión salud.....</i>	<i>65</i>
5.1.6. <i>Percepción de requisitos para mejorar las actividades del/la cuidador/a.....</i>	<i>76</i>
5.1.7. <i>Percepción de los problemas experimentados por el cuidador desde la óptica del adulto mayor.....</i>	<i>78</i>
5.1.8. <i>Caracterización básica de cuidadoras/es.....</i>	<i>80</i>
5.1.9. <i>Acceso a la seguridad previsional del cuidador/a.....</i>	<i>85</i>
5.1.10. <i>Calidad de salud del Cuidador/a.....</i>	<i>86</i>
5.1.11. <i>Cercanía espacial y social del/la cuidador/a con el adulto mayor.....</i>	<i>88</i>
5.1.12. <i>Percepción de estado del adulto mayor a su cuidado.....</i>	<i>98</i>
5.1.13. <i>Análisis de escala ZARIT.....</i>	<i>100</i>
5.2. ANÁLISIS CUALITATIVO	107
5.2.1. <i>Análisis de las Entrevistas a Adultos Mayores.....</i>	<i>107</i>

5.2.2.	<i>Análisis de las Entrevistas a Cuidadoras/es</i>	118
5.3.	ANÁLISIS DE COSTOS	133
5.3.1.	<i>Revisión de la Literatura</i>	133
5.3.2.	<i>Construcción de la función de Costos</i>	133
5.3.3.	<i>Costo de Atención Promedio por Beneficiario</i>	142
5.3.4.	<i>Análisis de Brecha entre la oferta de Servicios y las Demandas de los AM</i>	142
5.4.	BUENAS PRACTICAS DE CUIDADO DE LOS/AS ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES	147
6.	CONCLUSIONES DEL ESTUDIO	154

ÍNDICE DE CUADROS, GRÁFICOS Y FIGURAS

Figura N° 2.1	11
Chile, Población Total Según Grupos de Edad	11
CUADRO N° 2.1	14
Iniciativas Dirigidas a la Población Adulta Mayor	14
CUADRO N° 3.1	21
Aspectos Teóricos Sobre el envejecimiento	21
CUADRO N° 3.2	23
Teoría de la Actividad.....	23
CUADRO N° 3.3	23
Teoría de la Desvinculación	23
CUADRO N° 3.4	23
Teoría de la Continuidad	23
CUADRO N° 3.5	28
Evidencias del Control Genético de la Longevidad	28
CUADRO N° 3.6	32
Principales Consecuencias del Deterioro Biológico en cada Órgano del Cuerpo	32
CUADRO N° 3.7	41
Factores que Influyen en la Situación de Dependencia de una persona mayor	41
CUADRO N° 4.1	47
Temáticas Entrevista Semiestructurada Cuidadores Informales	47
CUADRO N° 4.2	49
Temáticas Entrevista Semiestructurada Adulto Mayor Dependiente.....	49
CUADRO N° 4.3	50
Distribución de Entrevistas Semiestructuradas	50
CUADRO N° 4.4	52
Muestra CCI (Muestreo aleatorio simple)	52
CUADRO N° 4.5	52
Muestra original SENAMA-INP (800 casos)	52
CUADRO N° 4.6	53
Diferencias en cuotas globales y específicas entre ambas muestras.....	53
Sexo Adulto Mayor	54
CUADRO N° 5.1	55
Zona Socio-Geográfica	55
GRÁFICO N° 5.2	55
Edad de adulto mayor en intervalos	55
GRÁFICO N° 5.3	56
Nivel de Alfabetismo	56
GRÁFICO N° 5.4	57

Nivel de Escolaridad.....	57
CUADRO N° 5.2	57
Nivel de Escolaridad por Zona Socio-Geográfica.....	57
CUADRO N° 5.3	58
Nivel de Escolaridad por Tramo Etéreo	58
GRÁFICO N° 5.5	58
Estado Civil.....	58
CUADRO N° 5.4	59
Estado Civil por Sexo	59
CUADRO N° 5.5	59
Estado Civil por Tramo Etéreo	59
GRÁFICO N° 5.6	60
Tipo de Tenencia de la Vivienda.....	60
CUADRO N° 5.6	60
Tipo de Propiedad de la Vivienda por Sexo	60
GRÁFICO N° 5.7	61
Tamaño del Hogar.....	61
CUADRO N° 5.7	61
Tamaño del Hogar por Sexo y Zona Geográfica	61
GRÁFICO N° 5.8	62
Integración del AM en el Hogar.....	62
CUADRO N° 5.8	62
Integración del AM en el hogar por Sexo y Zona Socio-Geográfica	62
CUADRO N° 5.9	63
Integración del adulto mayor en el hogar por rango de edad.....	63
GRÁFICO N° 5.9	63
Existencia de Cuidador/a	63
CUADRO N° 5.10	64
Nivel de Autovalencia.....	64
GRÁFICO N° 5.10	64
Número de Personas que cuidan al AM	64
CUADRO N° 5.11	64
Número de personas que colaboran en los cuidados del AM, por nivel de autovalencia ..	64
GRÁFICO N° 5.11	65
Tipo de Cuidador	65
GRÁFICO N° 5.12	65
Nivel de Autovalencia.....	65
CUADRO N° 5.12	66
Nivel de Autovalencia por Sexo y Zona Socio-Geográfica.....	66
CUADRO N° 5.13	66
Nivel de autovalencia por rango etéreo	66
Nivel de Autovalencia del AM por Tamaño del Hogar	67
GRÁFICO N° 5.13	67
Ocurrencia de algún tipo de discapacidad.....	67
GRÁFICO N° 5.14	68
Tipo de discapacidades más frecuentes.....	68
CUADRO N° 5.15	68
Discapacidades del AM por Tramos Étareos	68
GRÁFICO N° 5.15	69
Número de Discapacidades Experimentadas por el AM	69
CUADRO N° 5.16	69

Número de Discapacidades por existencia de cuidador	69
Número de Discapacidades por Sexo del AM	70
GRÁFICO N° 5.16	70
Acceso a Implementos para suplir Discapacidad	70
CUADRO N° 5.18	70
Acceso a implementos para suplir discapacidad, por sexo del AM y por zona socio-geográfica	70
GRÁFICO N° 5.17	71
Tipo de Implementos usados por quienes tienen alguna discapacidad	71
GRÁFICO N° 5.18	71
Acceso a una Atención de Salud	71
CUADRO N° 5.19	72
Acceso a la Atención en el Consultorio por Sexo y Zona Socio-Geográfica	72
CUADRO N° 5.20	72
Acceso al Consultorio por Nivel de Autovalencia	72
CUADRO N° 5.21	73
Acceso al Consultorio por Rango de Edad	73
GRÁFICO N° 5.19	73
Ocurrencia de Asistencia Médica en el Domicilio	73
CUADRO N° 5.22	74
Asistencia médica en el hogar por zona socio-geográfica y por sexo	74
CUADRO N° 5.23	74
Asistencia médica en el hogar por Nivel de Autovalencia	74
CUADRO N° 5.24	74
Asistencia médica en el hogar por rango de edad	74
CUADRO N° 5.25	75
Asistencia médica en el hogar por existencia de Cuidador	75
GRÁFICO N° 5.20	75
Prevalencia de problema de salud	75
CUADRO N° 5.26	76
Existencia de Problemas de Salud por Sexo	76
CUADRO N° 5.27	77
Percepción de Requisitos para mejorar las actividades del Cuidador	77
CUADRO N° 5.28	77
Percepción de Requisitos para mejorar las actividades del Cuidador por Sexo y Zona Socio-Geográfica	77
CUADRO N° 5.29	78
Percepción de Requisitos para mejorar las actividades del Cuidador por Nivel de Autovalencia	78
Percepción de los Problemas Experimentados por el Cuidador desde la Óptica del AM ..	79
GRÁFICO N° 5.21	80
Sexo de Cuidadores	80
GRÁFICO N° 5.22	80
Edad de cuidadores en intervalos	80
GRÁFICO N° 5.23	81
Manejo de Habilidades Básicas	81
GRÁFICO N° 5.24	82
Nivel Educativo de los Cuidadores	82
GRÁFICO N° 5.25	82
Estado Civil del Cuidador/a	82
GRÁFICO N° 5.26	83

Situación laboral de cuidador/a	83
GRÁFICO N° 5.27	84
Relación de parentesco adulto mayor - cuidador	84
GRÁFICO N° 5.28	84
Complementariedad apoderado/cuidador.....	84
GRÁFICO N° 5.29	85
Tipo de previsión en materia de pensión	85
CUADRO N° 5.31	85
Acceso a la Seguridad Provisional del Cuidador.....	85
GRÁFICO N° 5.30	86
Previsión en Materia de Salud	86
CUADRO N° 5.32	86
Cobertura de Salud por Sexo del Cuidador.....	86
GRÁFICO N° 5.31	87
Tiene el cuidador alguna enfermedad	87
CUADRO N° 5.33	87
Problemas de Salud de los Cuidadores.....	87
CUADRO N° 5.34	87
Problemas de Salud por Sexo de los Cuidadores.....	87
GRÁFICO N° 5.32	88
Lugar de Residencia del Cuidador.....	88
GRÁFICO N° 5.33	88
Número de días a la semana que cuida al adulto mayor	88
CUADRO N° 5.35	89
N° de días a la semana que cuida al AM por sexo de cuidador.....	89
CUADRO N° 5.36	89
N° de días a la semana que cuida al AM por Zona Socio-geográfica.....	89
CUADRO N° 5.37	90
N° de días a la semana que cuida al AM por relación de parentesco	90
CUADRO N° 5.38	90
N° de días a la semana que cuida al AM por Obligación Laboral.....	90
GRÁFICO N° 5.34	91
Número de horas al día dedicadas a cuidar al adulto mayor	91
CUADRO N° 5.39	91
Número de horas promedio por días invertidas por quienes cuidan a los adultos mayores	91
GRÁFICO N° 5.35	92
Tiempo que a cuidado al AM	92
GRÁFICO N° 5.36	93
Experiencia como Cuidador de Otro AM	93
GRÁFICO N° 5.37	93
Ha tenido la oportunidad de capacitarse sobre la temática del adulto mayor	93
GRÁFICO N° 5.38	94
Institución donde se capacitó	94
CUADRO N° 5.40	94
Ocurrencia de Capacitación por Sexo del Cuidador	94
CUADRO N° 5.41	95
Ocurrencia de Capacitación por Nivel de Escolaridad	95
GRÁFICO N° 5.39	95
Actividades cotidianas realizadas por el cuidador	95
CUADRO N° 5.42	96

Actividades Cotidianas Inherentes al rol del cuidador por nivel de Autovalencia.....	96
CUADRO N° 5.43	96
Actividades Cotidianas Inherentes al rol del cuidador por residencia del AM	96
GRÁFICO N° 5.40	97
Ocurrencia de Solicitud de Ayuda.....	97
CUADRO N° 5.44	97
Ocurrencia de Solicitud de Ayuda por Nivel de Autovalencia	97
GRÁFICO N° 5.41	98
Administración de los medicamentos al adulto mayor	98
CUADRO N° 5.45	98
Administración de Medicamentos al AM por Zona Socio-Geográfica.....	98
GRÁFICO N° 5.42	99
Percepción del Nivel de Autovalencia del AM a su cargo	99
GRÁFICO N° 5.43	100
Percepción sobre las discapacidades sufridas por el adulto mayor a su cargo	100
GRÁFICO N° 5.44	101
Nivel de sensación de carga en base a la escala ZARIT en intervalos	101
CUADRO N° 5.46	101
Intevalos de Escala de Zarit por Nivel de Autovalencia	101
CUADRO N° 5.47	102
Intervalo de escala Zarit por Edad del adulto mayor	102
CUADRO N° 5.48	102
Intervalo de escala Zarit por el número de discapacidades del adulto mayor.....	102
CUADRO N° 5.49	103
Intervalo de escala Zarit por número de actividades implicadas en el cuidado.....	103
CUADRO N° 5.50	103
Intervalo de escala Zarit por tiempo invertido por el cuidador en las actividades ligadas a su rol	103
CUADRO N° 5.51	104
Intervalo de escala Zarit por estado de salud de cuidador/a.....	104
CUADRO N° 5.52	104
Intervalo de escala Zarit por solicitud de ayuda por parte del cuidador.....	104
CUADRO N° 5.53	105
Intervalo de escala Zarit por Ocurrencia de Atención en el Consultorio y Tipo de Atención Médica	105
CUADRO N° 5.54	135
Cantidad de Cuidados Extremos Requeridos por los AM, según sus Cuidadores Informales	135
GRÁFICO N° 5.45	136
Tipo de Cuidado	136
CUADRO N° 5.55	137
Número de Horas Laborales demandadas por cuidado normal(a)	137
CUADRO N° 5.56	137
Número de Horas Laborales demandadas por cuidado especializado(a)	137
CUADRO N° 5.57	138
Costo Total HH	138
CUADRO N° 5.58	138
Costo Promedio de Horas Laborales por Concepto de Cuidados	138
CUADRO N° 5.59	139
Medio que usa para ir a domicilio	139
CUADRO N° 5.60	140

CT Traslados Cuidador	140
CUADRO N° 5.61	140
Estadísticos CT Traslados Cuidador	140
CUADRO N° 5.62	141
Estadísticos Valor Atención Médica Diaria	141
CUADRO N° 5.63	145
Montos de Pensión.....	145

1. INTRODUCCIÓN

El presente Informe detalla los resultados del estudio **“Situación de los/as Adultos mayores dependientes con pensión asistencial y sus cuidadores/as domiciliarios”** desarrollado por el equipo de CCI Ingeniería Económica por encargo del Servicio Nacional del Adulto Mayor e INP.

El objetivo central de este estudio fue recoger y analizar información relativa a la situación actual de los adultos mayores en situación de dependencia funcional y de sus cuidadores domiciliarios, a fin de mejorar la capacidad técnica de los cuidadores y por consecuencia la calidad de vida de los adultos mayores en situación de alta dependencia funcional.

La metodología aplicada incorporó de forma complementaria técnicas cuantitativas (encuesta) y cualitativas (entrevistas semiestructuradas) de modo de lograr una comprensión más acabada del fenómeno social en estudio y sus múltiples dimensiones.

En la primera y segunda parte de este Informe, se expone la sistematización de antecedentes y desarrollos teóricos acerca del envejecimiento y la dependencia, como marco para contextualizar la comprensión de la situación de los/as adultos mayores dependientes de sus cuidadores/as domiciliarios.

La tercera parte describe el Marco Metodológico aplicado, incluyendo las muestras seleccionadas de la población en estudio.

En el apartado central “Descripción de Resultados”, se describen y analizan los principales hallazgos de las dos líneas de investigación desarrolladas. En el ámbito cuantitativo se presentan los principales resultados de la Encuesta, con tablas y gráficos correspondientes. En el ámbito cualitativo se analizan los resultados de la aplicación de entrevistas semiestructuradas a dos grupos de sujetos: adultos mayores y cuidadores/as; y luego se caracterizan Buenas Prácticas de Cuidado de AM Dependientes, desprendidas del análisis anterior.

Luego se presentan las Conclusiones Finales y algunas propuestas para el abordaje de la situación de los AM dependientes y sus cuidadores/as.

Por último, se describen los contenidos y características generales del Modelo de Capacitación para Cuidadores/as de Adultos Mayores Dependientes (contenidos; material de apoyo, etc.) que apunta a contribuir a mejorar sus capacidades técnicas y recursos personales para el ejercicio de su labor de cuidado. La versión completa del manual se incluye como archivo anexo a este Informe.

En los Anexos se incluyen los Instrumentos de recolección de información: Cuestionario de la Encuesta y Pautas de Entrevistas Semiestructuradas (AM y Cuidadores/as)

2. ANTECEDENTES

"Es muy posible que un día las propias personas de edad, con la fuerza dimanante del aumento de su número e influencia, obliguen a la sociedad a adoptar un concepto de la vejez positivo, activo y orientado hacia el desarrollo. La conciencia colectiva de ser anciano, como concepto socialmente unificador, puede convertirse así en un factor positivo" (Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, párr. 32).

2.1. Situación del Adulto Mayor en Chile

Chile comparte con la mayoría de los países desarrollados la realidad de una población que envejece sistemática y crecientemente. Las expectativas de vida aumentan día a día, los adelantos científicos, especialmente en el área de la salud, han traído por consecuencia, entre otros aspectos, la prolongación del ciclo de vida y la postergación de la muerte:

- En 1992 las personas mayores de 60 años constituían el 9,8 por ciento de la población.
- En el 2002 este porcentaje subió al 11,4 por ciento¹.

El envejecimiento de la población también trae cambios en el plano social y en la accesibilidad a los derechos económicos, sociales y culturales, esto es, en la vivienda, salud, educación, servicios especializados y recursos accesibles de parte del sector público y privado. Asimismo, exige respuestas en el ámbito de las relaciones familiares, de género e intergeneracionales.

No obstante los avances en el reconocimiento de sus derechos humanos y los avances institucionales y legislativos, muchas de las personas adultas mayores no pueden hacer frente a los problemas cotidianos de su vida, constituyendo uno de los colectivos humanos más vulnerables a sufrir la vulneración de sus derechos. La problemática del adulto mayor se resume, generalmente, en una tríada que incluye soledad, salud e ingresos. En estos tres puntos está incluido el concepto de pérdida que afecta a todas las personas de la tercera edad: pérdida del trabajo (jubilación), alejamiento de los/as hijos/as (síndrome del nido vacío), pérdida del poder económico, deterioro de la salud física, fallecimiento de los amigos y también la inminencia de la propia muerte.

Los adultos mayores tienen, sin embargo, potenciales únicos y distintivos: serenidad de juicio, experiencia, madurez vital, perspectiva de la historia individual y social, que pueden compensar, si se utilizan adecuadamente, las limitaciones propias de esta etapa de la vida².

Desde el ámbito demográfico, el envejecimiento implica que la proporción de individuos que experimentan aquellos cambios tiende a aumentar en desmedro de la importancia relativa de los demás grupos, cuyo distingo se establece de acuerdo con la edad.

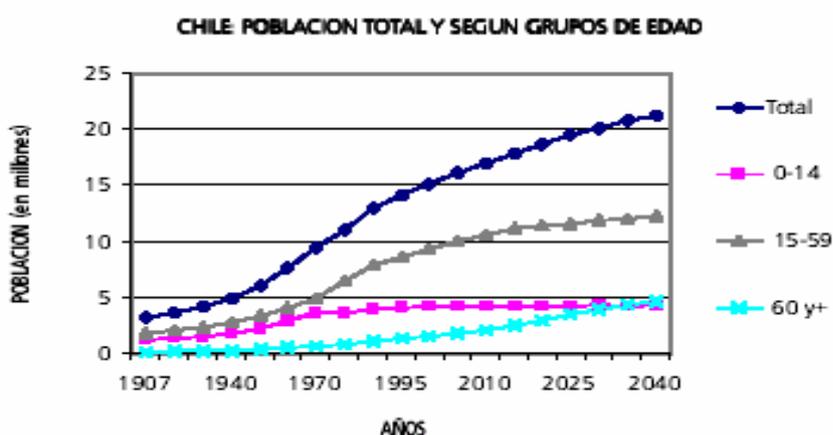
¹ www.senama.cl

² R.Moragas Moragas. Gerontología Social, Envejecimiento y Calidad de Vida. Ed. Herder. En www.gerontologia.org

Ahora bien, los notables cambios demográficos verificados en Chile, en especial el descenso brusco y sostenido de la fecundidad, a partir de 1964, junto con el aumento de la esperanza de vida, más notorio desde 1950, produjeron modificaciones en el tamaño y composición por

edades de la población. Lo anterior llevó al país a transitar hacia el envejecimiento demográfico de su población. Del siguiente gráfico se desprende que se ha producido una rápida disminución del porcentaje de menores de 15 años, aumentando la minoría creciente, vale decir, la población de edades más avanzadas. En el caso de Chile en el año 2010 existirán 50 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años, y en el 2040 estos montos se igualaran; es decir, desde esa fecha los jóvenes empezarán a ser reemplazados por los viejos(as).

Figura N° 2.1
Chile, Población Total Según Grupos de Edad



Fuente: "Chile y los Adultos Mayores, impacto en la Sociedad del 2000"

Como vemos, el envejecimiento, más allá de ser un fenómeno demográfico es un asunto que involucra a la sociedad en su conjunto. Las personas son las que envejecen y las sociedades las que deben buscar formas adecuadas para responder a las nuevas demandas de su población.

A fines del año 2003, la Encuesta Casen³ informa que en Chile, en relación con la zona de residencia, la población adulta mayor es mayoritariamente urbana, 82,5%, en tanto en las zonas rurales vive el 17,5%.

El estado civil predominante en la población adulta mayor es el de casado(a) con un 52,3%; le sigue en importancia viudo(a) con un 26,8% y soltero(a) con un 9,1%. El porcentaje de viudez es muy superior en las mujeres adultas mayores, con un 38,1%, cifra que desciende a 12,4% en los hombres del mismo tramo de edad, lo que se explica por la mayor esperanza de vida de las primeras.

³ Encuesta de Caracterización Socioeconómica, aplicada por MIDEPLAN cada tres años.

Así mismo, si el 2,4% de la población general reside en un hogar unipersonal, esta cifra aumenta radicalmente en los adultos mayores, donde el 10,6% vive solo. Esta proporción es superior en las mujeres que en los hombres, 12,4% frente a 8,2%, lo que se relaciona con el mayor porcentaje de viudas. Por su parte, 38,2% de los jefes de hogar mayores de 60 años son mujeres, cifra muy superior a la observada en las mujeres de 30 a 59 años y menores de 29 años. Esta proporción aumenta al 48,5% en los jefes de hogar mayores de 76 años.

Ahora bien, el 26,1% de la población de 60 años y más se encontraba en la fuerza de trabajo, con diferencias importantes por tramo de edad. En efecto, la tasa de participación de los adultos mayores entre 60 a 65 años es de un 44,7%, la que desciende a 20,6% en los mayores de 66 a 75 años y a 6,5% en los mayores de 76 años y más. En todos los tramos de edad, la tasa de participación de los hombres adultos mayores es muy superior a la registrada para las mujeres, lo que se relaciona con la jubilación y los quehaceres del hogar en el caso de estas últimas.

La población adulta mayor pobre se concentra mayoritariamente en las regiones densamente pobladas. La Región Metropolitana reúne a un cuarto de esta población. Los hombres muestran, tanto en las zonas rurales como urbanas, una mayor incidencia en pobreza.

La proporción de adultos mayores en situación de indigencia representa el 1,6% de la población. Así mismo, la pobreza no indigente en los adultos mayores es de un 8,1%. Esta cifra muestra un brusco descenso de los índices de pobreza respecto de 1990; sin embargo, en el período 2000 a 2003 la indigencia de las personas mayores se mantuvo y la pobreza no indigente registró un incremento de 2,3 puntos porcentuales en este grupo etáreo. La indigencia es levemente superior en los adultos mayores que residen en las zonas rurales que en las zonas urbanas. En cambio, la incidencia de la pobreza no indigente es mayor en la zona urbana que en la rural.

El promedio de escolaridad de la población adulta mayor es de 6,6 años de estudio y, al igual que el resto de la población, a medida que aumentan los ingresos del hogar se incrementa el promedio de años de escolaridad. El analfabetismo entre los adultos mayores es de 13,2% en 2003, es decir, más de tres veces superior al promedio nacional de 4,0%, cifra que se incrementa a medida que crece la edad, especialmente en las mujeres.

En todas las edades, predomina el sistema público de atención en salud; en los adultos mayores corresponde al 81,7% y en los menores de 60 años al 70,7%. El 7,5% de los adultos mayores está afiliado a una ISAPRE y corresponde a los de mayores ingresos, cifra que varía respecto de las mujeres, que alcanzan el 6,9% frente a un 8,4% respecto de los hombres.

En 2003, el 20,4% de la población adulta mayor declaró haber tenido un problema de salud, enfermedad o accidente en los últimos treinta días, frente al 11,7% de la población general. Esta proporción se incrementa especialmente en la población de 76 años y más y en las mujeres adultas mayores de todos los tramos de edad analizados.

Según Condición de Dependencia, el 32% de la población AM es Autovalente, el 21% Autovalente con ayuda, Dependencia parcial: 30% y Dependencia total: 17%.

El 77,1% de los adultos mayores que declaró un problema de salud, enfermedad o accidente consultó en un servicio de salud. El porcentaje de consulta es mayor en las mujeres en todos los tramos de edad analizados. El 68,5% de los adultos mayores que consultó lo hizo en un centro público de salud o en un centro de urgencia público. Alrededor del 25% consultó en un centro de salud o urgencia privadas. La institución pagadora de pensiones con que se relacionan mayoritariamente aquellos adultos mayores que declararon recibir ingresos por este concepto es el Instituto de Normalización Previsional (INP), que concentra un 64,8% de las prestaciones, cifra muy superior al 15,7% correspondiente a AFP; al 8,6% cuya pensión es pagada por una Compañía de Seguros y al 6,5% correspondiente a las Cajas de las Fuerzas Armadas.

En 2003 según información del Instituto de Normalización Previsional (INP) se pagaron 165.150 pensiones asistenciales de vejez o ancianidad. Los resultados de la Encuesta CASEN 2003 muestran que el 54,3% de los beneficiarios adultos mayores de esta pensión pertenecen al primer quintil de ingreso y el 24,1% al segundo quintil de ingreso. Así es como, el 78,4% de los beneficiarios de estas pensiones pertenecen al 40% de los hogares de menores ingresos del país.

2.2. Marco Legal e Institucional Vigente del AM

En Chile, el tema del envejecimiento y de la vejez no se encontraba legislado de manera oficial, hasta que en enero de 1995, por el **Decreto Supremo Nº 27**, se crea la Comisión Nacional para el Adulto Mayor. En noviembre de ese mismo año, por **Decreto Supremo Nº 203-95**, se crea el Comité Nacional para el Adulto Mayor, dependiente del Ministerio Secretaría General de la Presidencia.

En el contexto de la seguridad social, referida al adulto mayor, cabe mencionar ciertas leyes que afectan a aspectos de previsión social. El Estado chileno, antes de 1980 había legislado extensamente sobre seguridad social, estableciendo un sistema de pensiones que hoy administra el Instituto de Normalización Previsional (INP) y luego, en 1981, la legislación de reemplazo que crea el sistema previsional de ahorro individual, bajo la gestión de las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP).

- **Ley 19.234.** (1993). Otorga beneficios previsionales: abono de tiempo, pensiones no contributivas, derecho a cobro de desahucio, a personas exoneradas por razones políticas en el período 1973 - 1990.
- **Ley Nº 19.350.** (1994). Respecto a la Pensiones Asistenciales (PASIS), se establece su carácter vitalicio.
- **Ley Nº 19.404.** (1995). Establece rebaja de edad para pensionarse, considerando la realización de trabajos pesados (jubilación de vejez anticipada). Además, extiende esta rebaja a todas las ex Cajas de antiguo sistema.
- **Ley Nº 19.539.** (1998). Incorpora a los pensionados a las Cajas de Compensación de Asignaciones Familiares, instituciones de seguridad social que cumplen

funciones de un Servicio de Bienestar

En Septiembre del año 2002 se promulga la **ley 19.828** que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), el cual inicia sus funciones en enero del año 2003.

Esencialmente los objetivos del SENAMA se relacionan con velar por la plena integración del adulto mayor a la sociedad, promover una imagen activa de ellos y velar por la no discriminación y marginación de este grupo, asimismo, una de sus principales tareas ha sido poner como prioridad en la agenda pública este tema. El pensamiento que traduce los ideales del SENAMA se basa en prolongar la vida en un entorno económico y social favorable, donde tanto el sector público como privado –coordinadamente- generen programas y acciones que beneficien al adulto mayor; de esta forma, desde el Estado se ha consolidado una estrategia de intervención y apoyo hacia el adulto mayor, es decir, se ha generado una institucionalidad que monitorea, produce, soporta y gestiona programas y políticas hacia ese sector etéreo.

Así mismo existe el Fondo Nacional del Adulto Mayor el cual es administrado por SENAMA y está dirigido a proyectos autogestionados de adultos mayores.

En enero de 2004 fue creado el Comité de Ministros del Adulto Mayor, conformado por los ministros de los gabinetes sociales, en cuyo marco se desarrolla el Plan Nacional Conjunto. En la actualidad, éste agrupa a diversas instituciones, públicas y privadas comprometidas con acciones para los adultos mayores, a fin de traducir en hechos concretos la Política Nacional para el Adulto mayor, a través de la interacción, coordinación y cooperación intersectorial, orientadas a mejorar la calidad de vida, procurar una vejez activa y fomentar la participación integral de este grupo etéreo en nuestra sociedad.

La Oferta Pública dirigida al AM durante la última década se ha desarrollado a través de diversas iniciativas sectoriales y multisectoriales, dirigidas al conjunto de la población adulta mayor (cobertura universal) o a sectores especialmente carenciados (cobertura selectiva). Entre las principales iniciativas cabe mencionar⁴:

CUADRO N° 2.1
Iniciativas Dirigidas a la Población Adulta Mayor

INSTITUCION	PROGRAMA	DESCRIPCION
SENAMA	Fondo Nacional del Adulto Mayor	Fondo Concursable orientado a financiar la ejecución de iniciativas ideadas, elaboradas y desarrolladas por las propias organizaciones y Clubes de Adultos Mayores.
INP	Tarjeta INP	Tarjeta de Identificación para pensionados del INP. Sirve para acceder a descuentos y beneficios en empresas con convenio a nivel nacional y regional

⁴ www.senama.cl

INSTITUCION	PROGRAMA	DESCRIPCION
INP	Pensión Asistencial de Vejez dl 869	Pensión mensual que se otorga a las personas mayores de 65 años, hombres o mujeres, que demuestren que no tienen recursos económicos (ficha Cas II), y que no han podido obtener un beneficio por un régimen previsional.
INP	Pensión de vejez	Pensión mensual permanente y vitalicia a la que tiene derecho él o la imponente que deja de prestar servicio en su lugar de trabajo y cumple con los requisitos exigibles de edad, y mínimo de años de imposiciones o de tiempo computable.
INP	Pensión de viudez	Pensión mensual a la que tiene derecho la cónyuge o el cónyuge inválido, sobreviviente de los imponentes que hayan fallecido en servicio activo o siendo pensionado.
MINSAL	Programa del Adulto Mayor	El objetivo de la Atención de Salud del Adulto Mayor en el Sistema Público de Salud es mantener o mejorar su autonomía y calidad de vida, previniendo así la discapacidad y evitar muertes prevenibles
FONASA	Modalidad de Libre Elección	Los adultos y Adultos Mayores de 55 años y más, beneficiarios de FONASA clasificados en los grupos B; C o D podrán acceder a todas las atenciones que se otorguen en la Modalidad Libre Elección, siempre que los médicos y centros de salud donde se atiendan estén en convenio con FONASA.
SERNATUR	Programa Vacaciones Tercera Edad	Paquetes turísticos de bajo costo para los Adultos Mayores, personas con discapacidad y personas jubiladas, montepiadas o pensionadas de todo el país.
SERNATUR	Programa Turismo Adulto Mayor	Este programa está compuesto por tres acciones específicas, que están en directo beneficio de este segmento etéreo, éstas son: a) talleres de capacitación turística para el adulto mayor b) encuentro nacional de turismo para el adulto mayor c) cartilla de ofertas para el adulto mayor, a través de la página web de Sernatur
MINVU	Fondo Solidario de Vivienda	Este programa está dirigido a grupos previamente organizados de 10 familias como mínimo. Tanto los Adultos Mayores de 60 años

INSTITUCION	PROGRAMA	DESCRIPCION
		y más, que constituyen una familia, como los Adultos Mayores solos, pueden participar acreditando condición de pobreza mediante Ficha CAS II al día con un puntaje igual o bajo la línea de pobreza.
MINVU	Programa de Atención Especial para el Adulto Mayor	Dirigido a Adultos Mayores que perciben bajos ingresos, que postulan individualmente, dispuestos a habitar vivienda que es asignada por SERVIU y que se responsabilicen de su mantención y cuidado
MINEDUC	Programa De Educación Para Adultos	Ofrece alternativas para completar estudios a las personas mayores de 15 años, incluyendo a los Adultos Mayores, quienes en su momento no pudieron hacerlo por diferentes razones.
CAJ	Asistencia Jurídica Preferencial Para El Adulto Mayor	La Corporación de Asistencia Judicial entrega Asistencia Jurídica Preferencial para el Adulto Mayor, en cada uno de los Centros de Atención de las comunas de la Región Metropolitana y además en los Centros de Atención de las VI, VII, y XII regiones.
SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACIÓN	Atención A Domicilio Para Adultos Mayores	Atenciones domiciliarias para que accedan a la renovación de sus Cédulas de Identidad.
FONADIS SENAMA	Convenio Fonadis-Senama 2004 Y 2005	<ul style="list-style-type: none"> • 2004: 1.050 ayudas técnicas (sillas de ruedas, andadores, bastones, colchones y cojines antiescaras) entregadas a instituciones sin fines de lucro y establecimientos de beneficencia de larga estadía, que atienden a Adultos Mayores con discapacidad de escasos recursos, especialmente en situación de indigencia y abandono. • 2005: 1.637 nuevas Ayudas Técnicas de apoyo a la marcha y la prevención de escaras, benefician a un número similar de Adultos Mayores en diversos Centros del país.
METRO DE SANTIAGO	Tarjeta Adulto Mayor Multivía (TAMM) personalizada	<p>Este beneficio permite hacer uso del Metro con tarifa rebajada conforme al valor vigente, en un máximo de 2 viajes diarios, de acuerdo al siguiente horario:</p> <p>De lunes a viernes, entre las 9:30 y las 17:30.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sábado, domingo y festivos, durante todo el horario de servicio

INSTITUCION	PROGRAMA	DESCRIPCION
EFE	Descuentos Para Adultos Mayores	Consiste en el descuento de 20% en pasajes, para personas mayores de 60 años, en trenes de mediano y largo recorrido, además de servicio Metrotren. Se excluyen los servicios de Merval, Buscarril Talca - Constitución, Vitoreen y Corto El Laja.

2.3. Derechos Humanos y No Discriminación de los/as Adultos Mayores

Los derechos de las personas Adultas Mayores (AM) están consagrados en los pactos y declaraciones universales de derechos humanos. El Artículo 25.1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) señala que toda persona tiene derecho a los seguros en caso de vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. El Artículo 16 de la Declaración Americana de Derechos Humanos (Pacto de San José) señala que toda persona tiene derecho a la seguridad social que le proteja contra las consecuencias de la vejez que le imposibilite física o mentalmente para obtener los medios de subsistencia.

El Artículo 11 apartado a) de la Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas (Resolución 2542 (XXIV), de 11 de diciembre de 1969) plantea que el progreso y el desarrollo en lo social deben encaminarse a la provisión de sistemas amplios de seguridad social y los servicios de asistencia social y el establecimiento y la mejora de sistemas de servicios y seguros sociales para todas aquellas personas que por vejez no puedan ganarse la vida, temporal o permanentemente, teniendo en cuenta la necesidad de garantizar el debido nivel de vida a estas personas, a sus familias y a quienes están a su cargo.

El avance en la protección de los derechos de los AM, considerando sus especificidades es reciente, y se plasma en una serie de Recomendaciones, Observaciones, Asambleas y Conferencias desarrolladas a nivel internacional, que consagran los derechos especiales de los AM, considerando sus intereses, necesidades y condiciones de vida particulares. Entre los hitos más relevantes destacan⁵:

- **Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (1982):** en 1977 se acordó la realización de la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, celebrada en Viena, Austria, en 1982. Dicha conferencia adoptó el **Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento**, un conjunto de medidas que aborda materias como empleo y seguridad económica, salud, nutrición, vivienda, educación y el bienestar social.
- **Declaración de Hong Kong sobre el Maltrato de los Ancianos (1990):** Adoptada por la 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, 1989, y revisada en la 126ª Sesión del Consejo, Jerusalén, Israel, 1990, expresa: *Las personas ancianas pueden sufrir problemas patológicos, tales como, alteraciones motrices y físicas y trastornos de*

⁵ Cifuentes, Leonor. *Derechos Humanos y No Discriminación de las personas Adultas Mayores*. SUR Profesionales, Colección IDEAS. Año 7, n 61. Marzo 2006.

orientación. Como consecuencia de esos problemas, los pacientes de edad avanzada requieren asistencia en sus actividades diarias, lo que a su vez puede llevarlos a un estado de dependencia. Esa situación puede hacer que sus familias y la comunidad los consideren como una carga y que se reduzca a un mínimo el cuidado y los servicios que se les prestan. Es sobre ese fondo que debe considerarse el tema de maltrato a los ancianos.

- ***Principios de Naciones Unidas a Favor de las Personas de Edad (1991):*** La Resolución 46/91 de la ONU, aprobó los principios a favor de las personas de edad referidos a la reciprocidad y equidad con que se deben elaborar las políticas y planes dirigidos a este sector, con el propósito de desarrollar una sociedad donde sus estructuras y funcionamiento, permitan mejorar y elevar la calidad de vida de las personas mayores. Estos Principios son: Independencia, Participación, Cuidados, Autorrealización y Dignidad.
- ***Proclamación sobre el Envejecimiento (1992):*** Establece las orientaciones generales para seguir aplicando el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, proclamando 1999 como el Año Internacional de las Personas de Edad.
- ***Marco de Políticas Para una Sociedad de Todas las Edades y Programa de Investigación para el Envejecimiento del siglo XXI (1999):*** Serie de documentos que sintetizan las políticas para facilitar la transición hacia una sociedad de todas las edades.
- ***Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Madrid, 8 y 12 de abril de 2002):*** tuvo por finalidad crear una nueva estructura para el envejecimiento y transformarla en políticas específicas, concluyendo con el compromiso de 160 naciones de promover la salud y el bienestar de las personas mayores. Dentro de estos compromisos y recomendaciones destacan los de promover la democracia, reforzar el estado de derecho y eliminar todas las formas de discriminación, entre otras, la discriminación por motivos de edad.
- ***Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento. (Santiago de Chile, 19 al 21 de noviembre de 2003):*** En la Conferencia de Madrid se otorgó el mandato a las comisiones regionales para que trasladen el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento a planes de acción regionales. La Conferencia Regional fue organizada por CEPAL, y adoptó un Plan de Acción Regional sobre el Envejecimiento fundado en los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad y se que enmarca en los compromisos de la Declaración del Milenio. El Plan de Acción Regional recomienda a los países signatarios incorporar la cuestión del envejecimiento en el desarrollo integral y en las políticas públicas, reasignando recursos entre las generaciones; estableciendo metas, objetivos y recomendaciones para la acción en los siguientes temas: vejez y desarrollo, fomento de la salud y el bienestar en la vejez, creación de un entorno propicio y favorable, aplicación y seguimiento de la estrategia regional y evaluación y revisión.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Introducción

La vejez no es sinónimo de deterioro o enfermedad, aunque estas situaciones sean frecuentes en esta etapa de la vida. El envejecimiento, puede ser entendido, desde una mirada biológica como un proceso continuo, progresivo, e irreversible, que conlleva una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación y sólo concluye con la muerte del individuo (Kornfeld y Orellana, 2004). Sin embargo, se debe considerar que este fenómeno no es únicamente biológico, y que está también determinado por factores socioculturales, y por las características propias de cada individuo que envejece, lo que lo constituye en un fenómeno social complejo.

Como una forma de caracterizar este proceso, podemos señalar algunos elementos constitutivos del envejecimiento:

- Es Universal: o sea, es propio de todos los seres vivos.
- Continuo: desde el nacimiento no se detiene hasta la muerte.
- Irreversible: no puede detenerse, ni revertirse.
- Heterogéneo e individual: a medida que las personas envejecen, se van diferenciando cada vez más unas de otras. El envejecimiento es distinto entre individuos de la misma especie, y entre los órganos del mismo individuo.
- Deletéreo: lleva a una progresiva pérdida de funcionalidad.
- Intrínseco: determinado –al menos parcialmente- por factores genéticos.

El envejecimiento implica experimentar una serie de cambios continuos, irreversibles y progresivos, a nivel corporal, psicológico, y sociocultural.

Primeramente, a *nivel corporal* aumenta la probabilidad de enfermarse, y se va limitando la capacidad de realizar autónomamente, las ABVD (Actividades Básicas de la Vida Diaria).

Los cambios orgánicos más importantes ocurren en el sistema nervioso y en los órganos de los sentidos. En el primero, el cambio más evidente es el enlentecimiento de las funciones cognitivas -es común que los adultos mayores se quejen de mala memoria-; sin embargo, objetivamente estos cambios son leves y no progresivos, excepto si el adulto mayor sufre una patología, como la demencia. Este enlentecimiento se traduce en una disminución de la memoria reciente, y de la capacidad de mantener atención y filtrar estímulos. También implica una mayor lentitud para aprender cosas nuevas, se enlentece el pensamiento y el tiempo de reacción.

En lo que respecta a los órganos de los sentidos, los cambios más evidentes son la disminución de la agudeza visual y auditiva. La primera, hace que sea frecuente la presbicia, y otras dificultades en la refracción. También se disminuye la producción de lágrimas, y la capacidad de discriminar colores, se tiende a ver mejor el rojo y peor el verde, además los ojos se encandilan fácilmente. La disminución de la capacidad auditiva, es predominantemente de los tonos de alta frecuencia.

Por otra parte, a *nivel sociocultural*, los adultos mayores experimentan una pérdida de su función social. Esto pues, al margen de las condiciones físicas o de deterioro que pueda

presentar una persona mayor, cada sociedad define, de acuerdo a su propia cosmovisión, quién es viejo (a) y qué es lo que debe o no hacer una persona que alcanza esa edad. Por ejemplo, en algunas culturas indígenas y asiáticas, los adultos mayores están ubicados en el rango social más alto, ocupando posiciones de poder, pues son valorados por su conocimiento y experiencia.

Esta apreciación positiva de la adultez mayor, no se observa en nuestra cultura occidental, donde son enaltecidos valores como el trabajo y la productividad, por lo que las personas mayores, son visualizados como “socialmente inútiles” perdiendo, por tanto, su rol social, su lugar en la sociedad. En este sentido, se puede afirmar que falta construir, cultural y socialmente, tareas especificadas para este grupo etáreo, quienes no saben en qué concentrar sus esfuerzos y cómo desarrollar sus potencialidades. Un/a adulto mayor debe buscar qué hacer, y regularmente la oferta institucional los encamina a desarrollar actividades poco reconocidas socialmente, por lo que en este escenario es frecuente que muchos de ellos/as se queden encerrados en sus propias casas.

A la desvalorización social de la vejez, se debe sumar la presión de jubilar, debido a alguna incapacidad física, o simplemente a la imposibilidad de seguir trabajando. Lo anterior, contribuye aún más al aislamiento social, pues el monto de las jubilaciones en nuestro país empobrece⁶ a los adultos mayores, dificultando sus posibilidades de satisfacer las necesidades más básicas, en una etapa de la vida donde el gasto en salud y alimentación aumenta considerablemente, en comparación con otras etapas de la vida.

Finalmente, a *nivel Psicológico* un adulto mayor debe enfrentar psíquica y subjetivamente un conjunto de pérdidas, como la de funcionalidad, independencia, de salud, y de función social. Además de afrontar estas pérdidas, deben enfrentar una opinión desvalorizada e incluso negativa de la vejez, visión que impera en la sociedad, en su comunidad, su familia, y en ellos/as mismos. Esto afecta la percepción que el o la adulto mayor tiene sobre sí mismo, pues estas creencias determinan sus conductas y sus procesos mentales, provocando comportamientos fallidos en diferentes ámbitos, dando como resultado menor efectividad en el desempeño social, fomentando la credibilidad en los estereotipos sociales establecidos en torno a la vejez.

A continuación se desarrollan las principales perspectivas teóricas y explicativas que se han desarrollado sobre la vejez y el proceso de envejecimiento. Hemos distinguido entre aquellas visiones que comprenden el envejecimiento como un fenómeno de raigambre social y cultural, y aquellas que ponen énfasis en los elementos biológicos y psicológicos para explicar este proceso y comprender sus consecuencias para la vida de las personas.

Finalmente nos centraremos en los aspectos relevantes para el análisis del fenómeno de la Dependencia en la Vejez y el Cuidado Informal.

3.2. El envejecimiento como fenómeno social y cultural

El envejecimiento no puede ser entendido desde una mirada puramente biológica, pues este es un fenómeno que está también determinado por factores socioculturales, y por las características propias de cada individuo que envejece. Actualmente, resulta innegable

⁶ Se debe considerar que una Pensión Asistencial por vejez, bordea los \$42.000 mensuales, y que las pensiones mínimas, no sobrepasan los \$90.000 mensuales.

que el envejecimiento de la población es uno de los fenómenos sociales de mayor relevancia de las últimas décadas. El aumento cuantitativo de esta población, no debe ser considerado como un dato más de la evolución de nuestras sociedades, sino como una evolución demográfica, que sin duda traerá cambios sociales con consecuencias importantes en nuestra forma de entender y pensar la realidad social (Castells, M. 1992)⁷.

Esto quiere decir que, en la medida que esta población aumenta su importancia cuantitativa y cualitativamente, plantea un importante desafío a nuestras formas de organización social, a la gestión política y económica del país en los próximos años, “en la medida que las personas mayores formarán un segmento grande y creciente de la población que tendrá, además, una alta incidencia en las decisiones del mañana” (Huenchuán, S. 2004: pp. 21).

De acuerdo a variados autores⁸ sí bien el proceso de envejecimiento está afectando a una gran parte del mundo, éste presenta rasgos específicos en cada país. Si consideramos la división entre países desarrollados y en vías de desarrollo, podemos visualizar, que en el caso de estos últimos –entre los que se encuentra Chile- el proceso se ha caracterizado por el aumento del número absoluto de adultos mayores y la velocidad con que éste se ha desarrollado. En este sentido, “el nivel de envejecimiento que Europa logró en dos siglos lo alcanzará América Latina en apenas cincuenta años, lo que significa que tendrá menos tiempo para adaptar sus sistemas al nuevo escenario de una población con mayor vejez” (Ham Chande, 1998)⁹. Además, se debe considerar que lo anterior ocurre en un contexto de mayor precariedad, inseguridad económica y otras características, propias de los países con un grado de desarrollo menor (Huenchuán, S., 2004).

3.2.1. Teorías generales sobre el envejecimiento como fenómeno social

Las teorías sobre el ciclo de vida y la adaptación al proceso de envejecimiento son diversas. Gognalons-Nicolet reconoce tres generaciones¹⁰:

CUADRO N° 3.1
Aspectos Teóricos Sobre el envejecimiento

Generación	Teorías	Características
1ª generación	Adaptativas	Teorías relacionadas con la capacidad de interacción del individuo con su medio social (teoría de la desvinculación, de la actividad y de una subcultura específica)
2ª generación	Estructurales	Teorías cuyo campo de análisis son los componentes estructurales (impacto de la organización social sobre

⁷ Citado en Citado por Huenchuán, Sandra en CIEDESS: “Los Desafíos Actuales del Adulto Mayor”, 2004.

⁸ Huenchuán, Sandra; Kalache, Alex, entre otros.

⁹ En Aranibar, Paula: “Acercamiento Conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina”. CEPAL Serie Población y Desarrollo N° 21, 2001.

¹⁰ Barros L., C. *Aspectos sociales del envejecimiento*. En Anzola P., E. y cols. *La atención de los ancianos: un desafío para los años 90*. Washington, OPS Publicación Científica 546, 1994. Pp 57-73. En www.oms.org

Generación	Teorías	Características
		el envejecimiento) y su influencia en las diferentes cohortes de las personas que envejecen. Destaca, entre otras, la teoría de la modernización en donde el Estado ha insistido en la exclusión social de este grupo de edad por sus políticas de retiro y jubilación consideradas como necesarias para la renovación de las generaciones en el ámbito laboral y que se centran sobre los valores y normas de la sociedad productiva.
3ª generación	“Economía Moral”	Aquí se asocian a la vez los aportes de las teorías del desarrollo y ciclo de vida así como las relacionadas con el rol del Estado y las políticas de la vejez

La **Teoría de la Modernización** (incluida dentro de la segunda generación de la tipología de Gognalons-Nicolet) destaca la situación actual del Adulto Mayor caracterizada por ser relegado socialmente de manera considerable, siendo que en las sociedades tradicionales el viejo gozaba de un estatus elevado y era reconocido por su experiencia y sabiduría. Desde esta visión, el nivel de estatus de los mayores es inversamente proporcional al grado de industrialización. Desde el punto de vista económico la teoría de la modernización destaca la descalificación de los viejos en el ámbito laboral debido a las nuevas exigencias que generan mayor competitividad y mejor formación en las tecnologías de vanguardia. Dentro de un contexto evolutivo las personas mayores se vuelven obsoletas lo que genera las luchas intergeneracionales por los empleos al mismo tiempo que acelera el tiempo para la jubilación con las consecuencias correspondientes de mayor pobreza y marginación.

Dentro de este marco se encuentran las **Teorías de la Socialización**, perspectiva que postula que la persona que envejece está expuesta a sufrir y a acumular una serie de pérdidas (sensoriales, motoras, sociales, etc.) que reducen su autonomía y disminuyen su competencia. La persona, a lo largo del proceso de socialización, ha interiorizado diferentes roles sociales que van a regir su conducta en función de normas socialmente admitidas, independientemente de los eventos que vayan surgiendo. Las características del envejecimiento estarían dadas por la forma en que las personas adecuan los roles internalizados a las transformaciones de su contexto de vida y a sus condiciones personales (edad), siendo importante la flexibilidad de los patrones adquiridos. Aquí se inscriben tres teorías principales que representan tres visiones sobre la adaptación-integración de los/as adultos mayores a los procesos de modernización¹¹:

¹¹ Idem. Op. Cit.

- **Teoría de la actividad** (R.W. Havighurst y R. Albrecht, 1953) (Lemon, Bengston y Peterson (1972).

CUADRO N° 3.2
Teoría de la Actividad

Aspectos Positivos de la Teoría de la Actividad
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sentimiento de bienestar: sentirse útil ▪ Protección contra el aburrimiento, soledad, enfermedad Las interacciones sociales contribuyen a mejorar la imagen de uno mismo. ▪ Ideal para los grupos en la edad de la jubilación. Las actividades sociales juegan un rol “amortiguador” para atenuar la pérdida de roles más importantes

- **Teoría de la desvinculación** (E. Cummings y W.E. Henry, 1961).

CUADRO N° 3.3
Teoría de la Desvinculación

Aspectos de la Teoría de la Desvinculación
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Asegura el funcionamiento óptimo de la sociedad. Representa una forma ordenada de transición del poder. ▪ Permite a los individuos adaptarse más adecuadamente a sus pérdidas. Ideal para los grupos en la edad de la jubilación. ▪ Protege al individuo contra situaciones de estrés.

- **Teoría de la continuidad** (R.C. Atchley, 1971).

CUADRO N° 3.4
Teoría de la Continuidad

Aspectos de la Teoría de la Continuidad	Postulados básicos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rescata el sentido de identidad del individuo a lo largo de su vida. ▪ Preparación a la vejez: Establece predictores para los diferentes tipos de envejecimiento cuya utilidad sería el tomar conciencia de ellos desde etapas tempranas de la vida. ▪ Destaca la necesidad de aprender a utilizar las diferentes estrategias de adaptación que ayuden a reaccionar eficazmente ante los sufrimientos y pruebas de la vida. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El paso a la vejez es una prolongación de experiencias, proyectos y hábitos de vida del pasado. Prácticamente la personalidad así como el sistema de valores permanecen intactos. ▪ Al envejecer los individuos aprenden a utilizar diversas estrategias de adaptación que les ayudan a reaccionar eficazmente ante los sufrimientos y las dificultades de la vida.

3.2.2. Antropología de la Vejez: el envejecimiento como fenómeno sociocultural

Sobre el concepto de envejecimiento existen múltiples definiciones, sin embargo, la más difundida es la que se relaciona con los aspectos biológicos del envejecimiento, entendiéndolo como un proceso continuo, progresivo e irreversible, que determina una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación y que sólo concluye con la muerte del individuo (Kornfeld y Orellana, 2004).

A medida que las personas envejecen ocurren dos procesos que se potencian mutuamente; primero, una declinación fisiológica normal y segundo, un aumento en la prevalencia de ciertas enfermedades. Aunque existen enfermedades asociadas al envejecimiento, pues son frecuentes en esta etapa de la vida, se debe tener en cuenta que éstas no son parte constitutiva de este proceso. En este sentido, vale la pena destacar que si bien este proceso conlleva un desgaste físico orgánico, éste no es sinónimo de déficit, lamentablemente el origen de esta idea surge a partir del modelo médico, donde la vejez es igual a incapacidad o deterioro, “en torno a los cambios biológicos se configuró el llamado modelo médico tradicional que conceptualizó la vejez en términos de déficit y de involución, acentuando su percepción como proceso degenerativo” (Barros, Carmen 2004: pp. 62)¹².

El fenómeno envejecimiento o la vejez, entonces, es más que un fenómeno psicobiológico, es también un constructo social y cultural, pues cada sociedad, de acuerdo a su visión de mundo, define quién es viejo y quién no lo es, y qué debe hacer o no una persona mayor dentro de la organización social (Orellana, Verónica, 2004)¹³. Sobre esto cabe destacar que, en algunas culturas indígenas y asiáticas, los adultos mayores están ubicados en el rango social más alto, ocupando posiciones de poder, pues son valorados por su conocimiento y experiencia.

Lo anterior hace referencia a que las características y estructuras de cada sociedad, generan una determinada visión de la vejez, y en el caso de la sociedad moderna y postmoderna, donde el mercado tiene un papel protagónico, y la productividad es uno de sus valores fundamentales, la vejez se iguala simbólicamente a inactividad, las sociedades “han generado determinados mecanismos de exclusión socioeconómica, como la práctica sistemática de no emplear a personas mayores” (Jiménez, Daniel 2003, pp. 14). Este estatus construido en base al capitalismo imperante en nuestras sociedades, contribuye a que la construcción social de vejez, se relacione con frecuencia con decadencia, incapacidad, vulnerabilidad, e inutilidad social. Esta visión lamentablemente, se encuentra legitimada por el Estado, a través de la política pública, pues ubica a este grupo etáreo en condición subsidiaria al resto de la sociedad, la que le entrega beneficios, sin –según esta visión- ningún retorno. En este sentido, resulta paradójico que uno de los principales beneficios, la jubilación, sea “un derecho pero también una imposición que despoja de una parte importante de los roles que configuran la propia identidad” (Aranibar, Paula 2001, pp. 18).

Existe un vacío a este respecto, pues falta en nuestra sociedades “modernas” definir un

¹² Extraído de: Barros Carmen en “El Buen Envejecer: Gerontología”, Diplomado en Gerontología del Programa Adulto Mayor de la P.U.C. 2004.

¹³ Extraído de: Orellana, Verónica en: “El Buen Envejecer: Gerontología”, Diplomado en Gerontología del Programa Adulto Mayor de la P.U.C. 2004.

rol social a los adultos mayores, la ausencia de éste lleva a este grupo a no saber en qué concentrar sus esfuerzos y a internalizar esta visión social de la vejez, pues acaban por percibirse del modo en que la sociedad los visualiza. De ahí que sientan su vejez como algo fatal, y tiendan a tomar una actitud de resignación y apatía frente a ella, lo anterior limita aún más la posibilidad de este grupo de asumir un rol más activo para crearse las oportunidades que la sociedad no les ofrece, esto pone a los adultos mayores en serio riesgo de exclusión social en la medida que no realizan actividades valoradas y/o reconocidas por la sociedad en la que viven (Barros, 2004).

3.2.3. Condiciones Sociales de la Vejez

Las condiciones en las que se desarrolla la vejez, se han trabajado desde hace varias décadas. La **Teoría de la Estratificación Social** (1982), nos indica que son las sociedades las que definen las características y oportunidades de acceso a las condiciones sociales de vida para las personas mayores. Lamentablemente, los cambios sociales que ocurren con el envejecimiento afectan negativamente, las condiciones de vida de los que envejecen en sociedades que se estructuran en valores “modernos”, como la nuestra (Kornfeld y Orellana, 2004). Envejecer constituye un factor de descenso en la escala de prestigio social, con lo que las posibilidades de acceder a mejores condiciones de vida para los adultos mayores de limitan, por el sólo hecho de sobrepasar determinada edad.

En términos generales, se establecen cuatro grandes cambios en el ámbito social que afectan negativamente las condiciones de vida de las personas mayores:

- **Ausencia de rol social:** tiene que ver con que la sociedad no cuenta con un conjunto de actividades específicas relacionadas con esta etapa de la vida. Por lo que los adultos mayores se enfrentan a no saber qué hacer con su tiempo.
- **Desvalorización de la vejez:** se le relaciona con una serie de ideas negativas, como decadencia, deterioro, incapacidad, inutilidad social, entre otras. Esta imagen afecta a las personas mayores, quienes al interiorizar estas ideas se perciben a sí mismos, de acuerdo a la imagen social que existe de la vejez.
- **Respuesta social al deterioro biológico:** la visión social negativa de la vejez se impone en variados ámbitos de lo social, estableciendo un escaso acceso a servicios – tanto públicos como privados- adaptados a las necesidades específicas de los mayores.
- **La pérdida de ocupación:** esto se relaciona con la imposición de la jubilación, la incapacidad de trabajar y el monto de las jubilaciones en nuestro país. Los montos de las pensiones empobrecen a las personas mayores, y las hacen estar en permanente riesgo de exclusión social.

Uno de los elementos más relevantes en esta exclusión es la condición de pobreza de este grupo etéreo. Tanto en Latinoamérica como en nuestro país, la población mayor muestra índices menores de pobreza que en el resto de la población (CEPAL, 2004); sin embargo, estos índices se construyen, principalmente, sobre la base de las necesidades mínimas de la población adulta y joven, por lo cual estos indicadores no reflejan adecuadamente las necesidades particulares de las personas mayores.

En nuestro país, la condición de pobreza de este grupo, afecta al 9,7% de los adultos mayores, dentro de esto el 1,6% es indigente (CASEN, 2003). Si bien estos índices de pobreza son menores que en el resto de la población, se debe considerar que los métodos de medición de pobreza son reduccionistas¹⁴, ya que los adultos mayores tienen un nivel de gastos bastante más elevado que el resto de la población, en lo que respecta alimentación y medicamentos. Por tanto, la interpretación de éstos indicadores tiene sus limitaciones, en la medida que la frontera entre el *pobre* y el *no pobre* en la vejez es extremadamente débil y relativa (Huenchuán, 2004).

Uno de los elementos que tiene relación con lo anterior, son los altos porcentajes de analfabetismo de la población mayor, el que alcanza al 13,2% (CASEN, 2003), un porcentaje importante, si comparamos con el resto de la población, que presenta sólo un 4% (CASEN, 2003). En este sentido, y al igual que en el resto de la población, en los adultos mayores, a mayor nivel educacional, mayor es el nivel de ingresos, la población adulta mayor del quinto quintil registra un promedio de años de estudio de 10,8 años, el que desciende a 4 años en la población del primer quintil (CASEN, 2003).

En el contexto latinoamericano, la cobertura de seguridad social es precaria y, además, excluye a una parte significativa de la población mayor, particularmente a los más pobres, "en Chile, cuya cobertura es mayor, presenta una gran disparidad entre pobres y no pobres" (CEPAL, 2002: 33). En nuestro país la cobertura del sistema de pensiones para los no pobres alcanza casi al 70%, esta misma en los adultos mayores en condiciones de pobreza no alcanza a cubrir el 50%. A esto se debe agregar, que la pensión mínima establecida por el Estado es menor al ingreso mínimo, alcanzando apenas los \$80.000, se suma a lo anterior que la pensión asistencial, que reciben alrededor del 16% de los jubilados, que bordea los \$45.000, pensiones que además están sujetas a determinados cupos.

Sobre de las pensiones, que son el principal ingreso de este grupo, podemos establecer que la cobertura en nuestro país alcanza alrededor del 60%¹⁵ (CEPAL, 2002), siendo el porcentaje más significativo el cubierto por el Instituto de Normalización Provisional (INP)¹⁶; en este sentido, vale la pena aclarar que este organismo también está encargado del pago de las PASIS (pensiones asistenciales).

En este contexto, las condiciones sociales para el envejecimiento en nuestro país aún no logran asegurar un nivel mínimo de calidad de vida a los que envejecen, no obstante, en los últimos años, se ha aumentado la preocupación y acciones públicas hacia este fenómeno social en evolución.

¹⁴ Sobre todo si consideramos que la medición de este fenómeno, a través de la línea de la pobreza, no da cuenta de la realidad multidimensionalidad de la pobreza, sobre todo con las particulares características de este grupo etéreo.

¹⁵ En otros países Latinoamericanos, estos porcentajes van desde: los que no alcanzan a cubrir el 25% de la población mayor como, Honduras, El Salvador, o Nicaragua; a Uruguay y Argentina que cubren alrededor del 70% de la población (CEPAL, 2002).

¹⁶ El INP cubre el 64,8% de la población con pensión, el resto se distribuye de la siguiente manera: 15,7% AFP; 8,6% Compañías de Seguros, y 6,5% Caja de las Fuerzas Armadas.

3.3. El envejecimiento como fenómeno biológico y psicológico

3.3.1. Teorías Biológicas sobre el Envejecimiento

Se han propuesto muchas teorías para explicar el proceso de envejecimiento desde sus factores biológicos. Goldstein y Colaboradores las dividen en dos categorías: las que afirman que el proceso de envejecimiento sería el resultado de la suma de alteraciones que ocurren en forma aleatoria y se acumulan a lo largo del tiempo (Teorías Estocásticas) y las que suponen que el envejecimiento estaría predeterminado (Teorías no Estocásticas).

3.3.1.1. Teorías Estocásticas

a) Teoría del error Catastrófico: Propuesta por Orgel (1963) -poca evidencia científica lo apoya-, esta teoría propone que con el paso del tiempo se produciría una acumulación de errores en la síntesis proteica, que en último término determinaría el daño en la función celular. Se sabe que se producen errores en los procesos de transcripción y traslación durante la síntesis de proteínas, pero no hay evidencias científicas de que estos errores se acumulen en el tiempo.

b) Teoría de Entrecruzamiento de las Micro-fibrillas (Cross Linking): Esta teoría postula que ocurrirían enlaces o entrecruzamientos entre las proteínas y otras macromoléculas celulares, lo que determinarían envejecimiento y el desarrollo de enfermedades dependientes de la edad.

Esta teoría no explica todos los fenómenos relacionados, pero sí algunos. Por ejemplo, se sabe que el desarrollo de cataratas es secundario a que las proteínas del cristalino sufran glicosilación y comienzan a entrecruzarse entre ellas, lo que lleva a opacificación progresiva de ésta.

c) Teoría del Desgaste (Wear & Tear): Esta teoría propone que cada organismo estaría compuesto de partes irremplazables y que la acumulación de daño en sus partes vitales llevaría a la muerte de las células, tejidos, órganos y finalmente del organismo. La capacidad de reparación del ADN se correlaciona positivamente con la longevidad de las diferentes especies. Falta aún más estudios para saber si realmente se acumula daño en el ADN con el envejecimiento.

d) Teoría de los Radicales: Desarrollada por Denham Harman (1956), esta es una de las teorías más populares. Propone que el envejecimiento sería el resultado de una inadecuada protección contra el daño producido en los tejidos por los radicales libres. Vivimos en una atmósfera oxigenada y por lo tanto oxidante. El oxígeno ambiental promueve el metabolismo celular produciendo energía a través de la cadena respiratoria (enzimas mitocondriales). Como la utilización y el manejo del oxígeno no es perfecta se producen radicales libres entre ellos el radical superóxido. Los radicales libres son moléculas inestables y altamente reactivas con uno o más electrones no apareados, que producen daño a su alrededor a través de reacciones oxidativas. Se cree que este tipo de daño podría causar alteraciones en los cromosomas y en ciertas macromoléculas como colágeno, elastina, mucopolisacáridos, lípidos, etc. Es importante el papel que juega el daño producido por la liberación de radicales libres en ciertas patologías relacionadas con el envejecimiento, tales como, las enfermedades cardiovasculares, cáncer, cataratas,

enfermedades de Alzheimer, depresión y otras. Según la evidencia con que se cuenta hasta el momento, si logramos disminuir la generación de radicales o neutralizamos su daño, lograríamos disminuir estas enfermedades. Entonces, seríamos capaces de prevenir una muerte precoz por estas patologías. Lo que no es claro, es si logrando disminuir el daño por radicales libres, lograremos aumentar la longevidad.

3.3.1.2. *Teorías No Estocásticas (Genéticas y del desarrollo).*

Estas teorías proponen que el envejecimiento sería la continuación del proceso de desarrollo y diferenciación, y correspondería a la última fase dentro de una secuencia de eventos codificados en el genoma. Hasta el momento no existe evidencia en humanos de la existencia de un gen único que determine el envejecimiento, pero a partir de la Progeria (*Síndrome del envejecimiento prematuro*). Se puede extrapolar la importancia de la herencia en el proceso de envejecimiento.

a) Teoría del Marcapasos: (poco probable) Los sistemas inmune y neuroendocrino serían marcadores intrínsecos del envejecimiento. Su involución está genéticamente determinado para ocurrir en momentos específicos de la vida. El timo jugaría un rol fundamental en el envejecimiento, ya que al alterarse la función de los linfocitos T, disminuye la inmunidad y aumenta, entre otros, la frecuencia de cánceres. Denominada también "reloj del envejecimiento" (Burnet, 1970).

b) Teorías Genéticas: Es claro que el factor genético es un importante determinante del proceso de envejecimiento, aunque no se conocen exactamente los mecanismos involucrados.

CUADRO N° 3.5 Evidencias del Control Genético de la Longevidad

<i>Evidencias del control genético de la longevidad</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Existen patrones de longevidad específicos para cada especie animal. • Existe una mucho mejor correlación en la sobrevivencia entre gemelos monocigotos, que entre hermanos. • La sobrevivencia de los padres se correlaciona con la de sus hijos. • La relación peso cerebral/ peso corporal x metabolismo basal x temperatura corporal, mantiene una relación lineal con la longevidad en los vertebrados. • En los síndromes de envejecimiento prematuro (Síndrome de Werner y Progeria), en los cuales los niños mueren de enfermedades relacionadas al envejecimiento, hay una alteración genética autosómica hereditaria. • A nivel celular es conocido el fenómeno de Apoptosis o muerte celular programada. • Se sabe también que existen oncogenes estimuladores del crecimiento, los cuales al activarse determinan división celular infinita, lo que resulta en una inmortal (Cancerosa).

Entonces ¿Por qué envejecemos?

No existe una teoría sobre envejecimiento que pueda explicar todo. Probablemente envejecer sea la consecuencia de una serie de factores, intrínsecos (genética, longevidad familiar, mayor sobrevivencia en el sexo femenino, etc) y extrínsecos (ambientales, estilos de vida, enfermedades asociadas, etc), que interactúan sobre el organismo a lo largo del tiempo y determinan finalmente un debilitamiento de la homeostasis que culmina con la muerte.

3.3.2. Teorías Psicológicas del Envejecimiento

La Psicología del Desarrollo se nutre de distintas teorías, las cuales parten de diferentes supuestos acerca de la naturaleza humana; estas diversas perspectivas se plasman en diferentes maneras de concebir y explicar el envejecimiento y sus consecuencias a nivel psíquico y mental. A continuación, se describirán tres teorías para explicar el proceso de envejecimiento.

3.3.2.1. Factores Psicodinámicos Del Envejecimiento

Es importante citar los estudios y conceptos surgidos del Psicoanálisis y la Psiquiatría dinámica que han entregado importantes aportes a la comprensión del envejecimiento. Entre los primeros y principales teóricos destaca el trabajo de E. Erickson (Griselli, Gordo & Vásquez, 2002) -primer psicoanalista que se ocupa específicamente del tema del envejecimiento y la vejez-, quien desarrolló la "Teoría Epigenética", que describe una serie de fases del desarrollo de la personalidad en función a su adecuación/inadecuación con ciertas variables psicosociales.

Esta teoría propone un eslabonamiento de los ciclos vitales (ocho en total) que están determinados por la relación del individuo en crecimiento y la realidad social, que actúa por medio de representantes institucionales diversos y que son los encargados de permitir o facilitar ese desarrollo. Cada ciclo comporta tareas evolutivas que el individuo debe resolver, y su acierto o desacierto en hallar las soluciones necesarias determinará su destino.

Según Erickson, el conflicto principal que se plantea en la primera etapa es entre *generalidad* y *estancamiento*. La generalidad tiene que ver con la preocupación por afirmar y guiar a la generación siguiente, incluyendo a personas que se encuentren fuera de los vínculos familiares. Este concepto incluye el de la productividad y creatividad. La capacidad de entregarse por completo en el encuentro de los cuerpos y de las mentes lleva a una expansión gradual de los intereses del yo; cuando este enriquecimiento falla, hay una regresión a una necesidad *obsesiva* de seudointimidad, acompañada por un sentimiento de estancamiento, aburrimiento y empobrecimiento interpersonal. Si se logra superar el conflicto entre generalidad y estancamiento en forma satisfactoria se pasará al siguiente y último estadio, donde el conflicto que se planteará será entre *integridad* y *desesperación*.

Para Erickson, un *Yo completo*, proviene de la negación de los conflictos inherentes en la etapa final de la vida. La integridad forma parte de una maduración gradual en las personas que envejecen, dando características personales a la vivencia de ese momento

de la vida, de acuerdo a cómo se resuelve el conflicto, sobrevendrá o no la desesperación. Los intereses relacionados con esta etapa incluyen, por ejemplo, la aceptación responsable de la vida tal como se ha vivido, adaptación positiva al deterioro físico y a la muerte inminente.

Desde el Psicoanálisis, el envejecimiento depende de las experiencias, la historia personal y las vivencias actuales de la persona que envejece. A partir de este enfoque, histórico individual, se explica el presente adulto por el pasado infantil. Se distinguen tres series de causas del envejecimiento, que no actúan independientemente, sino que son el resultado de una interacción.

Una primera serie constituida por factores hereditarios y congénitos, sería el componente *constitucional o disposicional*. La segunda está constituida por las experiencias infantiles. Y la tercera serie serían los factores actuales o *desencadenantes*, que actúan sobre el resultado de la interacción de la primera con la segunda serie. Entendemos su funcionamiento desde la proporcionalidad inversa, es decir, cuando el factor disposicional es fuerte, estará en condiciones de tolerar adecuadamente, reiteradas situaciones conflictivas (factores desencadenantes o actuales); mientras que cuando las disposiciones son débiles o se encuentran debilitadas por reiterados sufrimientos, un mínimo factor actual puede llegar a constituir verdaderas situaciones traumáticas difíciles de manejar.

Este esquema, permite entender el desarrollo Psicológico de los seres humanos, y en este caso específico, permitirá comprender las particularidades de cada proceso de envejecimiento por la estructura de la personalidad (constitución más disposicional) y por la acción de los factores actuales que sobre ella inciden, pudiendo determinar en qué momento se convertirán en traumáticos. Conociendo la series de causas complementarias de cada anciano/a en particular, es posible apuntar hacia una verdadera prevención primaria, tendiente a producir “mejores envejecimientos” (Griselli, Gordo & Vásquez, 2002).

3.3.2.2. La Interioridad

La persona que comienza a envejecer, se enfrenta a una serie de cambios que se van desarrollando en el tiempo, como parte del proceso, y no siempre de forma simultánea, pudiéndose dar lo que se denomina “envejecimiento diferencial”. No obstante, más temprano o más tarde, la mayoría de los signos estarán presentes. Los cambios, ya mencionados, en relación a la disminución de la audición y modificación de la visión, disminución del rendimiento corporal al esfuerzo físico, alteraciones fisiológicas en la respuesta sexual, pérdida de la turgencia de la piel y aparición de las manchas, las canas, son los más notables en el área corporal.

En la esfera mental además de la pérdida de memoria de los hechos recientes, hay disminución de la curiosidad intelectual, irritabilidad y cierta sensación de vaga tristeza. La suma de estas dos alteraciones determina que la conducta en el área social se vea profundamente afectada. Al contrario del niño o del adulto, el senescente debe no sólo adaptarse al medio sino además a su propia vejez y sus cambios.

Además existen una serie de cambios asociados al envejecimiento que afectan la conducta social de hombres y mujeres profundamente. Esta adaptación no es fácil,

especialmente en el contexto actual, marcado por la rapidez de los cambios, que arrastran a los sujetos a una carrera desenfrenada, donde el débil se queda afuera, entre quienes generalmente se encuentran los/as ancianos. Producto de esta valoración de la rapidez y la competencia, resulta más difícil la adaptación a nuevas situaciones, lo que le genera nuevos conflictos en su vivir. Por lo tanto, es a partir de este conflicto donde se observa un cierto retraimiento del/la anciano/a, de su relación con el mundo externo, a la vez que aumenta la relación reflexiva con el mundo interno, y se activan los recuerdos de tiempos pasados. El incremento de la interioridad tendrá resultados diferentes, que dependerán de su personalidad previa (Griselli, Gordo & Vásquez, 2002).

3.3.2.3. Funciones Cognitivas en el Envejecimiento

El envejecimiento se caracteriza por una serie de cambios lentos y continuos que se manifiestan en diferentes áreas del funcionamiento cognitivo. A diferencia de lo que sucede en el caso de demencia primaria, los cambios que pueden atribuirse al envejecimiento normal son selectivos y no siempre llegan a afectar a todas las funciones cognitivas en general. Por ejemplo, las funciones viso-perceptivas, viso-espaciales y viso-construktivas propias del hemisferio derecho, son las más vulnerables a los efectos del envejecimiento, mientras que las funciones lingüísticas del hemisferio izquierdo se hallan mejor conservadas.

La memoria es la función superior más ampliamente estudiada en el ámbito del envejecimiento normal, esto se debe a que constituye la queja subjetiva más frecuente en las personas de edad avanzada. El tema de la memoria se considera importante debido a que muchas veces se suele criticar esta conducta de los ancianos por considerarla una forma de deterioro mental. Es importante mencionar que en algunas bibliografías se señala que la tendencia a la reminiscencia, no guarda relación directa con el grado de inteligencia del sujeto ni con el deterioro intelectual que éste pueda sufrir por diversas causas. Cuando un individuo comienza a envejecer, y se produce un incremento de la interioridad, ésta adquiere en la forma de reminiscencia (recuerdo de una cosa olvidada o del pasado remoto) (Griselli, Gordo & Vásquez, 2002)

3.3.3. Consecuencias Del Envejecimiento En La Salud Física Y Mental

El proceso de envejecimiento está presente a lo largo de todo el ciclo vital humano, sus efectos varían de un individuo a otro, puede desarrollarse en forma paulatina y en un momento determinado mostrar sólo algunas características. La enfermedad no debe considerarse como un fenómeno propio del envejecimiento, sin embargo, cuando se identifica una desviación de salud es importante sospechar la asociación con otros trastornos, ya que la interacción entre diferentes síndromes constituye una característica de este proceso. Por ello, se hace necesario conocer las consecuencias del envejecimiento en el deterioro físico y mental como parte de este proceso.

3.3.3.1. Consecuencias En La Salud Física-Biológica

El siguiente cuadro sintetiza algunas de las principales consecuencias del deterioro biológico en cada órgano del cuerpo humano:

CUADRO N° 3.6
Principales Consecuencias del Deterioro Biológico en cada Órgano del Cuerpo

Ojos	<ul style="list-style-type: none"> • Ojos hundidos y laxos, lo que se le produce por una pérdida con perdida de las estructuras de soporte del ojo. • Sequedad y pérdida de brillo ocular. • Formación de arco senil, debido a depósitos de colesterol. • Reducción del lagrimeo. • Aumento de la presión intraocular. • Reducción en la reacción pupilar ante la luz y en la adaptación a la oscuridad. • Se reduce la percepción viso-espacial. • Reducción en la diferenciación entre algunos colores (Azul y Verde) y mejora de otras colores (Amarillo y Naranja).
Oído	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de agudeza auditiva (disminuye la capacidad de percibir, localizar y discriminar los sonidos). • Se reduce la habilidad de desplazarse en la oscuridad. • Puede disminuir el control postural reflejo. • Aumenta la intensidad del sonido. • Se reduce la tolerancia a los tonos altos. • Riesgo de caer por pérdidas del equilibrio y del control postural.
Boca	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida del sentido del gusto por sequedad de las mucosas. • Pérdida de apetito. • Reducción de la agudeza de las papilas gustativas. • Reducción de la sensación de calor y frío. • Reducción de la sensibilidad del reflejo tusígeno. • La deglución con la edad se dificulta. • Se reduce el reflejo del vómito. • Disminuye la habilidad de masticación. • Deterioro dental. Y uso de prótesis dental. • Son frecuente las caries dentales, trastornos de la lengua y alteraciones en la mucosa oral.
Nariz	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción del sentido del olfato por una disminución de la vascularización de los senos paranasales. • Crecimiento del cartílago nasal e hipertrofias de las vellosidades del ala de la nariz.
Aparato Respiratorio	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción del volumen respiratorio, • Reducción de la perfusión periférica. • Reducción del movimiento ciliar y de la eficacia de la tos. • Reducción del moco producto de la resequead de las membranas mucosa lo que predispone a las infecciones respiratorias.
Sistema Cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la presión sistólica con un ligero aumento de la presión diastólica: hipertensión ortostática. • Reducción de la frecuencia y del gasto cardiaco entre un 30 y 40% durante el esfuerzo físico. • Reducción de la circulación arterial.

	<ul style="list-style-type: none"> • Pulsos más débiles. • Insuficiencia venosa especialmente en las extremidades inferiores, lo que aumenta el riesgo de úlceras, estasis, varices, edemas e inflamaciones.
Aparato Gastrointestinal	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de la producción de saliva, ácido gástrico, enzimas digestivos y moco intestinal. • Reducción de la motilidad intestinal, debido al envejecimiento neuronal en el sistema nervioso central y a los cambios del colágeno. • Reducción del peristaltismo esofágico. • Reducción de la tolerancia alimentaria producto de la disminución de la flora bacteriana. • Estitiquiez o estreñimiento. • Incontinencia fecal asociada a tres causas principales: impactación fecal, enfermedad subyacente y enfermedad neurológica. • Prognatismo: pérdida de altura facial. • Síntomas esofágicas o reflujo gastroesofágico, producto de la dilatación esofágica. • Reducción del tamaño del hígado y de la capacidad de metabolizar ciertos fármacos. • Signos de malnutrición. • Preferencias y gustos alimentarias.
Aparato Renal	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de la perfusión renal. • Varía el patrón de eliminación (Nicturia). • Síntomas y/o signos de incontinencia urinaria, las cuales pueden presentar única o simultánea. • En el varón puede variar el chorro de orina debido a una hipertrofia prostática.
Sistema Reproductor Femenino	<ul style="list-style-type: none"> • Estrechamiento y acortamiento de la vagina. • Reducción de la producción de estrógenos. • Cambio en la flora y ph vaginal. • Atrofia en la vulva. • Reducción y aclaración del vello pubiano. • Aplastamiento de los labios mayores y menores. • Reducción del tejido mamario volviéndose péndulas y placidas. • Puede darse vaginitis, dispareunia y hemorragias. • Irritación a nivel de la vulva.
Sistema Reproductor Masculino	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción del tamaño y de firmeza de los testículos. • Aumento del tamaño de la glándula prostática. • Aumento del diámetro del pene. • Reducción de la producción de testosterona. • Dificultad en la erección.
Sistema Músculo esquelético	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de los movimientos voluntarios rápidos. • Reducción de la amplitud de los movimientos debido a la rigidez muscular. • Existe una respuesta diferida ante los reflejos (constricción y esclerosis de tendones y músculos).

	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de la masa muscular. • Reducción de la estatura 2.5 a 10 cm. (pérdida de agua del tejido cartilaginoso y un estrechamiento disco vertebrales). • Cambios artrósicos en las articulaciones. • Reducción y desmineralización de los huesos (osteoporosis y fragilidad ósea), siendo los huesos más propensos a la fractura: cadera, cuerpos vertebrales, hombro y muñeca. • Postura de flexión generalizada, se inclina la cabeza y cuello, los hombros cuelgan, se acentúa la curvatura dorsal y las rodillas se doblan (fibrosis de los tejidos periarticulares y ligamentos).
Sistema Tegumentario	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de arrugas, pliegues y ptosis secundario a la disminución de la elasticidad. • Se observa piel más fina y floja destacando las prominencias óseas de antebrazos, pantorrilla y dorso de las manos y pies. • Resequedad y descamación de la piel producto de la disminución de número, tamaño y función de las glándulas sudoríparas. • Presencia de manchas hiperpigmentadas en las regiones expuestas al sol. • Frialdad en las extremidades debido a un enlentecimiento en las funciones de termorregulación, sensación de dolor, presión y vibración. • Reducción del proceso de cicatrización. • Reducción del crecimiento del cabello y presencia de canas. • Reducción del vello pubiano u axilar, después del climaterio. • Presencia de telangetasia senil, son pequeños tumores diseminados de color escarlata. • Reducción de la velocidad de crecimiento de las uñas.
Sistema Neurológico	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de la velocidad de conducción de algunos nervios. • Reducción del sentido de olfato. • Reducción del sentido postural. • Reducción del sentido táctil y de la sensibilidad a las temperaturas extremas. • Variación en el patrón de sueño. • Reducción del rango, intensidad y duración de la voz. (Cuid. Enfer. En Man. Geriat. Y Geront., 2000)

3.3.3.2. Consecuencias Psicológicas y en la Salud Mental

En esta área se describirán algunas patologías mentales que se pueden considerar como las más relevantes que afectan la calidad de vida del adulto mayor.

a) **Síndrome Confusional Agudo o Delirio**

El síndrome confusional agudo, llamado también "delirio", corresponde a una alteración en el estado mental que se caracteriza por ser aguda y reversible. El delirio es uno de los desórdenes cognitivos más importantes en el adulto mayor, tanto por su prevalencia como por su implicancia pronóstica, es decir, por su relevancia para la evolución posterior del proceso.

El desarrollo de un síndrome confusional agudo no rara vez es el primer signo de compromiso de la función cerebral, además puede ser la forma clínica de presentación de una enfermedad o de su tratamiento. La falta de diagnóstico y tratamiento oportuno pudiera resultar en daño cerebral o muerte. El delirio tiene consecuencias importantes en los aspectos económico y social.

Los pacientes con confusión requieren mayor atención del personal de salud, mayor cuidado en su domicilio o incluso institucionalización, todo lo cual implica un mayor costo. El enfermo agitado es de difícil manejo y está en riesgo de caídas y fracturas.

Como cuadro clínico se trata de un proceso agudo, de comienzo de horas, días o hasta meses. Característicamente presenta fluctuaciones a lo largo del día, pero al comenzar a oscurecer se agitan

Frecuentemente se presenta como un cuadro en aumento caracterizado por intranquilidad, hipersensibilidad a los estímulos visuales y auditivos e inversión del ritmo sueño-vigilia (incluido insomnio y pesadillas).

Se trata de un síndrome orgánico mental transitorio, con una alteración global de la función cognitiva, la cual característicamente presenta un deterioro significativo desde el funcionamiento previo.

Según Lipowsky (1990) las principales características del delirio o síndrome confusional se resumen en:

- Comienzo agudo, con fluctuaciones a lo largo del día y frecuente, empeoramiento durante la noche (por lo tanto interrogar a los familiares y cuidadores).
- Inversión del sueño – vigilia.
- Desorientación en tiempo y espacio.
- Oscurecimiento de la conciencia. Alteración de la atención, se distrae fácilmente, no sigue órdenes.
- Deterioro de la memoria de corto plazo.
- Alucinaciones principalmente visuales, o mal interpretaciones que con frecuencia no recuerdan posteriormente. Se exacerban de noche y son vividas con miedo y angustia. Ideas delirantes de persecución (ej: creer que la comida está envenenada).
- Alteración del nivel de actividad: agitación, vagabundeo, alterna con somnolencia y letargo; repiten actividades ocupacionales previas.
- Alteraciones del lenguaje: vago e incoherente.
- Pensamiento desorganizado, fragmentado y distorsionado. Mezcla experiencias del pasado con el presente y distorsiona la realidad.
- Humor variable, con frecuencia hay miedo y ansiedad.

Además, frecuentemente se suman aquellas manifestaciones físicas propias de la enfermedad desencadenante (taquicardia, sudoraciones, etc.) (Hoyl, M., 2000).

b) Demencia

La demencia es una de las enfermedades más temidas y caras de la sociedad actual. Se define como un *síndrome clínico de deterioro cognitivo adquirido*, que determina una disminución de la capacidad intelectual suficiente como para interferir en el funcionamiento psicológico, social y en su calidad de vida. Muchas patologías pueden causar demencia y algunas de ellas pueden ser reversibles.

Algunos síntomas considerados de alarma o sugerentes de demencia son:

- Dificultad para aprender y retener nueva información.
- Dificultad para realizar tareas complejas (ej: cocinar, emitir un cheque, etc)
- Deterioro en la capacidad de razonar.
- Desorientación espacial (ej: se pierde en la calle, o en lugares familiares)
- Deterioro del lenguaje (ej: le cuesta encontrar las palabras adecuadas en una conversación).
- Alteración en el comportamiento (ej: pasividad, irritabilidad que lo habitual y puede malinterpretar ciertas situaciones).
- Puede haber cambios en los modos de vestir, higiene, orden, puede llegar tarde a las citas, etc. (Hoyl, M., 2000)

c) Depresión

Los trastornos del ánimo son una de las patologías más frecuentes en la vejez. A nivel de los consultorios de atención primaria, aproximadamente uno de cada tres usuarios mayores de 60 años sufren de sintomatología depresiva, siendo ésta subdetectada por los Psicólogos y médicos no especialista (Ministerio de Salud de Chile, 1999)

Según el DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico, cuarta versión)- IV para el diagnóstico del Episodio Depresivo, al menos, cinco de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; uno de estos síntomas es ánimo deprimido .

- Animo deprimido casi todo el día, casi cada día.
- Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día (apatía).
- Significativo aumento o pérdida de peso, disminución o incremento en el apetito casi cada día.
- Insomnio o hipersomnia casi cada día.
- Agitación psicomotora o enlentecimiento casi cada día.
- Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- Sentimiento de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada casi cada día.
- Disminución de la capacidad para concentrarse o pensar o marcada indecisión
- Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida sin un plan específico o un intento de suicidio.
- Los síntomas no son explicados por un duelo, aunque éste puede complicarse por un cuadro depresivo.

Además, se puede considerar como variables asociadas con la depresión de la tercera edad, las siguientes: ser separada(o), ser mujer, la viudez, el nivel socioeconómico bajo,

insuficiente apoyo social y la ocurrencia de eventos vitales recientes adversos e inesperados. Un factor de riesgo importante es la discapacidad producida por enfermedades físicas. Es frecuente la asociación de una patología crónica con una enfermedad depresiva (Minis. Salud Chile, 1999)

3.4. Dependencia en la vejez

3.4.1. El debate en torno a la dependencia y envejecimiento

Desde una aproximación funcional, se puede definir la dependencia a partir del ajuste de los individuos a las demandas de su medio físico y social (Baltes Wahl, 1990), influyendo sobre este ajuste, tanto la presencia de enfermedades crónicas, como la falta de motivaciones, déficit sensoriales, dolor, cuestiones sociales, factores ambientales y expectativas culturales.

Aparentemente y, en términos generales, abarcar el significado de la dependencia en referencia a la edad avanzada es sencillo. Se piensa habitualmente en la dependencia como un fenómeno que refleja la pérdida de autonomía personal cuya principal consecuencia es la necesidad por parte de la persona mayor de ser ayudada o apoyada para ajustarse a su medio e interactuar con él. Además la pérdida de autonomía personal es definida, casi exclusivamente, en términos físicos o biológicos, así como la dependencia es explicada como una consecuencia natural del paso de los años.

En definitiva, la dependencia suele ser entendida como un fenómeno unidimensional, es decir, un declive físico esperable de mayor o menor cuantía (Brown, 1996). Una muestra de ello es la definición pragmática de dependencia que habitualmente utilizan los estudios epidemiológicos que intentan cuantificar el alcance de la dependencia, haciendo sinónimo de dependencia e incapacidad funcional en relación a las actividades de la vida diaria. Esta habitual visión de la dependencia es fácilmente asumida, ya que, a simple vista, se observa que la dependencia física entre las personas mayores aumenta con la edad, demandándose o aceptándose una mayor cantidad de ayuda proveniente de los demás. Desde una amplia perspectiva, esta concepción unidimensional de la dependencia no debería ser la única, sino que es preferible pensar en la dependencia como un concepto de naturaleza compleja, de diversas caras, en el que influyen variables biológicas, psicológicas y sociales (Horgas, Wahl y Baltes, 1999).

En una perspectiva que intenta ampliar esta visión el Consejo de Europa, ha venido promoviendo diversas iniciativas y recomendaciones con el objeto de mejorar la situación de las personas dependientes y la de sus cuidadores. Con este fin, se constituyó, a mediados de la década de los noventa, un grupo de expertos que trabajó durante dos años en la elaboración de un texto de consenso que pudiese ser asumido desde la mayoría de los países miembros de este organismo internacional. El resultado de ese trabajo fue la aprobación, en septiembre de 1998, por el Comité de Ministros del Consejo de Europa, de una Recomendación relativa a la dependencia (Consejo Europeo, 1998).

En dicha Recomendación el Consejo de Europa define la dependencia como “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana”, o, de manera más precisa, como un “estado en el que se encuentran las personas que por

razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal”.

Esta definición, que ha sido ampliamente aceptada, plantea la concurrencia de tres factores para que se pueda hablar de una situación de dependencia; en primer lugar, la existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que merma determinadas capacidades de la persona; en segundo lugar, la incapacidad de la persona para realizar por sí mismo las actividades de la vida diaria; en tercer lugar, la necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero.

La evidencia empírica disponible muestra que existe una estrecha relación entre dependencia y la edad, pues el porcentaje de individuos con limitaciones en su capacidad funcional aumenta conforme consideramos grupos de población de mayor edad. Ese aumento en las tasas de prevaencia por grupos de edad no se produce a un ritmo constante, sino que existe una edad (alrededor de los 80 años) en que dicho aumento se acelera notablemente. No es extraño que por ello la dependencia se vea como un problema estrechamente vinculado al envejecimiento y que, algunas veces, en una visión reduccionista, se tienda a considerar la dependencia como fenómeno que afecta sólo a los mayores.

En realidad, la dependencia recorre toda la estructura de edades de la población. No se puede circunscribir el fenómeno de la dependencia al colectivo de las personas mayores, aun cuando sean éstas las que con más intensidad se ven afectadas. La dependencia puede aparecer en cualquier momento de la vida. Puede estar presente desde el nacimiento, desencadenarse a consecuencia de un accidente o de una enfermedad aguda en la infancia, la juventud o la vida adulta o, más frecuentemente, ir apareciendo a medida que las personas envejecen, como consecuencia de enfermedades crónicas (Demencias) o como reflejo de una pérdida general en las funciones fisiológicas (aparato respiratorio, Cardiovascular), atribuible al proceso global de senescencia (y otras ya descritas).

La dependencia puede también no aparecer y, de hecho, en muchos casos no aparece, aunque la persona haya alcanzado una edad muy avanzada. Existen una serie de variables de tipo social y ambiental (además de los factores genéticos) que condicionan la aparición y el desarrollo de los desencadenantes de la dependencia, en las que los individuos difieren entre sí. Esto quiere decir que es posible prevenir la dependencia promoviendo hábitos de la vida saludables, mejorando la eficacia de los sistemas de atención de la salud y asegurando el tratamiento precoz de las enfermedades crónicas.

Sin embargo, el proceso acelerado de envejecimiento de nuestra población está dando una dimensión nueva al problema, tanto cuantitativa como cualitativamente, al coincidir con cambios profundos en la estructura social de la familia y de la población cuidadora. La conciencia creciente de que existe una clara laguna en la protección de la población mayor dependiente ha llevado a enfatizar, quizás en exceso, la dependencia de la gente mayor, a pesar de que existen también evidentes lagunas protectoras en relación con las personas gravemente afectadas menores de 65 años.

Obviamente, la necesidad de asistencia y/o cuidados derivada de las situaciones de dependencia ha existido siempre; lo que ha cambiado es su dimensión (sobre todo el crecimiento del número y de la proporción de las personas mayores), su importancia

social (ha dejado de verse como un problema exclusivamente individual o familiar para pasar a percibirse como un problema que afecta a la sociedad en su conjunto) y su naturaleza (en tanto que supone la redelimitación de los objetivos y funciones del Estado).

La importancia que ha adquirido el fenómeno de la dependencia obliga a poner a punto los esquemas conceptuales que faciliten su estudio e investigación desde una perspectiva epidemiológica (Libro Blanco de la Dependencia, 2004).

3.4.2. Hacia una definición comprensiva de la dependencia en la vejez

Debido a características del proceso de envejecimiento, éste puede implicar una declinación fisiológica, un aumento en la prevalencia de ciertas patologías, una pérdida de rol social, y un riesgo latente de exclusión. Esta situación provoca que estas personas sean más propensas a requerir el apoyo de otros para desenvolverse, pues es posible que se pierda autonomía. Esto es lo que se denomina “dependencia”.

La dependencia, regularmente se ha analizado desde el punto de vista de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), las cuatro áreas de funcionamiento más estudiadas son (Yanguas; Leturia; Leturia; y Uriarte, 1998):

- **Dependencia económica:** se refiere a que la persona mayor, debe jubilarse a pasar a formar parte de la población “inactiva” o dependiente.
- **Dependencia física:** el envejecimiento puede provocar una pérdida de funciones corporales.
- **Dependencia social:** la vejez se asocia a pérdida de personas y de relaciones significativas.
- **Dependencia mental:** se relaciona con la pérdida de la capacidad de tomar decisiones.

Esa perspectiva es coherente con el planteamiento de la nueva clasificación de discapacidades de la OMS, denominada Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF, 2001), adoptada durante la LIV Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra (Suiza) en 2001, que propone el siguiente esquema conceptual para interpretar las consecuencias de las alteraciones de la salud:

- *Déficit en el funcionamiento:* (sustituye al término deficiencia tal y como se venía utilizando por la anterior clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidad y Minusvalía, CIDDM, de 1980): es la pérdida o anormalidad de una parte del cuerpo o de una función fisiológica o mental. En este contexto el término anormalidad se usa para referirse a una desviación significativa de la norma estadística.
- *Limitación en la actividad* (sustituye el término discapacidad, tal y como se venía utilizando en la CIDDM): Son las dificultades que un individuo puede tener en la ejecución de las actividades. Las limitaciones en la actividad pueden calificarse en distintos grados, según supongan una desviación más o menos importante, en términos de cantidad y calidad, en la manera, extensión o intensidad en que se esperaría la ejecución de la

actividad en una persona sin alteración de salud.

- *Restricciones en la participación* (sustituye el término minusvalía, tal y como se venía utilizando en la CIDDM): Son problemas que un individuo puede experimentar en su implicación en situaciones vitales. La presencia de restricciones en la participación es determinada por la comparación de la participación de un individuo con la participación esperada de un individuo sin discapacidad en una determinada cultura o sociedad.
- *Barrera*: Son todos aquellos factores ambientales en el entorno de una persona que condicionan el funcionamiento y crean discapacidad. Pueden incluir aspectos como, por ejemplo, un ambiente físico inaccesible, la falta de tecnología asistencial apropiada, las actividades negativas de las personas hacia la discapacidad y también a la inexistencia de servicios, sistemas y políticas que favorezcan la participación.
- *Discapacidad*: En la CIF es un término paraguas que se utiliza para referirse a los déficit, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación. Denota los aspectos negativos de la interacción entre el individuo con una alteración de la salud y su entorno (factores contextuales y ambientales).

La dependencia puede entenderse, por lo tanto, como el resultado de un proceso que se inicia con la aparición de un déficit en el funcionamiento corporal, como consecuencia de una enfermedad o accidente. Este déficit comporta una limitación de la actividad. Cuando esta limitación no puede compensarse mediante la adaptación del entorno, provoca una restricción en la participación que se concreta en la dependencia de la ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida cotidiana.

En nuestro país existe una clasificación, según el grado de dependencia en la realización de las ABVD. Dentro de esta clasificación un adulto mayor puede ser, autovalente, autovalente con riesgo y dependiente. El primero, se refiere a los adultos mayores que pueden realizar por sí mismos las actividades básicas de la vida diaria, son independientes tanto psíquica como físicamente. La segunda clasificación, indica que el adulto mayor se encuentra en riesgo, es en algún grado dependiente, por lo que requiere ayuda en algunas de las actividades de la vida diaria. La última clasifica a las personas mayores como dependientes, cuando éstas tienen algún daño físico y/o psíquico importante, por tanto se encuentran incapacitados para realizar las ABVD, requieren de una persona que los ayude (INP y Hospital Clínico U. de Chile, 2006).

La dependencia es un concepto complejo, que presenta tres características, multidimensionalidad, multicausalidad, y multifuncionalidad. La multidimensional, se refiere a que la dependencia tiene múltiples dominios: económico, físico, psíquico, etc. La segunda, se relaciona con las causas de la dependencia, las que no necesariamente tienen que ver con la vejez, pues hay personas mayores que no son dependientes, y hay personas adultas o jóvenes que sí lo son. Por último, la dependencia se asocia con cuestiones negativas, sin embargo, ésta pudiera ser solamente una función adaptativa del proceso de envejecimiento.

En este contexto, la dependencia debería entenderse como “un constructo multicausal, multifuncional, y multidimensional, donde los factores biológicos, psicológicos y sociales son todos ellos antecedentes, que inducen a la dependencia conductual, esto es, a solicitar o aceptar pasiva o activamente la ayuda de los demás” (Yanguas; Leturia; Leturia; y Uriarte, 1998: 10).

Según Monotorio (1997)¹⁷ existen tres grandes grupos de factores que influyen en la situación de dependencia de una persona mayor:

CUADRO Nº 3.7
Factores que Influyen en la Situación de Dependencia de una persona mayor

Factores	Elementos
Factores Físicos	Fragilidad Física
	Enfermedades Crónicas
	Utilización de Fármacos
Factores Psicológicos	Trastornos mentales
	Factores de la personalidad
Factores Contextuales	Ambiente Físico
	Ambiente Social

El fenómeno de la dependencia en la adultez mayor debe además cruzarse, con dos fenómenos sociales importantes, primero el aumento progresivo de la esperanza de vida, lo que implica mayor cantidad de años y de posibilidad de dependencia, y los cambios producidos en la familia, institución que recibe la mayor demanda de cuidados. Paradójicamente, mientras aumenta el número de adultos mayores que requieren cuidados, disminuye el número de familias dispuestas a entregar estos cuidados (Kornfeld y Orellana, 2004).

3.4.3. Dependencia y familia: el cuidado informal

La familia sigue siendo, a pesar de los cambios sociales de las últimas décadas¹⁸, la institución encargada de satisfacer las necesidades de mantención y cuidado de sus miembros. En este sentido, cuando se refiere a la población mayor, este cuidado se caracteriza por ser informal y por provenir, principalmente de algún miembro femenino de la familia¹⁹.

Este esquema está plasmado desde hace décadas en las políticas familistas que asumían como responsabilidad de las familias el cuidado y la provisión de bienestar de niños, enfermos y ancianos. Dada la división sexual del trabajo, han sido las mujeres las que tradicionalmente se han hecho cargo de esta responsabilidad. Con la transformación de las sociedades y los patrones de constitución familiar y principalmente debido a la inserción de las mujeres en el trabajo remunerado, se producen importantes transformaciones en el panorama de los cuidados familiares que ponen en tensión a las sociedades respecto de la necesidad de redistribuir las responsabilidades de cuidado tradicionalmente asociadas a las mujeres.

¹⁷ Extraído de Marín, P. (1993).

¹⁸ Como la progresiva inserción de la mujer al mercado laboral, la disminución del número de hijos, de las formas de convivencia en familia extendida.

¹⁹ En países donde se han realizado estudios al respecto, como España alrededor del 83,6% de los cuidadores de adultos mayores dependientes son mujeres.

El cuidado informal es el que realizan parientes, amigos o vecinos, “este conjunto difuso de redes suele caracterizarse por su reducido tamaño, por existir afectividad en la relación y por realizar el cuidado no de manera ocasional, sino mediante un compromiso de cierta permanencia o duración” (Libro Blanco de la Dependencia, 2004: 173). Este tipo de cuidados son los que regularmente se observan en las familias con menores recursos, pues no tienen la posibilidad de pagar un cuidador formal o financiar una residencia de larga estadía. En este sentido, lamentablemente, si la familia se encuentra en condición de pobreza y cuenta entre sus miembros con un adulto mayor dependiente, generalmente un miembro femenino deberá hacerse cargo de su cuidado, minimizando sus posibilidades de inserción laboral y de mejoramiento de su condición socioeconómica familiar.

Análisis desarrollados en otros países, dan cuenta de la necesidad de reflexionar en mayor profundidad acerca de las implicancias del deterioro del modelo de cuidado informal familiar y la necesidad de su reemplazo por una visión de responsabilidad social sobre el cuidado de las personas dependientes. En esta línea, el Libro Blanco de la dependencia del Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales e IMSERSO de España (2004) recoge las principales conclusiones y análisis desarrollados en este país en torno a la problemática de la dependencia en la última década. Resalta, tal como mencionamos más arriba, el impacto de las transformaciones en las familias modernas en el cuidado informal o familiar, contándose entre otros cambios relevantes: la desaparición de la familia extensa, pérdida de estabilidad de la institución familiar, retraso de la edad del matrimonio, movilidad y separación geográfica de la familia, alza de hogares monoparentales, etc.

De forma transversal a todos estos cambios se encuentra la transformación del rol social de las mujeres, dada la resolución y/o transformación progresiva del sistema de género, que determinaba para ellas el lugar del cuidado del hogar y la familia en exclusiva. Según datos recogidos en España, si hasta los '70 la mayoría (70%) de los adultos mayores vivían en familias extensas (donde convivían varias generaciones de familias e hijos/as), actualmente sólo el 16% de los adultos mayores españoles está en igual situación. Lo anterior implica no sólo una transformación en los entornos familiares en los que actualmente viven los/as adultos mayores, sino también significa transformación importante en sus modos de vida y en las expectativas que ellos/as pueden formarse acerca de cómo vivir su vejez.

De acuerdo a varios autores²⁰, la carga de trabajo para un cuidador de un adulto mayor dependiente es significativa, sobre todo en los casos de adultos mayores que sufren algún tipo de demencia. Y en muchos casos, las escasas redes de apoyo formal a los cuidadores impiden un adecuado afrontamiento de esta situación.

La forma en la que el/la cuidador/a y la familia enfrentan los cuidados de un adulto mayor dependiente va a depender de²¹:

- La interpretación que hace la familia y el cuidador de la conducta del adulto mayor: si se sienten culpables, si lo consideran una provocación, etc.

²⁰ Ver Yanguas, J.; Leturia, F.; Leturia, M.; Uriarte, A. (1998); Kornfeld, R. y Orellana V. (2004); y Marín, P. (1993).

²¹ Extraído de Yanguas, J.; Leturia, F.; Leturia, M.; Uriarte, A. (1998).

- Tipo de respuestas que desarrollan: planificar las actividades, darse descansos, encontrar aspectos positivos, entre otros.
- Las pautas de relaciones familiares anteriores: va a depender de cómo la familia construyó sus vínculos, su historia de relaciones.

Tanto la desinformación respecto de los cuidados y las enfermedades, como la gran carga que estos cuidados implican, así como el escaso apoyo formal a los miembros de las familias que se desempeñan como cuidadores informales de adultos mayores dependientes, puede generar un contexto que facilita la aparición de una serie de consecuencias en el cuidador y la familia, y un ambiente que puede generar malos tratos hacia las personas más vulnerables de la familia, como los adultos mayores.

El cuidado de los adultos mayores dependientes en sus hogares constituye una parte importante de la red informal de cuidados, que se caracteriza por ser de “larga duración” y su “intensidad”. El cuidado en la vejez implica un apoyo prolongado y constante durante un período considerable de la vida, implicando diversos niveles de apoyo que van desde lo emocional (sentirse querido, expresarse, etc.), lo informativo-estratégico (ayuda para solucionar problemas y situaciones difíciles) y material o instrumental (ayuda para solucionar situaciones que no pueden resolverse por sí mismo/a) (Libro Blanco, 2004). Este último tipo o nivel del apoyo informal que entregan las familias a los adultos mayores resulta el más importante e intensivo, dada la necesidad de asistencia cotidiana para la realización de las ABVD.

Respecto de la valorización del cuidado informal domiciliario ésta resulta compleja, dado que los costos asociados a esta labor no sólo pueden comprenderse desde el Número de horas laborales y costos de la ayuda a domicilio en términos salariales, sino que es necesario incorporar una serie de costos no monetarizables, que tienen que ver con las consecuencias de la labor de cuidado para la vida de quien lo realiza, denominados como “costos de oportunidad”.

Los costos de oportunidad se relacionan con las consecuencias negativas de la labor de cuidado, tanto a nivel físico o de salud del/la cuidador, como sobre su desarrollo personal y proyecto de vida. Entre las áreas más relevantes en las que se han analizado los costos de la labor de cuidado sobre los/as cuidadores/as es necesario considerar:

- i) costos laborales: abandono del trabajo, reducción jornada, imposibilidad de trabajar remuneradamente, etc.
- ii) costos de salud: física (enfermedades, artritis, dolor de espaldas, etc..) y psicológicas (cansancio, depresión, etc..).
- iii) Costos afectivos y relacionales: reducción de las posibilidades de ocio, vacaciones, diversión, interacción con otras personas, participación social, etc.

Según lo anterior, el análisis del cuidado informal de los adultos mayores y su valorización, debe incorporar estas dimensiones no materiales, que implican aspectos simbólicos, sociales y subjetivos de la relación de cuidado y sus consecuencias. El ejercicio de la labor de cuidado de parte de los/as cuidadores informales significa, muchas veces, una contradicción entre el “deber moral” o “entrega altruista” y las expectativas de desarrollo personal, profesional, familiar, etc., generando sentimientos contradictorios y de ambigüedad, que se traducen finalmente en “estrés” y sensación de “carga”.

Por último, en el análisis de la “carga” de trabajo que implica la labor de cuidado del adulto mayor es necesario considerar tanto dimensiones objetivas como subjetivas que inciden en su determinación final. Entre los factores “objetivos” se cuentan el conjunto de demandas y actividades que recaen sobre el/la cuidador/a. Como carga “subjetiva” se entienden los sentimientos y percepciones negativas que experimenta la persona que cuida sobre su función y también sobre la persona a cargo de su cuidado. (Libro Blanco, 2004)

3.4.4. Malos tratos hacia las personas mayores

La sobre exigencia de cuidados de una persona mayor dependiente y las pautas relacionales de cada familia, pueden dar origen a un espacio propicio para la generación de maltrato a los adultos mayores. De hecho, “la incidencia de la dependencia entre las personas mayores es el aspecto más preocupante relacionado con el universo de los malos tratos” (Moya y Barbero, 2005: 12).

Dentro de este tema se pueden encontrar una multiplicidad de conceptualizaciones del maltrato hacia las personas mayores, sin embargo, el concepto propuesto por la OMS en su declaración de Toronto, posee cierto consenso. Esta Organización lo define, como “la acción única o repetida o la falta de la respuesta apropiada, que causa daño o angustia a una persona mayor y que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza” (OMS).

Los elementos presentes en esta definición, tienen que ver, primero con la existencia de una expectativa de confianza, resultado de daño o riesgo del mismo, y por último, en esta definición tanto la intencionalidad como la no intencionalidad son suficientes para constituir maltrato.

Respecto de los tipos más comunes de maltrato hacia los adultos mayores encontramos²²:

- **Físicos:** se relaciona con el deterioro físico, el daño corporal.
- **Psicológicos:** son los actos verbales y no verbales intencionales, que causan miedo, estrés, pena, etc.
- **Sexuales:** contacto y/o comportamiento sexual intentado o consumado, no consentido o con personas mayores que no pueden dar su consentimiento.
- **Financieros:** Este se refiere al uso sin autorización, o de manera inapropiada de cualquier recurso de la persona mayor.
- **Obstinación diagnóstica:** tiene que ver con la realización de pruebas y exámenes, para aumentar el conocimiento de la enfermedad de un adulto mayor, sin que se prevea que hayan beneficios reales para el adulto mayor.

²² Ver Moya, A. y Barbero, J. (2005).; Kornfeld, R. y Orellana V. (2004); y Huenchuan, S.; Kalache, A. (2004)

- **Obstinación terapéutica:** el uso desproporcionado de medios, para prolongar artificialmente la vida de una persona mayor con una enfermedad terminal.
- **Negligencia o abandono:** rechazo, negativa o error, voluntaria o involuntaria de la persona a cargo para iniciar, continuar o completar la atención respecto a las necesidades de cuidado de una persona mayor.

4. Marco Metodológico

Para abordar la situación de los Adultos Mayores dependientes y sus cuidadores/as se utilizó una metodología **Cualitativa y Cuantitativa**. Según los objetivos del estudio se planteó la necesidad de la interrelación y complementariedad de ambas.

A modo de acercarnos a la realidad de las personas AM en situación de dependencia, sus demandas y sus necesidades y las características del trabajo de sus cuidadores/as, en un primer momento se abordó el hecho social a partir de su descripción para luego, desde el discurso de los propios sujetos de estudio, profundizar en el conocimiento de aquellos casos identificados como “casos tipos”, representativos de “buenas practicas” en el cuidado de los AM en situación de alta dependencia funcional. La complementariedad de ambos enfoques nos permitió abordar la problemática en estudio desde sus diversas aristas.

Lo central en las técnicas cuantitativas “es la de constatar cómo se distribuyen los fenómenos, los datos que registran los fenómenos” (Ibáñez J. 1979:29), siendo también denominadas técnicas distributivas. En cambio, las técnicas cualitativas estarían destinadas a la configuración de “estructuras que ordenen coherentemente los procesos sociales”. En este ámbito, la complementariedad de ambos enfoques se explica ya que mientras la producción y análisis del discurso contribuye a contextualizar formas significativas de los hechos observados, la contrastación empírica de éstos condiciona, limita y localiza, en el campo de las fuerzas sociales, la representatividad real de los discursos de individuos y grupos (Ortí A en García F y otros, 1992).

El carácter del presente estudio, se definió como **Exploratorio y Descriptivo**. Es **exploratorio** porque la problemática de los AM en situación de dependencia y la de las personas encargadas de su cuidado ha sido escasamente estudiada. Y es **descriptivo** porque “busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis” (Dankhe, 1986), en este caso se trata identificar las características de hombres y mujeres AM pensionados en situación de alta dependencia funcional y la de sus cuidadores/as, caracterizando además las prácticas de cuidado, la carga de trabajo y los costos de esta situación.

La metodología cualitativa y cuantitativa aplicada, se describe a continuación:

4.1. Metodología Cualitativa

En este ámbito se apuntó a acceder a los relatos de los propios actores situados en una relación de dependencia-cuidado (Adultos Mayores y Cuidadores/as), acerca de las prácticas, relaciones y significados subjetivos atribuidos a éstos, de modo de reconstruir “modelos” que representen buenas prácticas en el cuidado de estas personas y para evaluar la eficacia y pertinencia de estos sistemas de cuidado respecto de las necesidades que los AM tienen.

Para profundizar en conocimiento del proceso y las prácticas de cuidado de los AM mayores dependientes y la evaluación de sus resultados, la técnica de investigación utilizada fue la **Entrevista en Profundidad**, entendida como las dirigidas “*hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto a sus vidas,*

experiencias o situaciones, tal como lo expresan con sus propias palabras" (Taylor S. Y Bogdan R. 1984:101). Dentro del campo de las Entrevistas en Profundidad, se utilizaron **Entrevista Semiestructurada** entendida como aquella técnica en la que *"ninguna pregunta tiene respuestas prefijadas"* (Mercadé F. 1986: 306). La naturaleza semiestructurada de la entrevista nos permitió, al mismo tiempo de abordar las variables y dimensiones consideradas en nuestro estudio, la posibilidad de otorgar un espacio abierto para recoger información que enriquece nuestra manera de aprehender este fenómeno social.

Se construyeron dos, una dirigida hacia cuidadoras/es y otra hacia AM, destinadas a guiar la entrevista hacia aquellos tópicos identificados como relevantes a tratar, para la descripción y análisis del fenómeno en estudio, luego de la revisión bibliográfica.

4.1.1. Pauta de Entrevista Semiestructurada

De acuerdo a la revisión bibliográfica realizada, se elaboraron 2 pautas de Entrevistas Semiestructuradas, una dirigida a adultos mayores y otra para cuidadores/as²³.

Los tópicos principales incorporados en estos instrumentos se resumen en los siguientes cuadros:

CUADRO Nº 4.1
Temáticas Entrevista Semiestructurada Cuidadores Informales

ÁMBITOS TEMÁTICOS	TÓPICOS ENTREVISTA
CARACTERIZACIÓN CUIDADOR/A	<ul style="list-style-type: none"> ○ Antecedentes personales ○ Familia de origen e infancia ○ Educación y estudios ○ Vida de pareja y Familia propia (cónyuge, hijos/as) ○ Vida Laboral ○ Recuerdos, experiencias positivas y negativas
CARGA DE TRABAJO Y	<ul style="list-style-type: none"> ○ Rutina Diaria: actividades, percepción de estas actividades, situaciones problemáticas o gratificantes ○ Capacitación en cuidado AM ○ Ocio y autocuidado
REDES SOCIALES	<ul style="list-style-type: none"> ○ Relaciones sociales: parientes, amigos, participación en organizaciones sociales.

²³ Se adjuntan instrumentos Pautas de Entrevista para Cuidadores/as y AM

ÁMBITOS TEMÁTICOS	TÓPICOS ENTREVISTA
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Percepción de apoyo/ayuda ○ Situación de apoyo económico, profesional y doméstico
CARACTERIZACIÓN DE LA RELACIÓN DE CUIDADO	<ul style="list-style-type: none"> ○ Inicio de la relación: decisión, motivación detonante ○ Motivaciones actuales ○ Relación con el adulto mayor: previa y actual
VISIÓN DE LA RESPONSABILIDAD SOBRE EL CUIDADO DE LOS AM	<ul style="list-style-type: none"> ○ Responsabilidad familiar ○ Responsabilidad de género ○ Responsabilidad del estado
VISIÓN DEL ENVEJECIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> ○ Percepción de aspectos positivos y negativos del envejecimiento
CONSECUENCIAS/ COSTOS DE LA LABOR DE CUIDADO	<p><u>Costes de oportunidad:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Consecuencias de la labor de cuidado para la vida del cuidador. Percepción de efectos positivos y negativos. ○ Conflictos o problemas para la vida personal ○ Conciliación con otras actividades
	<p><u>Carga objetiva:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Principales demandas de cuidado ○ Tareas molestas o problemáticas ○ Incidencia “perturbadora” de determinados tipos de conducta de AM: agresividad, quejas y lamentos, porfiadez, abandono, etc.... (que le molesta?)
	<p><u>Carga Subjetiva: Sentimientos y percepciones asociadas al rol de cuidador/a</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sentimientos positivos y negativos asociados al cuidado. ○ Experiencias positivas y negativas ○ Percepción de “responsabilidad”

ÁMBITOS TEMÁTICOS	TÓPICOS ENTREVISTA
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Percepción de “justicia” ○ Percepción de “bienestar”
CARACTERIZACIÓN DE NECESIDADES	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tipo de apoyos o recursos ○ Principales necesidades sentidas ○ Preferencias de apoyos a su labor de cuidado ○ Necesidad de formación o capacitación ○ Visión sobre su cuidado futuro

CUADRO N° 4.2
Temáticas Entrevista Semiestructurada Adulto Mayor Dependiente

ÁMBITOS TEMÁTICOS	TOPICOS ENTREVISTAS
BIOGRAFÍA	<ul style="list-style-type: none"> ○ Infancia y familia de origen ○ Juventud: Amigos/as, inicio de relaciones de pareja, estudios, etc. ○ Vida en pareja, matrimonio, hijos/as ○ Vida laboral
RUTINA Y REDES SOCIALES	<ul style="list-style-type: none"> ○ Actividades cotidianas: rutina, pasatiempos, principales problemas. ○ Vínculos y relaciones sociales: parientes, familia, amistades, organizaciones sociales. ○ Percepción de apoyo
SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y RELACIÓN DE CUIDADO	<ul style="list-style-type: none"> ○ Percepción y evaluación del “cuidado” ○ Necesidades de cuidado ○ Proceso de “recibir cuidados” ○ Relación con cuidador/a ○ Maltrato
PROYECCIONES Y NECESIDADES FUTURAS	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sueños y deseos ○ Percepción sobre el futuro

4.1.2. Muestra

Los casos para la muestra cualitativa fueron seleccionados sobre el total de encuestas aplicadas en las regiones Metropolitana y IX. Esta estrategia fue definida en función de la necesidad de contar con los números telefónicos de las personas, para hacer los contactos previos a las entrevistas semiestructuradas, dato que no estaba incluido en la base original entregada por INP.

La muestra definida para la aplicación de las entrevistas semiestructuradas, considera las siguientes particularidades de la población en estudio: mayor número de mujeres AM pensionadas encuestadas, y desproporción en la representación de hombres y mujeres en el universo de cuidadoras/es estudiado (más del 80% de los AM entrevistados son cuidados por una mujer de su familia).

Tomando en cuenta lo anterior, la muestra para la aplicación de entrevistas semiestructuradas quedó definida de la siguiente forma:

CUADRO Nº 4.3
Distribución de Entrevistas Semiestructuradas

Entrevistas	Nº		Total
	hombres	mujeres	
Adultos Mayores	5	6	11
Cuidadores Informales	3	10	13
Total	8	16	24

4.1.3. Análisis Cualitativo

El análisis de datos en las técnicas cualitativas "...va paralelo a la recogida de los mismos. No se distinguen como fases distintas. Hay una interacción permanente entre observación e interpretación; datos recogidos y análisis; en definitiva acción-reflexión. Si se distinguen es simplemente a nivel didáctico" (Bizquerra R. 1989: 262).

Para efectos de esta investigación, se analizará el contenido del Discurso, considerando al discurso un texto cargado de sentido. Siguiendo a Navarro P. y Díaz C., "cuando se habla del contenido de un texto- y en realidad de cualquier realidad expresiva -, a lo que se está aludiendo en realidad, de forma un tanto paradójica, no es al texto mismo, sino a *algo en relación con lo cual el texto funciona, en cierto modo como instrumento*". El contenido de un texto es ese algo situado en un plano distinto en relación con el cual ese texto define y revela su sentido. El análisis de contenido de un texto permite "*establecer las conexiones existentes entre el nivel sintáctico- en sentido lato- de ese texto y sus referencias semánticas y pragmáticas*" (Navarro P y Díaz C. 1999:179 y 180).

El análisis de contenido del discurso es válido para la exploración de la información recogida por medio de la técnica de Entrevista Semiestructurada, en la medida que se define como un método estructural de análisis de los discursos sociales, en cuanto producciones ideológicas de una sociedad dada (Canales M. 1999).

4.2. Metodología Cuantitativa

En el ámbito cuantitativo se aplicó un cuestionario dirigido a recoger las características principales de los AM en situación de alta dependencia funcional y las personas encargadas de su cuidado. El cuestionario base fue proporcionado por INP y adecuado según las sugerencias de las contrapartes del estudio y la opinión de los profesionales de CCI Ingeniería Económica.

4.2.1. Universo

El Universo de aplicación de las técnicas cuantitativas fueron los/as Adultos Mayores pensionados asistenciales por invalidez de 75 años y más del país no institucionalizados, abarcando 6.635 personas.

4.2.2. Muestra

La muestra fue obtenida mediante la fórmula de muestreo aleatorio simple, para ello se ha operado con un 95% de confianza²⁴, un 4% de error muestral²⁵, y -como no contamos con la variación²⁶ positiva de una variable de investigación-, se ha establecido el valor de p en 0.5, por ende q valdrá también 0.5.

$$\frac{n = z^2 pq N}{NE^2 + z^2 pq}$$

Donde N poblacional ²⁷ = 5620
n muestral = 542 casos

Mediante esta operación aritmética, se obtuvo una muestra nacional de 542 casos, los cuales han sido distribuidos a través de las siguientes variables clasificatorias, considerando una ponderación correspondiente respecto de la distribución de ellas por región, sexo y respecto de los objetivos del estudio (rural/urbana):

1. Peso poblacional por región (población adulto mayor pensionado/a)
2. Peso por sexo por región
3. Peso por zona socio-geográfica (rural / urbano) por región

²⁴ Esto corresponde al porcentaje de seguridad que existe para generalizar los resultados obtenidos. Esto quiere decir que un porcentaje del 100% equivale a decir que no existe ninguna duda para generalizar tales resultados, pero también implica estudiar a la totalidad de los casos de la población. Una confianza de 95 es bastante buena para obtener una muestra confiable por ello su uso es extendido en metodología, y por ello la aplicamos aquí.

²⁵ Al igual que en el caso de la confianza, si se quiere eliminar el riesgo del error y considerarlo como 0%, entonces la muestra es del mismo tamaño que la población, por lo que conviene correr un cierto riesgo de equivocarse. El riesgo al cual optamos nos asegura menor margen de error al momento de inferir un estadístico al parámetro de la población.

²⁶ La **variabilidad** es la probabilidad (o porcentaje) con el que se aceptó y se rechazó la hipótesis que se quiere investigar en alguna investigación anterior o en un ensayo previo a la investigación actual. El porcentaje con el que se aceptó tal hipótesis se denomina **variabilidad positiva** y se denota por *p*, y el porcentaje con el que se rechazó se la hipótesis es la **variabilidad negativa**, denotada por *q*. Como en este contexto no contamos con dicho dato, optamos por asignar un valor a *p* = 0.5, y como *q* es complementario con referencia al entero con *p*, *q* valdrá también 0.5.

²⁷ En este punto se ha depurado la base de datos entregada por la contraparte – SENAMA – con el fin de reducir los errores referidos a casos de fallecimiento y direcciones erradas o incompletas.

CUADRO N° 4.4
Muestra CCI (Muestreo aleatorio simple)

Región	Población	Peso	Muestra	Sexo		Zona Geográfica	
				Hombre	Mujer	Rural	Urbano
1	71	1,3	7	1	6	1	6
2	75	1,3	7	1	6	1	6
3	77	1,4	7	1	9	1	9
4	232	4,2	23	6	17	8	26
5	510	9,1	50	9	40	12	38
6	334	5,9	32	7	26	10	23
7	219	3,9	21	6	16	6	15
8	1398	24,7	134	33	101	43	91
9	632	11,1	60	18	42	11	50
10	773	13,8	75	20	55	24	51
11	48	0,8	4	1	4	1	3
12	67	1,2	6	1	5	1	5
13	1184	21,3	116	17	99	7	111
Total	5620	100	542	121	421	134	408

CUADRO N° 4.5
Muestra original SENAMA-INP (800 casos)

Región	Población	Muestra	Sexo		Zona socio-geográfica	
			Hombre	Mujer	Rural	Urbana
1	71	9	2	7	1	8
2	75	10	1	9	1	9
3	77	10	2	8	1	9
4	232	34	8	26	8	26
5	510	65	12	53	5	60
6	334	43	9	34	13	30
7	219	28	7	21	9	19
8	1398	203	50	153	36	167
9	632	108	28	80	35	73
10	773	115	28	87	37	78
11	48	6	5	1	1	5
12	67	8	6	2	1	7
13	1184	161	19	142	7	154
Total	5620	800	177	623	155	645

CUADRO N° 4.6
Diferencias en cuotas globales y específicas entre ambas muestras

Región	Muestra	Sexo		Zona Geográfica	
		Hombre	Mujer	Rural	Urbano
1	2	1	1	0	2
2	3	0	3	0	3
3	3	1	-1	0	0
4	11	2	9	0	0
5	15	3	13	-7	22
6	11	2	8	13	-2
7	7	1	5	9	-2
8	69	17	52	36	33
9	48	10	38	35	13
10	40	8	32	37	3
11	2	4	-3	1	1
12	2	5	-3	1	1
13	45	2	43	7	38
Total	258	56	202	132	126

La construcción del tamaño muestral mediante la aplicación de la fórmula del muestreo aleatorio simple permite fundamentar, con consistencia estadística y metodológica, la reducción de la cuota de las zonas problemáticas²⁸, a saber, la octava y décima región.

Esta reducción no implicó una pérdida de representatividad, manteniendo una consistencia aceptable para inferir nuestros datos a la población.

²⁸ Hemos definido a esta zona como problemática por el elevado número de casos donde la dirección entregada no existe en la comuna, o bien sólo aparece nombre de calle sin numeración, o bien sólo el sector comunal. Además hay una cifra importante de cambios de domicilios y fallecimientos, lo cual han agotado las instancias para obtener nuevos casos que correspondan al perfil solicitado en la muestra.

5. Descripción de Resultados

5.1. Resultados Cuantitativos

5.1.1. Perfil de los/as Adultos mayores dependientes con pensión asistencial

a. Sexo

Una de las características fundamentales para la elaboración del perfil de los/as AM sujetos de este estudio es su composición por sexo. Al respecto, el gráfico aledaño muestra el predominio de la población femenina por sobre la masculina (81.4 v/s 18.6).

Este hecho es explicable por las características demográficas de nuestra población, donde las mujeres cuentan con una mayor esperanza de vida respecto del segmento masculino. Además, dado que la población de estudio son los/as AM con pensión asistencial, es asociable esta característica a una mayor participación de mujeres en este tipo de beneficios, dado que ellas generalmente no cuentan con ahorro provisional o de otro tipo –obtenido a través de trabajos remunerados desarrollados durante su vida activa– por lo que mayormente deben optar a este tipo de pensiones para asegurar su subsistencia.

GRÁFICO Nº 5.1
Sexo Adulto Mayor



b. Zona socio-geográfica

Respecto de la variable zona socio-geográfica se consideró relevante distinguir entre los sectores rurales y urbanos, dada las especificidades de la situación socioeconómica y cultural de ambos sectores. Un 75 % de los casos corresponden a pensionados/as con residencia en comunas con un perfil básicamente urbano, en tanto un 25 % de ellos/as tienen residencia en comunas con un mayor perfil rural. Cabe destacar, que al desglosar la variable aludida por sexo, se visualiza un mayor número de mujeres que habitan en comunas urbanas (77%), superando en casi 10 puntos porcentuales al porcentaje de hombres que dicen hacerlo (68.4%).

CUADRO N° 5.1
Zona Socio-Geográfica

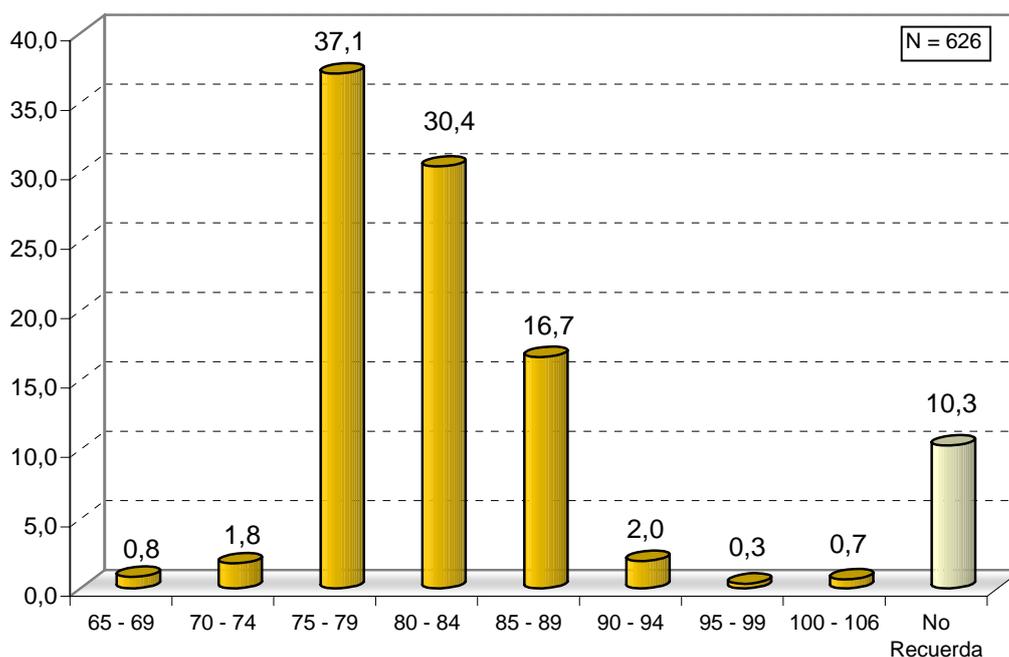
		Sexo de pensionado		Total
		Hombre	Mujer	
Zona Socio-geográfica	Urbano	68,4	77,0	75,4
	Rural	31,6	23,0	24,6
Total		100,0	100,0	100,0

N = 626

c. Perfil etáreo de los/as pensionados/as

El rango de edad del grupo estudiado va desde los 68 años hasta los 106 años, manifestando un promedio de 81 años, con una desviación estándar de 4.8. La mediana dice que el 50% de la población tiene entre 68 y 80 años de edad. Un desglose por intervalo del continuo etáreo²⁹ – gráfico siguiente - permite afirmar que el intervalo de 75 a 80 años concentra la mayor proporción de población (37.1%), seguido por el intervalo que va de 80 a 84 años (30.4%) y por el intervalo que va de 85 a 89 años (16.7%).

GRÁFICO N° 5.2
Edad de adulto mayor en intervalos



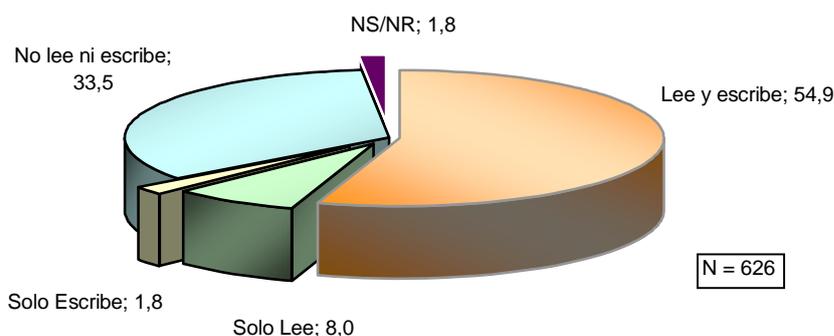
²⁹ Tramos de edad en quinquenios propuestos por la contraparte

5.1.2. Características Educativas de los/a pensionados

a. Alfabetismo

Dado que el grupo social foco de este estudio tuvo menos oportunidades en el ámbito educacional de acceder a instancias de alfabetización institucionalizadas, producto de la cobertura menor existente en su época escolar, sumado a su condición de pobreza, es previsible que compartan un escaso nivel de manejo de las habilidades de lectura y escritura, situación que además va en aumento con la vejez y el *desuso*. Es así, que los resultados arrojan que un poco más de la mitad sí declara manejar ambas habilidades (54.9%), no obstante un porcentaje significativo – 33.5 % - declara no manejar ninguna de las dos habilidades, es decir, son analfabetos. Además hay un 10% que declara manejar una de las dos habilidades, ya sea sólo escribir (1.8 %), o bien sólo leer (8%).

GRÁFICO Nº 5.3
Nivel de Alfabetismo



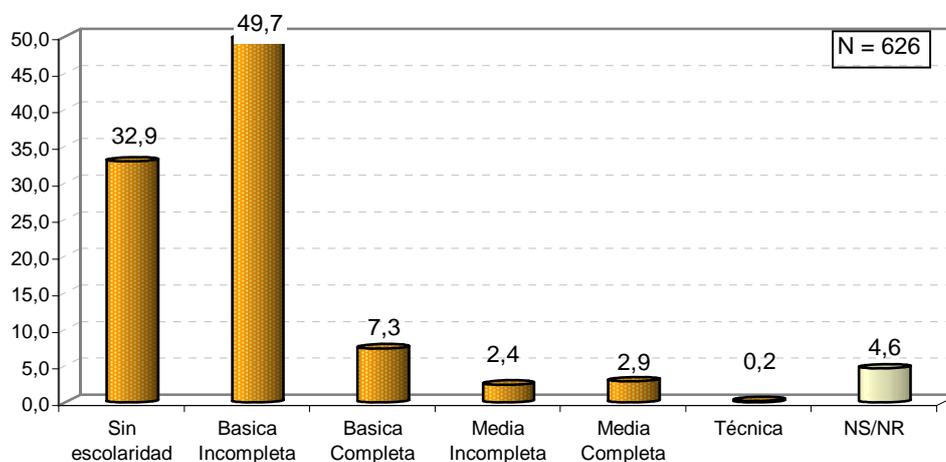
b. Nivel de escolaridad

En la misma línea anterior, el nivel educativo alcanzado por los/as sujetos de estudio en el proceso educativo formal es mas bien bajo. El gráfico 5.4 muestra que el 32.9% de adultos mayores que se declaran "sin escolaridad", coincidiendo – en la cifra -con el 33.5% que en el acápite anterior declara no saber leer ni escribir.

Por otra parte, el 49.7% declara tener una educación básica incompleta y tan sólo un 7.3% dice haber completado este nivel educativo. En lo que respecta a la educación media, hay un 2.4% que declara haberla dejado incompleta, y otro 2.9% que declara haberla completado. Por último, la educación técnica no tiene presencia significativa en el grupo de estudio.

Estos datos configuran un perfil de AM altamente vulnerables en la dimensión socio-educativa, situación que aumenta las dificultades para asumir los cambios de la edad, adaptarse al entorno y evitar riesgos, como accidentes auto-provocados productos de las falencias educativas analizadas (por ejemplo, equivocarse en la lectura de la indicación de un medicamento, etc.)

GRÁFICO Nº 5.4
Nivel de Escolaridad



Al desglosar el nivel de escolaridad por la variable zona socio-geográfica (rural/urbano), se obtiene que en los sectores rurales – como era de esperarse – es mayor el número de adultos mayores que se declaran sin escolaridad (40.3%). En los sectores urbanos, los/as que se declaran “sin escolaridad” alcanzan a un 30.5%. En ambas zonas socio-geográficas, predominan aquellos adultos mayores con una educación básica incompleta (urbano: 50.4 %) y (rural: 47.4%). El resto de niveles educativos se distribuyen -por zona urbano/rural- sin diferencias estadísticas significativas.

CUADRO Nº 5.2
Nivel de Escolaridad por Zona Socio-Geográfica

	Zona Socio-geográfica	
	Urbano	Rural
Sin escolaridad	30,5	40,3
Basica Incompleta	50,4	47,4
Basica Completa	7,4	7,1
Media Incompleta	2,5	1,9
Media Completa	3,2	1,9
Técnica	,2	,0
NS/NR	5,7	1,3
Total	100,0	100,0

N = 626

Al desglosar el nivel de escolaridad por tramos de edad, no se registra una asociación clara entre ambas variables. Explorando los datos, logramos ver que el porcentaje en la categoría “sin escolaridad” aumenta en directa proporción al aumento de la edad, así se parte con un 27.3% en el segundo intervalo, llegándose a un 50 % en el último intervalo. En la lógica inversa, podemos ver que la categoría “básica incompleta” es más baja en el último intervalo (25%).

CUADRO N° 5.3
Nivel de Escolaridad por Tramo Etáreo

	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 - 89	90 - 94	95 - 99	100 - 106
Sin escolaridad	,0	27,3	25,1	33,3	41,2	33,3	,0	50,0
Basica Incompleta	100,0	63,6	56,4	48,4	43,1	50,0	50,0	25,0
Basica Completa	,0	,0	9,3	6,5	4,9	8,3	,0	,0
Media Incompleta	,0	,0	1,8	4,3	1,0	,0	,0	,0
Media Completa	,0	,0	4,4	3,2	2,0	,0	,0	,0
Técnica	,0	,0	,4	,0	,0	,0	,0	,0
NS/NR	,0	9,1	2,6	4,3	7,8	8,3	50,0	25,0

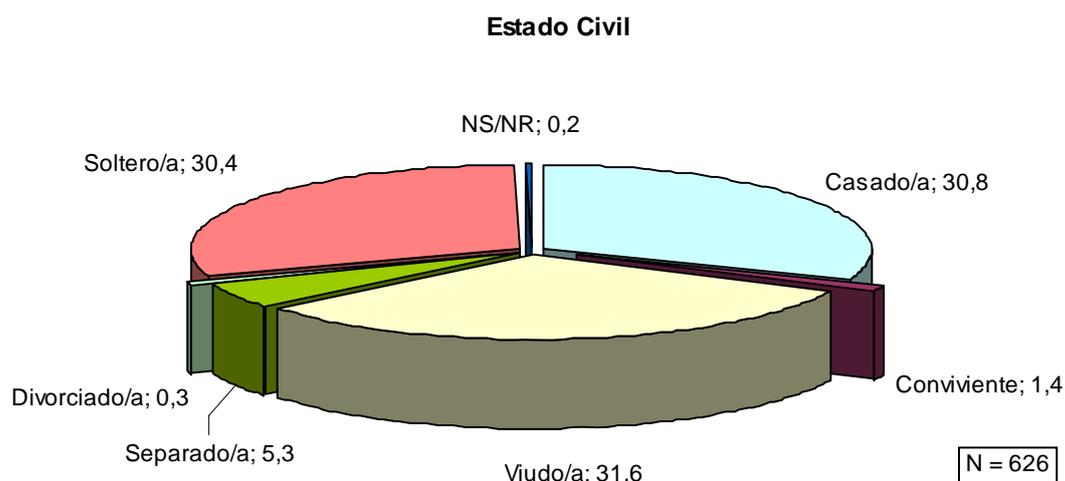
N = 626

5.1.3. Estado civil y dinámica familiar

a. Estado civil

Considerando las vulnerabilidades de la población de estudio, el estado civil que el adulto mayor señale puede representar una instancia primaria de compañía que potencialmente puede traducirse en servicios orientados al mutuo cuidado. El gráfico abajo muestra que el estado civil de viudez es la condición predominante en este contexto (31.6%), no obstante muy cerca de esta categoría se encuentra con un 30.8 % la categoría que declara estar casado/a, y un 30.4 % que declara estar soltero/a. Las situaciones restantes muestran cifras marginales, rescatándose el 5.3 % que declara una situación de separación.

GRÁFICO N° 5.5
Estado Civil



Al desglosar el estado civil del adulto mayor por sexo en la tabla colindante, se aprecia que en los hombres las situaciones civiles que predominan son las que corresponden a “soltero” (43.6%), y casado (33.3%). En cambio en las mujeres, aparece nítida el predominio de la situación de “viudez” (35.8%), consecuencia de su mayor esperanza de vida. Le sigue a ésta la situación de “casada” (30.3 %), y la situación de “soltera” (27.3 %).

CUADRO Nº 5.4
Estado Civil por Sexo

	Sexo	
	Hombre	Mujer
Casado/a	33,3	30,3
Conviviente	5,1	,6
Viudo/a	13,7	35,8
Separado/a	4,3	5,5
Divorciado/a	,0	,4
Soltero/a	43,6	27,3
NS/NR	,0	,2
Total	100,0	100,0

N = 626

Al desglosar el estado civil del adulto mayor por la edad en intervalos, y al observar el comportamiento de las situaciones civiles más frecuentes, observamos que la situación de “casado/a” claramente decrece a medida que aumenta la edad, y como es de suponer, la situación de viudez – en los tres últimos intervalos – alcanza el 50 %.

CUADRO Nº 5.5
Estado Civil por Tramo Etéreo

	Rango de Edad								
	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 - 89	90 - 94	95 - 99	100 - 106	No Recuerda
Casado/a	,0	27,3	40,5	26,3	25,5	,0	,0	,0	28,6
Conviviente	,0	,0	2,6	,5	,0	,0	,0	,0	1,6
Viudo/a	,0	63,6	22,0	36,0	37,3	50,0	50,0	50,0	41,3
Separado/a	20,0	9,1	5,7	3,2	6,9	,0	,0	25,0	3,2
Divorciado/a	20,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	1,6
Soltero/a	60,0	,0	29,1	33,3	30,4	50,0	50,0	25,0	23,8
NS/NR	,0	,0	,0	,5	,0	,0	,0	,0	,0

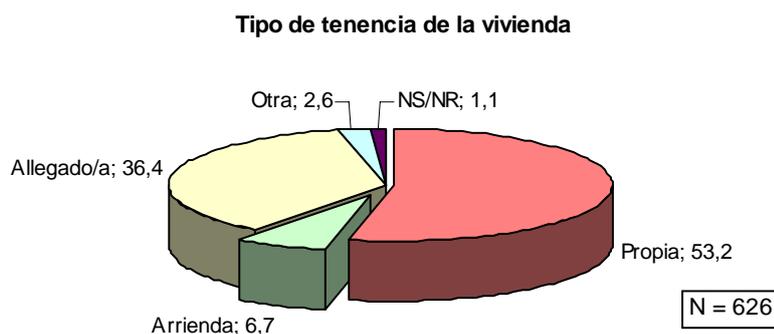
N = 626

b. Tipo de propiedad de la vivienda donde reside el adulto mayor

El espacio correspondiente a la vivienda significa muchas veces el entorno exclusivo para los adultos mayores con alguna discapacidad, por ende resulta relevante conocer en este punto el nivel de seguridad o inseguridad de contar con dicho espacio habitacional. Una manera de observar esta situación es indagando acerca del tipo de tenencia sobre la vivienda. En el gráfico abajo presenta tres situaciones básicas al respecto, a saber, casa propia, casa arrendada, y en situación de allegado/a. Estas tres situaciones pueden ser

relacionadas con mayor o menor grado de fragilidad, puesto que si es propia hay mayor seguridad en la continuidad de su uso; si es arrendada depende de un ingreso constante, y si es allegado/a depende de la voluntad del propietario real de la vivienda. Los datos del gráfico muestran que gran parte de los/as pensionados/as dispone de una vivienda propia (53.2%), y que un 6.7% la arrienda. No obstante hay un 36.4% que dice ser allegado.

GRÁFICO Nº 5.6
Tipo de Tenencia de la Vivienda



Al deslogar el tipo de propiedad sobre la vivienda por sexo, se concluye que las mujeres – en comparación a los hombres - gozan de la mayor seguridad que reporta el tener una casa propia (55.6% v/s 42.7%). Asimismo, los hombres superan a las mujeres en los tipos de tenencias más frágiles, como lo es el ser allegado (41.9 v/ 35.2%) o arrendatario (9.4 % v/s 6.1 %).

CUADRO Nº 5.6
Tipo de Propiedad de la Vivienda por Sexo

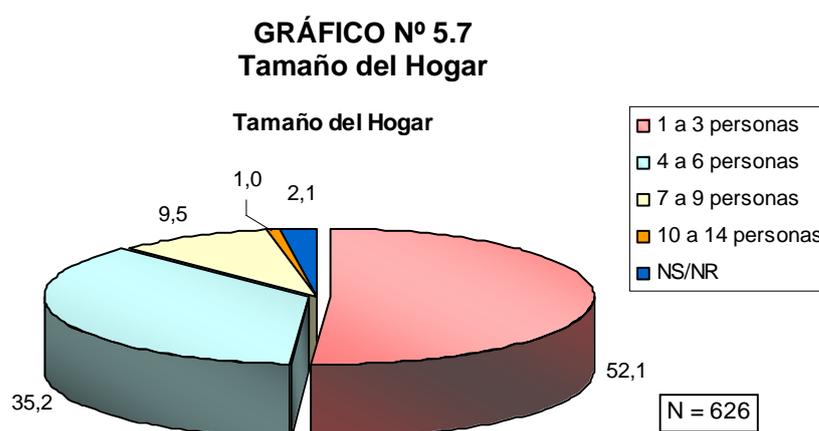
	Sexo	
	Hombre	Mujer
Propia	42,7	55,6
Arrienda	9,4	6,1
Allegado/a	41,9	35,2
Otra	2,6	2,6
NS/NR	3,4	,6
Total	100,0	100,0

N = 626

c. Tamaño del hogar

Otro elemento respecto del hogar interesante de averiguar, corresponde al tamaño –en número de personas - del mismo. Se opera bajo el supuesto que dado un tamaño mayor de integrantes, las actividades de cuidado del adulto mayor se distribuyan no sólo en una persona, sino que sería compartido por otros familiares o no familiares residentes en el

mismo hogar.³⁰ De los datos que entrega el gráfico abajo, se aprecia que los hogares donde residen los adultos mayores corresponden básicamente a hogares con 1 a 3 integrantes (52.1%). Un 35.2 % de ellos/as residen en hogares que se definen como medianos (4 a 6 integrantes) y un 9.5 % reside en hogares compuestos por 7 a 9 integrantes. Tan sólo un 1 % de los adultos mayores reside en hogares integrados por 10 a 14 personas.



Al desglosar el tamaño del hogar por la variable socio-geográfica, no aparecen diferencias relevantes, salvo en los hogares compuestos por 7 a 9 personas, el cual arroja porcentajes más altos en los sectores urbanos por sobre los rurales (11.3 % v/s 4%). Al desglosar ahora la misma variable, pero por sexo, se constata una diferencia en los hogares de menor tamaño (1 a 3), siendo algo mayor la presencia de los hombres en este tipo de hogar (58.8%), versus el 50.6% de las mujeres. Por el contrario, en los hogares de 4 a 6 integrantes, existe una mayor presencia femenina (36.7 %), versus el 28.9% de los hombres.

CUADRO Nº 5.7
Tamaño del Hogar por Sexo y Zona Geográfica

	Tamaño del hogar	Sexo		Zona Socio-geográfica	
		Hombre	Mujer	Urbano	Rural
	1 - 3	58,8	50,6	51,0	55,6
	4 - 6	28,9	36,7	35,5	34,4
	7 - 9	9,6	9,5	11,3	4,0
	10 -14	1,8	,8	,2	3,3
	NS/NR	,9	2,4	2,0	2,6
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0

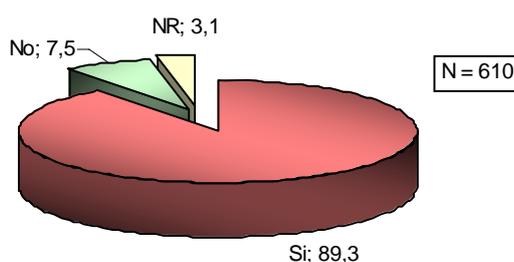
³⁰ Fuera de analizar los datos del gráfico, debemos advertir un dato relevante. Como el número de personas por hogar se ha intervalado en la tabla, no nos permite advertir un dato relevante: la aparición de un 9.6% de adultos mayores que declaran vivir solos/as en el hogar.

d. Integración del adulto mayor en el espacio familiar-hogareño

Las necesidades de compañía y comunicación del adulto mayor parten o inician en el espacio más cercano, es decir, el hogar. Es aquí donde se produce y reproduce una dinámica familiar que en lo óptimo no debe excluir al adulto mayor. Por ello, hemos querido saber si el adulto mayor comparte los espacios típicos del hogar con el resto de la familia. Según el gráfico de abajo, la gran mayoría de ellos/as sí comparten los mismos espacios con el resto de la familia (89.3%), lo cual resulta ser positivo respecto de su nivel básico de vida. Sin embargo, aunque la cifra que responde negativamente ascienda sólo a un 7.5 %, producto de lo crítico de la variable, es a considerar de todas formas un problema.

GRÁFICO N° 5.8
Integración del AM en el Hogar

Integración del adulto mayor en el hogar



Al desglosar la variable por sexo y zona socio-geográfica, aparecen algunas diferencias marginales, pudiendo sólo advertir –exploratoriamente- que son los adultos mayores de sexo femenino y los AM pensionados de zonas urbanas, quienes declaran –en un porcentaje levemente mayor - **no** compartir los espacios típicos del hogar con el resto de la familia; 8.3% y 8.9%, respectivamente.

CUADRO N° 5.8
Integración del AM en el hogar por Sexo y Zona Socio-Geográfica

	Sexo		Zona Socio-geográfica	
	Hombre	Mujer	Urbano	Rural
Si	91,2	88,9	88,2	92,7
No	4,4	8,3	8,9	3,3
NS/NR	4,4	2,8	2,8	4,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

N = 610

Al observar ahora la variable desglosada por la edad en intervalos, es posible afirmar que a medida el adulto llega a una edad más avanzada, va siendo relegado de los espacios típicos del hogar. Esto se constata al observar que el porcentaje en el penúltimo y último intervalo (95 a 99 y 100 a 106 años), desciende comparativamente respecto de los otros

intervalos, alcanzando un 50% y 40% respectivamente. Habría que problematizar esta exclusión de dichos espacios, saber si la causa es parte de las labores propias del cuidado (por ejemplo, evitar que el pensionado transite por sectores riesgosos de la casa), o bien responde a una lógica de descuido de familiares o no familiares que integran el hogar.

CUADRO Nº 5.9
Integración del adulto mayor en el hogar por rango de edad

	Rango de Edad								
	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 - 89	90 - 94	95 - 99	100 - 106	No Recuerda
Si	60,0	90,9	87,7	89,8	86,3	75,0	50,0	40,0	87,3
No	,0	,0	8,8	5,9	4,9	16,7	50,0	35,0	6,3
N/A	,0	,0	1,3	2,2	3,9	8,3	,0	,0	4,8
NS/NR	40,0	9,1	2,2	2,2	4,9	,0	,0	25,0	1,6

N = 626

5.1.4. Dimensión cuidados

A. Existencia de persona que realiza funciones de cuidadora

Este acápite hace alusión a un aspecto esencial del estudio, a saber, conocer si el adulto mayor cuenta con alguna/s persona/s que lo cuiden frecuentemente. El 82% de ellos/as declara que sí posee a alguien que lo/a cuida, independiente de la relación que mantengan entre sí y de si la persona que ejecuta el rol es voluntario/a o pagado/a.

GRÁFICO Nº 5.9
Existencia de Cuidador/a



Al desglosar el hecho de si el adulto mayor tiene o no cuidador/a por nivel de autovalencia, la tabla colindante muestra que a medida que el adulto mayor pierde la capacidad de auto-cuidado, surgen instancias de colaboración respecto de sus actividades y quehaceres cotidianos. Así, el 90,8 % de los adultos mayores en situación "semivalente" disponen de alguien que los/as cuida, mientras el 99,3 % de adultos mayores "postrados" disponen de alguien que los/as cuida.

CUADRO Nº 5.10
Nivel de Autovalencia

	Nivel de Autovalencia		
	Autovalente	Semivalente	Postrado
Si	53,2	90,8	99,3
No	46,8	9,2	,7
Total	100,0	100,0	100,0

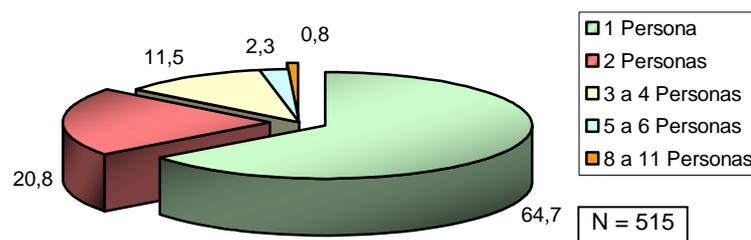
N = 626

B. Número de personas que colaboran en el cuidado del adulto mayor

Otra dimensión sobre la que se indagó, corresponde a conocer cuántas son las personas que colaboran en el cuidado del adulto mayor, dato relevante para conocer el nivel de protección que éste tiene en su cotidianidad. El gráfico abajo muestra que la gran mayoría dispone de un sólo cuidador/a (64.7 %), y que un 20.8% tiene dos personas que realizan dichas tareas. Un 11,5% dice tener entre 3 y 4 personas que le cuidan de manera frecuente.

GRÁFICO Nº 5.10
Número de Personas que cuidan al AM

Número de personas que cuidan al adulto mayor



Al desglosar el número de personas que colaboran en los cuidados del adulto mayor, por nivel de autovalencia de éste, se puede ver en la tabla colindante que no aumenta directamente el número de personas al cuidado cuando disminuye el nivel de autovalencia.

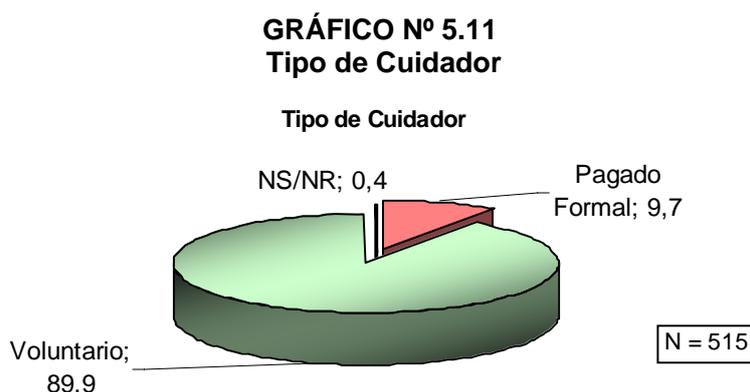
CUADRO Nº 5.11
Número de personas que colaboran en los cuidados del AM, por nivel de autovalencia

	Nivel de autovalencia		
	Autovalente	Semivalente	Postrado
1 Persona	59,8	66,0	65,4
2 Personas	18,5	20,4	22,8
3 a 4 personas	19,6	9,5	10,3
5 a 6 personas	2,2	3,5	,0
8 a 11 personas	,0	,7	1,5
Total	100,0	100,0	100,0

N = 515

C. Tipo de cuidador/a

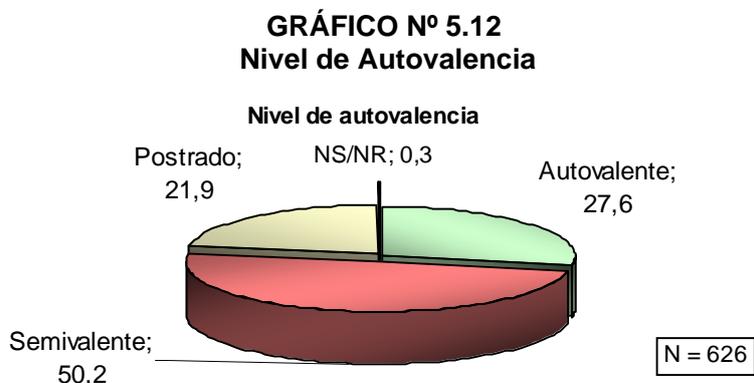
Este dato revela la importancia de contar con redes familiares, vecinales, etc., que puedan prodigar un cuidado efectivo del adulto mayor. Esto es efectivo, puesto que como demuestra el gráfico siguiente, un 89.9% de los adultos mayores dispone de un/a cuidador/a de tipo voluntario, que como se demuestra en la sección dos, corresponde básicamente a familiares. El 9.7% de los/as adultos mayores declara estar bajo el cuidado de una persona o entidad (hogares de ancianos o similares), dentro de una relación de servicio pagado (formal).



5.1.5. Dimensión salud

A. Nivel de Auto-valencia

El grupo social foco de este estudio posee ciertas características que hacen que el tema del autocuidado sea prioritario de tematizar y profundizar. En esta etapa etárea de la vida es más probable la aparición de múltiples problemas de salud, los cuales tienen diversas consecuencias para el nivel de vida de ellos/as, pudiendo producirles molestias menores, o inclusive una discapacidad física y/o psíquica de magnitud. El gráfico siguiente señala que la mayoría de los adultos mayores se encuentra en un estado semivalente (50.2 %), y que un 21.9 % declara experimentar una situación de postración. Casi la tercera parte de la población declara una situación de autovalencia (27.6 %)



Al observar el nivel de autovalencia por zona geográfica, se visualiza que en la zona urbana el porcentaje de adultos mayores en situación de postración es mayor que en la zona rural (23.9% v/s 15.6%). Desglosando la variable, pero por sexo, se observa que las mujeres manifiestan un porcentaje mayor que los hombres de estado de postración (23 % v/s 17.1%).

CUADRO Nº 5.12
Nivel de Autovalencia por Sexo y Zona Socio-Geográfica

	Sexo		Zona Socio-geográfica	
	Hombre	Mujer	Urbano	Rural
Autovalente	26,5	27,9	24,8	36,4
Semivalente	55,6	48,9	50,8	48,1
Postrado	17,1	23,0	23,9	15,6
NR	,9	,2	,4	,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

N = 626

Como se advierte en el inicio de este acápite, la edad es una variable que en gran parte explica la aparición de problemas de salud que pueden desembocar en alguna/s discapacidad/es y afectar, por ello, el estado de autovalencia del individuo. En este sentido, la tabla abajo muestra como la categoría "autovalente" disminuye a medida que el adulto mayor avanza en edad, alcanzando en los último intervalo (95 a 99 y 100 a 106 años), un 8.3 % y 0% de individuos autovalentes respectivamente. Esto último se consolida aún más al advertir el comportamiento de la categoría "postrado/a", donde se observa un constante aumento del nivel de postración a medida que se avanza en la edad, alcanzando en el último tramo un 50 % de adultos mayores postrados/as.

CUADRO Nº 5.13
Nivel de autovalencia por rango etéreo

	Rango de Edad								No Recuerda
	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 - 89	90 - 94	95 - 99	100 - 106	
Autovalente	,0	36,4	31,7	23,7	22,5	8,3	10,0	,0	39,7
Semivalente	100,0	27,3	50,7	44,1	58,8	75,0	50,0	50,0	42,9
Postrado	,0	36,4	17,2	31,7	18,6	16,7	40,0	50,0	17,5
NS/NR	,0	,0	,4	,5	,0	,0	,0	,0	,0

N = 626

Antes de revisar los datos de la tabla, la cual cruza tamaño del hogar con nivel de autovalencia, debe tomarse en cuenta que respecto de los adultos mayores en situación de postración, hay un 5.1 % que declara vivir solos/as, lo que evidentemente plantea una situación profunda vulnerabilidad humana y social. Pasando a la tabla, y focalizándonos en la categoría "postrado/a", se observa que en el tramo de 4 a 6, y el de 7 a 9 integrantes por hogar, los porcentajes de población adulto mayor postrada ascienden a un 25.6% y a un 25.9%, respectivamente.

CUADRO Nº 5.14**Nivel de Autovalencia del AM por Tamaño del Hogar**

	Tamaño del hogar			
	1 - 3	4 - 6	7 - 9	10 - 14
Autovalente	32,4	24,2	20,7	,0
Semivalente	47,5	49,8	53,4	83,3
Postrado	19,8	25,6	25,9	16,7
NR	,3	,5	,0	,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

N = 610

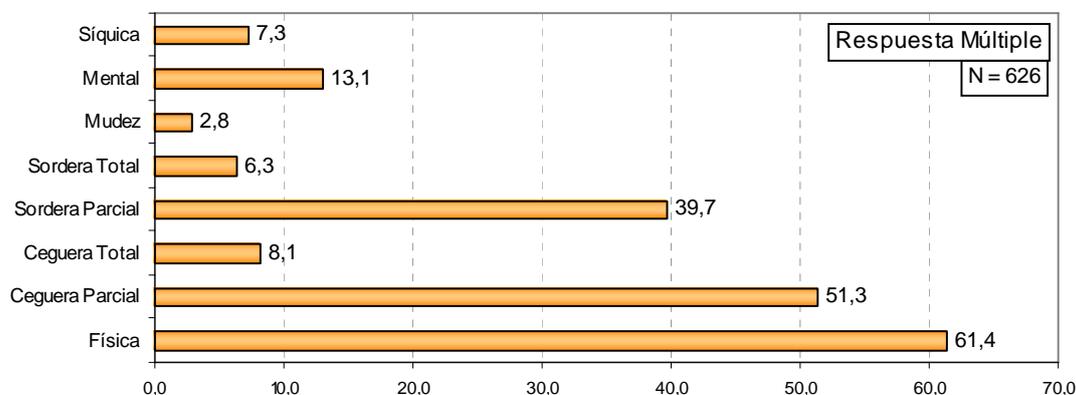
B. Tipos de discapacidad experimentada

Antes de ingresar en la exploración más detallada de cada una de las discapacidades consultadas en esta investigación, es conveniente registrar el dato grueso de cuántos adultos mayores declaran tener algún tipo de discapacidad. El gráfico aledaño muestra este dato, constatando que la gran mayoría – 96.6% - declara experimentar algún tipo de discapacidad. Tan sólo un menor 3.4% declara no tener alguna discapacidad. Este dato es fundamental para conocer el perfil de salud de la población estudiada.

GRÁFICO Nº 5.13**Ocurrencia de algún tipo de discapacidad****Tiene alguna discapacidad**

Uno de los puntos clave para enriquecer los análisis anteriores sobre los niveles de autovalencia en los adultos mayores, corresponde a mostrar cuál o cuáles son las discapacidades experimentadas por ellos/as con mayor frecuencia. En el gráfico abajo, y en formato de respuesta múltiple, se obtiene que tres discapacidades son las predominantes. En primer lugar, aparece claro el predominio de las discapacidades de índole “física”, un 61.4 % de las personas que tienen alguna discapacidad dice experimentarla. En segundo lugar, advertimos que la “ceguera parcial” es una limitante frecuente en este contexto; ascendiendo a un 51.3 %. En tercer lugar aparece el problema de la “sordera parcial”, discapacidad que es experimentada por un 39.7 %. Algo más lejos de los problemas enunciados, aparece la discapacidad de tipo mental, con un 13.1 %.

GRÁFICO Nº 5.14
Tipo de discapacidades más frecuentes



En la tabla abajo, se muestran los resultados acerca de las discapacidades en formato de respuesta múltiple, pero desglosados por intervalos de edad. Considerando la discapacidad predominante mostrada en el gráfico anterior (discapacidad de tipo física), vemos que en los últimos intervalos (95 a 99 y 100 a 106 años) manifiestan un alto porcentaje respecto de este tipo de discapacidad (100 %). En otro tanto, podemos ver que en términos generales la ceguera total y sordera total tienen un claro incremento a medida que se envejece, alcanzando esta última un 50% en el último intervalo de edad.

CUADRO Nº 5.15
Discapacidades del AM por Tramos Étareos

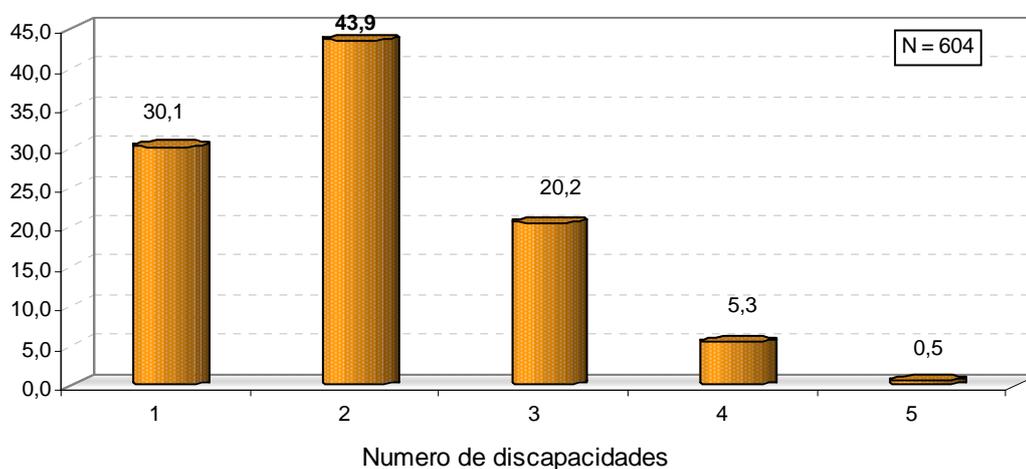
		Rango de Edad								No Recuerda
		65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 - 89	90 - 94	95 - 99	100 - 106	
Física	Si	80,0	72,7	60,8	57,0	64,7	58,3	100,0	100,0	52,4
Ceguera Parcial	Si	40,0	72,7	53,7	50,0	42,2	16,7	50,0	50,0	49,2
Ceguera Total	Si	,0	9,1	4,4	9,1	10,8	25,0	50,0	50,0	4,8
Sordera Parcial	Si	40,0	9,1	34,8	45,2	36,3	33,3	100,0	50,0	39,7
Sordera Total	Si	,0	,0	5,3	7,0	6,9	,0	,0	50,0	6,3
Mental	Si	,0	9,1	13,2	12,9	8,8	25,0	50,0	,0	12,7

Respuesta Múltiple (n = 626)

B.1 Número de discapacidades experimentada por el adulto mayor

Como una forma de enriquecer los análisis anteriores, resulta relevante conocer el monto de discapacidades que los adultos mayores declaran experimentar. En el gráfico siguiente se constata que es bajo el porcentaje de adultos mayores que experimentan 5 discapacidades (0.5 %), y 4 discapacidades (5.3 %). Los adultos mayores que declaran tener 2 discapacidades aparecen con mayor predominio (43.9%), seguido de aquellos que declaran sólo una discapacidad (30.1%) y de aquellos que declaran 3 discapacidades (20.2 %)

GRÁFICO Nº 5.15
Número de Discapacidades Experimentadas por el AM



Al desglosar el número de discapacidades en base a si el adulto mayor tiene o no cuidador/a, se visualiza que los porcentajes se distribuyen de manera bastante similar entre los que sí tienen cuidador, y aquellos que declaran no tenerlo. Las distribuciones además siguen una dirección muy similar a las mostradas en el gráfico anterior.

CUADRO Nº 5.16
Número de Discapacidades por existencia de cuidador

		Tiene Cuidador/a	
		Si	No
Numero de discapacidades	1	29,7	32,4
	2	44,2	42,2
	3	20,5	18,6
	4	5,2	5,9
	5	,4	1,0
Total		100,0	100,0

N = 604

Al desglosar el número de discapacidades por el sexo del adulto mayor, se obtiene que es algo mayor el porcentaje de mujeres –respecto de los hombres- que declaran tener 2 discapacidades. Esta lógica se invierte en la categoría correspondiente a 3 discapacidades, donde los hombres manifiestan un porcentaje de 26.1 %, versus el 19.2 que manifiestan las mujeres.

CUADRO Nº 5.17
Número de Discapacidades por Sexo del AM

		Sexo	
		Hombre	Mujer
Numero de discapacidades	1	31,0	29,9
	2	38,9	45,0
	3	25,7	18,9
	4	4,4	5,5
	5	,00	,6
Total		100,0	100,0

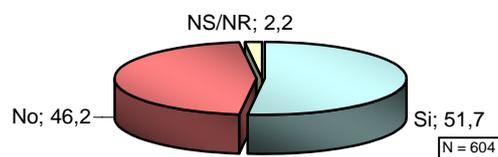
N = 604

C. Acceso a implementos para suplir discapacidad

Como se ha establecido en los acápite anteriores, gran parte de la población de estudio declara poseer alguna discapacidad, lo cual abre la interrogante si ellos/as logran acceder a los implementos necesarios para gestionar de manera adecuada dicha discapacidad. El gráfico siguiente muestra que hay un 51.7 % de las personas con alguna discapacidad que tiene acceso a los implementos necesarios para suplirla; sin embargo, hay un significativo 46.2 % que declara no tener el acceso a dichos implementos. Esta cifra es relevante, puesto que plantea un problema de cobertura en materia de salud, cuyo efecto es limitar el acceso a una mejor calidad de vida en esta población.

GRÁFICO Nº 5.16
Acceso a Implementos para suplir Discapacidad

Acceso a implementos para suplir discapacidad



Desglosando – con fines exploratorios - la variable de acceso a implementos para suplir discapacidad, por sexo del adulto mayor y por zona socio-geográfica se obtiene la tabla adjunta que aporta información relevante puesto que no hay diferencias significativas en las categorías de ambas variables.

CUADRO Nº 5.18
Acceso a implementos para suplir discapacidad, por sexo del AM y por zona socio-geográfica

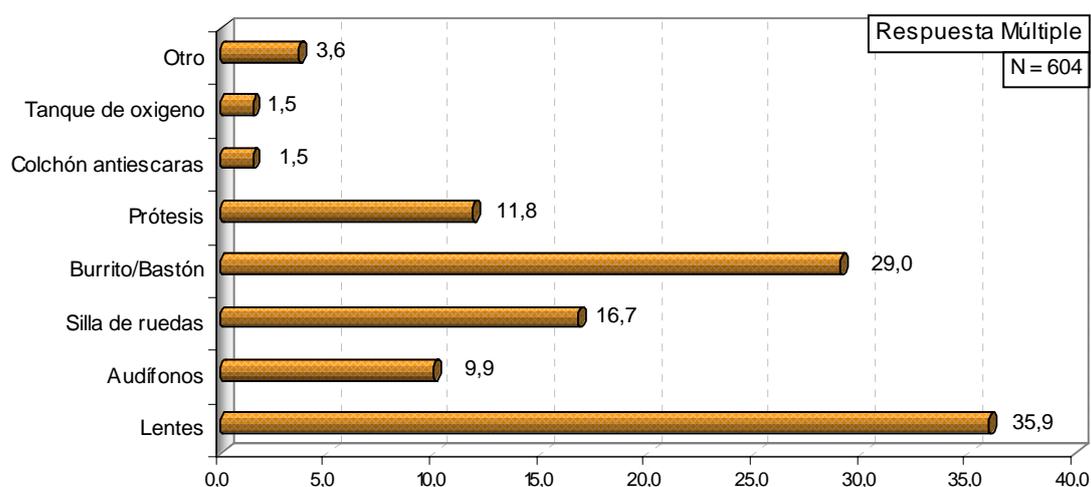
	Sexo		Zona Socio-geográfica	
	Hombre	Mujer	Urbano	Rural
Si	53,1	51,3	52,4	49,3
No	44,2	46,6	45,8	47,3
NS/NR	2,7	2,0	1,8	3,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

N = 604

C. Tipo de Implementos usados por quienes tienen alguna discapacidad

El gráfico siguiente expone, en formato de respuesta múltiple, los tipos de implementos de mayor uso por los adultos mayores con algún tipo de discapacidad. Los anteojos son los implementos de más frecuente uso (35.9%), le siguen a estos dos implementos ligados a la discapacidad física; el burrito o bastón (29%) y la silla de ruedas (16.7%). A estos le sigue el uso de prótesis (11.8%)

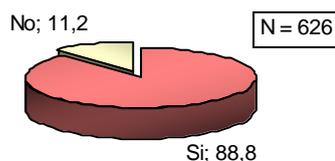
GRÁFICO N° 5.17
Tipo de Implementos usados por quienes tienen alguna discapacidad



D. Acceso a una atención en salud

Dado que la edad de la población de estudio los/as hace proclives a contraer enfermedades y/o manifestar otros problemas médicos, los espacios o servicios de salud local, especialmente el consultorio, ocupan un rol fundamental en los cuidados médicos respectivos.

GRÁFICO N° 5.18
Acceso a una Atención de Salud



El gráfico muestra que gran parte de los adultos mayores sí tienen acceso a las atenciones de salud prestado por el consultorio de su localidad (89%), no obstante hay que poner atención a ese 11 % que dice no hacerlo, puesto que esa situación incrementa su nivel de riesgo a sufrir –o intensificar- algún problema médico por falta de diagnóstico y/o tratamiento oportuno.

Al desglosar las cifras de acceso a la atención en el consultorio por zona socio-geográfica y sexo, se constata que tanto los adultos mayores de sectores urbanos como rurales, manifiestan porcentajes altos de atención, siendo levemente mayor este hecho en los sectores rurales. El patrón anterior se repite al considerar el sexo del adulto mayor, siendo los hombres quienes manifiestan un porcentaje levemente mayor de atención en el consultorio.

CUADRO Nº 5.19
Acceso a la Atención en el Consultorio por Sexo y Zona Socio-Geográfica

	Sexo		Zona Socio-geográfica	
	Hombre	Mujer	Urbano	Rural
Si	91,5	88,2	87,7	92,2
No	8,5	11,8	12,3	7,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

N = 626

Al desglosar el acceso al consultorio por nivel de autovalencia, se observa que los adultos mayores que declaran experimentar una situación de postración manifiestan, comparativamente respecto de las otros estados de autovalencia, una cifra menor de acceso a la atención prestada por el consultorio (81.3 %). Este hecho puede ser el resultado de su propia condición y de las dificultades de traslado inmanentes a tal condición, o bien esa situación de postración es producto de un bajo acceso a la atención en algún centro de salud primario, o bien secundario.

CUADRO Nº 5.20
Acceso al Consultorio por Nivel de Autovalencia

		Nivel de Autovalencia		
		Autovalente	Semivalente	Postrado
Se atiende en el consultorio	Si	91,9	90,4	81,3
	No	8,1	9,6	18,7
Total		100,0	100,0	100,0

N = 626

Al desglosar la variable de atención en el consultorio por edad en intervalos, constatamos que el acceso a una atención en el consultorio desciende en los intervalos intermedios, y asciende en los intervalos iniciales y finales.

CUADRO Nº 5.21
Acceso al Consultorio por Rango de Edad

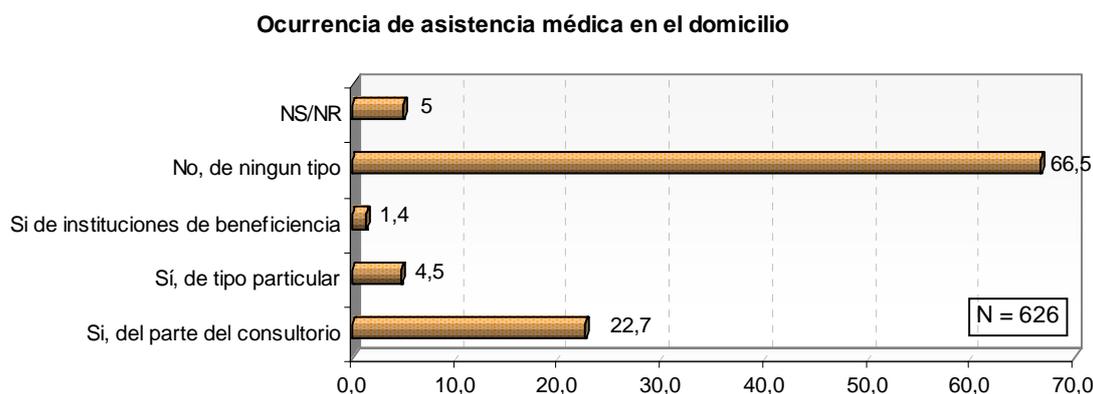
		Rango de Edad								No Recuerda
		65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 - 89	90 - 94	95 - 99	100 - 106	
¿Se atiende en el consultorio?	Si	100,0	100,0	93,0	88,2	78,4	75,0	100,0	100,0	88,9
	No	,0	,0	7,0	11,8	21,6	25,0	,0	,0	11,1

N = 626

E. Ocurrencia de asistencia médica en el domicilio

Por las dificultades de movilización y traslado de la población foco de estudio, la asistencia médica que puedan recibir en su propio hogar resulta ser un aporte realmente significativo. Por desgracia, como muestra el gráfico de abajo, la mayoría de los adultos mayores declaran no recibir algún tipo de atención médica en su domicilio (66.5%). Tan sólo un 22,7 % declara ser visitado por un agente médico del consultorio, y un 4.6 % dice ser visitado por algún agente médico de tipo particular.

GRÁFICO Nº 5.19
Ocurrencia de Asistencia Médica en el Domicilio



Al desglosar la variable de asistencia médica en el hogar por zona socio-geográfica y por sexo, se observa que los adultos mayores de las zonas rurales y en mayor medida de género masculino, revelan un porcentaje mayor en cuanto a no recibir en el hogar algún tipo de atención médica; 77.3 % y 70.1 %, respectivamente. Por otra parte, se observa que es mayor en los sectores urbanos la existencia de adultos mayores que reciben atención médica domiciliaria por parte del consultorio; 25.4 % v/s 14.3 % de las zonas rurales. Este dato es consistente considerando que la gama de servicios es más densa y diversa en los espacios urbanos, en contraste de los rurales. Además en estas últimas zonas surgen mayores problemas de traslado, los cuales se suman a las limitaciones de movilidad que muchos adultos mayores experimentan. Esta situación hace aún más indispensable el recibir en el propio hogar algún tipo de atención médica.

CUADRO Nº 5.22
Asistencia médica en el hogar por zona socio-geográfica y por sexo

	Zona Socio-geográfica		Sexo	
	Urbano	Rural	Hombre	Mujer
Si, del parte del consultorio	25,4	14,3	19,7	23,4
Sí, de tipo particular	4,7	3,9	4,3	4,5
Si de instituciones de beneficiencia	1,5	1,3	1,7	1,4
No, de ningun tipo	62,9	77,3	70,1	65,6
NS/NR	5,5	3,2	4,3	5,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

N = 626

Al desglosar la variable asistencia médica en el hogar por nivel de autovalencia, se visualizan dos comportamientos inversos pero coherentes en las categorías uno y cuatro. En este sentido, se constata que a medida que se pierde autovalencia aumenta el porcentaje de adultos mayores que declaran recibir algún tipo de atención médica en el domicilio, descendiendo -a medida que aumenta la edad- los porcentajes en la categoría "no recibe atención domiciliaria". Aunque la frecuencia de atención domiciliaria aumenta en la categoría postrado a 36.7%, sigue siendo baja dado la situación crítica experimentada.

CUADRO Nº 5.23
Asistencia médica en el hogar por Nivel de Autovalencia

	Nivel de Autovalencia		
	Autovalente	Semivalente	Postrado
Si, del parte del consultorio	14,5	21,2	36,7
Sí, de tipo particular	2,3	3,8	8,6
Si de instituciones de beneficiencia	1,7	,6	2,9
No, de ningun tipo	78,6	69,6	44,6
NS/NR	2,9	4,8	7,2
Total	100,0	100,0	100,0

N = 626

Al analizar la variable asistencia médica en el hogar en base a la edad del adulto mayor por intervalos, surge como dato interesante el hecho de que en los últimos dos intervalos aumenta quienes dicen recibir atención de parte del consultorio (50%).

CUADRO Nº 5.24
Asistencia médica en el hogar por rango de edad

	Rango de Edad								
	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 - 89	90 - 94	95 - 99	100 - 106	No Recuerda
Si, del parte del consultorio	,0	27,3	21,6	25,3	26,5	16,7	50,0	50,0	11,1
Sí, de tipo particular	,0	,0	3,5	4,8	6,9	16,7	,0	,0	3,2
Si de inst. de beneficiencia	,0	,0	,9	,5	3,9	,0	,0	,0	1,6
No, de ningun tipo	60,0	54,5	71,8	64,0	59,8	58,3	50,0	50,0	73,0
NS/NR	40,0	18,2	2,2	5,4	2,9	8,3	,0	,0	11,1

N = 626

En la tabla aledaña, se observa que los adultos mayores que dicen contar con alguien que los cuide acceden con mayor probabilidad a una atención médica domiciliaria, principalmente efectuada por agentes médicos provenientes del consultorio (con cuidador: 24.5% v/s sin cuidador: 14.4%).

CUADRO Nº 5.25
Asistencia médica en el hogar por existencia de Cuidador

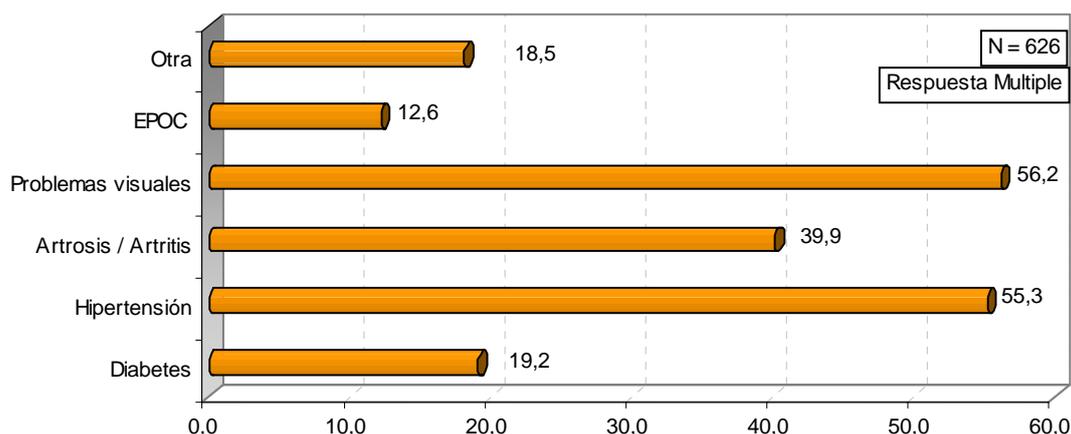
	Tiene Cuidador/a	
	Si	No
Si, del parte del consultorio	24,5	14,4
Si, de tipo particular	4,9	2,7
Si de instituciones de beneficencia	1,6	,9
No, de ningun tipo	64,7	74,8
NS/NR	4,5	7,2
Total	100,0	100,0

N = 626

F. Prevalencia de problema de salud

Es necesario, para el presente análisis, considerar el cuadro médico que caracteriza a los/as pensionados/as, conociendo cuáles son las enfermedades predominantes experimentadas por ellos/as. Al revisar el siguiente gráfico en formato de respuesta múltiple, se visualiza que los problemas de salud que aparecen con mayor frecuencia enunciados corresponden a “enfermedades asociadas a la visión” (56.2%), junto a problemas de hipertensión (55.3%). Los problemas de artritis/artrosis también aparecen mencionados con frecuencia (40%). Igual como se concluyó respecto de las discapacidades, muchos adultos mayores poseen más de un problema de salud, lo que agrava más aún su situación.

GRÁFICO Nº 5.20
Prevalencia de problema de salud



Al desglosar los problemas de salud por sexo, se observa que gran parte de ellos tienen una prevalencia mayor en las mujeres, en comparación a los hombres. Esta diferencia es marcada en problemas como la hipertensión, la artritis/artrosis, la diabetes y problemas de salud tipo EPOC. Esta situación sólo varía, aunque de manera menor, en los problemas cardiacos.

CUADRO Nº 5.26
Existencia de Problemas de Salud por Sexo

		Sexo	
		Hombre	Mujer
Diabetes	Si	13,7	20,4
Hipertensión	Si	39,3	58,9
Artrosis / Artritis	Si	29,1	42,4
Problemas visuales	Si	54,7	56,6
EPOC (Enf. Pulmonar)	Si	7,7	13,8
Cardiopatía	Si	5,3	3,6

Respuesta Múltiple (N = 626)

5.1.6. Percepción de requisitos para mejorar las actividades del/la cuidador/a

En el instrumento de recolección de la información cuantitativa se incluyeron algunas preguntas abiertas con el fin de explorar -desde la perspectiva de los propios adultos mayores- las necesidades prioritarias urgentes de satisfacer con el fin de mejorar su propio cuidado. Del conjunto de respuestas entregadas, se elaboraron categorías que reducen la dispersión semántica de las respuestas originales.

En la tabla siguiente, aparecen representadas cuantitativamente las categorías construidas. Al inspeccionar la tabla, se observa que la necesidad prioritaria -con un 44.6%- corresponde al acceso por medicamentos e implementos destinados a suplir alguna discapacidad: silla de ruedas, bastón/burrito, audífonos, anteojos, etc. En el segundo lugar de importancia, aparece con urgencia la solicitud por "mejorar el monto de las pensiones" (30.1%); dentro de esta categoría emerge el discurso que advierte que la pensión no alcanza para cancelar los gastos comunes (luz, agua, electricidad), así como otros gastos asociados a enfermedades y/o discapacidades. Dentro de la misma dimensión económica-material, aunque de más amplio alcance, aparece un 24.4% de adultos mayores que exponen como necesidad relevante el "mejorar la situación económica"; con ello aluden a la satisfacción de un amplio y diversos aspectos de necesidades, no sólo del adulto mayor, sino también del conjunto de su familia.

Otras necesidades que aparecen dentro de la dimensión salud, se refieren "al acceso a una atención en materia de salud más oportuna y de mayor calidad" (22.4%) y en menor medida disponer de una "atención médica domiciliaria" (8.5%) Dentro de la primera categoría participan discursos que relevan el hecho de reducir la espera en los consultorios para ser controlados o bien operados, el mejorar el trato de doctores y enfermeras, el contar con más especialistas, etc.

Por último, aparece como necesidad relevante el contar con la ayuda necesaria para movilizarse dentro y fuera del hogar (20.5%); esta necesidad resume otras necesidades, como son la necesidad de distracción, de no depender absolutamente de la persona que lo/la cuida, de poder ir al consultorio sin problemas, etc. Las restantes necesidades son marginales respecto de las mencionadas anteriormente.

CUADRO Nº 5.27
Percepción de Requisitos para mejorar las actividades del Cuidador

	Si	No
Mejorar situacion economica	24,4	75,6
Mejorar monto de pensiones	30,1	69,9
Acceso a medicamento o implemento para suplir discapacidad	44,6	55,4
Acceso a una mayor y mejor atencion en salud	22,4	77,6
Asistencia medica en el hogar	8,5	91,5
Adaptar o reparar vivienda	8,8	91,2
Movilizarse más fácil dentro y fuera del hogar	20,5	79,5
Otra necesidad	16,2	83,8

Respuesta Múltiple (N = 352)

Al desglosar el conjunto de necesidades por zona socio-geográfica, se constata a partir de la tabla abajo que aparecen diferencias importantes en las necesidades referentes a “mejorar el monto de pensiones”; aquí los adultos mayores residentes en sectores rurales superan en 15.3 puntos porcentuales a los residentes en sectores urbanos. Otra diferencia significativa aparece en la necesidad correspondiente al “acceso a medicamentos e implementos para suplir una discapacidad”, donde los adultos mayores de zonas rurales superan en 13.6 puntos porcentuales a los residentes en los sectores urbanos. Esta situación vuelve a repetirse en la “necesidad de movilizarse más fácil dentro y fuera del hogar”, 11.2 puntos porcentuales de diferencia a favor de los residentes en zonas rurales.

Al desglosar el conjunto de necesidades por sexo, se visualiza que en la categoría donde emergen más diferencias es la referente a la necesidad de “mejorar la situación económica”, necesidad más acentuada en los hombres (30.4%) que en las mujeres (23%). Lo mismo ocurre respecto de la necesidad por elevar las pensiones (hombres: 34.8 v/s mujeres: 29%). Otra diferencia significativa, pero en dirección contraria, se revela en la necesidad ligada a movilizarse más fácil dentro y fuera del hogar; necesidad más acentuada en mujeres (22.3%), que en hombres (13%).

CUADRO Nº 5.28
Percepción de Requisitos para mejorar las actividades del Cuidador por Sexo y Zona Socio-Geográfica

		Sexo		Zona Socio-geográfica	
		Hombre	Mujer	Urbano	Rural
Mejorar situacion economica	Si	30,4	23,0	25,7	19,7
Mejorar monto de pensiones	Si	34,8	29,0	26,8	42,1
Acceso a medicamento o implemento para suplir discapacidad	Si	42,0	45,2	41,7	55,3
Acceso a una mayor y mejor atencion en salud	Si	20,3	23,0	23,6	18,4
Asistencia medica en el hogar	Si	10,1	8,1	10,1	2,6
Adaptar o reparar vivienda	Si	7,4	9,2	8,7	9,3
Movilizarse más fácil dentro y fuera del hogar	Si	13,0	22,3	18,1	28,9

Respuesta Múltiple (N = 352)

Al desglosar el conjunto de necesidades por nivel de autovalencia del adulto mayor, se constata que tanto en la categoría “postrado”, como en la categoría “semivalente”, la necesidad que prevalece es aquella referida a “acceder a una mayor y mejor atención en salud”. No obstante ser relevante la misma categoría en los adultos mayores autovalentes (32.8%), prevalece por una leve superioridad la categoría “mejorar montos de pensiones” (34.6%)

CUADRO N° 5.29
Percepción de Requisitos para mejorar las actividades del Cuidador por Nivel de Autovalencia

		Nivel de Autovalencia		
		Autovalente	Semivalente	Postrado
Mejorar situación económica	Si	15,4	25,1	27,5
Mejorar monto de pensiones	Si	34,6	32,4	20,9
Acceso a medicamento o implemento para suplir discapacidad	Si	30,8	43,5	54,9
Acceso a una mayor y mejor atención en salud	Si	30,8	23,7	15,4
Asistencia médica en el hogar	Si	13,5	7,7	7,7
Adaptar o reparar vivienda	Si	11,5	9,2	6,6
Movilizarse más fácil dentro y fuera del hogar	Si	9,6	19,8	28,6

Respuesta Múltiple (N = 352)

5.1.7. Percepción de los problemas experimentados por el cuidador desde la óptica del adulto mayor

Se ha indagado acerca de las capacidades que el adulto mayor tiene para reconocer ciertos estados o problemas surgidos en la persona que lo cuida, problemas que aparecen como efecto de las actividades inherentes al ejercicio del rol. Antes de profundizar en este aspecto, se debe advertir el monto importante de adultos mayores que “no saben o no responden” a la consulta solicitada. Esta situación puede responder a la precaria tematización de los problemas experimentados por el cuidador, pero también es fruto de la edad avanzada de la población de estudio, a quienes muchas veces no le es fácil responder una pregunta abierta, la cual implica una elaboración mayor, más detallada.

Al ahondar sobre los problemas experimentados por los cuidadores y percibidos por los adultos mayores, en base a su total y a la condición del autovalencia de estos últimos, se encuentra con que un 25% de ellos dicen no ver en sus cuidadores algún problema. Fuera de esto, el problema más frecuente percibido corresponde a “la falta de tiempo para ellos/as mismos” (18.6%), le siguen los “problemas de salud” (12.1%), las “dificultades económicas” (11.1%), “agotamiento físico y/o psicológico” (10.3%). Al desglosarlo por el nivel de autovalencia del AM con pensión de invalidez, se aprecia que quienes declaran no ver un problema son aquellos adultos mayores autovalentes, puesto que este porcentaje cae a la mitad en la situación de semivalencia y en estado de postración.

CUADRO Nº 5.30**Percepción de los Problemas Experimentados por el Cuidador desde la Óptica del AM**

	Nivel de Autovalencia			Total
	Autovalente	Semivalente	Postrado	
Dificultades economicas	9,6	11,5	11,5	11,1
Falta de tiempo para sus cosas	16,4	23,4	10,6	18,6
Limitaciones laborales	1,4	7,7	8,7	6,7
Agotamiento físico y/o psicológico	2,7	7,2	20,2	10,3
Su alta edad y problemas asociados a ello	4,1	1,9	1,0	2,1
Problemas de salud	9,6	12,9	12,5	12,1
Falta de colaboración de terceros o implementos necesarios	5,5	4,8	7,7	5,7
Problema para movilizarlo/a	2,7	1,9	2,9	2,3
Otro	2,7	8,1	4,8	6,2
Ninguno Problema	45,2	20,6	20,2	25,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

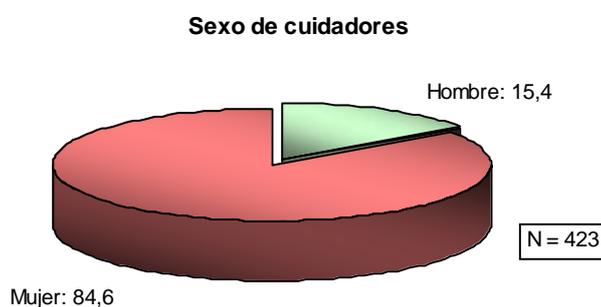
N = 388

5.1.8. Caracterización básica de cuidadoras/es

A. Sexo

Los resultados del estudio son claros en el sentido de revelar el carácter básicamente femenino de las labores de cuidado del adulto mayor (84.6% v/s el 15.4% de hombres). Este hecho está de acuerdo al patrón cultural que asigna a la mujer roles cuyas actividades se ejecutan dentro de la dinámica del espacio privado, espacio donde las acciones de cuidado familiar directo sobresalen.

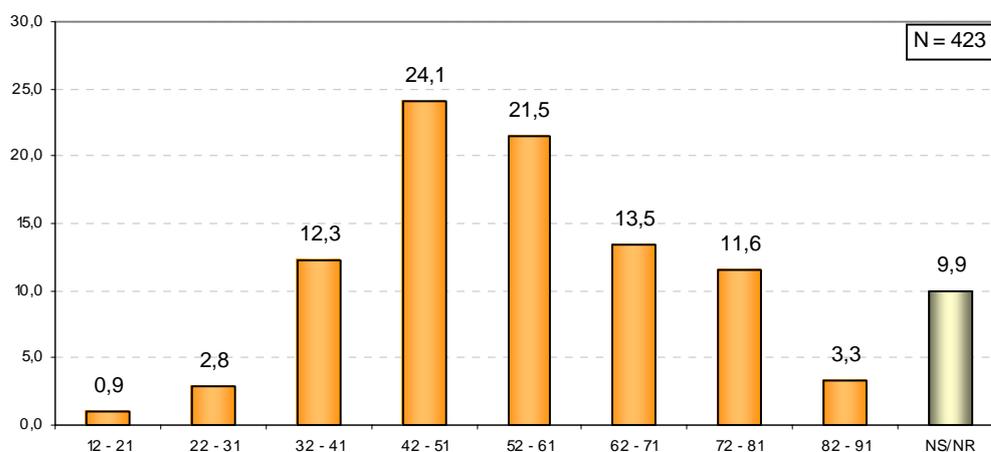
GRÁFICO N° 5.21
Sexo de Cuidadores



B. Edad de cuidador/a

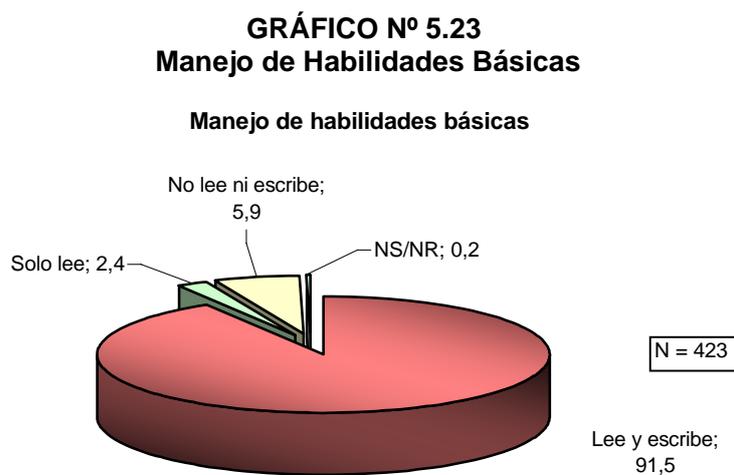
Como se puede constatar en el siguiente gráfico, los rangos de edad que manifiestan una mayor frecuencia se encuentran entre los 42 a 51 años (24.1%), y los 52 a 61 años (21.5%). El rol lo desempeñan en muy menor medida personas jóvenes, (menores de 32 años: 3.7%), o personas muy mayores (más de 81 años: 3.3%).

GRÁFICO N° 5.22
Edad de cuidadores en intervalos



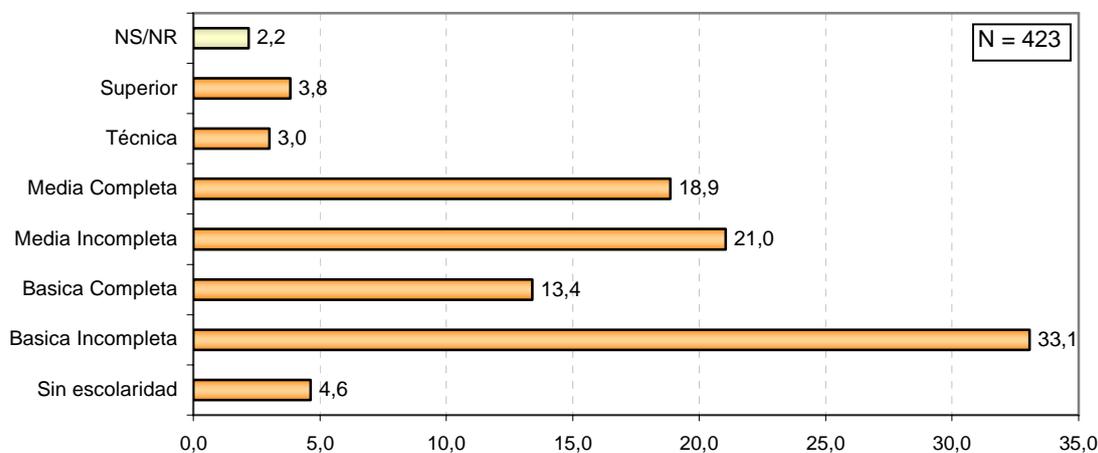
C. Nivel de Escolaridad de cuidadores/as

Al igual forma se realizó en el caso de los pensionados, en este punto es relevante conocer la configuración de los cuidadores respecto del manejo de habilidades básicas, más cuando el cuidador está llamado a suplir no sólo las falencias físicas o psíquicas del adulto mayor, sino también las falencias educativas, las cuales se constataron en la sección uno. Al ver el gráfico siguiente, se encuentra que un 91.5% de los cuidadores declara saber leer y escribir, y tan sólo un 5.9% declara no saber leer ni escribir. Un 2.4% declara que sólo sabe leer.



Al constatar el nivel educativo de los/as cuidadores/as, se comprueba que aumenta el nivel cursado y cumplido al compararlo con el de los propios pensionados. Esto es relevante -como se dijo antes – si se considera que al estar mejor preparados suplen de manera más efectiva las carencias del pensionado, además logran asumir un rol de intermediador válido entre el entorno y el propio adulto mayor, favoreciendo el acceso a servicios u otros beneficios en salud, recreación, etc. En este contexto, si bien prevalecen los cuidadores con educación básica incompleta (33.1%), aumentan los porcentajes que declaran tener una educación básica completa (12.4%), junto a una educación media incompleta (21%) y una educación media completa (18.9%).

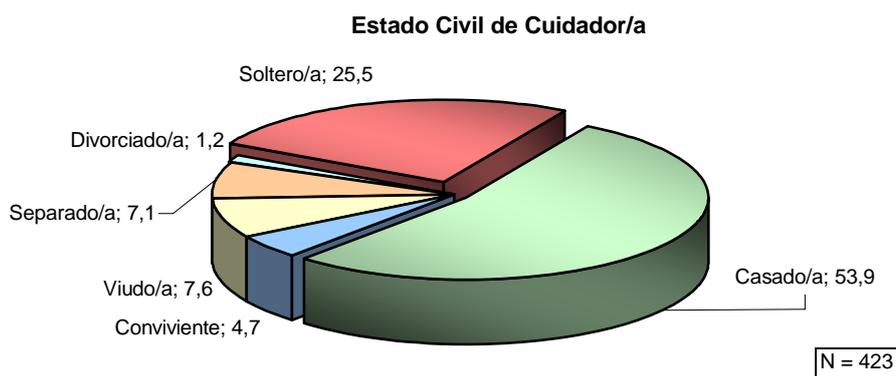
GRÁFICO Nº 5.24
Nivel Educativo de los Cuidadores



D. Estado civil del cuidador

La realidad familiar de quien ejerce el rol de cuidador resulta relevante, puesto que entrega una información importante, aunque básica, sobre la carga de actividades familiares que puede experimentar dicha persona. El gráfico siguiente muestra que gran parte de los cuidadores declaran estar casados (53.9%), en esta situación –muchas veces– el ejercer el rol de cuidador/a representa una carga extra a su rol familiar principal. Un 25.5% declara encontrarse en una situación de soltería.

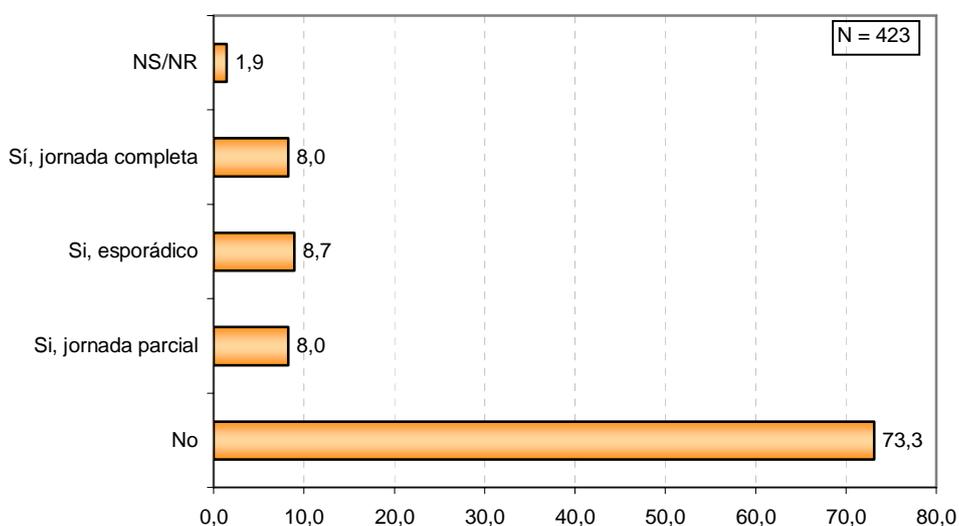
GRÁFICO Nº 5.25
Estado Civil del Cuidador/a



E. Tiene/no tiene un trabajo remunerado el cuidador

Una manera indirecta para sopesar la posible sobrecarga de quien ejerce el rol de cuidador/a, es conociendo la realidad laboral que éste/a posee. El gráfico siguiente, muestra con nitidez que gran parte de los cuidadores declara no tener obligaciones de tipo laboral (73.3%). Hay un 24.7% que declara tener algún tipo de trabajo, aunque sólo un 8.2% de estos tiene un trabajo de jornada completa.

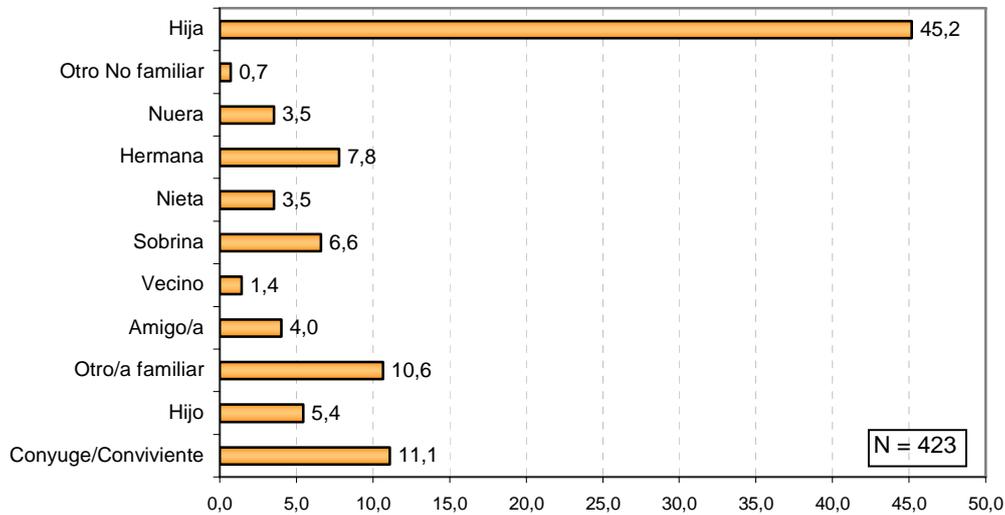
GRÁFICO N° 5.26
Situación laboral de cuidador/a



F. Relación de parentesco del cuidador con el adulto mayor

El siguiente gráfico señala la importancia que las redes familiares poseen, puesto que en su gran mayoría quienes cuidan al adulto mayor pertenecen a la propia familia de éste. Al indagar más en detalle por tipo específico de familiar, emerge con gran relevancia el papel desempeñado por la hija, quien en casi la mitad de los casos dice ser quien cuida al adulto mayor (45.2%); por el contrario, la frecuencia del hijo sólo alcanza un 5.4%. El otro familiar que aparece frecuentemente como cuidador, corresponde al cónyuge y/o conviviente, con un 11.1%.

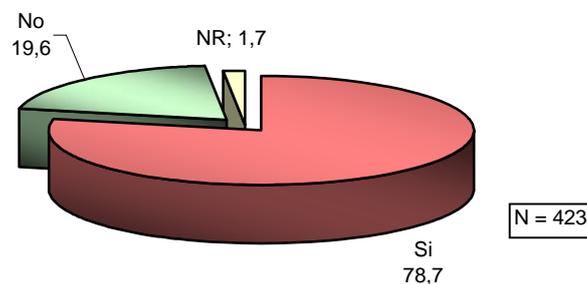
GRÁFICO N° 5.27
Relación de parentesco adulto mayor - cuidador



G. Complemento entre rol de cuidador y rol de apoderado/a

La labor o rol del apoderado puede considerarse como una más de las actividades demandadas por el adulto mayor en su condición, puesto que responde a la falencia para trasladarse al lugar de pago que este tiene. No obstante, esta actividad no necesariamente la realiza el cuidador principal del adulto mayor, sino que cualquier otra persona (familiar o no familiar). El gráfico siguiente dilucida esta posibilidad de complementariedad, mostrando la existencia de un 78.7% de cuidadores que también realizan la función de apoderado.

GRÁFICO N° 5.28
Complementariedad apoderado/cuidador

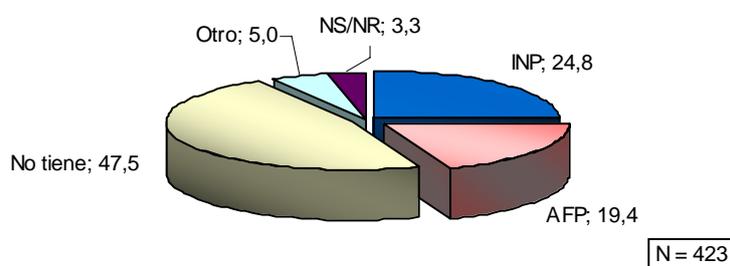


5.1.9. Acceso a la seguridad previsional del cuidador/a

a. Tipo de previsión en materia de ahorro de pensiones

Considerando sólo a los cuidadores mayores de 18 años, se ha consultado si ellos/as disponen de algún sistema de ahorro de pensiones. Al ligar este dato con la realidad laboral arroja el análisis del punto F de acápite anterior, se entiende con mayor consistencia el 47.5% que dice –en el gráfico- no tener algún tipo de sistema de ahorro previsional. De aquellos que sí dicen disponer de un sistema previsional, sobresalen quienes pertenecen al INP (24.8%); esta cifra se entiende mejor al constatar que muchos de los cuidadores son mayores de 60 años. Por último, hay un 19.4% de cuidadores que se encuentran dentro del sistema de ahorro de AFP.

GRÁFICO Nº 5.29
Tipo de previsión en materia de pensión



Al desglosar la variable de acceso a un sistema de ahorro previsional, en base al sexo del cuidador, afloran dos elementos significativos. En primer lugar, encontramos que los hombres participan en mayor medida en el sistema de ahorro de AFP (35.4%), versus el 16.5% de las mujeres. Sobresale además el hecho de que en la categoría “no tiene” algún sistema de ahorro, las mujeres doblan al porcentaje que se registra en la población masculina (hombres: 24.6% v/s mujeres: 51.7%).

CUADRO Nº 5.31
Acceso a la Seguridad Provisional del Cuidador

	Sexo	
	Hombre	Mujer
INP	29,2	24,0
AFP	35,4	16,5
No tiene	24,6	51,7
Otro	6,2	4,7
NS/NR	4,6	3,1

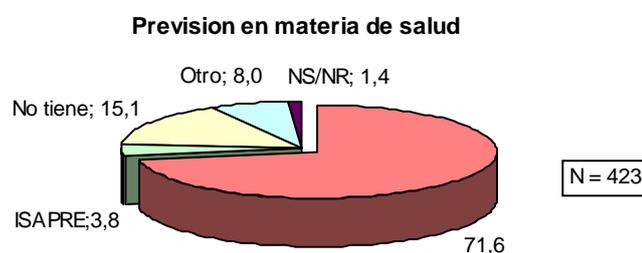
N = 423

5.1.10. Calidad de salud del Cuidador/a

a. Tipo de previsión en materia de salud de cuidador

Considerando que el pertenecer a un sistema de protección en salud plantea una protección básica de las personas, se abordó esta realidad en el estudio; los valores de este asunto están contenidos en el gráfico aldaño. Este muestra el marcado predominio de quienes se encuentran dentro de la cobertura entregada por FONASA (71.6%). Un menor 3.8% declara pertenecer a alguna ISAPRE, y un 15.1% declara no estar dentro de ningún tipo de cobertura de salud.

GRÁFICO Nº 5.30
Previsión en Materia de Salud



Al desglosar la cobertura en materia de salud por sexo del cuidador, se observa respecto de FONASA, que las mujeres manifiestan una leve mayoría respecto de los hombres; 72.7% v/s 67.3%, respectivamente. Por el contrario, del conjunto de cuidadores que declaran estar dentro de alguna ISAPRE, es mayor la presencia de los hombres (13.5%), que de las mujeres (2.5%).

CUADRO Nº 5.32
Cobertura de Salud por Sexo del Cuidador

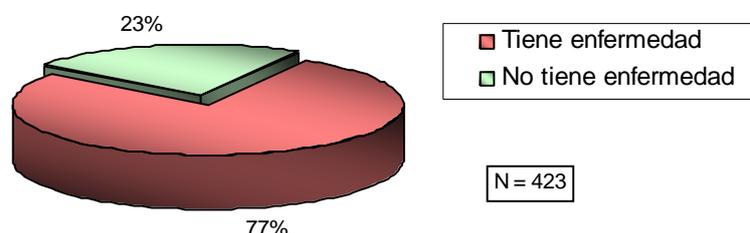
	Sexo de Cuidador/a	
	Hombre	Mujer
FONASA	67,7	72,3
ISAPRE	10,8	2,5
No tiene	13,8	15,4
Otro	6,2	8,4
NS/NR	1,5	1,4

N = 423

B. Tipo y magnitud de enfermedades experimentadas por el cuidador

El perfil en materia de salud de los cuidadores es un dato relevante cuando se persigue conocer las posibles dificultades en el ejercicio del rol que puedan registrarse. El gráfico siguiente enseña el dato grueso sobre este asunto, así muestra que gran parte de los cuidadores sí dice tener algún problema de salud (77%), lo cual plantea una situación a considerar al momento de evaluar la calidad de vida del cuidador.

GRÁFICO Nº 5.31
Tiene el cuidador alguna enfermedad



En la tabla colindante, y en formato de respuesta múltiple, aparecen representados los problemas de salud más frecuentes que pueden afectar a los cuidadores. Al observar los datos, se puede constatar que los problemas de visión (35.7%), junto a los problemas de hipertensión (35%), son predominantes

CUADRO Nº 5.33
Problemas de Salud de los Cuidadores

	No	Si
Hipertension	65,0	35,0
Diabetes	88,2	11,8
Osteoporosis	80,9	19,1
Problemas visuales	64,3	35,7
Depresion o sintomas depresivos	74,7	25,3
Otro	81,8	18,2

Respuesta Múltiple (N = 423)

Al desglosar los problemas de salud por el sexo del cuidador, se observa que cada uno de los problemas manifiesta una mayor intensidad en las mujeres, en contraposición a los hombres. Esta diferencia es aún más significativa en los problemas de hipertensión, osteoporosis y síntomas o cuadro declarado de depresión.

CUADRO Nº 5.34
Problemas de Salud por Sexo de los Cuidadores

		Sexo de Cuidador/a	
		Hombre	Mujer
Hipertension	Si	27,7	36,3
Diabetes	Si	9,2	12,3
Osteoporosis	Si	6,2	21,5
Problemas visuales	Si	23,1	38,0
Depresion o sintomas	Si	9,2	28,2
Otro	Si	16,9	18,4

Respuesta Múltiple (N = 423)

5.1.11. Cercanía espacial y social del/la cuidador/a con el adulto mayor

A. Lugar de residencia del cuidador

La mayoría de las personas que se declaran como cuidadores de los adultos mayores dicen vivir en el mismo lugar de éste, lo cual es explicado por el hecho de que este rol lo desempeñan básicamente personas pertenecientes al grupo familiar del adulto mayor. En el gráfico siguiente, se constata -cuantitativamente- la situación residencial del cuidador, demostrando que un 84.4% declara residir en el mismo hogar que el adulto mayor.

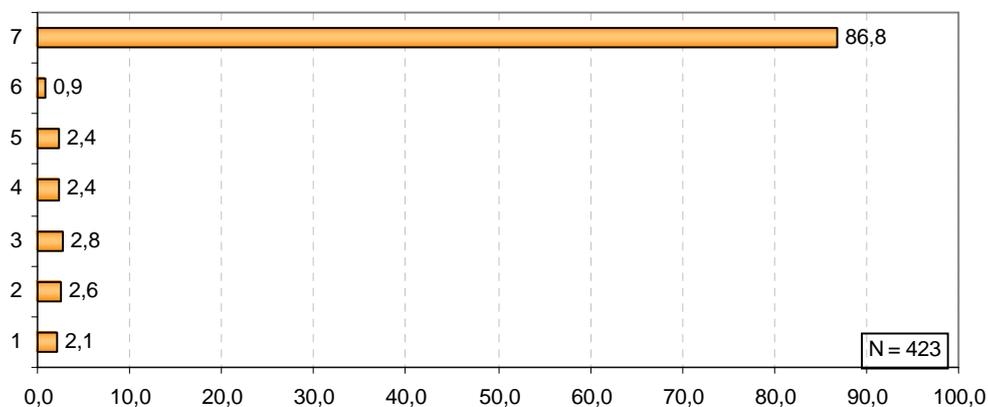
GRÁFICO Nº 5.32
Lugar de Residencia del Cuidador



B. Días por semana dedicados al ejercicio del rol de cuidador/a

Dado el dato registrado anteriormente, sobre residencia del cuidador, es más comprensible el dato que entrega el siguiente gráfico. Este último demuestra que gran parte de los cuidadores asiste a los adultos mayores durante los 7 días de la semana (86.8%). Este dato resulta ser muy relevante si se considera que la mayor frecuencia y permanencia del cuidador con el adulto mayor asegura una protección más integral del mismo.

GRÁFICO Nº 5.33
Número de días a la semana que cuida al adulto mayor



Al cruzar las variables “número de días” por sexo de cuidador/a, resultan datos que permiten afirmar que no hay asociación entre ambas variables, a saber, que el sexo del cuidador no dice nada sobre el número de días dedicados a las labores de cuidado.

CUADRO Nº 5.35
Nº de días a la semana que cuida al AM por sexo de cuidador

	Sexo de Cuidador/a	
	Hombre	Mujer
1	1,5	2,2
2	3,1	2,5
3	1,5	3,1
4	1,5	2,5
5	3,1	2,2
6	,0	1,1
7	89,2	86,3
Total	100,0	100,0

N = 423

Al cruzar la variable “número de días” por zona socio-geográfica, los datos resultantes no permiten establecer una asociación entre ambas variables, a saber, la zona socio-geográfica urbano/rural no dice mucho acerca del número de días dedicados a las labores de cuidado.

CUADRO Nº 5.36
Nº de días a la semana que cuida al AM por Zona Socio-geográfica

	Zona Socio-geográfica	
	Urbano	Rural
1	2,7	,0
2	2,4	3,4
3	3,6	,0
4	1,8	4,5
5	2,1	3,4
6	,9	1,1
7	86,5	87,6
Total	100,0	100,0

N = 423

Al cruzar las variables “número de días” por relación básica de parentesco entre cuidador y adulto mayor, se verifica una diferencia relevante en el sentido que quienes no tienen una relación de parentesco con el adulto mayor, manifiestan un porcentaje menor en la categoría “7 días” (65.4%), en comparación a quienes sí dicen tener una relación de parentesco con el adulto mayor (88.2%).

CUADRO Nº 5.37
Nº de días a la semana que cuida al AM por relación de parentesco

	¿Cuidador es familiar?	
	Si	No
1	1,8	7,7
2	2,5	3,8
3	2,5	7,7
4	2,3	3,8
5	2,3	3,8
6	,5	7,7
7	88,2	65,4
Total	100,0	100,0

Como era de esperar, la persona que declara tener una relación de trabajo, independiente de la continuidad y frecuencia del mismo, declara en un porcentaje menor, cuidar al adulto mayor los siete días de la semana, en comparación a quienes declaran no tener una obligación laboral.

CUADRO Nº 5.38
Nº de días a la semana que cuida al AM por Obligación Laboral

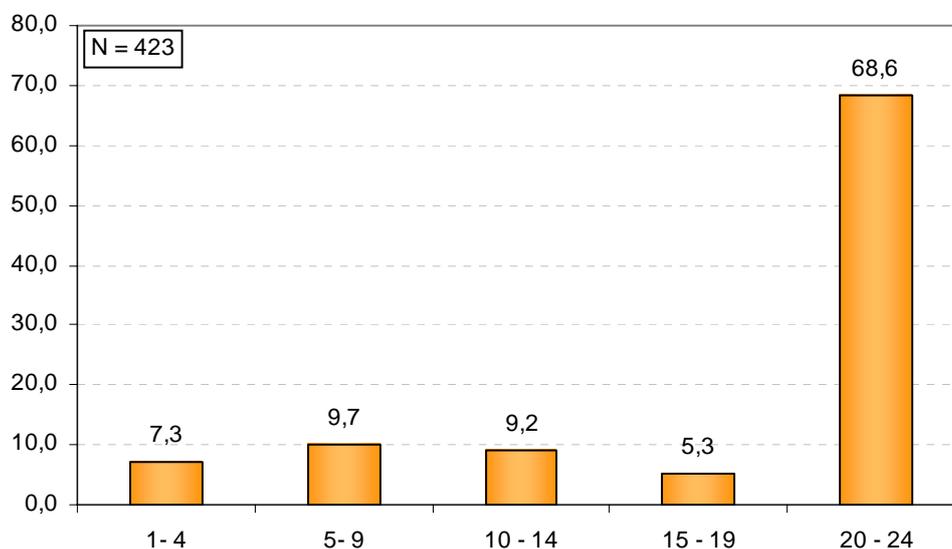
	Tiene algún trabajo remunerado			
	No	Si, jornada parcial	Si, esporádico	Sí, jornada completa
1	1,3	2,9	2,7	8,8
2	1,6	2,9	5,4	8,8
3	2,6	5,9	5,4	,0
4	1,3	2,9	8,1	2,9
5	1,6	2,9	8,1	2,9
6	1,0	2,9	,0	,0
7	90,6	79,4	70,3	76,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

N = 423

C. Número de horas al día que el cuidador dedica en cuidar al adulto mayor

Otro dato relevante que sirve para conocer de manera integral el tiempo que dedica quien ejerce el rol de cuidador a sus labores inherentes, corresponde a conocer el número de horas -por día- invertidas en estas actividades. Un resumen estadístico básico, permite decir que en promedio ellos/as invierten 19,2 horas al día en sus labores, hallándose la moda (valor reiterado con mayor frecuencia) en 24 horas. En el gráfico siguiente, se muestra el número de horas en intervalos de tamaños homogéneos (5 horas); en este resulta nítido el predominio del intervalo que va de 20 a 24 horas.

GRÁFICO Nº 5.34
Número de horas al día dedicadas a cuidar al adulto mayor



En la tabla siguiente, se enseña el número de horas promedio por días invertidas por quienes cuidan a los adultos mayores. Los datos que ésta enseña, es posible deducir que el promedio de horas por día no varía significativamente entre quienes declaran cuidar al adulto mayor entre 1 a 6 días. El promedio de horas aumenta claramente en quienes dicen cuidar al adulto mayor los siete días de la semana, lo cual se demuestra consistente con los datos anteriores (ver punto A), donde se mostraba que el 85.2 % de los cuidadores residen en el mismo espacio que el adulto mayor.

CUADRO Nº 5.39
Número de horas promedio por días invertidas por quienes cuidan a los adultos mayores

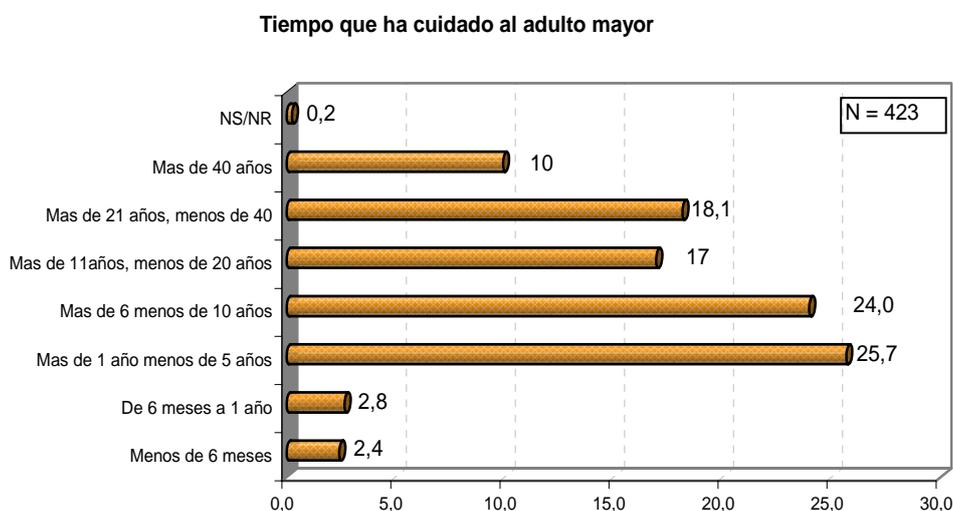
	Preomedio de horas
1	9,25
2	10,45
3	7,50
4	8,60
5	10,60
6	12,50
7	20,67

N = 423

D. Tiempo –en años –que la persona ha cuidado al adulto mayor

Este punto explora la antigüedad que la persona lleva desempeñando el rol de cuidador del adulto mayor. El gráfico siguiente señala los diferentes rangos de tiempo usados para cuantificar esta realidad, lo cual permite constatar que casi la cuarta parte lleva ejerciendo el rol entre “un año y menos de 5 años”, (25.7%). Muy cercano también a la cuarta parte de los casos, se encuentran los cuidadores que dicen llevar “más de 6 años, pero menos de 10” cuidando al adulto mayor (24%). Con un 18.1% aparecen quienes dicen llevar “más de 21 años, pero menos de 40” ejerciendo el rol. Por último, un 10% declara llevar 40 años y más ejerciendo dichas tareas.

GRÁFICO N° 5.35
Tiempo que a cuidado al AM

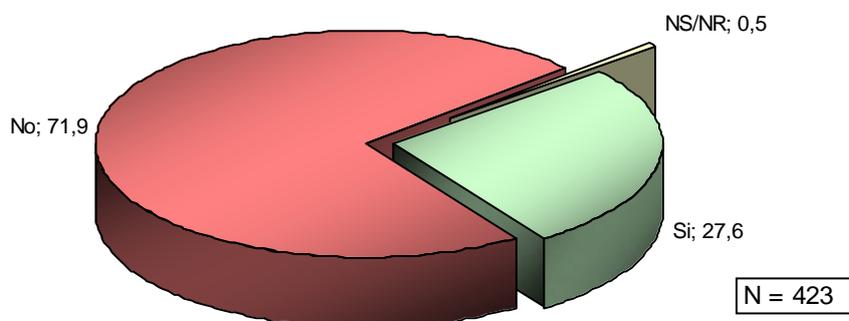


E. Experiencia como cuidador de otro adulto mayor

Gran parte de quienes aparecen como cuidadores, declaran no haber tenido anteriormente una experiencia similar a la que tienen en la actualidad (71.9%), no obstante, casi la tercera parte de los casos (27.6%), sí declara haber tenido a otro adulto mayor a su cuidado.

GRÁFICO Nº 5.36
Experiencia como Cuidador de Otro AM

¿Ha cuidado antes a otro adulto mayor?



F. Oportunidad de capacitación en labores de cuidador/a

Dada la complejidad que implica el cuidado de este grupo humano, la capacitación que reciban quienes ejercen efectivamente el cuidado se torna prioritario, no obstante en la realidad esto no ocurre. En el siguiente gráfico queda claro esta situación, puesto que la gran mayoría de cuidadores/as (91.7%) declara no haber recibido nunca algún tipo de capacitación (charla, taller, u otro).

GRÁFICO Nº 5.37
Ha tenido la oportunidad de capacitarse sobre la temática del adulto mayor

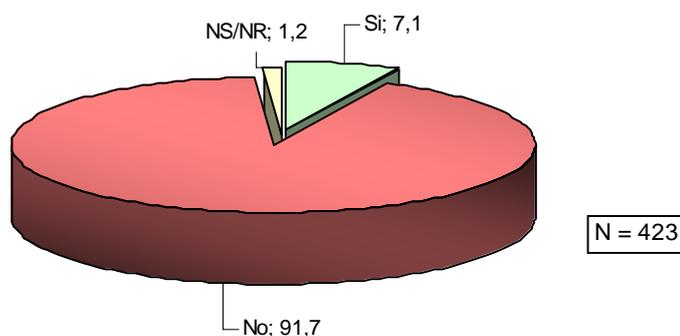
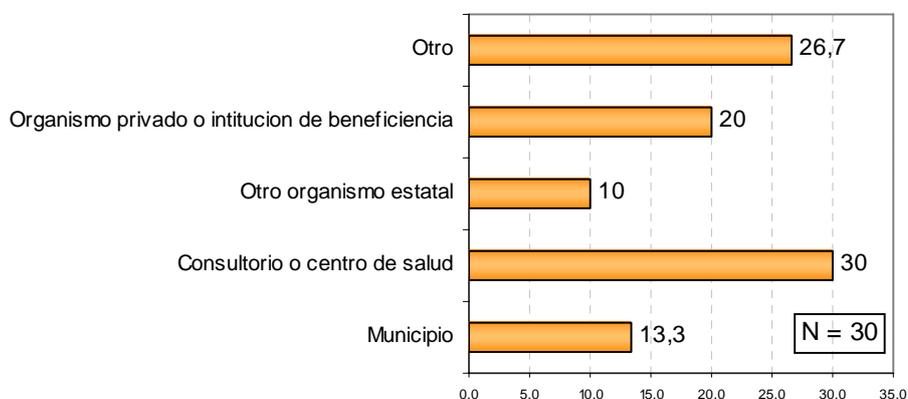


GRÁFICO Nº 5.38
Institución donde se capacitó



Al indagar sobre qué institución o similar había ejecutado la capacitación a quienes la experimentaron, los mayores porcentajes aparecen asociados al consultorio o centro de salud (30%), así como a un organismo privado o institución de beneficencia (20%).

Aunque las cifras de la variable son claras en afirmar la bajísima ocurrencia de capacitación, resulta interesante rescatar –con finalidades exploratorias- la diferencia que se registra por sexo, donde las mujeres superan en 6.6 puntos porcentuales el porcentaje registrado en los hombres.

CUADRO Nº 5.40
Ocurrencia de Capacitación por Sexo del Cuidador

	Sexo de Cuidador/a	
	Hombre	Mujer
Si	1,5	8,1
No	96,9	90,8
NS/NR	1,5	1,1

N = 423

Al desglosar la variable desde el punto de vista del nivel educativo de los cuidadores, se logra ver el comportamiento que la variable asume, la cual dice que es más probable que las personas con niveles educativos más altos se demuestren más inclinados a participar en instancias de capacitación dirigidos al cuidado del adulto mayor.

CUADRO Nº 5.41
Ocurrencia de Capacitación por Nivel de Escolaridad

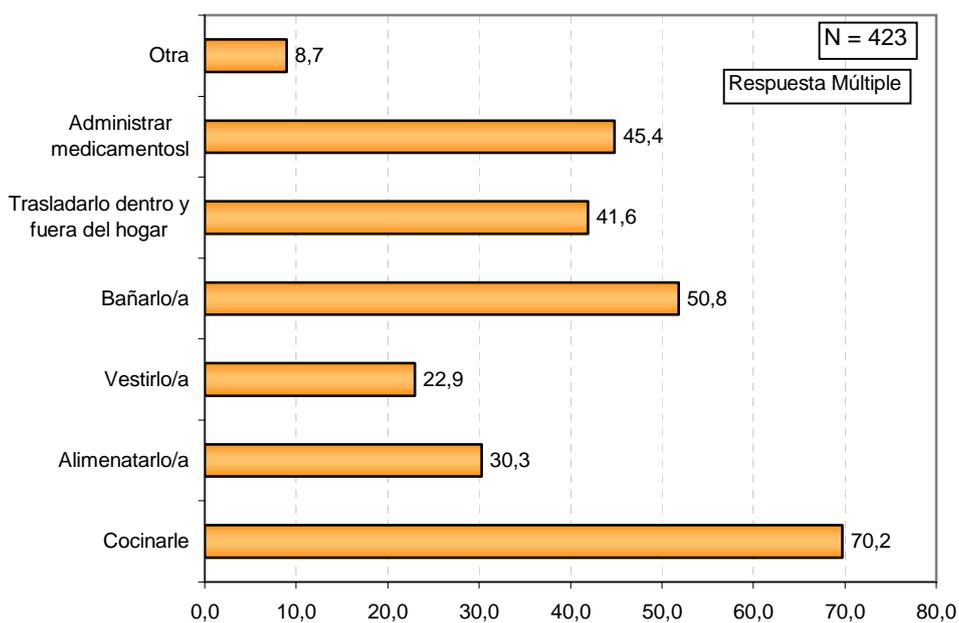
	Nivel Escolaridad de Cuidador/a						
	Sin escolaridad	Basica Incompleta	Basica Completa	Media Incompleta	.Media Completa	Técnica	Superior
Si	,0	6,5	1,7	7,6	7,6	30,8	21,4
No	100,0	90,6	98,3	92,4	92,4	69,2	78,6
NS/NR	,0	2,9	,0	,0	,0	,0	,0

N = 423

G. Actividades cotidianas inherente al rol de cuidador

Como se puede ver en el gráfico siguiente en formato de respuesta múltiple, la actividad asociada a la necesidad de alimentación del adulto mayor –cocinarle- es la que concentra la más alta frecuencia de las actividades analizadas: 70.2%. Además, otras actividades que aparecen mencionadas con frecuencia, corresponden a la acción higiénica de bañarlo/a (50.8%), a la actividad de cuidado médico como es el administrarle los medicamentos necesarios (45.4%) y el trasladarlo/a dentro y fuera del hogar (41.6%).

GRÁFICO Nº 5.39
Actividades cotidianas realizadas por el cuidador



Al desglosar las actividades realizadas por el cuidador, en base al nivel de autovalencia del adulto mayor, se puede visualizar que para el caso de los adultos mayores postrados, asoma como importante la actividad correspondiente al baño (76.4%), en cambio para el caso de los pensionados/as semivalentes sobresale el hecho de cocinarle (75.8%). Esta última actividad también tiene una presencia predominante en los adultos mayores autovalentes.

CUADRO Nº 5.42
Actividades Cotidianas Inherentes al rol del cuidador por nivel de Autovalencia

		Nivel de Autovalencia		
		Autovalente	Semivalente	Postrado
Cocinarle	Si	67,6	75,8	63,2
Alimentarlo/a	Si	10,8	25,5	54,7
Vestirlo/a	Si	6,8	18,6	44,3
Bañarlo/a	Si	20,3	49,4	76,4
Trasladarlo dentro y fuera del hogar	Si	39,2	45,0	35,8
Administrar medicamentos	Si	47,3	48,1	42,5
Otra	Si	17,6	8,2	,9

Respuesta Múltiple (N = 423)

Al desglosar la variable “actividades principales realizadas por el cuidador”, en base a si él mismo vive o no en la residencia del adulto mayor, se puede percatar que la ejecución de dichas actividades desciende cuando el cuidador no reside en el mismo hogar que el adulto mayor. En este punto, el contraste más pronunciado se encuentra en la actividad de cocinar, así como en la administración de medicamentos.

CUADRO Nº 5.43
Actividades Cotidianas Inherentes al rol del cuidador por residencia del AM

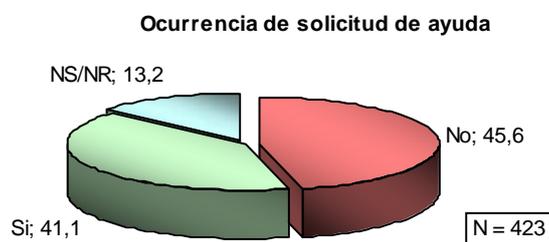
		Cuidador/a Vive en domicilio de pensionado/a	
		Si	No
Cocinarle	Si	75,1	41,9
Alimentarlo/a	Si	31,0	25,8
Vestirlo/a	Si	23,3	21,0
Bañarlo/a	Si	52,9	38,7
Trasladarlo dentro y fuera del hogar	Si	42,9	33,9
Administrar medicamentos	Si	49,0	24,2
Otra	Si	5,8	25,8

Respuesta Múltiple (N = 423)

H. Ocurrencia de solicitud de ayuda para solucionar alguna de las dificultades durante el cuidado del adulto mayor

Este punto muestra un hecho frecuente en el operar cotidiano respecto del rol de cuidador, por ello plantearlo como interrogante es necesario. De los datos señalados en el gráfico adjunto, se puede ver que en un 41.1% los cuidadores señalan que han debido solicitar algún tipo de ayuda, las cuales muchas veces están referidas al traslado, al acceso respecto de algún medicamento y/o implemento necesario para suplir alguna discapacidad.

GRÁFICO Nº 5.40
Ocurrencia de Solicitud de Ayuda



Cuando se desglosa la variable “solicitud de ayuda a un tercero para suplir una dificultad”, en base al nivel de autovalencia del adulto mayor, se comprueba el hecho “lógico” que no dice que a medida que el adulto mayor pierde capacidades de autovalencia, la persona que lo cuida solicita más ayuda a un tercero para solucionar un problema que supera sus capacidades; este tercero puede ser tanto familiar como no familiar.

CUADRO Nº 5.44
Ocurrencia de Solicitud de Ayuda por Nivel de Autovalencia

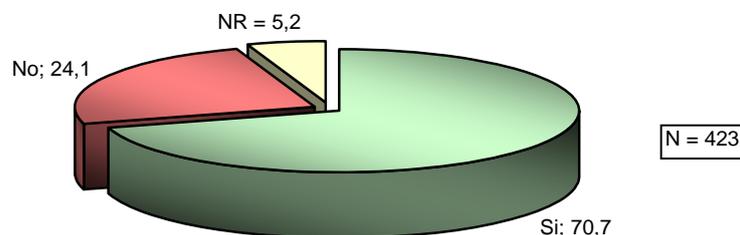
		Nivel de Autovalencia		
		Autovalente	Semivalente	Postrado
Ha solicitado ayuda	Si	21,6	44,2	50,0
	No	47,3	45,9	44,3
	NS/NR	31,1	10,0	5,7

N = 423

I. Administración de los medicamentos al adulto mayor

En el conjunto de actividades frecuentes analizadas en el punto anterior, aparecía dentro de las actividades más cotidianas la administración de medicamentos. El presente punto trata específicamente sobre este tópico, buscando conocer si es el cuidador quien administra los medicamentos destinados al tratamiento del adulto mayor. El siguiente gráfico muestra que un 70.7% de los cuidadores sí debe administrar medicamento a los adultos mayores.

GRÁFICO N° 5.41
Administración de los medicamentos al adulto mayor



Complementariamente se ha profundizado sobre cómo obtiene el cuidador los medicamentos y ciertos implementos para el buen ejercicio de su rol. Antes de desglosar estos datos por la variable zona socio-geográfica, se advierte que a nivel general el cuidador obtiene estos insumos principalmente a través del consultorio o centro de salud.

CUADRO N° 5.45
Administración de Medicamentos al AM por Zona Socio-Geográfica

	Zona Socio-geográfica		Total
	Urbano	Rural	
En forma particular (comprados)	23,1	12,4	20,9
En el consultorio o centro de salud	53,8	75,3	58,3
En alguna institución de beneficencia	,3	,0	,2
Otra	19,2	9,0	17,1
NS/NR	3,6	3,4	3,6
Total	100,0	100,0	100,0

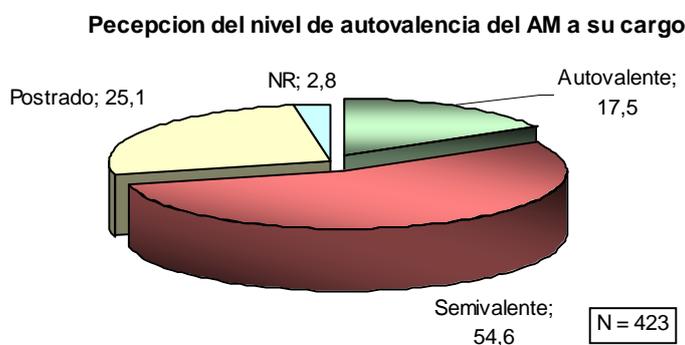
N = 423

Al desglosar dichos datos por zona urbano/rural, se visualiza que el acceso a medicamentos a través del consultorio es más pronunciado en la zona rural (75.3%), en contraste con la urbana (53.8%). Esta última lógica se invierte al considerar el acceso a estos medios de manera particular (pagada), puesto que el porcentaje en la zona urbana asciende a un 23.1%, mientras en la zona rural sólo lo hace a un 12.4%.

5.1.12. Percepción de estado del adulto mayor a su cuidado

En la imbricada relación existente entre cuidador y adulto mayor, es clave la capacidad que tenga el primero de percibir las necesidades del adulto mayor, especialmente en lo concerniente a su estado de salud.

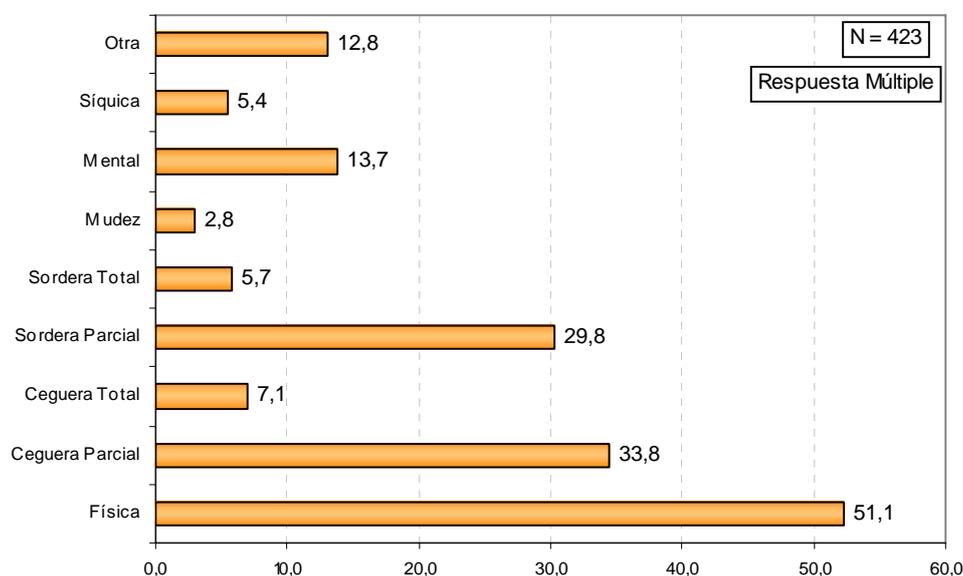
GRÁFICO Nº 5.42
Percepción del Nivel de Autovalencia del AM a su cargo



Debido a esto, se ha buscado que los propios cuidadores identifiquen el nivel de autovalencia de los/as pensionados a los cuales cuidan; el resultado aparece representado en el gráfico alado, en el cual se visualiza el predominio del estado de semivalencia (54.6%), seguido del estado de postración (25.1%), y en menor medida, el estado de autovalencia (17.5). Al comparar estas cifras con las de auto-percepción generada por los propios adultos mayores en la sección uno, se observa que los cuidadores reducen la magnitud de pensionados/as en estado autovalente (11.7 puntos porcentuales menos respecto de la auto-percepción de los adulto mayores), aumentando en leves puntos porcentuales el grupo de adultos mayores en estado de postración (3.5) y en semivalencia (5).

La percepción de parte de los cuidadores respecto del conjunto de discapacidades de los adultos mayores, están representadas en la siguiente tabla en formato de respuesta múltiple. Lo interesante de este tópico es visualizar que las declaraciones de los cuidadores coinciden con la de los adultos mayores, lo cual contribuye a validar las cifras aparecidas en la sección primera.

GRÁFICO Nº 5.43
Percepción sobre las discapacidades sufridas por el adulto mayor a su cargo



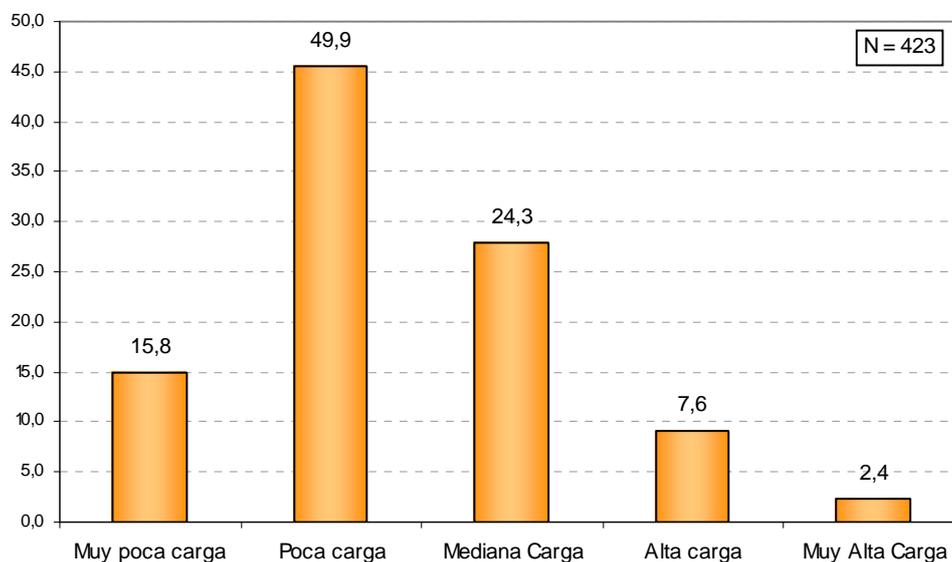
5.1.13. Análisis de escala ZARIT

Con el fin de profundizar en el diagnóstico acerca de las consecuencias que conlleva el ejercer como cuidador de un adulto mayor, se aplicó la escala Zarit con el fin de cuantificar el nivel de carga auto-percibido por los propios cuidadores respecto de sus tareas. La aplicación de esta escala genera puntajes que van de 0 a 84 puntos, representando los puntajes menores una baja sensación de carga respecto del ejercicio del rol, y por el contrario, puntajes altos representan una alta sensación de carga.

Al analizar en términos globales las cifras arrojadas por la escala, se visualiza basándonos en el promedio obtenido (30.5 puntos), que el nivel de carga sentida por los cuidadores se ubica en un nivel medio bajo, lo cual devela un panorama optimista respecto del tema estudiado. No obstante, la desviación standard (14.3 puntos) muestra que los datos tienen una dispersión que no debe ser desestimada al momento de extraer las conclusiones. La mediana muestra que el 50% de los casos manifiestan un puntaje igual o bajo los 28 puntos, lo que significa que el perfil en cuanto a sensación de carga experimentada, es de mediana a baja intensidad.

Con el fin de operar de manera más intuitiva sobre los datos desglosados de la escala Zarit; desglosados a nivel de variables relevantes del estudio, se construyeron intervalos que le entregan un sentido ordinal al continuo (puntaje de la escala). Estos intervalos van desde una sensación de “muy poca carga”, a una sensación de “muy alta carga” respecto de las labores implicadas en el ejercicio del rol. La frecuencia de la escala en intervalos es mostrada en el gráfico siguiente; este muestra que el nivel predominante corresponde a la categoría “poca carga” (49.9%), seguido de “mediana carga” (24.3%). Las categorías que representan una mayor carga reflejan porcentajes menores: “alta carga” (7.6%), y “muy alta carga” (2.4%).

GRÁFICO Nº 5.44
Nivel de sensación de carga en base a la escala ZARIT en intervalos



A. Intervalos de escala Zarit por nivel de autovalencia

Al desglosar el nivel subjetivo de carga del cuidador en base a las características de autovalencia del adulto mayor, se visualiza que en los tres estados sobresale la categoría “poca carga”, especialmente en la categoría autovalente. Resulta interesante ver como la categoría denominada “muy poca carga”, desciende desde el estado “autovalente” en 20.3 puntos porcentuales al compararlo con la cifra que aparece en el estado “postrado”. Por el contrario, la categoría “alta carga”, en el estado autovalente asciende a un 1,4%, mientras en el estado postrado alcanza un 14.2%. Por ende, se concluye que la sensación de carga se muestra sensible al nivel de autovalencia del adulto mayor.

CUADRO Nº 5.46
Intervalos de Escala de Zarit por Nivel de Autovalencia

	Nivel de Autovalencia		
	Autovalente	Semivalente	Postrado
Muy poca carga	29,7	14,3	9,4
Poca carga	50,0	53,7	42,5
Mediana Carga	14,9	23,8	32,1
Alta carga	1,4	6,1	14,2
Muy Alta Carga	4,1	2,2	1,9
Total	100,0	100,0	100,0

N = 423

B. Intervalo de escala Zarit por Edad del adulto mayor

Al desglosar el nivel subjetivo de carga del cuidador en base a la edad del adulto mayor que cuidan, se constata que la categoría de “baja carga” desciende a medida que aumenta la edad. Por el contrario, la categoría “alta carga” representa un valor alto en el último intervalo –comparándolo a los otros intervalos -, alcanzando 22,2%.

CUADRO Nº 5.47
Intervalo de escala Zarit por Edad del adulto mayor

	Rango de Edad				
	68 - 77	78 - 82	83 - 87	88 - 92	93 - 106
Muy poca carga	12,8	18,2	13,1	9,1	,0
Poca carga	61,5	45,3	50,5	54,5	44,4
Mediana Carga	19,3	27,7	24,3	31,8	33,3
Alta carga	3,7	7,3	9,3	4,5	22,2
Muy Alta Carga	2,8	1,5	2,8	,0	,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

N = 423

C. Intervalo de escala Zarit por el número de discapacidades del adulto mayor

Al desglosar los niveles de la escala Zarit en base al número de discapacidades experimentadas por el adulto mayor, se aprecia que la categoría “alta carga” aparece con una cifra relevante cuando los adultos mayores declaran tener 4 discapacidades.

CUADRO Nº 5.48
Intervalo de escala Zarit por el número de discapacidades del adulto mayor

	Numero de discapacidades			
	1	2	3	4
Muy poca carga	17,2	14,3	15,6	25,0
Poca carga	48,3	52,2	51,1	33,3
Mediana Carga	24,1	25,8	23,3	20,8
Alta carga	7,8	4,9	8,9	20,8
Muy Alta Carga	2,6	2,7	1,1	,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

N = 423

D. Intervalo de escala Zarit por número de actividades implicadas en el cuidado

En esta tabla resulta relevante el hecho de ver que en la categoría “alta carga”, considerando las situaciones correspondientes a la ejecución de 5 y 6 actividades, los porcentajes se elevan a 14.3% y 25.0%, respectivamente. Estas cifras superan con creces los otros montos de actividades, al compararlos dentro de la misma categoría de carga.

CUADRO Nº 5.49
Intervalo de escala Zarit por número de actividades implicadas en el cuidado

	Numero de actividades que realiza el/la cuidador/a					
	1	2	3	4	5	6
Muy poca carga	37,2	22,8	12,2	5,9	14,3	,0
Poca carga	39,5	52,6	50,0	58,8	28,6	50,0
Mediana Carga	20,9	15,8	26,6	29,4	42,9	25,0
Alta carga	,0	3,5	9,4	,0	14,3	25,0
Muy Alta Carga	2,3	5,3	1,8	5,9	,0	,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

N = 423

E. Intervalo de escala Zarit por tiempo invertido por el cuidador en las actividades ligadas a su rol.

La siguiente tabla muestra específicamente en la categoría “muy poca carga”, que quienes invierten entre 1 a 4 horas y entre 5 a 9 horas, manifiestan porcentajes estadísticamente relevantes; 36.7% y 31.7%, respectivamente. En esta misma categoría, los otros intervalos de horas manifiestan porcentajes claramente menores.

CUADRO Nº 5.50
Intervalo de escala Zarit por tiempo invertido por el cuidador en las actividades ligadas a su rol

	Horas que dedica al cuidado del AM				
	1- 4	5- 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24
Muy poca carga	35,5	31,7	7,7	18,2	12,4
Poca carga	38,7	34,1	64,1	50,0	51,4
Mediana Carga	19,4	26,8	23,1	22,7	24,8
Alta carga	3,2	4,9	2,6	4,5	9,3
Muy Alta Carga	3,2	2,4	2,6	4,5	2,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

N = 423

F. Intervalo de escala Zarit por estado de salud de cuidador/a

Al cruzar las categorías derivadas de la escala Zarit por la auto-percepción del estado de salud del cuidador, afloran elementos interesantes. En primer lugar, y considerando la categoría “muy poca carga”, aparece una tendencia que nos dice que a medida que empeora la salud, es menos probable que el cuidador se posicione dentro de esta categoría. Al contrario de ellos, y respecto de la categoría “alta carga”, se observa que a medida que la auto-percepción de salud empeora, es mayor el número de cuidadores que se localiza dentro de dicha categoría.

CUADRO Nº 5.51
Intervalo de escala Zarit por estado de salud de cuidador/a

	Como considera -como cuidador/a -su salud			
	Muy bueno	Regular	Malo	Muy Malo
Muy poca carga	31,1	12,4	6,8	,0
Poca carga	50,9	51,8	36,4	52,4
Mediana Carga	14,2	28,1	31,8	14,3
Alta carga	2,8	6,0	18,2	23,8
Muy Alta Carga	,9	1,6	6,8	9,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

N = 423

G. Si otras personas colaboran en los cuidados del adulto mayor.

Exploratoriamente se han cruzado las categorías derivadas de la escala Zarit con el hecho de haber solicitado ayuda el cuidador para solucionar algún problema derivado del cuidado. En la categoría “alta carga”, se visualiza que quienes sí han solicitado ayuda superan en 7.9 puntos porcentuales a quienes no la han solicitado. Este dato puede estar haciendo referencia a un perfil determinado de adulto mayor, quizás más demandante en atenciones.

CUADRO Nº 5.52
Intervalo de escala Zarit por solicitud de ayuda por parte del cuidador

	Ha solicitado para atender al AM		
	Si	No	NR
Muy poca carga	9,8	14,5	39,3
Poca carga	47,1	52,3	50,0
Mediana Carga	27,6	25,9	8,9
Alta carga	12,6	4,7	1,8
Muy Alta Carga	2,9	2,6	,0
Total	100,0	100,0	100,0

N = 423

H. Se atiende en el consultorio

Exploratoriamente se ha desglosado las categorías derivadas de la escala Zarit con el hecho de ser atendido en el consultorio y con el hecho de recibir una atención médica en el domicilio. En ambas, los valores no demuestran un comportamiento que podamos definir como tendencial en alguna dirección interesante.

CUADRO Nº 5.53
Intervalo de escala Zarit por Ocurrencia de Atención en el Consultorio y Tipo de Atención Médica

	AM se atiende en el consultorio		AM recibe atención en su domicilio de tipo médico o de enfermería			
	Si	No	Si, del parte del consultorio	Sí, de tipo particular	Si de instituciones de beneficencia	No, de ningun tipo
Muy poca carga	16,3	12,2	14,6	15,8	,0	16,3
Poca carga	49,7	51,0	45,6	57,9	,0	51,7
Mediana Carga	24,1	26,5	24,3	15,8	100,0	23,6
Alta carga	7,5	8,2	10,7	10,5	,0	6,6
Muy Alta Carga	2,4	2,0	4,9	,0	,0	1,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

N = 423

5.2. Análisis Cualitativo

A continuación, se presenta el análisis de los resultados de las entrevistas semiestructuradas aplicadas a hombres y mujeres Adultos Mayores en situación de Dependencia y a Cuidadoras y Cuidadores de estos AM.

En un primer apartado se describen los principales hallazgos de las entrevistas a Adultos Mayores según temáticas relevantes. En el segundo punto, nos referimos a los resultados de las entrevistas a cuidadoras/es de AM. Por último, como tercer punto, se desarrolla una descripción de Buenas Prácticas de Cuidado de AM Dependientes, caracterizadas a partir de la información recogida.

5.2.1. Análisis de las Entrevistas a Adultos Mayores

5.2.1.1. Historia personal

Los relatos recogidos a través de las entrevistas semiestructuradas dan cuenta de historias de vida similares para los y las adultos mayores entrevistados. Se trata de personas que provienen de familias extensas, con varios hermanos/as y con figuras paternas y maternas fuertes, que marcan el inicio de sus vidas en términos de autoridad, disciplina y afecto. En varios casos se producen situaciones de abandono o pérdida de alguno de los padres por enfermedad o muerte,

Parte importante de las historias de infancia de los/as entrevistados/as se desarrollan en contextos rurales, ya sea fuera de Santiago o en la capital misma, cuando aun no existía el nivel de urbanización que hoy se alcanza. De ahí que el contexto valórico-normativo que tiñe sus experiencias se corresponde con el perfil de una sociedad m-as tradicional o pre-industrial, centrada en la familia y con poco contacto con la comunidad e instituciones sociales.

Mire, yo nací allí en Nuñoa, allá arriba, en la calle Irarrázaval, la que está llegando a San Carlos, ahí habían unos árboles frutales, nacimos once hermanos. Mis padres venían del sur, no nos dieron educación, ni una cosa. De chiquitos nos hacían trabajar en la quinta, cortando las alcachofas, limpiando las chacras, ayudando en todo eso. Por eso no tuvimos educación. Nunca fui al colegio (Edelmira)

...Yo nací en Rancagua, después viene un hermano, después de mí. Mi papa tenía treinta años, mi papá se fue al sur. Yo tenía unos cinco años, y allá nacieron dos hermanos más...Con mi mamá y mi papá y éramos ocho hermanos... No, no me dejaban salir. Mis papas eran estrictos (Adela)

En Peumo...Con mi familia en Tunca, en San Vicente de Tagua Tagua...Sí, hasta los 15 años de edad y de ahí vine a Santiago...Con un tío a trabajar. 7 hermanos...Recuerdos lindos, a mi papá porque no nos pegaba nunca. A mí nunca y eso que hacía hartas cosas. Mis hermanos se enojaban con mi papá por eso. Y a mis hijos no les pegué nunca tampoco. (Rudesindo)

Yo nací en Santiago sí...Sí, yo quede sin papá cuando tenía 3 años y medio. Yo

tuve dos hermanos y una hermana que quedó esperando mi mamá cuando mi papá murió así es que lo pasamos harto mal. Después por una visitadora nos pusieron en un hogar, hogar Camilo Henríquez ahí nos criamos nosotros hasta los 8 años más o menos...Tres. Dos hombres y mi hermana mujer. (Galvarino)

En gran parte de los casos las vivencias de la niñez se ven tempranamente interrumpidas por el inicio de la vida laboral, fuera o dentro del hogar. En el caso de las mujeres es importante su rol como apoyo a las labores maternas de la reproducción doméstica y el cuidado de la familia. En el caso de los varones, es más común que estos sean impulsados por el padre o madre a emplearse tempranamente en algún empleo remunerado de baja calificación para contribuir económicamente al hogar.

A los 8 años me ocuparon en una casa particular a mí...Ahí era como mozo. Ayudaba a poner la mesa, a levantarla, ayudaba al maestro de cocina, a ir a comprar cosas pa los comedores...Trabajando no más. En el hogar me acuerdo porque lo pase... nos atendieron bien teníamos de todos, nos daban ropa de todo. He después cuando ya salí del hogar me ocupé como le digo de mozo y seguí con esa familia varios años. He...fue difícil. Porque usted sabe como uno es mozo lo mandan pa todos lados y tiene que estar al pie del cañón como se dice. (Galvarino)

Fui siempre del sur. En Parral...Con mis padres. Sí, tenía 8 hermanos y vivimos todos juntos. Buenos porque trabajé harto con mis padres...Limpiando la huerta, cuidando animales. (Laura)

Si en el campo trabajaba en mi juventud, así a saltitos trabajaba, trabajaba en el azadón, le ayudaba a picar leña a mi mamá, puras cositas de casa, pero no cosas pesá. (Manuela)

En todos ellos, la inserción laboral temprana y el trabajo infantil se asocian a situaciones de precariedad económica que caracterizan a las familias de los/as entrevistados/as. El imperativo de la necesidad económica marca las experiencias de estos hombres y mujeres por sobre otros aspectos como la educación, el juego o las relaciones de amistad.

Respecto a la educación es factor común el bajo nivel educacional de los/as entrevistados/ es este grupo: la mayor parte de ellos/as cursó sólo hasta algún nivel de la enseñanza básica (preparatoria) e incluso dos de ellas no ingresaron nunca al sistema escolar (Manuela, Edelmira). Sólo la señora Adela logró completar sus estudios. Las causas de la deserción o no inserción escolar se asocian a las situaciones de pobreza del hogar de origen y al inicio temprano de las responsabilidades laborales.

Cuando chico hasta segundo año en San Vicente. Después en un internado hice otra vez segundo año. Lo hice varias veces...Dejé de estudiar simplemente, y me fui a un internado nocturno por 2 meses. (Rudesindo)

Sí pues. Si en el hogar donde estábamos estudie hasta tercero de preparatoria y de ahí ya no estudié más porque me dediqué al trabajo. (Galvarino)

Hasta primer año porque después tuve que seguir trabajando. (Laura)

Hasta tercer año dejé el colegio cuando mi mamá se fue al campo ya no estudie más yo, dejé el colegio por que mi mamá se fue, porque vivíamos en el campo y no quiso que del campo viajara a Carahue. (Hermentina)

Dado el escaso nivel educacional alcanzado por las personas entrevistadas, su inserción laboral es generalmente precaria, en empleos de baja calificación o informales, con también poco acceso a seguridad social y protección de su salud, lo que repercute luego en el nivel de vida que pueden llevar durante su vejez. En el caso de los hombres, generalmente se emplean en trabajos como gasfitería, carpintería o labores de comerciante independiente; las mujeres se emplean mayormente como empleadas domésticas de casa particulares.

Respecto de la formación de una familia propia, la mayor parte de los/as entrevistados/as se casó al menos una vez y tuvo hijos/as producto de este matrimonio. Sólo en dos casos (Domingo, Manuela) no se casaron ni tuvieron hijos/as. En el caso de la señora Hermentina sí hubo matrimonio pero no tuvo hijos/as. El Número de hijos/as es relativo y varía entre 2 (Adela, Edelmira, Galvarino) y 14 (Ernesto). No obstante, el tener hijos/as no siempre es garantía de compañía y apoyo en la vejez, como veremos más adelante, muchas veces las relaciones que se mantienen con los/as hijos/as son distantes, esporádicas y no son sinónimo de cuidado potencial.

Las historias de vida en pareja de los/as entrevistados/as no siempre son felices y muchas veces terminan en separaciones tempranas y situaciones de sufrimiento o violencia intrafamiliar, por lo que no necesariamente el matrimonio ha significado para ellos/as un espacio de desarrollo personal y afectivo. A esto se suma que en varios casos los cónyuges ya han fallecido, por lo que actualmente la vivencia de pareja forma parte de los recuerdos. Sólo en ciertos casos encontramos historias donde la relación de conyugalidad aún permanece y constituye un factor de compañía y apoyo mutuo en la vivencia del envejecimiento.

Me casé a los veintiuno casi a los veintidós...Catorce hijos. Bien. Porque en ese tiempo cuando iban a la escuela los chiquillos. Había cinco en la escuela, se levantaban a oscuro. Mi señora se levantaba a oscuro a hacer el desayuno porque tenían que andar cinco kilómetros de aquí. (Ernesto).

Sí. Pero mi señora ya murió...Cuatro hijos...Malos recuerdos no tengo. Mucho trabajo sí. Me salieron buenos hijos, tranquilos. (Rudesindo)

Yo me caso a los 36...38 años me casé. Llevamos más de 40 años con mi señora. (hijos) Sí, dos. Una pareja... Entonces, ahí me compré un negocito...Y ahí, como le digo yo, la conocí a ella. Yo siempre me he dedicado al puro trabajo...Me fue bien, y de ahí me tuve que retirar del negocio porque vendí ahí a un amigo. Porque nos salió esta casa, y aquí llevamos más de treinta años en esta casa ya. (Galvarino).

Me casé con un hombre que le gustaba tanto las mujeres...A los 30 años...Yo nunca me fui de la casa...No muy buenos recuerdos. Tengo 5 hijos...Como 5 años (estuvo casada)...No. Me separe. Yo le pedí que se fuera porque me engañaba. (Laura).

La familia de origen y la figura del padre y madre tienen un peso importante en la

configuración de las historias recogidas. En varias de ellas se destaca el rol de compañía, apoyo y cuidado desempeñado por ellos/as hacia sus progenitores frente a situaciones de enfermedad, abandono o muerte de uno de los padres u otro tipo de problemas. En algunos relatos los/as entrevistados han desempeñado el rol de “cuidadores” de su madre o padre en situaciones de dependencia.

Mire, el mejor recuerdo que me quedó a mí. Fue que la pude atender cuando ella estuvo enferma...Yo tenía treinta y dos años. Ella le salió un cáncer estomacal, entonces pasaba mucho en el hospital, no pasaba mucho acá. Y que haiga sido yo de Dios, porque yo pude darle remedio hasta que murió ella. Y hacerme cargo de todos los cuidados de ella, y le compré de todo, y eso fue lo más, satisfacción que tuve yo, que es lo que más pude hacer por ella. (Ernesto)

5.2.1.2. Rutina y relación de cuidado

Los y las entrevistados/as comparten diversos grados de dificultades para desenvolverse en la vida diaria asociados a diferentes problemas de salud y deterioro mental y/o físico. Las dificultades para trasladarse y los problemas de salud inciden en la disminución de las posibilidades de realizar actividades dentro y fuera del hogar: se tiene más tiempo pero se pueden hacer menos cosas. Por lo mismo, los/as entrevistados/as se refieren a su vida diaria como pasiva, tranquila y monótona, marcada además por la necesidad de contar con la ayuda de otros/as para realizar parte importante de las actividades de la vida diaria.

En el verano me levanto más temprano, como a las 9 de la mañana...Aquí me quedo sentada. Y me quedo hasta que llega un hijo y un yerno, y me sientan en la silla. No veo tele porque veo mal. A todos los veo igual. Pero escucho la radio. (Adela).

Mire yo pertenezco al consultorio, porque soy diabética. A mí me dio un infarto, me habían dado por muerta, pero no estaba muerta...Aquí estoy. Le tengo miedo el hospital...A veces, como me duele el corazón que lo tengo metido entre las costillas, me levanto y me paseo un rato como a las seis de la mañana, luego me acuesto un rato hasta las diez de la mañana. Me hago mis aseos con agua tibia, me lavo la cara y después le pido a Dios que me cuide y que si me quiere llevar, que me lleve en el día y no en la noche, para que me vea mi vecina. Acá entra ella y el vecino, ahora ella anda trabajando. Ellos son como mi familia... De repente hago aseo, lavo. A veces veo tele, a la una veo las noticias. Después sacudo. Siempre está lleno de tierra, acá hay mucha tierra. Así lo hago. Leo, me gusta mucho leer la Biblia y cuando la Carlita me presta revistas, leo revistas. (Edelmira).

Yo no vivo mal, lo que pasa es que con mi enfermedad no se puede salir mucho...Me gusta escuchar las noticias de la tele. Si tuviera la vista sería tremendo. En las tardes me siento en el negocio a escuchar y conversar con la gente. Así me entretengo...Cuando tenía la vista podía hacer cosas... (Ernesto).

Ahora me parecen todos los días como si fueran domingos. Como que no hago nada. Leo la Biblia todos los días. Voy a la Iglesia súper poco porque me canso mucho. Al Policlínico voy con mi nuera. (Rudesindo).

Yo no es nada lo que hago, por que mi hermana me está asistiendo, todo el día ella me cuida, hacer cositas livianitas tal como el almuerzo, lavarlas las ollas, lavarla

loza, en todo le ayudo yo, sentadita en un asiento alto, lo hago. A mi me agrada más la cocina, me gusta cocinar...Aquí no mas en la casa, a veces miro tele, lo que más miro es tele, novelas miro. (Manuela).

Lo que puedo hacer acá en mi casa no mas, hago lo que puedo comía si mi cuerpo no me da para más, no escucho música salgo a la puerta, al sillón y a la cama, escucho las noticias para escuchar la presidenta la Bachelet. (Hermentina).

Respecto a las necesidades de asistencia cotidiana, la dimensión en la que más frecuentemente aparece la necesidad de apoyo en los relatos recogidos es en la movilidad o el traslado cotidiano. El deterioro físico de la mayor parte de los/as entrevistados se traduce en dificultades para caminar y moverse de un lugar a otro principalmente, esto es especialmente problemático considerando que se trata de personas de escasos recursos que no cuentan con vehículos particulares para moverse a los consultorios o centros de salud, y tampoco tienen recursos para procurarse atención a domicilio. De ahí que el traslado a los servicios de salud sea una de las actividades donde la ayuda de otros resulta muy relevante. Otras dimensiones en las que se manifiesta la necesidad de ayuda es en el aseo personal y la alimentación.

Yo soy igual que un niño, en todo me tienen que ayudar. Tengo esta mano buena pa comer. Tengo un lado que no puedo mover...No puedo caminar, ni un poquito... (la ayuda) Mi hija...no, mi hijo de repente. (Adela).

Como para ver la hora, tengo un reloj que la dice. Mi hija me hace el almuerzo, gracias a Dios ella tiene paciencia, pues mi señora está enferma. Mi hija me lava la ropa, a veces me lava los pies. Yo me afeito solo. (Ernesto).

La pierna, me cuesta para moverme para caminar, además se me inflamó la pierna, por eso caí en el hospital. A veces no más porque a veces me movilizó sola, este apoyo de mi hermana ella me ayuda mi sobrina también. (Manuela).

Sobre todo en este momento donde estoy aquí, hago lo que puedo hacer la comida para el almuerzo, y me voy a la cama, si ahora me venía levantando, cuando hago las cosas acá en la casa me ando afirmando, me ayuda este bastón que me dieron en el hospital. (Hermentina).

No obstante, nos encontramos con situaciones diversas respecto de la modalidad en que los y las adultos mayores entrevistados reciben la asistencia o ayuda de parte de sus familiares. Aunque en parte importante de los casos el o la cuidadora/a comparte domicilio con el/la adulto mayor, también nos encontramos con situaciones en las que el apoyo llega de forma esporádica o sólo por algunos momentos del día, por lo que estas personas también han debido desarrollar estrategias para desenvolverse con algún grado de autonomía y lograr satisfacer sus necesidades básicas de traslado, alimentación e higiene. En algunos casos el apoyo es básicamente económico o material por lo que el desempeño cotidiano dependen de casi exclusivamente de el o la propia adulto mayor, con apoyo coyuntural de alguna persona cercana, no necesariamente familiar. En otros, la persona indicada como "cuidadora" se trata de un/a adulto mayor –la esposa o esposo- en las mismas o sólo un poco mejores condiciones físicas y mentales, por lo que la relación que se establece es mas bien de cuidado y asistencia mutua, siendo también importante el esfuerzo de estas personas por mantener su autonomía.

(la hija) Me trae las cosas de la feria. Antes me ayudaba por mi sueldo. Este invierno me regaló unos zapatos. Me trae a veces azúcar. No todos los meses. Ella también está enferma, tiene asma... Aunque no me alcance, no la puedo obligar... Yo me quedo callá, nunca le he pedido nada a nadie, sólo pasaje. Yo sólo le pido a Dios que me lleve luego. (Edelmira)

Tengo artrosis en las rodillas, y ahora me duelen los brazos... Pintaba, cortar las ligustrinas, pero eso todavía lo hago. Pero la pintura que ahora no la he hecho porque hay que subirse a la escalera, y por las rodillas, no puedo subir porque me puedo caer. Así que, así es mi día aquí, todos los días lo mismo... Sí. Con mi bastón, me ayuda... tengo las dos rodillas malas. (Galvarino)

No la única que viene ha hacerme algo es una sobrina que tengo, me llevo bien con ella, a veces todos los días y a veces no viene, por que es casada tiene su marido a quien atender, tengo una hermana pero y hace nada que quedó viuda, de mi sobrina recibo mucho apoyo. (Hermentina)

Es importante visualizar que los adultos mayores no sólo son objeto de cuidado de parte de sus familias sino que también cumplen importantes funciones de apoyo familiar, ayudando en el cuidado de otras personas de su familia, especialmente nietos/as, como lo ilustra uno de los relatos recogidos.

Bueno aquí yo siempre he sido madrugador, así es que me levanto a las seis y media todos los días, depende de un nieto que lo estamos cuidando a nosotros, que nos trabaja del día lunes hasta el día viernes. Así es que a las siete lo vienen a dejar, así es que yo a las seis yo estoy en pie pa esperarlo. Y... estar con él aquí, así que hay que estar con él aquí, sacarlo a la plaza, entretenerlo... Bueno aquí yo, me levanto, preparó el desayuno pa los dos, y el niño duerme a esa hora todavía, temprano, claro. Y después a las diez y media despierta, hay que atenderlo. Sí, sí. Ella lo muda. Entonces yo de ahí lo saco, lo saco a la plaza. (Ernesto)

Tal como lo muestran los resultados de la encuesta aplicada en este mismo estudio, en todos los casos el cuidado principal de los/as adultos mayores entrevistados está a cargo de alguna mujer de su familia: esposa, hija, nieta, nuera, hermana de la nuera, etc. Estas situaciones dan cuenta de la permanencia de la división sexual del trabajo, que asigna a las mujeres los roles de cuidado del hogar y la familia, asignación que se refiere no sólo a la familia nuclear-propia e hijos/as, sino que se prolonga hacia otras personas de la estructura de parentesco y también lejanos o extraños a ésta (como el caso de la hermana de la nuera que cuida a don Rudesindo). El cuidado de los miembros de la familia, especialmente aquellos que dependen de la atención de otros (niños, enfermos, discapacitados) continúa siendo responsabilidad de las mujeres y aún no es asumido como una responsabilidad de la sociedad como un todo.

Respecto a la evaluación de los cuidados recibidos, las mujeres y hombres entrevistados coinciden en una consideración positiva del apoyo que les proporciona su familia. En general manifiestan estar conformes y agradecidos/as con la ayuda recibida, valorando especialmente la compañía, el cariño y la dedicación de quienes los/as cuidan.

Sí (se siente cuidada)... Porque nunca me han dejado sola, todos están pendientes de mí... No, estoy bien así. (Adela)

Tengo el pecho cansado...No, mi nuera. Y la hermana de mi nuera me cuida más, me cuida todo el día. Me sirve cosas, me lava, es un ángel. La quiero mucho. (Rudesindo)

Porque nos comprendemos. Facilita todo la comprensión. Porque yo no me comprendiera con ella estaría todo malo...Que se aprende. Si yo digo algo, cuando queremos hacer algún proyecto. Ahí veos como piensa uno como piense el otro, y el que esté mejor ese se aprueba. Y eso creo yo es comprensión porque si uno acepta ninguna cosa está malo, y uno no por tener esta edad no va a tener equivocación, ahora la juventud tiene otras maneras de pensar. (Ernesto)

Porque me acompaño con ellos, ellos me cuidan...Yo estaba en mi casa cuando ella llegó buscarme, y de entonces que no llegué más al sur... (la nuera) Me reta de vez en cuando, pero está bien. (Laura)

Me cuidan bien, nunca he tenido problemas...Si afectiva. No, siempre bien (Joaquín)

Todo el tiempo, desde que quedamos solas nosotras solas, ellas se apoyaron a nosotros y nos dieron un apoyo único, es un apoyo con dedicación y afecto. El cariño, el amor, eso no más necesito. (Manuela)

Como se aprecia en los relatos los y las adultos mayores que reciben apoyo de sus familiares, en diversas formas, valoran altamente esta ayuda y la consideran como producto de la buena voluntad y el cariño, más que asociarla a una "obligación" o "deber" hacia ellos/as por su edad o por el trabajo realizado durante su vida activa. La retribución más valorada por ellos es el cuidado realizado con afecto, más allá de la "calidad" de los servicios prestados por las personas que voluntariamente se hacen cargo de ayudarles.

5.2.1.3. Redes y participación social

Más allá de los cuidados que reciben los adultos mayores de parte de su cuidador o cuidadora, las historias recogidas dan cuenta de situaciones variables respecto del apoyo familiar y las relaciones afectivas que se mantienen con este núcleo.

Por un lado, encontramos experiencias de profunda soledad y alejamiento de los núcleos afectivos. De acuerdo a los relatos de los/as entrevistados/as las relaciones que mantienen con otros miembros de la familia son escasas y de muy baja intensidad, siendo común el alejamiento de los hijos/as, hermanos/as, etc. por diversas razones. En este sentido, los hijos e hijas no necesariamente constituyen fuentes de cuidado "en potencia" sino que muchas veces la preocupación por el padre o la madre adulto mayor en situación de deterioro físico o mental no constituye una prioridad o no se encuentra dentro de las posibilidades de quienes están ocupados en formar su propia familia y desarrollarse personal y laboralmente.

No obstante los motivos, los/as adultos mayores entrevistados no dejan de manifestar este abandono y lejanía afectiva, especialmente de los/as hijos/as, con especial pesar.

Tengo una hija que se fue a Estados Unidos. Un pariente le pagó los estudios y se fue a hacer películas. En un principio me llamaba. Antes me escribía, ahora años que no escribe. Tengo un hijo que vive lejos, en Iquique. Él salió mezquino, jamás vino. El otro que vive en Maipú, es chofer, a veces su señora me manda cosas.

Tengo otra hija que vive para Santa Rosa, salió sobrada, muy creída... Me gustaría que me llamara por teléfono, y ahora no me llama. Me llamaba, no sé ella tuvo un accidente y de ahí no me llamó nunca más. Yo no sé si murió. (Edelmira)

Si po, por parte de mi hermano tengo los sobrinos, con ellos nos comunicamos por teléfono, para las fiestas así pal dieciocho nos juntamos, pa la pascua. (Galvarino)

No nunca no tengo ningún pariente que me venga a ver, tengo un sobrino en Temuco, pero no viene ni mis hermanos, ni por teléfono, no hacen años que no los veo, no recibo ningún apoyo. (Domingo)

Por otro lado, nos encontramos con historias que dan cuenta de la importante presencia del apoyo familiar en la vida de los y las adultos mayores. Estos casos dan cuenta de la integración de los adultos mayores a la familia y su relación y afecto con miembros de diferentes generaciones. Los/as adultos mayores reciben y entregan afecto y alegría potenciando su bienestar y el de sus seres queridos.

Sí, me gusta preguntar por mis nietos. Como crié tanto cabro, ahora hecho de menos a mis niños chicos. Para mí son todos iguales. Porque todos tiene una pequeña gota de sangre mía. (Ernesto)

Sí, todos los días. Mi hija viene a dejar al niño, y lo viene a buscar en la tarde, todos los días, toda la semana. Compran mis remedios y ropa... Si po, por parte de mi hija, mi hija me compra, yo, yo soy hipertenso también, tomo remedios de hipertensión, y anti-inflamatorio pa las rodillas. Así que ellos me compran los remedios. (Galvarino)

Porque todos me quieren, me respetan. Igual que yo los quiero tanto. Tengo 16 bisnietos y una bisnieta. Sí (se siente apoyada por los hijos)...Apoyo material. Los remedios. (Adela)

Con lo que tengo me siento contenta, por que es un apoyo único con todos mis familiares... (Manuela)

La función de apoyo material que cumplen diferentes miembros de la familia procurando a los/as adultos mayores remedios, dinero para ir al doctor, etc. resulta también fundamental para su sobrevivencia, ya que su precaria situación económica y de salud les impide generar ingresos y a la vez procurarse estos elementos por sí mismos.

Respecto de las relaciones de amistad, estas son escasas, los/as entrevistados/as perciben la pérdida de estos vínculos como producto de la vejez y de las enfermedades que los/as aquejan.

No viene nadie. Antes sí, venían a conversar, pero se han ido muerto. (Adela)

Sólo mi hija, no tengo amigos. Lo que pasa cuando usted está bien tiene muchos amigos y familiares que lo visitan. Cuando uno está enfermo le dan vuelta la espalda. Así pasa, como me ha pasado a mí, le ha pasado a muchos. Dejaron de existir. Sólo mi hija y mis nietas que me acompañan. Siempre están acá. (Ernesto)

Asimismo, las relaciones que mantienen estas personas con su comunidad más cercana

(barrio) son muy pocas, siendo espacios privilegiados de relaciones el Consultorio y la Iglesia. Existe cierta valoración negativa de las relaciones con los vecinos u otra gente de la comunidad, por el contrario se valora el “ser de la casa” o “no meterse con nadie”, lo que fomenta la desconexión de estas personas con las redes sociales y organizaciones presentes en su comunidad.

No, porque tantos años. Tengo cuidado con las personas malas. (Edelmira)

No, aquí en la población amigos no más, los vecinos hola, saludan no más, hola como estoy. (Galvarino)

No ni con los vecinos yo no ando na metía en eso. (Hermentina)

Por lo mismo, la participación social y comunitaria de los/as adultos mayores entrevistados es mínima. Sólo uno de ellos forma parte de una organización de adultos mayores de base en su iglesia (Rudesindo). El resto no integra ninguna organización y tampoco tiene una actitud muy positiva hacia éstas.

No, no me inscrito nunca en uno de esos centros de abuelitas. Una vez me inscribí, como hace cuatro o tres años atrás y hallé que no era agradable. Iban hombres y mujeres y no me gustó porque ahí la gente era como muy ordinaria, se echaban garabatos. Me dijeron que yo era muy antipática. (Edelmira)

Las dificultades para movilizarse son el principal obstáculo para la participación social de los/as adultos mayores, obstruyendo también su posibilidad de vincularse con redes sociales e institucionales y el fomento de relaciones sociales y de afecto con personas fuera de su hogar.

5.2.1.4. Necesidades y deseos

Las necesidades sentidas por los/as adultos mayores entrevistados para mejorar su bienestar y sentirse más cuidados, se refieren principalmente a mayores recursos económicos para mejorar su nivel de atención de salud y también para mejorar el bienestar de su familia. No debemos olvidar que se trata de ancianos/as en situación de pobreza, que subsisten gracias a la pensión asistencial que les otorga el estado, cuyo monto es muy bajo, y que muchas veces no alcanza a cubrir las necesidades más allá del sustento diario. La inversión en salud copa gran parte de sus gastos por lo que este aspecto es el que resalta a la hora de hablar de necesidades materiales inmediatas.

Ante todo me gustaría que me regalaran un colchón. Por que el que tengo se sienten los resortes. Pero conforme con lo que tengo. No soy ambiciosa, estoy conforme con lo que tengo. (Edelmira)

Unos anteojos nuevos. (Rudesindo)

Yo lo único no mas que más deseo, que me sentiría feliz, que me mejorara de las piernas, o de comprarme alguna inyección buena, pero son caras sí, entonces no... (Galvarino)

Una vitamina, un calcio. (Manuela)

En el plano no material, es común la necesidad de sentirse más acompañados y queridos por sus familiares. La vejez se vive en muchos casos con profunda soledad y abandono, contando solamente con la presencia de quien se hace cargo del cuidado diario, pero con lejanía de otras personas de la familia. Las dificultades de traslado y movilización también dificultan que estos adultos mayores logren cultivar y mantener los vínculos afectivos con su familia, por lo que dependen de la voluntad de los otros en la manifestación del afecto.

Sí. Es triste ya pasarlo solo. Yo ya estoy mal. Cuando mi señora tiene que ir al hospital la Mónica tiene que ir y yo quedo solo. (Ernesto)

Que me visiten más seguido (Joaquín)

como salir a tomar aire, salir a distenderme con alguien, me falta, eso es lo único que me falta pero de lo demás no me falta nada. (Manuela)

En el plano de los deseos más remotos o anhelos incumplidos, aunque también prevalecen los deseos materiales (dinero), se manifiestan otros anhelos vinculados al desarrollo educacional, profesional y afectivo, muchas veces como proyectos no realizados durante la vida pasada o también como deseos para mejorar la vida actual propia y las personas queridas.

Comprarme una casa e irme de este barrio. Porque no puedo salir sola, es más peligroso. Estar siempre con mi familia...Me gustaría que toda la gente esté bien. Que todos tuvieran trabajo, que todos estuvieran bien. (Adela)

Sí, haber aprendido a estudiar y tener una profesión. Eso no porque tuve que trabajar siempre, y siempre de emplea... Si tuviera más recurso. Vivir más desahogadamente, no con la cabeza tan envola, que llegó el agua (Edelmira)

Yo habría querido ser bien educado...Porque usted mayor educación tenga, mayores posibilidades de tener una mejor pega, y tiene mayor facilidades para desenvolverse. A mi me habría gustado por lo menos haber sido profesor de matemáticas...La otra cosa que me hubiese gustado haber tenido plata... Operarme, porque uno con la vista puede hacer muchas cosas...Si yo tuviera la vista yo hubiera vuelto a ser agricultura, porque yo me crié en la agricultura y yo estudié la agricultura. (Ernesto)

Hay tantas cosas. Ayudaría a mis hijos...Poder andar ahora, poder trabajar. (Rudesindo)

Lo único que me gustaría sacarme el loto, pa poder ver un médico que me sane las piernas, con inyecciones porque he tenido tratamiento pero no ha servido de nada...Bueno si yo tuviera más recursos económicos me gustaría ayudar más a mi familia. (Galvarino)

Sí, yo tuve deseo de entrar a las monjas. Yo estaba en Linares y había un templo. No. Pero me gustaría recuperar una propiedad que tuve en el sur. Me hubiese gustado venderla. (Laura)

Si tuviera los recursos económicos. No nada, Seguir viviendo no más. (Domingo)

me hubiera gustado trabajar...servir a Dios no mas, que voy a hacer yo soy una mujer incapaz oiga de todo, ando aquí mas... (Hermentina)

5.2.1.5. Adultos Mayores en Chile y Rol del Estado

La percepción de los/as entrevistados/as acerca de la situación de los/as adultos mayores en nuestro país comparte el diagnóstico acerca de las dificultades que afectan a este sector de la población. Los/as entrevistados perciben que, en general, los adultos mayores viven con dificultad y tienen problemas económicos y de abandono por parte de sus familias. Se mencionan la necesidad de mejorar esta situación por medio de la entrega de más recursos que les permitan vivir más y mejor. Además son necesarias instituciones que se hagan cargo de los ancianos/as en situación de abandono y pobreza.

Yo no sé porque muchos tienen ayudas de sus familiares, muchos viven con sus familiares. Y yo, gracias a Dios, no pago arriendo. De todas formas es muy poca la plata. A veces uno quiere comprarse algo distinto pa comer. (Edelmira)

Que hicieran una casa grande, un hogar de ancianos para ellos. Que les enseñaran cosas que puedan venderse. A nosotros nos enseñaban hacer cosas chicas, para entretenerse, pero no, eso no sirve. (Rudesindo)

Usted sabe que estamos tan mal...Porque en primer lugar las pensiones son muy bajas.

Eso implica que la gente no lo pasa bien...Eso mismo era lo que le conversaba ahora yo. Los matrimonios tienen hijos por parte de él y no los ayudan. Ellos salen a veranear, salen y ellos quedan ahí en la casa. Los dejan solos. (Galvarino)

De acuerdo a las opiniones de los/as entrevistados el estado debe cumplir el rol de proporcionar bienestar a los/as adultos mayores, principalmente a través del mejoramiento de las pensiones y del sistema de salud. Sin embargo, no se identifica ninguna institución en específico que deba encargarse de esta tarea dentro del aparato estatal. De todas formas se reconocen algunos avances a nivel de programas y recursos disponibles desde el sector público.

Yo encuentro bueno. Porque antes no se veía nunca esto...Cuando se había visto aquí en Chile que el presidente le diera al adulto mayor un aguinaldo pa la pascua. Nunca, nunca. Yo cuando estuve ocupado por allá ¿sabe lo que hacía el patrón? Nos regalaba un kilo de frambuesa y ni un veinte para nada...La salud, porque resulta que ahora la gente tiene más recursos por el gobierno para medicarse, antes no era así... Ahora yo mismo ¿cuándo cree que me iban a operar sin ni un veinte? No pague ni un veinte y todo lo pago la salud. Me operaron de la cadera porque me la quebré. (Ernesto).

5.2.2. Análisis de las Entrevistas a Cuidadoras/es

5.2.2.1. Características, Historia Personal y de la relación de cuidado

Los cuidadores y cuidadoras de adulto mayor entrevistados, constituyen un grupo de doce personas, cuyas edades oscilan entre los 41 y los 86 años de edad. Es necesario relevar que, un tercio de ellos, son adultos mayores, con edades comprendidas entre los 64 y 86 años.

Desde el punto de vista de género, son mayoritariamente mujeres (diez). De ellas, cuidan a: sus madres (3), padre y madre (1), papá (1), suegra (2), hermana (1), suegro de hermana (1), conviviente (1). Los dos hombres entrevistados, cuidan a la madre y conviviente, respectivamente.

Desde la historia personal, poseen rasgos en común. En su mayoría, provienen de zonas rurales y la precariedad económica ha formado parte constitutiva de sus vidas. Se caracterizan además, por el sufrimiento de situaciones de abandono o pérdida de uno de sus padres en la niñez, bajo nivel de escolaridad y comienzo de vida laboral temprana.

Nací en Requinoa, pero me crié en Rancagua. Mi infancia fue buena, ya después que nació mi hermano, ahí ya me retiraron del colegio para ayudar a mi mamá....Mientras ella estuvo viva, madre de nosotros fuimos muy felices. Después vinieron los problemas porque el papá de nosotros se casó al poquito tiempo después. Yo no quería que se casara, entonces ahí yo salí a trabajar. Me ocuparon de niñera y ahí trabajé...A los quince años yo partí (Francisca).

Sí, a los diez años empecé a trabajar, igual que mi madre, según lo que ella me cuenta, que a los diez años mis abuelos la echaron a trabajar por necesidad, porque en esos años había mucha pobreza. Y entonces yo también salí a trabajar por busca del pan para mis hermanos. Porque tuvimos un padre que era muy bueno para el alcohol, entonces se olvidaba que tenía seis hijos y una mujer que alimentar y cuidar (Manuel)

Me crié con mi papá, mi mamá y mis hermanos... todos bien hermanables, todos conversábamos así en unión....pero después mi mamita quedó sola, murió mi padre, entonces nosotros nos dedicamos al trabajo para ayudar a nuestra madre, quedó con los ocho hijos, entonces nosotros a trabajar ayudarnos el pancito pal día (Juana)

Bueno, yo con mi mamá y mi papá, pero a los siete años yo quedé sola porque ellos se separaron y mi mamá se fue y yo quedé con mi papá y mi hermano. En el fondo me crié con mi hermano mayor...y después con el tiempo nos vinimos para acá (de Temuco). Yo me vine de doce años, igual mi papá me ofreció hartas cosas, que él iba a trabajar, que yo iba a estudiar, pero no se cumplió. Cuando yo llegué acá mi papá tomaba. Igual yo padecía hartas cosas acá, porque yo lo cuide y en el fondo él, en vez de cuidarme él a mí, lo cuide yo a él. Claro porque yo tenía ocho años y me lo traía curado de repente. Y hasta último año que falleció lo cuide (Edith)

Nosotros fuimos hijos de tres madres, veinte hermanos hijos de tres madres de un solo padre, hermanos de padre no mas, veinte hermanos....Cuando la familia es numerable de distinta sangre, nunca es muy cariñosa, muy amable... (Augusto)

El acceso a la educación y la continuación de estudios, en la mayoría de los casos, se vio dificultado por las experiencias vividas. Así, la mayoría de los entrevistados no terminaron la enseñanza básica. De ellos, tres alcanzaron tercer año básico (Sofía, Rita y Augusto); uno segundo año (Juana), dos quinto (Mónica y Francisca), uno sexto (Betty) y uno séptimo año básico (Edith); uno de los entrevistados no asistió al colegio (Manuel). Tres mujeres constituyen la excepción en escolaridad, Margarita (41 años), Raquel (43 años) y Magali (45 años) finalizaron los estudios de enseñanza media.

Cursé tercer año de preparatoria porque no pude estudiar más, salí del hogar...a los doce años. ..medio pesaon porque tuve de doce años meterme a trabajar en una hacienda o fundo, en ese tiempo los fundos daban trabajo (Augusto)

Yo me crié con todos, éramos doce hermanos, todos trabajábamos en el campo y los papas de antes no los daban educación como ahora, apenas tengo segundo básico..(Juana)

Ah! Tremendo, porque teníamos que caminar mucho cuando vivíamos en el campo, teníamos que estar todo el día en el colegio. Y volvíamos a veces lloviendo para la casa. Salíamos de oscuro y llegábamos oscuros a la casa. Fue duro para nosotros porque éramos muchos hermanos, porque no a todos nos tenían bien..Antiguamente las personas sufrían porque a uno le tenían que durar un par de zapatos el año, el año un par de zapatos para una persona, para un niño...Ahora no, ahora es fácil estudiar (Mónica, quinto preparatoria)

En relación a la formación de familia propia, con la excepción de una de las entrevistadas, soltera, todos han vivido la experiencia de formar familia. Así, siete de ellos declaran haber constituido una buena familia; para dos de ellos, la familia actual constituye su segunda experiencia; tres, definen su familia como *familia feliz* o *linda familia*, son mujeres jóvenes, menores de 45 años. De los entrevistados, cuatro se encuentran separados.

En torno al tema del maltrato en el matrimonio, dos entrevistadas comentan haberlo sufrido: Edith, después de diecisiete años de matrimonio y dos hijos, optó por la separación, *cansada de los golpes y maltratos*; por su parte, Francisca, se refiere a un matrimonio anterior como una experiencia de maltrato, *me daba mala vida*.

En relación a los hijos, en las familias formadas hay predominio de dos hijos, siendo cuatro el máximo de ellos. *El tener hijos, educarlos y verlos crecer, es percibido como lo más gratificante de la vida*. Esta percepción es compartida incluso por aquellos que no los tuvieron (dos), hecho señalado con tristeza.

En términos de la relación de pareja, *Francisca (83 años) y Augusto (86 años), precisamente los de más edad del grupo*, destacan por su compañerismo, el que aflora en forma natural, como inherente al *ser* pareja. Ambos cuidan a sus respectivas parejas enfermas y lo asumen con naturalidad.

En relación a la actividad de cuidado que desarrollan, los entrevistados declaran haber tomado la decisión de asumir la responsabilidad del cuidado del adulto mayor por iniciativa propia. Para ellos, es la familia la que debe asumir la responsabilidad con el adulto mayor. Así, los hijos tienen el deber de cuidar a sus padres, en especial la mujer, la que, según una entrevistada, *está más preparada para ello, el hombre es más torpe*.

Fue iniciativa mía de yo, porque ella quedo al final con mi mamá en el campo, fui a buscarla y dejar un hijo allá en el campo y se vinieron ellas dos, y cumplí con mi etapa de mi mamita que está en esa foto, ella se enfermó y diosito se la llevo, y le prometí a mamita ella se va conmigo y yo le prometo cuidarla hasta que diosito diga si la lleva a usted o a mi primero (Juana).

Yo tomé la decisión Es que al principio fue difícil, me costo. Porque ella venia con un accidente cardiovascular recién. Me costó porque había que hacerle ejercicios, había que llevarla al consultorio, que kinesiólogo, que neurólogo.(Raquel).

Es que nunca tuve eso de, ya me voy hacer cargo porque yo lo vi. Y en vista que mi hermana no, no se le daba nada. y él siempre ahí solito, yo dije "no, es como mucho". Si hacer una cosa no cuesta nada. Para mi no es problema.(Edith).

Como estaban todos casados, yo era la única soltera, entonces tuve que cuidarla (Rita).

Dos cuidadoras aducen razones de circunstancias,

Yo soy la única hija mujer, mi mamá vivía en el campo, si ella se enfermaba era difícil salir a un lugar o en una ambulancia, de a poco empezó a venir para acá. Primero una vez al año o dos veces se quedaba aquí como un mes conmigo. Se tomaba sus chequeos médicos, compraba sus remedios, yo le sacaba las horas en el doctor etc. con el tiempo ella se empezó a complicar más y comenzó a quedarse cada vez más, hasta que se quedó definitivamente porque tenía un dolor en la cadera y no podía viajar. Para mi fue bien, porque yo nunca había estado tanto tiempo con mi mamá, cuando chica no la veía mucho. Prácticamente no viví con ella, por eso ahora puedo disfrutarla por más problemas que tenga.(Margarita).

Compartir su casa. Yo creo que fue así, porque todos los demás tienen todos sus casas, sus hijos y sus maridos las mujeres, y los hombres sus esposas, y yo estoy sola con mi hija, mi nieta y mi otro hijo.(Mónica).

Entre las razones aducidas se menciona la responsabilidad con los padres y la obligación moral,

Como hijo creo que tenemos la responsabilidad de cuidarlo, y mi hermana también. Yo creo que los hijos tenemos esta responsabilidad o obligación moral. (Sofía).

*Por un tema moral y social, porque uno no puede dejar a otro individuo o ser humano votado, ya pasan a pertenecer a las carnes de uno (Augusto).
Es una labor que tengo que cumplir. No puedo dejarla botada. Obligación moral.(Rita).*

El amor, los sentimientos. Porque Dios dice en la Biblia:"honra a tu padre y a tu madre". Entonces yo me tomé esa palabra de Dios, de respetar esa palabra. Por mi propia iniciativa que Dios me puse a mi delante. (Manuel).

El compañerismo de la pareja,

Porque el hombre, no fue un hombre malo cuando yo lo conocí, fue bueno. Me apoyó. Fue un hombre bueno, se portó bien. Entonces tengo que recompensar a él,

lo que él hizo por mí y por mi niño. No, no es difícil. Sólo cuando él se pone muy porfiadito. (Francisca).

...Hay que trabajar, hay que salir, la dueña de casa enferma, hay que andar a la siga de los médicos, entonces no lo hemos pasado muy bien, pero condicionalmente no mal tampoco, porque nos llevamos la tira los dos, porque si sufre uno, sufren los dos (Augusto).

Las relaciones previas entre adulto mayor y cuidador eran, en general, buenas, al respecto se dice: *eran buenas, súper buenas, buenas, nos llevábamos bien, no discutíamos, era cariñoso, nunca un alegato, una discusión, igual toda la vida, nunca mejor ni nunca mal.*

5.2.2.2. Carga de trabajo y redes sociales

- Rutina Diaria

Los cuidadores y cuidadoras, en general, asumen todas las tareas de cuidado de sus hogares y las que implica el adulto mayor en situación de enfermedad. Así describen su rutina:

Bueno en la mañana hay que levantarla, lavarla. Porque hay que lavarla porque ella es postrada. Tal vez sus remedios, sus desayunos y después mantenerla durante el día. Mantenerla limpia, que camine de vez en cuando, cuando puedo también, porque no siempre lo hago. Mantenerla con sus remedios al día, con todo al día. (Magali).

Mi mamá igual se levanta temprano, si es la cabeza lo que tiene malo. Ella camina, va al baño, hace todo, pero cuando a mi toca abrir (porque nos turnamos con mi hija) ella tranquila aquí. Les sirvo a ellos dos, le sirvo almuerzo, once, los llevo al médico, le doy sus medicamentos. Todos los días tengo que estar viendo si comió o no, porque es enferma de la cabeza. Mi papá no tanto, pero él es no vidente y se quebró la cadera, así es que tengo dos personas a mi cargo. Se bañan a veces cada dos veces a la semana, pero no siempre, porque no tengo tiempo. A mi mamá, todos los meses los meses la llevo al médico porque la están evaluando por las pastillas., me dan las pastillas contadas, antes tenía que comprarlas, salían súper caras. (Mónica).

Ya está como un niño él, se le olvida todo. Yo lo conocí ya enfermo, con sus pies hinchados, con varices. Ya de sus 35 años, le han hecho seis operaciones. Ha sido una época muy difícil con él. Cuando me levanto empiezo haciendo aseo, después lavo, tengo que lavar a mano. Voy a comprar, a pagar luz, agua. Cuando regreso, a veces ya dejo el almuerzo adelantado. Ya él sale por ahí. Porque él trabajó en la Vega entonces le encanta ir por ahí (Francisca).

En la mañana le doy el desayuno, aunque no siempre se lo doy en su pieza. En la mañana la lavo, le hago su aseo. Ella también hace su propio aseo. La saco para el comedor y viene a tomar desayuno conmigo. Claro, primero yo me levanto a las 7am y voy a dejar a mis hijos al colegio, vuelvo y le dejo el desayuno al dormitorio de mi mamá. Después la traigo al comedor y más rato vuelve a su dormitorio para que no se levante tan temprano. Vemos tele, teje, la saco al patio, a veces cuando necesito que me pelen las papas o la loza ahí me ayuda para que se sienta útil. Tiene su

“burrito” para que se traslade al baño o al patio si es que quiere entonces está saliendo fuera ahora (Margarita).

Llevo atendiéndola desde la mañana hasta la tarde. Por ser en la noche le dejo su medio litrito de leche en su velador, porque es alimenticio. Al despertarse tiene que tomarse ese litrito de leche, porque tiene que ingerir todas las pastillas que tengo que darle. Porque son muchas las pastillas que tengo que darle, es una pa la diabetes, otra pa la presión, otra pal corazón. Entonces que estar en actividad, dándole de comer, preocupado de ella. Y ahora a las once acabo de ponerle su insulina.(Manuel).

Dos de las personas entrevistadas, para cumplir con la actividad, deben trasladarse de sus casas; la que está al cuidado de su suegra viaja el viernes y regresa el domingo realizando todas las tareas de la casa; la otra cuidadora, se turna con hermana para ir a hacer asear, cocinar y apoyar a su papá de 84 años.

Aquí en la casa voy donde mi papá también, voy casi todo los días o día por medio, porque también en una casa hay que planchar y hacer aseo, todas esas cosas, cuando no va mi hermana, porque él es solito, tiene 84 años, y hay que estar preocupado de él, que tenga el pan y su almuerzo. Todavía gracias a dios se puede traer su vianda, se calienta su comida teniendo su pan, él esta lucido él sabe que remedios tiene que tomarse y en qué horarios tiene que tomarlos. El se administra solo, cuando tiene que venir a control tenemos que traerlo, todas las cosas irlo a dejar y estar con él y ahí se queda solito otra vez.(Sofía).

Vestirla, ponerle la chata, lavarla, eso todo los días. Y a veces hay que levantarse dos o tres veces en la noche para ponerle la chata. Qué otras? El alimento. Lo mismo. Vestirla, bañarla (Rita).

Yo le lavo le manejo todo limpio, le cocino le sirvo cuando esta sentadita le pongo su mesa para que se sirva, de lo que se prepara, lo más frecuente.(Juana).

Por ejemplo, me levanto. Cuando está mi pareja me levanto más temprano. yo me levanto, le hago el aseo que corresponde, le hago su desayuno. Después lo levanto y le hago su pieza y después hago mis cosas, el aseo del hogar; lo ayudo a caminar. Él se pone a leer su diario y yo me pongo al lado de él, preocupada de ponerle su almohada, cosas así.(Edith).

De las actividades, se mencionan como fáciles de realizar *el alimentar y conversar con el adulto mayor y ver televisión juntos*, esta última actividad constituye, a veces, un momento de encuentro familiar.

Las personas cuidadoras de adultos mayores coinciden en señalar que la actividad más difícil de realizar la constituye el *traslado fuera del hogar*. Así, por ejemplo, para asistir al consultorio suelen necesitar de la ayuda de terceros. Lo mismo sucede con las salidas de tipo recreacional; estas se hacen esporádicamente por cuanto implican, además del uso de la silla de ruedas, el traslado de chatas, pañales, etc. Involucra el gasto de dinero – siempre insuficiente- para el pago de taxis para el traslado y, genera, además, el temor a accidentes de parte del cuidador.

Cuando vamos al consultorio caminando es más complicado porque hay una bajada aquí que es súper empinada, entonces tengo que pedir que me ayuden con la silla

de ruedas porque a mi no me dan las fuerzas. Al principio como yo no sabía hacerlo muy bien, me complicaba y ella se cansaba mucho, pero ahora ya puedo hacerlo mejor (Margarita).

La llevamos con una sobrina a Temuco, al hospital de Carahue. No tenemos movilización propia, hay que andar apegao a las micros, o pagando taxi, a veces no hay plata pa los taxis, entonces hay que sacrificarse. (Augusto).

Lo que son los paseos recreativo se me hacen difíciles. Me cuesta. Porque tengo que salir con chata, silla de rueda, con pañales, con todo el cuento, eso me cuesta de salir con ella. No sale una vez, dos veces al año. No se sale más con ella (Magali).

Cuando ella quiere trasladarse para afuera, me da miedo que se pueda caer. Entonces la saco en la silla la mayoría de las veces. Cuando tengo que salir con ella a la calle también (Margarita).

Cuando llegó a quedar invalida hubo que llevarla a Temuco, a ver médico en silla de rueda para bajarla y subirla.(Raquel).

En particular una entrevistada a cargo de *padre no vidente y madre con cabecita mala*, declara "a veces lloro de impotencia, si yo quiero salir y no puedo. A veces mi papi me dice salgan ustedes, pero uno esta pendiente porque ya se cayó una vez del baño. Entonces, *no tenemos vacaciones*. De vez en cuando salgo y dejo una hermana a cargo"

Yo cocino almuerzo, hago la once, todo, todo. Todas para mi son fáciles, no hay ninguna más difícil. Porque en estos momentos yo le voy a empezar a limpiar los piecitos, le arreglo las uñitas, le pongo los soquetitos, la levanto, la pesco la manito pa llevarla al baño porque es media invalida. Voy con ella a la feria en la silla de rueda, voy con ella a las curaciones, la llevo a todas partes en la silla de rueda. Me paseo con ella pa que ella disfrute Puente Alto, también con la silla de ruedas, que todo el mundo sabe y me conoce, me han visto, la llevo a pasear. Todos los domingos la llevo pal centro, ya que la llevo pa una parte, la llevo pa otra. Esa es mi alegría. (Manuel).

Las situaciones señaladas como extremas por los entrevistados, son situaciones signadas por el desconocimiento, la falta de atención médica especializada y la necesidad del apoyo de otros. Así por ejemplo,

Sí se nos desmayó una vez, perdió la conciencia y tuvimos que llevarla a la posta. Y fue terrible porque estábamos todo acá y no sabíamos que hacer. Llamamos a todo el mundo. La ambulancia nunca vino. Un vecino tiró una colchoneta arriba del auto y la llevamos ahí. (Betty)

Cuando recién llegó, hizo hipoglicemia y cayó inconciente, ahí, fue los primeros apuros. Porque uno no conoce la enfermedad, no sabe como es, entonces no sabe como tratarla. Entonces yo tuve los primeros apuros con ella, de llamar al doctor, de ponerle suero, de que esto, esto otro. En la mañana aprender a levantarme temprano. Eso me costo al principio con ella. Llamaba al doctor, llamaba al 131 no mas. (Magali)

Ay, sí. Cuando mi papi se cayó. El hombre es más difícil manejar que una persona mayor. Sí, porque mi papi esta conciente de todo, y no se deja ciertas cosas. Yo tuve que traer una cuña que lo viera, que estuviera pendiente de él, porque no podía ir al baño. Porque tuvimos que comprarle una silla de rueda pa que pudiera ir al baño, pero tampoco quería usar la chata. (Mónica)

Cuando se agrava mi mamá. Cuando me vienen los precardios. Me desespero, no hallo que hacer. Voy pa un lado, pido socorro en la noche, porque a ella le vienen, tipo dos, tres de la mañana le vienen los bajones. Trato de pedir ayuda, pero no veo a nadie a quien pedirle porque me da cosa molestar, y que se enojen. Entonces recurro a la Margarita, amiga de mi mamá, ella a veces corre y viene y me ayuda. (Manuel)

Las personas entrevistadas dicen no tener acceso a capacitación para la atención del adulto mayor. En general, el aprendizaje ha sido a través de la experiencia,

No, nunca aquí ir a la municipalidad es perdido pedir una ayuda, para el adulto mayor, es mas se había formado allá un club del adulto mayor, por ejemplo mi papá nunca a recibido una ayuda. (Sofía)

No, aquí en casa, aprendiendo solo. (Manuel)

No, yo sola nomás (Rita)

Una de ellas señala,

No, nunca. Me encantaría saber algo más, de saber como tratar a los enfermos realmente. Porque yo lo he ido haciendo a medida que ido a los consultorios, que me han ido orientando como se hace. (Magali)

Para otros, la realización de cursillos de primeros auxilios, en etapas anteriores de su vida, les ha sido de utilidad en la actualidad.

Hice un cursillo de primeros auxilios hace tiempo, yo creo que cerca de 30 años. Lo hice en un centro de madre y me enseñaron a colocar inyecciones. (Betty)

En coronel, en el sindicato minero, aprendí a colocar inyecciones, a cortar hemorragias, a vendar fracturas, un curso de primeros auxilios. (Augusto)

Estudié enfermería, estudié tres meses no más, me enseñaron a hacer curaciones, a poner inyecciones, a como tratar a una persona cuando esta enferma, cuando se hace una herida, lo básico no mas. (Edith)

Dos personas entrevistadas tomaron la iniciativa, una de ellas declara

Es que yo tengo un libro y de ahí saco.. Tiene información sobre los riesgos vitales, las personas cuando se enferman, respiración, cuando le da el ataque, todo el ejercicio sale ahí. (Mónica)

La otra persona dice,

Hice el curso pa aprender a poner la insulina, hace en doce minutos que le puse la insulina, porque es de once a once. (Manuel)

- Tiempo Propio

El cuidado de adulto mayor ha significado para las personas el abandono de actividades laborales remuneradas, postergación de aspiraciones propias, abandono de pertenencia a organizaciones sociales como clubes y centros de madres e incluso, de actividades que se hacían al interior del hogar, bordar, tejer, leer, etc. La situación es descrita como estar *a tiempo completo*.

A veces lloro de impotencia, si yo quiero salir y no puedo. A veces mi papi me dice "salgan ustedes", pero uno esta pendiente porque ya se cayó una vez del baño. Entonces, no tenemos vacaciones. De vez en cuando salgo y dejo una hermana a cargo. (Mónica)

El tiempo disponible transcurre, normalmente, después de almuerzo, momento en que se dispone de una o dos horas para dormir la siesta o ver TV, algunas personas se declaran agotadas.

No. Lo tenía antes. Estoy en un club, pero a él no le gusta que salga, voy a veces, muy a lo lejos. Ahora se han hecho tantas cosas en ACHIPEN y me invitan, porque fui dirigente nacional de los adultos mayores. Pero estoy acá a tiempo completo. He aprendido bastantes cosas aquí en el club del adulto mayor, pero este año voy a volver a mi club porque ahí compartimos. Eso de quedarme aquí, la verdad es que a veces me tiene bien enferma. (Francisca)

Sí, de la una hasta las tres. En la noche me acuesto un rato con ella, despierto cinco, seis veces en la noche. Ella se levanta, y se puede caer. Si tuviera más tiempo libre yo trabajaría. Porque yo he hecho varias cosas, he estado en varias partes donde el gobierno ha dado oportunidad, estudie peluquería también. Y así. Sé hacer collares. (Betty)

Durante el tiempo de siesta, veo televisión un ratito, o tomo siesta. Si tuviera más tiempo estudiaría enfermería. A mi gusta leer. Entonces yo los libros como que me los trago. Leería más de lo que leo. (Magali)

Sí, igual me preocupo de mí. Descanso, porque a veces me agoto. Hago todo en la mañana y tengo que estar a la 1 de la tarde en el colegio para dejarle el almuerzo a mi hijo mayor. Después vuelvo y almuerzo con mi mamá. Ahí tengo un tiempo y descanso. Es que uno siempre tiene cosas que hacer. Si tuviera más ratos libres, los ocuparía más en hacer cosas que en descansar. Por ejemplo estoy toda la tarde lavando ropa. Ya en la noche puedo desocuparme y dormir solamente, estoy todo el día agotada. Después de almuerzo veo teleserie y me quedo dormida sola. (Margarita)

Poco. Cuando tengo que hacer, busco a una muchachita que se está acostumbrando a venir. Una, porque a mi madre le agrada y otra, porque a ella le agrada mi mamá como abuelita, le digo: "¿por qué no te quedai pa yo tomarme mi espacio, un ratito?, voy y vuelvo yo". Porque todo lo hago yo en colectivo, rápido, trescientos pesos pa allá, trescientos pesos pa acá. (Manuel)

De igual modo, las personas dedicadas al cuidado de adultos mayores entrevistadas tampoco disponen de tiempo para actividades de autocuidado, una de las pocas que ha recibido ayuda psicológica declara,

Yo voy a mi tratamiento médico. Al psicólogo ya fui. Ayuda médica yo tengo, me estoy medicando porque si no andaría idiota. Es que sabí que pasa: yo voy a reventar cuando tenga mi casa, cuando tome a mi hijo y me vaya, recién voy a saber qué es lo que voy a hacer. (Betty)

Otra entrevistada dice,

Trato de levantarme... trato de verme mejor, de arreglarme. Como mi hijo esta más grande tengo un poquito más de tiempo. (Edith)

5.2.2.3. Redes Sociales y Participación Social

Como se ve, si las redes sociales de las personas dedicadas a la atención y cuidado del adulto mayor eran pobres por su propia condición social y económica, la situación de cuidadoras ha empobrecido aún más sus redes sociales, han abandonado trabajos, centros comunitarios y las amistades son escasas; permanecen las relaciones con la Iglesia, compañeras de centros de madres a los que antes se perteneció o compañeras de los estudios que se abandonaron y la relación con los vecinos.

Por otro lado, si bien es cierto la relación con familiares directos, hermanos, hermanas, hijos, se da y constituye un apoyo para ellos, definido éste como apoyo emocional y moral, en donde la relación se dice es cercana o buena, de ninguna manera involucra a todos los miembros de la familia, siempre son sólo algunos de ellos los que brindan apoyo, normalmente de tipo afectivo y emocional.

Si harto apoyo, emocional ya que ellos llegan contentos se sienten como su casa aquí. (Juana)

Sí, mi hermana. Pero económico no. Pero sí moral, porque siempre nos escuchan a uno. (Edith)

De mi hermano si, siempre nos trae ánimo como no puede estar acá. (Sofía)

Yo creo que se preocupan de uno, si nos falta algo. Si necesito algo, nos llaman (Rita)

Pienso el hecho de cuando tuvo el accidente mi hijo, ellos estuvieron aquí. Es más un apoyo emocional más que afectivo. (Betty)

Sí, mi hermana, cuando mi papá se quebró de la cadera, ella me ayudo a hacer los trámites en el hospital. Pero también mi hermano, Ernesto, a veces le trae un almuerzo especial a mi papá. En la semana viene dos veces, tres veces, a veces viene a cocinar. Sí, nosotros somos nueve, pero de los demás ninguno (Mónica)

Tres personas declaran, abiertamente no recibir ningún tipo de apoyo de sus familiares directos,

No, no, nada, de ningún tipo. De ninguno de mis cinco hermanos, de ninguno recibo ningún tipo de apoyo. Son todos judas. (Manuel)

No, no porque ellos pasan a ver como está no mas. (Raquel)

Aquellas mujeres cuidadoras de adultos mayores que no son familiares directos (cuidan a suegras) no cuentan con el apoyo de los directamente involucrados, comentan que son relaciones frías, distantes y de sospecha.

Otros miembros de la familia, como primas y tías, son mencionadas como de relaciones ocasionales y esporádicas, una o dos veces al año se frecuentan o llaman.

Las personas no reciben apoyo económico, salvo el que pueda constituir la pensión del INP, una de ellas menciona el recurrir ocasionalmente a un hermano.

El apoyo doméstico recibido es esporádico, normalmente proviene del núcleo familiar cercano: *"mis chicas nomás", a veces una sobrina, o "cuando salgo se queda mi hermana, o mi cuñada, yo me demoro una hora, hora y media, la ven ellas.*

Sólo una de las personas entrevistadas declara recibir apoyo doméstico,

Sí, mi hermana. Ella la lava, la desayuna, le lava la ropa. En la noche la acuesta. Y después llega mi hermano y le da los remedios. Porque a él le hace caso. (Betty)

Nueve declaran no recibir ayuda, uno de ellos dice:

Hay veces, pa que voy a mentir, hay veces que viene una persona, una señora de edad, que también le damos, ella a veces cuida a mi mamá, hace como cinco días que está viniendo (Manuel)

5.2.2.4. Relación de cuidado, Motivaciones y Responsabilidades

Los/as entrevistados/as declaran tener mantener una buena relación con el adulto mayor a su cuidado, sin embargo, una de ellas dice,

Cero problema. Cuando ella está mal, no tomarla en cuenta. No contradecirla, como que no la veo, no le hablo. (Betty)

Los entrevistados visualizan el cuidado del adulto mayor es una responsabilidad familiar, responsabilidad que debe ser compartida.

Yo creo que sí. Lo mínimo es cuidarla. Porque creo yo que uno debiera ser canalla para tirarla a un asilo. (Rita)

Sí porque en la familia tiene que haber cariño, sobretodo en los adultos mayores. Bueno yo lo veo, como he ido a ver a mi cuñada al sanatorio, lo veo que, nosotros vamos siempre todos, todos los días a ver a mi cuñada, entonces, eso les hace bien a ellos, los revive. Porque estar con extraños, ellos no sacan nada con contarle su

vida a un extraño porque no la van a entender. Porque nosotros sí la entendemos de qué esta hablando, de qué cosas nos cuenta, por ese lado es mejor la vida con la familia. (Magali)

Sí. Yo encuentro que sí. Por ejemplo, si los papas de uno tuvieron eso de cuidarlo a uno, uno tiene que agradecerle eso. Porque ellos no son un desecho. Cuando mi papa se enfermó, no quise llevarlo a un hogar de enfermo, lo cuido yo. Por ejemplo, de mis nueve hermanos, fui yo quien se preocupó más de él. (Edith)

Yo creo que sí. Porque yo pienso que es lo que nos toca vivir a nosotros. Ella nos cuidó, nos dio vida, no podemos dejarla abandonada. Yo pienso que sería un mal ejemplo para nuestros hijos. A pesar que yo lo tengo bien claro. Yo tengo un hijo de 37 años y otro de 17 años. Ellos tienen bien claro qué es lo que van hacer conmigo. Ellos saben que yo sería feliz viviendo en un hogar de... con más gente. No quiero que ellos se hagan problemas conmigo. (Betty)

Yo pienso que debe ser de toda la familia, porque él nos crió. No solamente a mi, y por lo menos podrían tener ellos un poco de humanidad, y decir "la Mónica está siempre allá, vamos a aportar uno quince días para que ella se relaje", pero no. (Mónica)

Declaran que la *responsabilidad debe ser compartida*, de los hijos o esposo/a, de hombres y mujeres por igual, pero cuatro de ellos dicen que *la mujer tiene más disposición*. Otro argumento es que *los hombres deberían, pero son más torpes* y otro declara que *es deber de las mujeres, pero ésta sociedad ha evolucionado y ya los hombres son vistos como mujeres haciendo labores en la casa*.

Sí, porque es la que más se dedica del adulto mayor. Porque el hombre qué puede hacer. A ellos hay que bañarlo, hay que estar pendiente de todo. Si es un niño, un niño grande. El hombre lo puede hacer sí, pero pienso que la mujer lo hace mejor. Más cuando han sido madre. Pero no me siento agobiada con él. (Francisca)

Si, debiera ser del hijo, pero es que como él me pasa eso a mí, pero igual uno lo hace bien de buena gana. (Raquel)

Por otro lado, las mujeres con hijos varones visualizan con temor su futuro, de adulto mayor,

Difícilmente, el hombre cuando se casa, es más alejado pertenece a otra familia y la nuera no va ir a cuidarla y siempre la hija mujer esta más cerca de siempre a sus padres o su papá. (Sofía)

(La casa de reposo) Para mí sí. Porque me gustaría estar con otras personas y no ver el sufrimiento de mi familia...y ver a los chiquillos, porque yo tengo hijos varones, entonces no es como la niña mujer. Porque la mujer siempre tiene algo más que sea con la madre. Y el varón trabaja (Betty)

Otras mujeres tienen puestas sus esperanzas en las hijas,

Yo no sé. Yo me imagino sola. Porque bueno, igual mi hija se preocupa por mí. Ella me viene a ver de vez en cuando pero no la veo como que sea una hija muy apegada a mí. A pesar de que yo he sido muy cariñosa con ella. Pero ella dice que

no, que ella no me va a dejar sola, pero del dicho al hecho...Entonces yo no me imagino con ella.(Edith)

...Mi hija mayor que es muy apegada a mí, yo creo que tal vez ella se va a hacer cargo de mí, si llego a tener la edad de mi papá (Sofía)

Aun cuando se reconoce que existe mayor preocupación en la actualidad, por parte del Estado, en relación a décadas anteriores, perciben que el adulto mayor constituye un grupo postergado de la población. En opinión de los entrevistados, el Estado debería preocuparse más por la atención de la salud de este sector. Se menciona la necesidad de mejorar el monto de las pensiones, mejorar la atención en los consultorios y la aspiración a atención médica a la casa y capacitación para los cuidadores. También se menciona la necesidad de ayuda en medicamentos y pañales. Otro aspecto importante lo constituye el resolver los problemas de traslado fuera del hogar, tanto para ir a atención al consultorio como para actividades recreacionales.

Es su opinión que el adulto mayor es visualizado, en la sociedad, como un estorbo, no es valorado, sufre de abandono familiar. Son muchas las desventajas que se visualizan y, a ellos mismos se les dificulta el encontrar elementos positivos, dos personas hacen referencia a la experiencia,

Ir creando más experiencia pa después traspasarla, transmitírsela al que viene, sea mi nieto, sea mi propio hijo. Dar consejo a gente, a muchachos que están en mal camino, para mí eso es agradable.(Manuel)

Debiera tomarlo por ese lado, que la gente te valore como persona. El que sepan que ellos realmente te pueden enseñara algo. Porque uno se equivoca mucho, ellos pueden darnos más conocimientos y cosas que ellos han vivido.(Magali)

5.2.2.5. Consecuencias/ Costos de la labor de cuidado

El asumir el cuidado de un adulto mayor conlleva, para quien lo realiza, considerables implicaciones para la vida personal. En efecto, la actividad demanda una gran disponibilidad de tiempo, la realización de tareas pesadas, el abandono de actividades propias, la postergación de la propia vida. Así lo expresan los entrevistados,

Que he dejado un poco de lado a mi familia por estar más cerca de él, porque de repente no almuerzo con mi gente, almuerzo con él, me voy en la mañana, me voy temprano y tomo desayuno con él, eso también es algo negativo para mi familia (Sofía)

El no poder trabajar. Desde que le amputaron el pie a mi mamá que he tenido que cuidarla a ella...Igual no hemos estado bien económicamente y traté de trabajar un tiempo para ayudar a mi marido en los gastos, pero después volver y cuidar a mi mamá y hacer todo lo de la casa, me desgasté y no me la pude ...al principio me postergué, a mi marido y a mis hijos también...fue un desgaste emocional y postergué absolutamente todo. (Margarita)

...No me casé nunca y como yo tuve que cuidar a mi mamá no trabajé nunca...No, no tengo como sacar dinero de nada. Yo podría trabajar, pero donde la dejo a ella. Mi hermano tiene a su amiga y está cuidando a su nieto también. (Rita)

Otras personas entrevistadas señalan que el cuidado del adulto mayor para ellos no ha tenido mayores consecuencias, así

No, ninguno, sólo el hacer las cosas en corto tiempo llega agotada no mas, pero es porque yo no puedo dejar más tiempo para hacerlo con más calma (Raquel)

La responsabilidad, de que yo no cometa errores (Juana)

Pero igual la carga es más pesada de tener dos responsabilidades, no yo me siento liviana y todo. (Juana)

Prácticamente todos, señalan la sensación de satisfacción, el tener la conciencia tranquila y la sensación de haber cumplido.

Bueno, queda una satisfacción, porque uno da lo que pueda. Porque yo llegue acá joven, crié a mis hijos y después de haberlos criado, ahora me toca cuidarlos a ellos. Tendría un remordimiento si no fuera así. (Mónica)

El quedar con la conciencia tranquila que nadie critique que este viejito murió abandonado. (Sofía)

A pesar de la auto postergación que les ha significado el cuidado del adulto mayor, las personas entrevistadas manifiestan que aún cuando tuvieran los recursos económicos necesarios seguirían a cargo de ellos, la mejora económica serviría sólo para atenderlos mejor a ellos o para el tener una tercera persona que apoye en las tareas, en esta última situación, dos manifiestan saber que la persona a su cargo no se dejaría atender por otra persona.

5.2.2.6. Necesidades de adultos mayores y cuidadores/as

Los/as entrevistados/as, en su totalidad, comentan la necesidad de apoyo para los adultos mayores, en los siguientes ámbitos:

- Ámbito económico:

Apoyo económico, pero como para darle un buen desayuno...Como tenerle un colchón mejor para que él duerma bien. (Edith)

Mejorar las condiciones sociales de su hogar, tener mejor condiciones de vida, tenemos una casa mala ésta ya no es una casa de seres humanos, este es un chiquero de chancho, los ricos tiene mejores chiqueros de chancho que la casa de nosotros, porque somos pobre, otro dicho Diosito perdona todo lo que uno habla en lo gusto, "preferible bien pobre, la salud buena para vivir, y no vivir rico con lo ajeno y mal llevado. (Augusto)

Que tenga su buena alimentación, y su buena casa porque su casa no es muy buena buena que digamos, me gustaría si tuviera harta plata, yo le haría su buena casa que viviera bien, que este bien que sea feliz el resto de su vida, y sentir me mejor yo. (Sofía)

Una persona que se hiciera cargo en el día y yo en la noche, de verlos a ellos más que nada. (Mónica)

Habilitar el baño para ella, una silla mejor, la salida para sacarla, la silla se la dieron en la muni.. (Margarita)

En el aspecto económico, para poder trasladarla al médico por ejemplo en buena locomoción, porque a veces no tengo plata y tengo que llevarla caminando.(Margarita)

Primero, remedio. Lo que se precisa aquí es el dinero, no tanto eso sí, si las cosas no salen tan cara tampoco, más pa los remedios de ella, pa la leche, que tengo que tenerle a toda hora, tengo que darle tres, cuatro veces comida, tenerle su yogurt, pa comprar naranja. (Manuel)

- Salud:

La medicina acá en Carahue esta mala, ¿entonces si se mejorara el sistema de salud sería mejor para ella?, para ella claro. (Augusto)

Por ejemplo el hecho que fueran médicos a verlo, pero eso nunca se va a conseguir porque nunca van médicos eso es difícil, aquí apenas hay médicos en el hospital menos van a ir para allá. (Sofía)

No, los remedios que necesita. Pero a veces no hay remedios en el consultorio.(Francisca)

Yo creo que para ella lo mejor que puede hacer es su cuestión asistencial. Porque si a uno de nosotros nos pasa algo o ella no tuviera ese apoyo, no sé que sería de ella. (Betty)

La atención psicológica para ambos, cuidador/a y adulto mayor es señalada como necesaria por la mitad de las personas entrevistadas.

- Capacitación:

En relación a la capacitación de los cuidadores para una mejor atención del adulto mayor, los entrevistados señalan aspectos tales como: mudar, hacer cama, tomar presión, colocar inyecciones, etc.

Como a mudar a un enfermo, como preocuparme de sus remedios, de sus papás, si hay que ponerle inyección, de hacerle su cama mientras la persona esta acostada. (Edith)

Claro también si pus, por ejemplo cuando él esta medio enfermo no sé qué darle, porque el no puede tomar ningún medicamento que no sea del cardiólogo, ni si quiera una aspirina, en momentos de apuro es complicado. (Sofía)

Pero aprender a poner una inyección, una vitamina, algo así. Los remedios se los he dado bien hasta ahora, pero poner inyección pal resfriado no sé. (Rita)

Me gustaría aprender a tomarle la presión. Compré una maquinita cuando yo estaba trabajando, la tengo ahí, no la sé manejar. (Francisca)

En enfermería, me encantaría saber colocar inyecciones, saberle colocar inyecciones, por ejemplo, la intravenosa, hacer más curaciones, saber más sobre las heridas, como ella es diabética, me encantaría saber más de eso. Que la dieran Los consultorios. (Magali)

Yo creo que sí. Más información, lo básico sí, porque profesionalmente yo no sé nada. Poner inyecciones, tomar el pulso, contabilizar las pulsaciones. (Mónica)

Pienso que no, pero sería bueno igual para poder cuidar después. Como poder cuidar bien a un adulto mayor. Dar cariño y alimentación (Margarita)

5.3. Análisis de Costos

En el presente apartado se presentan un análisis del costo de atención promedio por beneficiario. Para este efecto se realizaron las actividades descritas a continuación:

5.3.1. Revisión de la Literatura

La primera actividad realizada consistió en una revisión de la literatura existente para orientar la construcción de una función de costos que incorpore las variables que inciden en los costos de atención.

De la revisión realizada se concluye respecto de la valorización del cuidado informal domiciliario que ésta resulta compleja, dado que los costos asociados a esta labor no sólo pueden comprenderse desde el número de horas laborales y costos de la ayuda a domicilio en términos salariales, sino que es necesario incorporar una serie de costos no monetarizables, que tienen que ver con las consecuencias de la labor de cuidado para la vida de quien lo realiza, denominados como “*costos de oportunidad*”.

5.3.2. Construcción de la función de Costos

De la revisión expuesta en el apartado anterior se obtiene que la función de costos de atención está dada por:

(1)
$$\text{Costos de Atención} = \text{Costo de Horas Laborales} + \text{Costos de la Ayuda} + \text{Costos no Monetarizables}$$

Como la última variable de la función (Costos no Monetarizables) es una variable no cuantificable, es poco objetivo incorporarla a este análisis. Sin perjuicio de lo anterior, se debe tener presente los costos de oportunidad que implica el cuidado de los adultos mayores.

De esta forma, la función de Costos de Atención quedaría dada por:

(2)
$$\text{Costos de Atención} = \text{Costo de Horas Laborales} + \text{Costos de la Ayuda}$$

Donde:

- Costos de Horas Laborales corresponden a la cantidad de horas de cuidado que requiere cada AM multiplicado por la valorización de cada una de esas horas.
- Costos de la Ayuda corresponde al costo de los medicamentos, las consultas médicas y el coste por concepto de traslados del cuidador

La ecuación descrita, se encuentra en términos totales. Para obtener el Costo Promedio, debemos calcular lo siguiente:

$$(3) \quad \text{Costos Promedio de Atención} = \text{Costo Promedio de Horas Laborales} + \text{Costos Promedio de la Ayuda}$$

5.3.2.1. Costos de Horas Laborales

Del universo analizado se desprende que la calidad del cuidado depende de las características del AM. De esta forma se definen dos categorías de Adultos Mayores, dependiendo del nivel de cuidado que requieren:

- AM que requieren cuidado “normal”
- AM que requieren de cuidados “especializados”

Para definir estas categorías, sometimos a “pruebas”, las siguientes variables recogidas en el cuestionario³¹:

- Número de discapacidades
- Número de elementos de apoyo
- Nivel de Autovalencia
- Número de problemas de Salud
- Principales Actividades de cuidado del AM que desarrolla el cuidador encuestado.

Después de someter a prueba cada una de las variables mencionadas, concluimos que la variable “Principales Actividades de Cuidado del AM que desarrolla el cuidador Encuestado”, es la más significativa para categorizar entre cuidados “normales” y “especializados”. Esta variable resultó ser la más conveniente, puesto que es donde se entrecruzan o interactúan tanto las condiciones o necesidades de los AM, con las respuestas concretas que frena a estas necesidades manifiestan los agentes que ejecutan las labores de cuidado.

En la elección de esta variable (P.23, Sección II), priorizamos las siguientes actividades como sensibles al nivel de cuidado que requiere el AM:

- Trasladarlo dentro y/o fuera del hogar
- Bañarlo
- Alimentarlo
- Vestirlo

Para estos efectos, definiremos estos cuidados específicos como cuidados extremos. Estas actividades son consecuentes con lo arrojado por Análisis Cualitativo realizado, donde el discurso de los Adultos Mayores y especialmente de los cuidadores, explicitan detalladamente la complejidad que significan llevar a cabo una asistencia constante en materia de traslado del AM a nivel intra-domiciliario y extra-domiciliario; también se explicitan la complejidad de la actividad orientada aseo cotidiano del AM, donde se

³¹ Para la evaluación de las variables mencionadas, se utilizó información recogida en la Sección I y II del cuestionario. La variable escogida para la categorización se obtiene a partir de la información recogida en la sección II del cuestionario, razón por la cual para obtener el Costo Medio (CM), se considero una muestra de 423 casos.

encuentran las labores de bañarlo y vestirlo, Por último, se releva en el discurso el hecho frecuente por alimentar al AM, siendo percibida esta labor por algunos entrevistados(cuidadores/as) como algo menos desgastante respecto de las anteriores actividades enunciadas, e inclusive puede ser una oportunidad de comunicación entre AM cuidado y cuidador/a. En la base de estas necesidades del AM se encuentra el dato arrojado en el análisis cuantitativo del estudio, donde se advierte que gran parte de los AM poseen dificultades físicas (61%).

Cabe señalar que las otras actividades relevadas en la encuesta aplicada, como “cocinar” han quedado marginadas del análisis, debido a que corresponde a una función que cuando recae sobre el/la cuidador/a, lo es muchas veces en su adscripción al rol de dueña de casa, producto de una división de género del trabajo doméstico y no se relaciona directamente con el nivel de especialización de cuidado demandado por un AM. Por ende, la dimensión de cuidado nutricional tiene su apoyo de manera más consistente en la actividad de “alimentarlo/a”, siendo esta una acción más directa realizada hacia el AM dependiente, y posibilitando a través de su ejecución, de una mayor supervisión acerca de las condiciones de higiene en las cuales el AM se alimenta, además de supervisar las características nutricionales de los alimentos ingeridos por los adultos mayores.

De esta forma, si un AM requiere como prioridad 2 o más de estos 4 cuidados extremos³² definidos, caerá dentro de la categoría “cuidados especializados”. Si el AM requiere como prioridad sólo uno o ninguno de los cuidados mencionados se clasificará dentro de la categoría “cuidados normales”.

CUADRO N° 0.1
Cantidad de Cuidados Extremos Requeridos por los AM, según sus Cuidadores Informales

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	59	13,95	13,95	13,95
	1	171	40,43	40,43	54,37
	2	145	34,28	34,28	88,65
	3	37	8,75	8,75	97,40
	4	11	2,60	2,60	100,00
	Total	423	100,00	100,00	

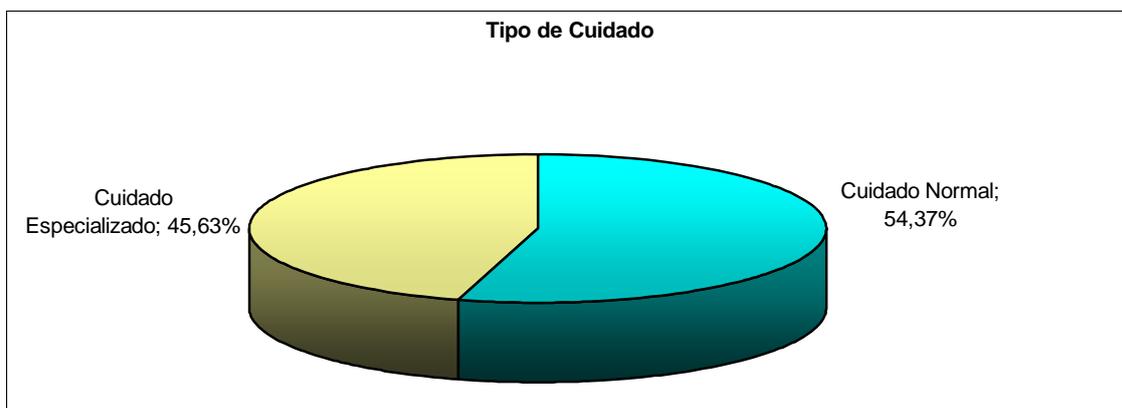
Del cuadro anterior se observa que el 54,37% de los AM requiere sólo uno o ninguno de los cuidados definidos como extremos, mientras el 45,63% restante de AM requiere 2 o más de los cuidados extremos.

³² a juicio del cuidador informal encuestado y basando su elección, entre 7 alternativas posibles, a saber:

- Cocinarle
- Alimentarle
- Vestirlo
- Bañarlo
- Traslado dentro y/o fuera del hogar
- Administrar Medicamentos
- Otros

Los tipos de cuidado se clasificarán de la siguiente manera:

GRÁFICO Nº 0.1
Tipo de Cuidado



La categorización de cuidados especializados y normales nos permite asignar un valor diferenciado a las horas laborales de cuidado que consume cada AM.

En base a los precios de mercado averiguados para este estudio y según la experiencia de esta consultora, las horas laborales se valorizan de la siguiente forma:

- Cuidado Normal: \$1111 (Costo Unitario por Hora)³³
- Cuidado Especializado: \$2500 (Costo Unitario por Hora)³⁴

Obtenidos los valores unitarios de horas laborales por categoría de cuidado, se procedió a ajustar la cantidad de horas diarias de cuidado que demanda cada AM según su categoría de cuidado. Así se obtuvo la siguiente distribución de horas laborales diarias demandadas:

³³ Costo Unitario por hora calculado en base a una remuneración bruta de \$200.000 mensuales.

³⁴ Costo Unitario por hora calculado en base a una remuneración bruta de \$450.000 mensuales.

CUADRO Nº 0.2
Número de Horas Laborales demandadas por cuidado normal(a)
Número de HH

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1,00	3	1,3	1,3	1,3
	2,00	7	3,0	3,0	4,3
	3,00	10	4,3	4,3	8,7
	4,00	8	3,5	3,5	12,2
	5,00	10	4,3	4,3	16,5
	6,00	7	3,0	3,0	19,6
	7,00	1	,4	,4	20,0
	8,00	12	5,2	5,2	25,2
	9,00	20	8,7	8,7	33,9
	10,00	152	66,1	66,1	100,0
	Total	230	100,0	100,0	

a Clasificación de Cuidado = Cuidado Normal

CUADRO Nº 0.3
Número de Horas Laborales demandadas por cuidado especializado(a)
Número de HH

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1,00	1	,5	,5	,5
	4,00	2	1,0	1,0	1,6
	5,00	4	2,1	2,1	3,6
	6,00	5	2,6	2,6	6,2
	7,00	1	,5	,5	6,7
	8,00	7	3,6	3,6	10,4
	9,00	17	8,8	8,8	19,2
	10,00	156	80,8	80,8	100,0
	Total	193	100,0	100,0	

a Clasificación de Cuidado = Cuidado Especializado

La media obtenida a partir de la multiplicación del valor de cada hora laboral por la cantidad de horas diarias de cuidado demandado nos da como resultado el Costo Medio Total de Horas Laborales.

El cuadro siguiente nos muestra la distribución del costo diario demandado por los AM por concepto de horas laborales de cuidado.

CUADRO N° 0.4
Costo Total HH

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1111,00	3	,7	,7	,7
	2222,00	7	1,7	1,7	2,4
	2500,00	1	,2	,2	2,6
	3333,00	10	2,4	2,4	5,0
	4444,00	8	1,9	1,9	6,9
	5555,00	10	2,4	2,4	9,2
	6666,00	7	1,7	1,7	10,9
	7777,00	1	,2	,2	11,1
	8888,00	12	2,8	2,8	13,9
	9999,00	20	4,7	4,7	18,7
	10000,00	2	,5	,5	19,1
	11110,00	152	35,9	35,9	55,1
	12500,00	4	,9	,9	56,0
	15000,00	5	1,2	1,2	57,2
	17500,00	1	,2	,2	57,4
	20000,00	7	1,7	1,7	59,1
	22500,00	17	4,0	4,0	63,1
	25000,00	156	36,9	36,9	100,0
	Total	423	100,0	100,0	

A partir de esto, se obtiene el Costo Promedio de horas laborales por concepto de cuidados.

CUADRO N° 0.5
Costo Promedio de Horas Laborales por Concepto de Cuidados

Estadísticos descriptivos

	Costo Total HH
N	423
Mínimo	1111,00
Máximo	25000,00
Media	16029,8203
Desv. típ.	7723,51312

Volviendo a la ecuación (3), se obtiene lo siguiente:

(4)

Costo Promedio Diario de Atención = 16.029,82 + Costos Promedio Diario de la Ayuda
--

5.3.2.2. Costo Promedio de la Ayuda

Como se menciona al comienzo del capítulo, los Costos de la Ayuda corresponden al coste por concepto de traslados del cuidador, costo de las consultas médicas y al costo de los medicamentos.

De esta forma, tenemos que el Costo de la Ayuda se representa con la siguiente ecuación:

$$(5) \quad \text{Costos Promedio de la Ayuda} = \text{Coste Promedio de Traslados} + \text{Costo Promedio de Consultas Médicas} + \text{Costo Promedio de Medicamentos}$$

1. Coste Promedio de Traslados del Cuidador

La obtención del valor del Costo Medio de Traslados del cuidador se ve fuertemente afectada por el hecho de que los cuidadores informales suelen residir en la misma vivienda que el AM o bien residen en las cercanías y realizan el traslado caminando sin costo alguno.

De los cuidadores encuestados, sólo 62 (14.7%) no vive en el mismo domicilio que el AM a su cargo. Estos 62 cuidadores se trasladan por los siguientes medios:

CUADRO N° 0.6
Medio que usa para ir a domicilio

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Micro	17	27,4	27,4	27,4
	Taxi	7	11,3	11,3	38,7
	Automovil	9	14,5	14,5	53,2
	Caminando	28	45,2	45,2	98,4
	NS/NR	1	1,6	1,6	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

Con esta información, considerando valores de mercado para cada uno de los medios de transporte señalados y tomando en cuenta el número de días a la semana en los cuales cada AM dependiendo de su condición, demanda cuidados, obtenemos los siguientes costos de traslados diarios por cuidador:

CUADRO Nº 0.7
CT Traslados Cuidador

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	,00	29	6,9	46,8	46,8
	105,71	2	,5	3,2	50,0
	211,43	4	,9	6,5	56,5
	285,71	3	,7	4,8	61,3
	317,14	6	1,4	9,7	71,0
	422,86	1	,2	1,6	72,6
	528,57	2	,5	3,2	75,8
	571,43	1	,2	1,6	77,4
	740,00	2	,5	3,2	80,6
	857,14	4	,9	6,5	87,1
	1142,86	2	,5	3,2	90,3
	1428,57	2	,5	3,2	93,5
	1714,29	1	,2	1,6	95,2
	2000,00	3	,7	4,8	100,0
	Total	62	14,7	100,0	
Perdidos	Sistema	361	85,3		
Total		423	100,0		

CUADRO Nº 0.8
Estadísticos CT Traslados Cuidador

N	Válidos	423
	Perdidos	0
Media		55,8730
Mediana		,0000
Desv. típ.		250,40138
Mínimo		,00
Máximo		2000,00

Por lo tanto, el Costo Medio Diario de Traslado por AM alcanza los \$55,87

Reemplazando en la ecuación (5), se obtiene lo siguiente:

(6)
$$\text{Costos Promedio Diario de la Ayuda} = 55,87 + \text{Costo Promedio Diario de Consultas Médicas} + \text{Costo Promedio Diario de Medicamentos}$$

2. Costo Promedio Diario de Consultas Médicas

El cálculo del Costo Promedio Diario de Consultas Médicas parte del supuesto que el AM que cabe dentro de la categoría “cuidados especiales” demandará el doble de prestaciones médicas que el AM que cae dentro de la categoría “cuidados normales”.

Tomando como base el supuesto presentado, se obtiene el siguiente costo medio diario de consultas médicas:

CUADRO N° 0.9
Estadísticos Valor Atención Médica Diaria

	Valor Atención Médica Diaria	N válido (según lista)
N	423	423
Mínimo	333,33	
Máximo	733,33	
Media	495,5871	
Desv. típ.	170,85254	

Tenemos entonces el Costo Promedio diario de Consultas Médicas = \$495,59. Reemplazando este valor en la ecuación 6, obtenemos:

(7)
$$\text{Costos Promedio Diario de la Ayuda} = 55,87 + 495,59 + \text{Costo Promedio Diario de Medicamentos}$$

3. Costo Medio Diario de Medicamentos

A partir de la información relevada en la encuesta y considerando que existe una gran variedad de principios activos para tratar las patologías crónicas que a continuación se mencionan³⁵, se tomaron en cuenta los medicamentos más utilizados para cada una de ellas y sus valores de mercado.

Las presentaciones indicadas son las que habitualmente duran un mes de tratamiento, con lo cual se calculó el valor promedio diario:

Problema de Salud	Medicamentos	Dosis Mensual	Valor	Valor Promedio Diario
Diabetes	Glibenclamida (Genérica)	60 comprimidos	\$ 215	\$ 816,83
	Daonil	60 comprimidos	\$ 24.290	
Hipertensión	Enalapril (Genérica)	10 mg * 30 comprimidos (2 cajas)	\$ 410	\$ 785,67
	Enalten	11 mg * 30 comprimidos (2 cajas)	\$ 23.160	
Osteoporosis/ Artrosis/ Artritis	Glucosamina/ Condroitin (Dinaflex Duo)	30 Sobres	\$ 24.420	\$ 814,00
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)	Silbatamol Inhalador (Genérico)	250 dosis	\$ 4.360	\$ 409,83
	Aerolin Inhalador		\$ 7.935	

³⁵ Sólo se consideraron estas patologías, por ser las más comunes y las que entregan una mayor consistencia al análisis.

Esto quiere decir, por ejemplo que un AM que padezca de Diabetes, gastará en promedio \$816,83 diarios en medicamentos.

En el cuadro siguiente se muestra el cálculo del Costo Promedio Diario en medicamentos

Problemas de Salud	Costo Diario en Medicamentos	Nº de AM que Padecen la Patología	Total de AM	Costo Medio Diario de Medicamentos por Patología
Diabetes	\$ 816,83	84	423	\$ 162,21
Hipertensión	\$ 786,67	226	423	\$ 420,30
Osteoporosis/ Artrosis/ Artritis	\$ 814,00	184	423	\$ 354,08
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)	\$ 409,83	59	423	\$ 57,16
Costo Medio Total Diario de Medicamentos				\$ 993,75

Si reemplazamos el costo promedio diario de medicamentos en la ecuación (7), tenemos:

$$(8) \quad \text{Costos Promedio Diario de la Ayuda} = 55,87 + 495,59 + 993,75 = 1545,21$$

5.3.3. Costo de Atención Promedio por Beneficiario

Reemplazando el valor obtenido en la ecuación (8) en la ecuación (4), obtenemos lo siguiente:

$$(9) \quad \text{Costo Promedio Diario de Atención} = 16.029,82 + 1.545,21 = 17.575$$

Por lo tanto, el costo de atención promedio por beneficiario alcanza los \$17.575 diarios.

Debe tenerse en cuenta que el cálculo del costo de atención promedio por beneficiario, se ha realizado en base a los supuestos planteados a lo largo del capítulo

5.3.4. Análisis de Brecha entre la oferta de Servicios y las Demandas de los AM

Después de determinar el costo de atención promedio por beneficiario resulta interesante analizar la brecha existente entre la oferta de servicios existentes y las demandas y necesidades de los Adultos Mayores con pensión asistencial con el objetivo de determinar el costo promedio para cubrir la brecha.

5.3.4.1. Demandas del AM

De la revisión de la literatura existente, se desprende que las principales demandas y necesidades de cuidado del Adulto Mayor de alta dependencia funcional son las siguientes:

- Horas Laborales de Cuidado: Estas horas, se clasifican según el nivel de especialización en el cuidado demandado por el Adulto Mayor, en “cuidados especializados y cuidados normales”
- Horas de Consultas Médicas: Al igual que el caso de las “horas laborales de cuidado”, la demanda por Horas de Consultas Médicas variará dependiendo del nivel de cuidado requerido por el Adulto Mayor. De esta forma, un Adulto Mayor en condición “Autovalente” demandará menos Horas Médicas que un Adulto Mayor postrado.
- Medicamentos: Demanda por medicamentos en función de las patologías más comunes padecidas por los AM.

De esto se deduce que las principales demandas y necesidades de cuidado del AM, se representa por medio de la siguiente ecuación:

$$(10) \quad \text{Dda por Cuidados} = \text{Dda por Horas Laborales de cuidado} + \text{Dda por Consultas Médicas} + \text{Dda por Medicamentos}$$

5.3.4.2. Oferta de Servicios Existentes

Para enfrentar la demanda por cuidados definida anteriormente (ecuación 10), se define la siguiente ecuación de oferta de cuidados:

$$(11) \quad \text{Oferta de Cuidados} = \text{Oferta de Horas Laborales de cuidado} + \text{Oferta de Consultas Médicas} + \text{Oferta de Medicamentos}$$

5.3.4.3. Determinación de la brecha existente entre la Demanda y la Oferta; y costo promedio de cobertura.

La brecha existente entre la oferta de servicios existentes y las demandas y necesidades de los Adultos Mayores con pensión asistencial está dada por la diferencia entre las ecuaciones (10) y (11). De esta forma, la brecha “no cubierta” se expresa a través de la siguiente ecuación:

$$(12) \quad \text{Brecha no Cubierta} = \text{Dda por Cuidados} - \text{Oferta de Cuidados}$$

Al reemplazar las variables de la ecuación (12), por las variables definidas en la ecuaciones (10) y (11), se obtiene la siguiente ecuación:

$$(13) \quad \text{Brecha no Cubierta} = \text{Dda por Horas Laborales de cuidado} + \text{Dda por Consultas Médicas} + \text{Dda por Medicamentos} - (\text{Oferta de Horas Laborales de cuidado} + \text{Oferta de Consultas Médicas} + \text{Oferta de Medicamentos})$$

Al agrupar las variables de la ecuación (13), se obtiene lo siguiente:

$$(14) \quad \text{Brecha no Cubierta} = (\text{Dda por Horas Laborales de cuidado} - \text{Oferta de Horas Laborales de cuidado}) + (\text{Dda por Consultas Médicas} - \text{Oferta de Consultas Médicas}) + (\text{Dda por Medicamentos} - \text{Oferta de Medicamentos})$$

De este modo, se definen tres componentes que determinan la brecha existente entre las demandas y necesidades de los AM con pensión asistencial y la oferta existente. Estos tres componentes son:

1. (Dda por Horas Laborales de cuidado - Oferta de Horas Laborales de cuidado): El cálculo de esta diferencia representa la “demanda no cubierta por horas laborales de cuidado”.
2. (Dda por Consultas Médicas - Oferta de Consultas Médicas): El cálculo de esta diferencia representa la “demanda no cubierta por consultas médicas”.
3. (Dda por Medicamentos - Oferta de Medicamentos): El cálculo de esta diferencia representa la “demanda no cubierta por medicamentos”

A partir de la definición de estos componentes, la ecuación (14) se redefine de la siguiente forma:

$$(15) \quad \text{Brecha no Cubierta} = \text{Dda no cubierta por horas laborales de cuidado} + \text{Dda no cubierta por consultas médicas} + \text{Dda no cubierta por medicamentos}$$

Por lo tanto, el costo promedio por beneficiario de la brecha no cubierta, se define como sigue:

$$(16) \quad \text{Costo promedio de la Brecha no Cubierta} = \text{Costo promedio Dda no cubierta por horas laborales de cuidado} + \text{Costo promedio Dda no cubierta por consultas médicas} + \text{Costo promedio Dda no cubierta por medicamentos}$$

A. Costo Promedio Dda. no cubierta por horas laborales de cuidado

El costo promedio diario de horas laborales determinado en la ecuación (3) = 16.029,82, representa la demanda diaria de cada beneficiario por horas laborales de cuidado. Para hacer frente a esta demanda, el pensionado cuenta con los dineros asignados por concepto de pensión asistencial. Por lo tanto, se define como supuesto que la pensión que recibe cada beneficiario, será destinada a cubrir el costo de las horas laborales que el AM demanda por cuidados.

El instrumento aplicado, entrega la siguiente información referente a los montos de pensión:

**CUADRO Nº 0.10
Montos de Pensión**

Estadísticos

8. Monto pensión

N	Válidos	427
	Perdidos	0
	Media	50551,61
	Mediana	51300,00
	Desv. típ.	3359,545
	Mínimo	30000
	Máximo	87365

Del cuadro, se obtiene el monto promedio mensual (\$50.551) recepcionado por cada beneficiario por conceptos de pensión. Esto equivale a \$1.865 diario.

Por lo tanto, el costo promedio de demanda no cubierta por horas laborales de cuidado, corresponde a:

(17)
$$\text{Costo promedio de dda. no cubierta por horas laborales de cuidado} = 16.030 - 1.865 = 14.165$$

Volviendo sobre la ecuación (16), se tiene:

(18)
$$\text{Costo promedio de la Brecha no Cubierta} = 14.165 + \text{Costo promedio Dda no cubierta por consultas médicas} + \text{Costo promedio Dda no cubierta por medicamentos}$$

B. Costo promedio de la demanda no cubierta por consultas médicas

Desde el 1 de Julio de 2005, entró en vigencia la Ley AUGE, que garantiza el acceso a la atención de salud. Dicha ley, establece la atención gratuita a los beneficiarios de pensiones asistenciales.³⁶ Esto garantiza la completa cobertura de la demanda por consultas médicas. De esta forma, el costo promedio de la demanda no cubierta por consultas médicas se iguala a cero.

³⁶http://www.fonasa.cl/prontus_fonasa/antialone.html?page=http://www.fonasa.cl/prontus_fonasa/site/edic/bas e/port/auge.html

Reemplazando el valor obtenido, en la ecuación (18), se tiene:

$$(19) \quad \text{Costo promedio de la Brecha no Cubierta} = 14.165 + 0 + \text{Costo promedio Dda no cubierta por medicamentos}$$

C. Costo promedio de la demanda no cubierta por medicamentos

El acceso a medicamentos por parte de los AM, se beneficia con descuentos que en promedio se encuentran en torno al 10% de su valor. El costo promedio diario por medicamentos demandados por cada adulto mayor, obtenido en la ecuación (7) es: \$ 993,75. Al aplicar un descuento del 10%, se concluye que el costo promedio diario de la demanda no cubierta por medicamentos es: \$ 894.

Reemplazando este valor en la ecuación (19), se obtiene:

$$\text{Costo promedio diario de la Brecha no Cubierta} = 14.165 + 0 + 894 = \$15.059$$

Por lo tanto, el costo promedio por beneficiario que significaría cubrir la brecha detectada entre las demandas y necesidades de los adultos mayores con pensión asistencial y la oferta de servicios alcanza los \$15.059 diarios³⁷.

³⁷ Este cálculo se realizó en base a los supuestos definidos a lo largo del capítulo.

5.4. Buenas Prácticas de Cuidado de los/as Adultos Mayores Dependientes

El concepto de “*Buenas Prácticas*” se ha utilizado últimamente en una amplia variedad de contextos o temas para referirse a las formas óptimas de ejecutar un proceso o ejecutar una acción orientada hacia ciertas metas, que pueden servir de modelos para ser replicados en situaciones similares.

Las Buenas Prácticas, por tanto, se sitúan en un contexto y son “*buenas*” respecto de ciertos objetivos o metas. En este caso no referimos a Buenas Prácticas que se sitúan en el contexto del Cuidado de Adultos Mayores Dependientes, por tanto de relaciones sociales y simbólicas que se establecen entre cuidador/a y cuidado/a. Destacamos entonces como Buenas Prácticas en este contexto aquellas acciones o actitudes, que a nivel individual, familiar y social, contribuyen a mejorar el bienestar de ambos participantes de la relación: adultos mayores y personas a cargo de su cuidado.

La caracterización de una Buena Práctica de Cuidado de Adultos Mayores Dependientes debe considerar al menos los siguientes puntos:

- ✚ contribuir a mejorar el bienestar del AM,
- ✚ resguardar el goce de los derechos fundamentales por parte de los AM,
- ✚ contribuye a potenciar la autonomía y las capacidades de los AM,
- ✚ es replicable en otros contextos de cuidado,
- ✚ contribuye y resguarda el bienestar y derechos de la persona encargada del cuidado del AM,

A continuación se enumeran una serie de acciones o actitudes desprendidas del estudio que cumplen con los criterios de Buenas Prácticas y que, por tanto, significan una contribución positiva a la situación de los AM y sus cuidadoras/es.

A) El cariño es lo primero

Como lo muestran las entrevistas realizadas en la fase cualitativa del estudio, la evaluación que realizan los/as adultos mayores sobre los cuidados que reciben de parte de sus familiares, no obedece a criterios de satisfacción de “usuario”, al estilo de los servicios de otra índole, ni tampoco se refiere a aspectos materiales del mismo (ej: me pone bien las inyecciones). Los y las adultos mayores valorizan el cuidado que les entregan por aspectos muchos más subjetivos y emocionales, como el que este “sea dado con afecto”, o “lo hace con dedicación”. Más allá del apoyo recibido en la satisfacción de necesidades básicas como la alimentación o la higiene personal, los/as adultos mayores valoran enormemente la compañía y la comprensión que reciben desde quienes los/as cuidan, pasando las otras dimensiones a segundo plano.

Desde los adultos mayores sometidos a cuidados, y gracias a la percepción que de ellos emerge, tanto en la dimensión cualitativa como cuantitativa del estudio, el enfrentarse a una real o potencial fragilización de sus redes o contactos sociales, estimula la valoración del cuidado recibido en sus aspectos más subjetivo-emocionales. En este contexto, es aún más relevante el surgimiento de una buena práctica respecto de la valoración de los cuidados que sobre ellos se realizan, porque los AM, más allá que las condiciones del estudio no lo puedan permitir (diseño metodológico), no critican explícitamente la conducta de sus cuidadores, sino que más bien relevan como problemas aquellos ligados

al bajo monto de las pensiones, la falta de dinero en general y a falta de implementos y medicamentos para sortear sus problemas médicos. Por lo demás, los AM son capaces de percibir las dificultades que experimentan sus cuidadores producto de las actividades cotidianas realizadas, y puede que por lo mismo, y más allá de las manifestaciones de sobrecarga percibida en aquellos/as, resulte posible reconocer en la relación socio-emocional mutua el mecanismo necesario para que cuidadores/as administren de buena manera la sensación de carga debido a las responsabilidades, y los AM suavicen la sensación de malestar al considerarse una carga para otra persona.

Desde el discurso de los/as cuidadores/as, la mantención del cariño como motivación básica en el ejercicio de su labor de asistencia de un AM resulta fundamental para mejorar el bienestar de quienes cuidan y de ellos/as mismos/as. Si son cuidados con afecto, los/as adultos mayores se sienten mejor y satisfechos. A la vez, si el trabajo de cuidado se realiza con cariño, quien lo realiza se siente reconfortado/a y realizado/a, disminuyendo los sentimientos de sobrecarga y frustración propios del ejercicio de una labor tan intensiva.

La declaración mutua de afecto debe ser actualizada a diario. Un Elemento fundamental para lograr este objetivo es cultivar la comunicación e intercambio mutuo de impresiones. Darse el tiempo para conversar y no dejarse llevar sólo por la rutina cotidiana es importante, al igual que relevar los aspectos positivos de la relación de cuidado mutua. Según los/as entrevistados/as, el cuidar a un/a adulto mayor dependiente puede ser una experiencia de aprendizaje y satisfacción. Se rescata el “deber cumplido” y la “tranquilidad de conciencia” como motivaciones principales del cuidado. A su vez, desde los/as adultos mayores el cuidado es visto con agradecimiento y como expresión de cariño y “buena suerte” (*sentirse afortunado/a*). Un buen ejercicio para potenciar los aspectos positivos del cuidado es comunicárselos mutuamente, ya sea a través de conversaciones o, si es más fácil, de forma escrita: intentar escribir una carta o listado con las cosas positivas de cuidar y ser cuidado/a y entregársela al otro/a.

B) Cuidarse para cuidar mejor

La dedicación casi exclusiva del tiempo al cuidado de una persona mayor significa un gran desgaste y frustración por no poder realizar otras actividades personales. Asimismo los/as cuidadores/as pueden sufrir consecuencias en su propia salud producto de la labor intensiva que realizan. Desde la percepción de los AM, uno de los problemas más recurrente en quienes los cuidan es la falta de tiempo, falta de tiempo para dedicarse a sus propias actividades, que muchas veces tiene que ver con el ejercicio de otros roles de responsabilidades, por ejemplo madres, y en grado menor, trabajadores/as.

Desde los discursos recogidos en la fase cualitativa del estudio, las consecuencias negativas del cuidado de un/a AM pueden ser prevenidas y mermadas si existe una conciencia y reflexión sobre la labor que se realiza, su importancia y el esfuerzo que implica.

Para esto es necesario aprender, por parte del cuidador/a a:

- Pedir ayuda a cercanos
- Reconocer los propios límites y necesidades
- Dedicarle tiempo a la vida personal

Tal como lo muestran las entrevistas realizadas, el proceso de cuidado es en si mismo un proceso de aprendizaje de una forma de vivir y estar en el mundo que puede durar parte importante de la vida de los/as cuidadores/as. Aprender a *cuidar sin descuidarse* es un proceso que no esta exento de tristezas y problemas, muchos/as de los/as cuidadores/as entrevistados/as dan cuenta de momentos de crisis, en las que “*dejaron todo de lado*”, “*llegue a irme de la casa*” o “*me sentí agotada*”, debiendo suspender la dedicación exclusiva al cuidado del adulto mayor para dedicarse tiempo para pensar en si mismos/as.

Es tan relevante el autocuidado del/la cuidador/a, que debe ser parte de los contenidos de cualquier capacitación que se realice en este contexto, en este sentido se debe abrir los canales a través de los cuales, las personas que tienen a cargo un adulto mayor dependiente integren en su rutina ejercicios orientados a la prevención de sensaciones de cansancio físicas y psicológicas; de esta forma una buena practica de auto-cuidado se transforma a su vez en una buena práctica para la ejecución de un mejor cuidado al AM dependiente.

El desarrollo de un auto-cuidado efectivo significa en primer lugar un auto-conocimiento que apunta a la capacidad para identificar síntomas de sobrecarga por parte de quienes realizan labores de alta demanda y complejidad. En el estudio esta capacidad de identificar síntomas por parte de los/as cuidadores/as se realizó a través de las respuestas dadas en las preguntas contenidas en la escala ZARIT. A través de ella –y en términos globales- se reveló que los/as cuidadores experimentan desde una poca a una mediana sensación subjetiva de carga. Esto nos puede estar diciendo que a pesar de los inconvenientes que plantea el cuidado, los/as cuidadores/as manifiestan relevantes grados de resiliencia para contener los efectos negativos de las tareas. Estos mecanismos o recursos personales que contienen una situación de agobio mayor deben ser reforzados, como se ha insistido, a través de capacitaciones llevadas a cabo por agencias dedicadas al trabajo con grupos humanos en situaciones similares a los adultos mayores dependientes. Para reforzar este mecanismos, es necesario romper lo que se ha revelado en este estudio, a saber, que las instancias de capacitación son bajísimas, tan sólo un 7 % de los/as cuidadores/as ha recibido algún tipo de capacitación.

C) Organizar el tiempo y las tareas

Una practica que ayuda de forma importante a alivianar la labor de los/as cuidadores/as es el tener una buena organización de las actividades diarias y del tiempo que se destinará a estas.

Es útil para ello contar con un calendario u horario que se coloque en un lugar visible para el/la cuidador/a, donde se detallen las tareas diarias o semanales y el tiempo asociado.

Por ejemplo, en el caso de los Adultos Mayores con varias dolencias físicas y que deben ingerir varios tipos de medicamentos al día, es útil contar con un organizador de las tomas de medicamentos, con las dosis separadas y guardadas con antemano y calma, disminuyendo así las preocupaciones, el estrés y el temor a cometer errores que comparten varios/as de los/as cuidadores/as entrevistados/as.

Dado que en la planificación de las tareas propias del cuidado, el tiempo y el espacio resultan ser dimensiones claves, los datos a este respecto recogidos en el estudio apuntan a constatar la existencia de condiciones básicas apropiadas para estos fines.

Con esto se hace referencia a que gran parte de quienes cuidan a los adultos mayores dependientes son familiares (en su gran mayoría hija) que residen en el mismo hogar, y por ende, acompañan a estos los siete días de la semana y las 24 horas del día. En este sentido, es importante que se organicen correctamente las tareas en el tiempo, destinando un segmento de este tiempo a labores al servicio de las necesidades del adulto mayor dependiente, y otro tiempo destinado a actividades enmarcadas dentro de las necesidades personales del/la cuidador/a. Esto posibilita el ejercicio de una buena práctica integral de cuidado, además para que estas buenas prácticas logren expandir su órbita de reproducción, es conveniente atender tanto a las cualidades de los/as cuidadores/as, así como de los AM dependientes. Dentro de las primeras, es conveniente saber si las personas que realizan las labores de cuidado tienen otras responsabilidades familiares o bien laborales. Respecto de esto último, el grueso de los/as cuidadores/as (70%) declaró no trabajar, y dedicarse gran parte del día a las labores de cuidado del AM.

D) Tolerancia y Comprensión Mutua

La comprensión mutua y la capacidad de “ponerse en el lugar del otro” resultan elementos fundamentales que mejoran las relaciones y convivencia cotidiana. Estas actitudes deben ser cultivadas y aprendidas, tanto por parte de los/as adultos mayores como desde los/as cuidadores/as.

Desde las experiencias recogidas, cuando los/as adultos mayores se esfuerzan por desarrollar la comprensión de quienes los/as cuidan, se benefician ellos/as en tanto son cuidados mejor y sus cuidadores/as que realizan su labor con más tranquilidad. La mayor parte de los hombres y mujeres adultos mayores entrevistados/as manifiestan conciencia respecto de la necesidad de mantener una actitud amable y agradecida hacia quien(es) les proporcionan cuidados. Es importante cultivar en los/as propios ancianos/as la capacidad de aprender y comunicar sus necesidades de manera adecuada, fomentando así los aspectos positivos de la labor de asistencia que realizan sus cuidadores/as.

Así mismo, de parte de los/as cuidadores/as, resalta la “*paciencia*” y la “*tolerancia*” como elementos centrales que posibilitan la manutención de la relación de cuidado. Muchas veces los/as ancianos/as son exigentes en extremo y presentan actitudes agresivas o de mal humor que pueden irritar a quienes los cuidan, desatando situaciones de abandono o maltrato (en algunas experiencias se relatan momentos de pérdida del control por parte de el o la cuidador/a que culminan en gritos, enojos o “*ponerse brusca*”)

Como técnicas para evitar este tipo de desbordes y agresiones, los/as entrevistados/as describen algunas estrategias de contención como “*contar hasta 10*”, “*hacer como que no la escucha*” y “*salir a tomar aire*”.

Especialmente en los casos de adultos mayores con algún tipo de deterioro mental o demencia, es importante que el/la cuidador/a se capacite y busque información acerca de estas situaciones o enfermedades, sus características, síntomas y soluciones prácticas, contando así con mayores elementos para responder a las situaciones de cuidado que pueden aparecer como estresantes o problemáticas. De la misma forma, frente a ancianos con problemas para entablar una comunicación adecuada, debido a problemas fono-lingüísticos y/o auditivos, los/as cuidadores/as deben optar por el mismo camino señalado con anterioridad.

E) Vincularse a Redes

Un factor asociado a las experiencias positivas de cuidado de adultos mayores en los relatos recogidos es la vinculación y participación en redes y organizaciones sociales de diferente índole. Las historias de quienes participan en alguna organización o colectiva en su comunidad, ya sea de iglesia, deportivo, junta de vecinos, etc., demuestran una menor propensión al estrés y la sobrecarga y, por lo mismo, la vivencia del cuidado con mayor bienestar y felicidad.

El comunicarse e intercambiar con otros, en un círculo social más amplio, contribuye también a aumentar los recursos personales y sociales con que cuentan los/as cuidadores/as para la atención de los/as adultos mayores. En este punto la edad, en cuanto criterio de pertenencia generacional, se convierte en un precursor para el surgimiento embrionario de un capital social de tipo individual y comunitario, capital al cual se podría acudir en forma de cooperación y reciprocidad en casos de problemas de salud u otros. Además, esta situación estimularía la aparición de un nivel de confianza interpersonal que redundaría positivamente en una mayor iniciativa por participar en grupos extra-familiares.

F) Ampliar el Círculo del Cuidado

Es necesario que el cuidado de los/as Adultos Mayores Dependientes (y otras personas en situación familiar) deje de depender de la buena voluntad y cariño de ciertas personas (los/as cuidadores/as) y pase a constituirse una responsabilidad social y comunitaria.

En el camino, es importante que la familia en su conjunto trate de involucrarse en el cuidado del abuelo/a, tía/o, etc., y deje de descansar en la espalda de sólo una/o de sus miembros. En este estudio se constató que el 64.8% de los adultos mayores dependientes cuenta con tan sólo una persona que los cuida.

Para caminar hacia estas metas es importante tematizar el cuidado (actual y futuro) de los/as Adultos Mayores de la familia como un asunto de interés familiar. Para ello es importante que la cuidadora o cuidador comunique y exprese a sus familiares cercanos la necesidad de apoyo y la importancia de ocuparse del cuidado de estas personas. De los datos del estudio se logró visualizar que es la hija predominantemente quien realiza las actividades de cuidado, por ende esta instancia de reciprocidad generacional de índole familiar es conveniente que se amplíe al resto de los hijos, considerando también a los otros familiares, independiente del género de los mismos. Esto último se advierte considerando que la asimetría de género en la distribución de este tipo de labores es muy marcado en nuestra sociedad, fenómeno que se debe trascender y superar.

Es necesario considerar, además, que la mayoría de las personas que cuidan a adultos mayores son también adultos mayores, especialmente cónyuges, y aunque en mejores condiciones de salud, también deben cuidarse y ser cuidados para continuar viviendo y apoyando a otros con cierto nivel de bienestar.

Algunas veces los/as cuidadores/as desarrollan actitudes posesivas u obsesivas respecto del cuidado de la persona a su cargo. Es así que se piensa que "*nadie lo cuida mejor que yo*" o "*no me da confianza dejarlo/a con nadie más*", fomentando la dependencia exclusiva

y la sobrecarga.

Por el contrario, es importante que los/as cuidadores/as busquen a una o varias personas de confianza dentro de su círculo cercano, con quienes puedan dejar al adulto mayor por algunos momentos del día o la semana, dedicando este tiempo a su propio descanso, recreación o relaciones sociales.

Es importante que el/la cuidador/a comprenda que delegar responsabilidades en un tercero contribuye a un mayor bienestar para el/ella mismo/a y para el/la adulto mayor que cuida, y que no significa un menor cariño o dedicación. Además este tipo de prácticas contribuyen a integrar al adulto mayor a un círculo social más amplio y a fomentar la responsabilidad social respecto del cuidado de las personas mayores hoy y en el futuro.

En el estudio, básicamente en la fase cuantitativa, se registró que cuando los cuidadores solicitan colaboración a otras personas, estas personas pertenecen ya sea a la familia, o bien son vecinos del mismo barrio. Y esta colaboración es solicitada para solventar de manera correcta una actividad clave, es decir, el traslado del AM dependiente. Este traslado ocurre ya sea al interior de la casa, o bien desde esta hacia un punto del exterior; frecuentemente el consultorio para fines de diagnóstico o tratamiento médico.

G) Fomentar la Autonomía y las Capacidades de los/as Adultos Mayores

Los relatos recogidos muestran que, lejos de ser personas inútiles o pasivas, los/as adultos mayores se las ingenian para superar sus limitaciones y desarrollar actividades en la medida que su cuerpo y mente se los permite. Según las entrevistas realizadas a adultos mayores, es importante la labor de apoyo afectivo e incluso de cuidado familiar que ellos/as a su vez realizan. Por tanto se debe tratar de resaltar estas contribuciones de los/as adultos mayores a la familia y la comunidad.

En algunos discursos de cuidadores/as se observa cierta tendencia a infantilizar a las personas que cuidan, restándoles las posibilidades de constituirse en sujetos activos y colaboradores. Es importante que los/as cuidadores, en especial las mujeres, eviten este tipo de pensamientos y descarten este tipo de discursos en el ejercicio de su labor de cuidado, dando espacio para que los/as adultos mayores tomen decisiones sobre aspectos de su vida que no signifiquen riesgos (ej: que comer, dormir más o menos).

Por otro lado, muchas veces los cuidados recibidos fomentan una mayor dependencia, que a la vez demanda mayores cuidados, constituyéndose un círculo vicioso que culmina con el agotamiento del cuidador/a. De ahí que se necesario que los/as cuidadores/ pongan limites a las demandas y requerimientos de los/as adultos/as mayores, impulsándolos a esforzarse por realizar actividades básicas (especialmente en los casos de semivalentes), con un poco de ayuda, pero sin caer en la sobreprotección y de nuevo infantilización.

H) Acceso a atención de salud domiciliaria

En la etapa etárea denominada "adulthood mayor", es más probable la aparición de problemas médicos asociados muchas veces a discapacidades de diversa gravedad, estos ocurren en un contexto de empeoramiento de las condiciones sociales producto de

las asimetrías sociales, y más aún, producto de la exclusión del adulto mayor de la lógica productivista de las sociedades. En este contexto, la vulnerabilidad de los AM dependientes en materia de salud aumenta, y por ello, consideramos como una buena práctica el cuidado prodigado a nivel individual, familiar e institucional sobre la materia. A nivel individual se hace referencia a las actividades concretas del/la cuidador/a en la asesoría y administración de los medicamentos, en la asesoría y administración de una alimentación adecuada, así como del acompañamiento que se realiza en el traslado desde el hogar al centro de salud. A nivel institucional, una práctica relevante registrada en el estudio corresponde al acceso de un 88 % de AM dependientes al sistema de salud local, además de existir instancias donde el servicio médico del consultorio se acerca a los lugares de residencia de los propios AM dependientes. Esto último, al ser tan crucial para los AM semivalentes y postrados, debe expandir su cobertura donde la necesidad de tal sea detectada y diagnosticada, de esta forma se contribuye al resguardo de los derechos fundamentales en materia de salud de los AM dependientes.

I) Integración en el espacio familiar

Dado que muchas veces una manera de resolver el cuidado del AM dependientes es excluyéndolo de las rutinas y de la dinámica del resto de la familia, en la fase cuantitativa del estudio es posible desprender como una buena práctica el hecho de que un 89.3 % de los AM se encuentran integrados a los espacios del hogar. Aunque en el estudio se ha averiguado por la dimensión físico-espacial del hogar, gracias a la complementación de este dato con la información cualitativa es posible reconocer que esa es una primera condición para la integración socio-comunicativa de los AM, y un indicador básico para la ocurrencia de las otras buenas prácticas que se han enunciado en este capítulo.

6. CONCLUSIONES DEL ESTUDIO

6.1. Reflexiones finales sobre la situación de los adultos mayores dependientes con pensión asistencial y sus cuidadores/as domiciliarios

1. Los/as actores del cuidado: la vulnerabilidad de los/as AM y sus cuidadores/as

Nuestro estudio se centro en un sector específico de la población adulta mayor: aquellos con algún nivel de dependencia media o severa y que perciben pensión asistencial de parte del estado. Es decir, se trata de sujetos carenciados en términos físico-biológicos (dado el deterioro propio de la vejez y la falta de recursos para amortiguar estos efectos); sociales (en tanto la dependencia no sólo significa una limitación en el desempeño de actividades sino también una *restricción en la participación*) y económico-materiales, ya que se trata de un segmento de la población mayor que se encuentra en situación de pobreza y precariedad de vida que sólo logran suplir un poco mediante el apoyo otorgado por el estado.

Al respecto, los datos recogidos acerca de los/as adultos/as mayores con pensión asistencial dan cuenta del importante nivel de analfabetismo de esta población, su escaso nivel educativo, la precariedad de su situación de vivienda (40% vive allegado). Se trata de personas que comparten un contexto común de pobreza y limitaciones económicas y de desarrollo personal, educativo y profesional en el que han construido sus trayectorias vitales. Las historias de trabajo infantil, deserción escolar e inserción laboral precaria reafirman la situación de exclusión *múltiple* que ha caracterizado y sigue caracterizando la vida de estas personas. A la exclusión estructural, derivada de la pobreza y la desigualdad económicas, se suma la exclusión actual derivada de su condición de edad.

La condición de exclusión de este sector refuerza a la vez su situación de dependencia, en tanto deben ser subsidiados en el desenvolvimiento personal y cotidiano, por medio de los cuidados familiares principalmente, y en su subsistencia económica, mediante las pensiones y otras ayudas recibidas. Todo lo anterior limita el ejercicio pleno de derechos de parte de este grupo: no es posible elegir como se quiere vivir la vejez sino que simplemente se *vive como se puede*.

El modelo familista instalado a nivel cultural y de políticas públicas asume como un proceso *natural* el que las familias se hagan cargo de los cuidados de los/as mayores, una vez que estos comienzan a requerir de apoyo. Tal como lo muestran los datos recogidos, este modelo es reproducido en las estructuras familiares -al menos en el sector socioeconómico en estudio³⁸- sin embargo la asociación entre vejez y cuidado familiar debe al menos relativizarse a la luz de estos mismos resultados. Las situaciones familiares en las que se sitúan los sujetos considerados en este estudio son diversas, tanto respecto del número como de la intensidad de los vínculos existentes con los integrantes de su familia, cercana o lejana, y con otras personas fuera del núcleo.

³⁸ Es probable que en sectores de mayores recursos económicos exista una mayor tendencia a externalizar el cuidado de los adultos mayores en servicios pagados al interior de los hogares (contratar enfermeras, nanas, etc) o fuera de ellos (hogares de larga estadía), sin embargo la exploración de estas diferencias excede los datos levantados por este estudio.

Por una parte, la pérdida de la pareja o conyugue con quien se han compartido parte importante de la vida es una situación común en la adultez mayor, especialmente en las mujeres dada su mayor esperanza de vida. La viudez constituye un primer factor de soledad. En segundo lugar, es importante considerar que el 10% de los/as sujetos estudiados no vive integrado a su familia, es decir, a pesar de compartir domicilio no mantiene vínculos de convivencia cotidiana (cocinar, conversar, ver TV, etc) con las personas que viven con él. Este aislamiento es otro factor de soledad y desamparo, situación que aumenta con la edad (las personas de los rangos mayores de edad considerados tienden a compartir menos con la familia con quien viven). Por último, tomando en cuenta que estamos hablando de personas de edad avanzada que además de ser pobres tienen problemas de salud importantes, no es menos preocupante el hecho de que el 10% de los/as adultos mayores estudiados declare vivir solo/a, el 18% declara que “no lo cuida nadie” y el 5,1% de los postrados (es decir con un alto grado de dependencia y disfuncionalidad física) dice vivir solo/a.

Todo lo anterior da cuenta de situaciones de abandono e inexistencia de vínculos que posibiliten la existencia de una situación cuidado-dependencia. La existencia de hijos/as tampoco debe ser vista como sinónimo de *cuidado potencial*, ya desde las experiencias recogidas se desprende que la relación con los/as hijos/as muchas veces es lejana o de apoyo sólo en términos materiales, con lo que el cuidado de los/as adultos mayores, especialmente los más dependientes, que a la buena voluntad de otros familiares.

En la misma línea, la escasa relación de los adultos mayores con redes sociales e institucionales también remarca su situación de aislamiento social. Las redes en las que participan estos sujetos son escasas, en general, son pocos los amigos y su relación con la comunidad local o vecindario es también muy limitada. Los escasos espacios de vinculación con las instituciones sociales se reducen al consultorio, debido a sus problemas de salud recurrentes, y a la iglesia, debido a la religiosidad propia de la cultura más tradicional que ellos/as comparten. Como vimos en el análisis anterior, se detecta una cierta desvaloración o mala valoración de las relaciones fuera de la casa (es “*mal visto*”) en el discurso de los/as adultos mayores, que sumada a sus dificultades para movilizarse, refuerza su encierro doméstico y su desconexión y aislamiento.

Nuestro estudio da cuenta de la vulnerabilidad personal y social que caracteriza la situación de los/as adultos mayores dependientes con pensión asistencial; pero también nos muestra otra situación no menos problemática: la de las personas encargadas de su cuidado. Uno de los supuestos base de este estudio fue el que planteaba que, dada la condición económica y de dependencia de los sujetos principales, era *esperable* que en su mayoría necesitasen de algún tipo de apoyo o asistencia en sus domicilios (*cuidados domiciliarios*) y que esta necesidad de apoyo fuese catalizada a través de la familia, o de alguna otra fuente no remunerada (*cuidados informales*). Los resultados comprueban esta hipótesis inicial: en el 90% de los casos este apoyo es no remunerado y en el 93,7% es proporcionado por un/a familiar, es decir, se trata de ***cuidados domiciliarios informales***.

Dada cuenta de esta realidad, surge la pregunta –también objetivo de este estudio- sobre ¿Cuál es la situación de las personas que cuidan a adultos mayores de forma voluntaria?, ¿Cuáles son sus características?, y ¿De que forma o en que modalidades es proporcionado este cuidado?

Al respecto los resultados del estudio muestran un perfil claro de las personas que cuidan

a adultos mayores: son mujeres, de edad adulta avanzada (la mayoría se concentra entre los 42 y 61 años), que se dedican al cuidado de forma solitaria y exclusiva y con algún vínculo de parentesco con el/la adulto mayor.

Además de ser predominantemente mujeres, las cuidadoras y (aunque escasos) cuidadores, comparten un perfil similar al descrito para los/as adultos mayores más arriba cuya patente es la vulnerabilidad: precariedad económica, proveniencia rural, abandono en la infancia, baja escolaridad (sólo un poco más alta que los AM derivado de la expansión general de la educación formal), deserción escolar, trabajo infantil temprano, precariedad laboral.

Al igual que los/as AM, sus cuidadoras y cuidadores son un grupo con un muy bajo nivel de *capital humano* (entendido como las capacidades personales, incluyendo la capacitación y educación, para desarrollar un proyecto de vida)³⁹ y *capital social* (es decir, capacidad de vinculación con redes de confianza y cooperación entre diferentes actores, que permiten dar y recibir apoyo social) limitaciones que se ven agudizadas también por las responsabilidades asumidas en el cuidado de un adulto mayor. En este sentido, los/as cuidadores/as comparten con los AM su vulnerabilidad, su aislamiento social y su desconexión con las instituciones.

Por ejemplo, respecto de los vínculos conyugales, un cuarto de ellos/as es soltero, es decir, no ha constituido una familia propia lo que resulta interesante si consideramos que la mayor parte son personas que superan los 40 años. Su integración al mercado laboral y al trabajo remunerado es difícil (o nula) y precaria: 73% no tiene trabajo remunerado, 9% esporádico y sólo el 16% trabajo estable a tiempo parcial o completo. Respecto de la seguridad social la mitad de ellos/as no tiene ahorro previsional, situación que se acentúa en el caso de las mujeres (la mayoría) y un 15% no tiene ningún sistema de salud⁴⁰.

Proyectando la situación de estas personas hacia el futuro el panorama se complejiza aun mas: se tratará de adultos mayores en situación de precariedad aguda, ya que no han contado con ingresos propios ni tampoco con ahorro para enfrentar la vejez; y que se encontraran probablemente solos/as ya que sus posibilidades de construir un familia o vínculos afectivos propios han sido mínimas debido a la intensidad del cuidado proporcionado al AM por mucho tiempo, por lo que no contarán con el sustento de cuidado *potencial* que significaron personas como ellos/as en el momento actual. La mayor parte de las personas que vivan esta situación en el futuro (no muy lejano) serán mujeres, dada la feminización de la labor de cuidado discutida más arriba, cuyo cuidado deberá ser subsidiado por el estado o alguna institución de beneficencia.

2. La feminización del cuidado y el trabajo domestico no remunerado.

³⁹ Una parte significativa de los/as cuidadores/as tiene algún grado de analfabetismo (el 6% de los/as cuidadores/as no sabe leer ni escribir y el 2% sólo lee). El 33% de los/as cuidadores/as tiene educación básica incompleta y sólo un 18% termino el ciclo escolar (educación media completa).

⁴⁰ Este hecho es especialmente preocupante si consideramos los costos que la labor de cuidado tiene para la salud de los/as cuidadores/as. El 77% dice tener algún problema de salud, principalmente hipertensión y problemas de visión.

Aunque ese perfil presenta ciertas variaciones (existen cuidadores hombres, algunos/as logran combinar esta actividad con otras remuneradas o no, en algunos casos el cuidado se realiza por varias personas) es innegable el carácter *feminizado* de la labor de cuidado de los/as adultos mayores dependientes. La división sexual del trabajo y de los espacios se ve claramente reflejada en este hecho: nuestra cultura asigna (social y subjetivamente) a las mujeres el espacio de lo doméstico (el hogar) y las responsabilidades y roles asociados a este espacio, como son el cuidado de los miembros de la familia, no sólo hijos/as sino también enfermos, discapacitados y, en este caso, adultos/as mayores.

Del total de adultos mayores estudiados un 85% son cuidados por mujeres, miembros de su familia, principalmente hijas 45% y conyugues 11%. Aunque la cadena de feminización no se limita a la familia: incluso en ausencia de hija o esposa, asumen esta labor las nueras, hermanas de las nueras, vecinas, siendo el ejercicio de esta labor *naturalizada* tanto por quienes la ejercen como por quienes se benefician de estos cuidados socialmente determinados. Si sumamos esta situación al hecho de que el “*mundo adulto mayor*” también es un espacio de predominio femenino, especialmente en edades más avanzadas por la mayor esperanza de vida, se configura un espacio social predominantemente protagonizado por mujeres y marcado por *lo femenino*, hecho que pone de relieve la necesidad de considerar las necesidades e intereses específicos de este sector de la población (su forma de relacionarse y de *ver el mundo*) al pensar en acciones o programas dirigidos hacia los/as adultos mayores dependientes y sus cuidadoras.

Es importante resaltar que además de la amplia gama de actividades básicas en las que los/as cuidadores/as asisten a los/as AM, estas personas generalmente asumen también todas las responsabilidades del hogar (limpieza, compras, pago de cuentas), situación que se complica en el caso de quienes tienen una familia propia a la cual también dedican cuidado. Todo ello configura el ejercicio de una labor sumamente intensiva que sin embargo, por ser desarrollada al interior del hogar, no es socialmente valorada como “*trabajo*”, y por tanto no recibe retribución económica. Al respecto es necesario destacar la necesidad social del trabajo realizado por las personas que cuidan a AM, ya que de otra forma no sería posible la subsistencia de este grupo de población. Al ser realizado en el hogar, y por tanto asignado principalmente a las mujeres como sujetos *propios* de este espacio, el trabajo de cuidado doméstico es infravalorado e invisibilizado, no obstante el volumen de producción de bienes y servicios que éste origina, que evidentemente es muy necesario para la reproducción de la sociedad en su conjunto.

La clara feminización del cuidado doméstico de los/as AM responde a patrones profundamente instalados en nuestra cultura que asignan a las mujeres la responsabilidad exclusiva de las labores de reproducción social y mantención del hogar. Esta visión está presente tanto en los/as AM como en los propios cuidadores y cuidadoras, quienes reafirman que la responsabilidad del cuidado recae en la familia y dentro de ella, en las mujeres. La asignación de este trabajo en base a la diferencia sexual es naturalizada en los discursos, se plantea que las mujeres son *más aptas* o que ellas *están más preparadas* que los varones, justificando así su responsabilización exclusiva. Incluso las mujeres que hoy cuidan a un/a AM plantean temor hacia el futuro ante la ausencia de hijas (porque no tuvieron descendencia o porque tuvieron solo varones) que se responsabilicen de sus cuidados cuando envejezcan.

La visibilización del cuidado informal de los/as AM y la valorización de su aporte

económico requiere de la transformación de la visión que asocia “trabajo” con “empleo” (trabajo remunerado en el mercado), para la construcción de un enfoque que considere como *trabajo* todas aquellas labores desarrolladas dentro y fuera del hogar que contribuyen a la mantención y reproducción de la sociedad en su conjunto. No obstante la valorización del trabajo domestico de cuidado a través de criterios mercantiles significa ampliar el espacio para valores como la competencia y el individualismo, restando importancia a la responsabilidad y solidaridad social. El debate es entre mercantilizar las relaciones de producción y reproducción domestica o ampliar la responsabilidad y solidaridad de la sociedad, a través del estado y sus instituciones.

3. La vivencia de la dependencia y la intensidad del cuidado a los/as AM

La dependencia es un fenómeno complejo, de diversas caras, en el que influyen variables biológicas, psicológicas y sociales. Ser dependiente implica la necesidad del apoyo de otros (en diversos grados) para el desarrollo de las actividades cotidianas, debido a un déficit en la autonomía física o mental. No obstante a la base de la dependencia están las disfunciones físicas o biológicas, es necesario comprender que la dependencia es un fenómeno socialmente construido, en tanto la “autonomía” y las posibilidades de “participación” de las personas en diversos aspectos de la vida es definido en el contexto de una sociedad cultural e históricamente situada que dice que pueden o no hacer las personas con cierto déficit en su funcionamiento. Siguiendo la definición de la OMS la dependencia es un proceso que comienza con la aparición de un déficit en el funcionamiento corporal como consecuencia de una enfermedad, accidente o vejez, que implica una limitación de la actividad. Sin embargo esta limitación no es por si misma dependencia, sino que se transforma en ello cuando “esta limitación no puede compensarse mediante la adaptación del entorno, provocando una restricción en la participación que se concreta en la dependencia de la ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida cotidiana”. (OMS, 2001)

Tal como lo muestran los datos relevados en este estudio, la dependencia es un fenómeno de peso en la población adulta mayor con pensión asistencial y mayor de 75 años: el 22% se clasificó como semivalente y el 22% como postrado o dependiente severo, lo que significa que casi las tres cuartas partes de esta población tienen algún grado de dependencia, situación que se acentúa con el aumento de la edad y que se relaciona con mayor fuerza con el hecho de ser mujer y vivir en una zona urbana. El aumento del nivel de dependencia esta asociado a una mayor limitación en la actividad que no puede ser absorbida por el entorno, y que se traduce en una restricción de la participación de los/as AM que finalmente culmina en una, cada vez mayor, necesidad de apoyo para desenvolverse en la vida diaria. De ahí que los cuidados domiciliarios vayan en directa relación con el mayor grado de dependencia y sus factores asociados.

La vivencia de la dependencia es relativa, así como también es variable la modalidad en las que se configura la relación de cuidado AM-cuidador/a. En otros términos, no siempre una misma limitación física o mental (por ejemplo, la ceguera) origina el mismo nivel de dependencia y el mismo tipo de cuidado. Los/as AM enfrentan de diferente forma su situación haciendo uso de sus recursos personales y también de acuerdo a las posibilidades y motivaciones que reciben desde su entorno. Dado el contexto de precariedad en el que se sitúan los sujetos de estudio, sus posibilidades de enfrentar sus limitaciones también son precarias, aumentando la probabilidad de ser cada vez más dependientes. Respecto de esto, el 46% de los adultos mayores no tiene los elementos

necesarios para suplir su discapacidad⁴¹ (anteojos, audífonos, muletas, sillas de ruedas, etc.). Además, el acceso a estos elementos y a otros servicios de salud –generalmente otorgados por los servicios públicos de salud- también es inversamente proporcional al grado de dependencia y directamente proporcional a contar con alguien dedicado a su cuidado: quienes tienen cuidador/a van más al consultorio y reciben más atención médica a domicilio; por el otro lado, los postrados van menos al consultorio. Todo lo cual llama a preocuparse por la situación de aquel 10% que vive solo/a, el 18% que “no lo cuida nadie” y el 5,1% de los postrados que vive solo/a y sin cuidador/a.

La situación de dependencia es social y subjetiva, construida tanto por quienes son definidos como *dependientes* como por los/as que interactúan y se relacionan con ellos. Para los AM su situación es paradójica, ya que se encuentran en una etapa de la vida donde “*les sobra el tiempo*”, sin embargo no pueden aprovecharlo ya que tienen menos posibilidades de hacer cosas. La vida en esta situación se configura como pasiva, monótona y dependiente de la ayuda y voluntad de otros. Del otro lado, es interesante mencionar que los/as cuidadores sitúan a los/as adultos mayores a su cargo en un nivel superior de dependencia y menor autovalencia que el indicado por los primeros. Es probable que esta disparidad en los niveles de dependencia indicados por los/as AM y sus cuidadores/as se deba al sentimiento subjetivo de la *carga* propia del ejercicio de una labor de cuidado intensiva y de larga duración.

Los cuidados que reciben los/as AM en sus hogares tienen dos características preponderantes: son cuidados *intensivos* y de *larga duración*. La intensidad de los cuidados radica en la *estrechez* del vínculo que se establece entre el/la AM y quien lo cuida. Primero, dado que se trata mayoritariamente de familiares, existen vínculos de parentesco y afectivos que mediatizan la relación de cuidado, la expresión de necesidades y las acciones para su satisfacción. Por ello es más difícil para los involucrados desvincularse emocional o personalmente de esta relación, para analizarla de forma *objetiva*. En segundo lugar, la relación de cuidado se configura más allá de los límites del hogar en tanto el/la cuidador/a también cumple una función de representación social del AM en el mundo exterior, lo que se refleja en que, por ejemplo, el 78% de los/as cuidadores/as es además apoderado del AM para el cobro de su pensión asistencial. La responsabilidad se amplía hacia estos ámbitos. Otro factor que estrecha la relación cuidador-cuidado es el hecho de que la mayoría de los/as cuidadores reside en el mismo hogar del AM, por lo que no sólo comparten los momentos de interacción propios del cuidado, sino también aquellos momentos *libres* con que cuentan cada uno/a.

Por último, la intensidad del cuidado que los AM reciben en sus domicilios de parte de sus familiares se refleja en la gran cantidad de horas y la amplia gama de actividades que se desarrollan en estos contextos. El 87% de los cuidadores/as cuidan al AM los 7 días de la semana. Gran parte de los/as cuidadores/as dice cuidar al AM a su cargo las 24 horas del día (68%) y todos/as ellos/as los cuidan hace varios años. Todo lo cual configura un tipo de ayuda que lejos de ser temporal o coyuntural se constituye en una *forma de vida* para quienes la realizan, en tanto se trata de un tiempo considerable de su vida dedicado a esta labor.

Todo lo anterior se relaciona también con el hecho de que comparten hogar: hay

⁴¹ El 97% de los sujetos estudiados tiene alguna discapacidad, siendo las principales la ceguera, sordera y otros tipos de limitación física, lo que aumenta con la edad.

imposibilidad de *separar espacios*, además de las necesidades propias de una persona dependiente que requiere apoyo para las actividades básicas de la vida diaria. Al respecto queda claro que las necesidades de apoyo de los/as AM dependientes abarcan, básicamente, las ABVD (Actividades Básicas de la Vida Diaria) como la alimentación, vestimenta, higiene personal y el traslado dentro y fuera del hogar⁴². El apoyo tiende a concentrarse más aún en las ABVD cuando el/la cuidador/a vive con el AM. La única actividad más especializada o fuera de lo cotidiano dice relación con la administración de medicamentos, actividad muy importante en la labor de cuidado (el 70% de los/as cuidadores/as administra los medicamentos al AM).

4. Costos y retribuciones en el cuidado del AM

El desempeño de una labor de cuidado intensiva y de larga duración es vivida contradictoriamente por los/as cuidadores/as de AM. Por un lado se encuentran las motivaciones fundadas en el *deber, obligación moral o retribución justa* a los/as padres o al conyugue. El cumplir con estos deberes instalados subjetivamente genera satisfacción de los/as cuidadores/as quienes se sienten cumpliendo una suerte de *misión* asignada a ellos/as por la vida. Además el cuidado de los/as AM puede resultar una labor gratificante y enriquecedora si se vive en actitud positiva y de aprendizaje. Esto se demuestra en que la mayoría de las personas consideradas en este estudio tienen una buena relación con la persona que cuidan, refiriéndose con afecto y respeto hacia ellos/as.

Al respecto, es importante resaltar el aporte que los/as AM realizan al desarrollo y convivencia familiar, especialmente en el cuidado y comunicación con generaciones posteriores (hijos/as, nietos/as). Las diversas formas que adopta la relación de cuidado se combinan con también diversos grados de autonomía de los/as AM y de estrategias de desenvolvimiento cotidiano que estos desarrollan. Podemos decir que el grado de autonomía y *aporte* que los/as AM puedan desarrollar esta en directa relación con el *clima* de la relación de cuidado (a más afecto y dedicación recibido, más apoyo devuelto). Por otra parte la valoración que los/as AM hacen de los cuidados recibidos se refiere mucho más a factores subjetivos y emocionales (como la dedicación, el cariño, la paciencia, etc.) que a elementos materiales de los servicios recibidos, como la adecuación o inadecuación de los cuidados recibidos, su "calidad", etc.

Del otro lado, cuidar a un/a AM (u otra persona dependiente) conlleva una serie de costos objetivos y subjetivos, que son experimentados por el/la cuidador/a como la *carga* derivada de esta labor. Según estudios anteriores, la manera en la que el/la cuidador/a enfrenta los cuidados de un/a AM depende de factores como⁴³: la interpretación que hace la familia y el cuidador de la conducta del adulto mayor; el tipo de respuestas que desarrollan y las pautas de relaciones familiares anteriores. A la luz de nuestro estudio es necesario agregar a estos elementos las condiciones materiales y de vida del AM su cuidador/a.

Los resultados arrojados por este estudio dan cuenta de una baja percepción de carga de

⁴² El traslado es una de las necesidades de apoyo más presentes en los AM, especialmente por la necesidad de concurrir recurrentemente a centros de salud que la mayoría de ellos/as comparte. Las dificultades para trasladarse refuerzan la desconexión de los AM con las redes sociales e instituciones. Desde la visión de los/as cuidadores/as el traslado de los/as AM constituye una de las actividades de apoyo de mayor dificultad, en las que muchas veces requieren de ayuda de terceros.

⁴³ Extraído de Yanguas, J.; Leturia, F.; Leturia, M.; Uriarte, A. (1998).

parte de los/as cuidadores/as (Escala de Zarit), que aumenta poco a poco a medida que se incrementa el nivel de dependencia del AM, sus problemas de salud o discapacidad, el abanico de ABVD en las que se realiza el apoyo y en la medida en que el cuidado repercute en problemas de salud para el/la propio/a cuidador/a. Es decir la percepción de la carga aumenta cuando empeoran las condiciones y se dificulta el ejercicio de la labor de cuidado. Sin embargo, esta baja percepción de carga contrasta con la sensación de postergación del *tiempo propio* que comparten los/as cuidadores/as que relatan situaciones de enojo o impotencia frente a la imposibilidad de salir y hacer cosas personales. A esto debe sumársele la escasez de apoyo psicológico y de autocuidado que reciben los/as cuidadores/as así como su precaria conexión con las redes sociales e institucionales de su entorno, que repercute también en menor apoyo.

La vivencia de la labor de cuidado se configura en un *tiempo detenido* en términos personales, donde se posterga el propio desarrollo en función de las necesidades del otro, en este caso un/a AM. El paso del tiempo es, sin embargo, inexorable y muchas veces termina en la cuenta de varios años dedicados al cuidado exclusivo y la pérdida de oportunidades de realización personal, hechos que se viven con frustración y tristeza.

De ahí que la necesidad de apoyo (material y humano) para conciliar ambos *deberes* –la obligación moral de cuidar al AM y el desarrollo de un proyecto de vida personal- sea una de las principales necesidades sentidas por los/as cuidadores/as.

Otro factor que aumenta el riesgo de carga frente al cuidado de un/a AM es el bajo nivel de información y capacitación de los/as cuidadores/as (sólo el 7% ha recibido alguna capacitación para el cuidado). Las capacidades para el cuidado de un AM son desarrolladas mediante la experiencia y muchas veces a través de ensayo y error, lo que además de significar una tensión para el/la cuidador/a –derivada de la inseguridad en su labor- implica importantes riesgos para los/as AM a su cargo. Todo ello, sumado al escaso apoyo que reciben los/as cuidadores desde otros miembros de la familia y desde instancias institucionales, configura un panorama propicio para la aparición de una serie de consecuencias negativas en el cuidador y un ambiente de vulnerabilidad, que puede generar malos tratos hacia los/as AM. Este riesgo es percibido por los/as cuidadores/as que sienten una necesidad de capacitarse y *saber más* para cuidar mejor a el/la AM.

5. Reflexiones finales

El diagnóstico desarrollado a lo largo de este estudio en torno a las características cuantitativas y cualitativas de la población adulta mayor dependiente y sus cuidadores/as domiciliarios da cuenta de una situación social de suma complejidad y relevancia actual y futura.

La realidad social caracterizada a través de la información relevada en este estudio está marcada por la vulnerabilidad social y la precariedad de vida propia de los sectores más pobres de nuestro país, pero acentuada por el aislamiento social y la situación de exclusión que comparten los/as AM y sus cuidadores/as. Los primeros se ven excluidos debido a su edad, en el contexto de una cultura que valoriza la inmediatez, la actualidad y la competencia, donde el ser *viejo/a* significa ser *inútil* u *obsoleto*. Los segundos están excluidos porque la mayor parte de su tiempo transcurre en el mundo dedicado a el/la anciano/a, con escasas posibilidades de participar y vincularse con los flujos de recursos e información que se transan en el mercado.

Las proyecciones en el incremento de la población adulta mayor por sobre los otros

segmentos etéreos de nuestro país, al igual que en otros países, pone énfasis en la necesidad de considerar social y políticamente las características y necesidades de este sector de población en incremento.

Por otra parte, las transformaciones en el modelo tradicional de familia y la inserción laboral de las mujeres significan un progresivo deterioro –o al menos una tensión- para el modelo familista, que asigna naturalmente el cuidado de los/as AM (y otras personas dependientes) como responsabilidad de los miembros femeninos de la familia. En nuestro país, al igual que en otros (ej: España), la realidad de quiebre de este modelo es inminente, lo que significa que en un futuro no muy lejano, se reducirá considerablemente el cuidado informal *potencial* de los/as AM, en tanto habrán cada vez menos mujeres dispuestas a dedicar su vida a estas labores.

Es importante generar datos periódicos que permitan estudiar las tendencias de estos cambios y comparar situaciones para proyectar soluciones, ejercicio que no fue posible en esta oportunidad dada el carácter exploratorio de esta investigación.

La asignación de la responsabilidad del cuidado de los/as AM a las familias y dentro de estas a las mujeres constituye un reflejo de una cultura inequitativa, que se funda en la división sexual del trabajo y que infravalora e invisibiliza las labores que se desarrollan en el ámbito doméstico al no valorarlas económicamente. Por otro lado, la reducción del estado y la focalización de las políticas sociales refuerza este modelo de privatización del cuidado, informalidad y precariedad de esta labor. Ello especialmente en los sectores de bajos recursos –como es el caso de los sujetos de este estudio- ya que podemos suponer que en estratos altos el cuidado de los/as AM se resuelve mediante la contratación de servicios para este fin. La distribución del cuidado de los/as AM en nuestro país es por tanto doblemente injusta en tanto se concentra en las mujeres y entre estas, en las de sectores pobres.

Ante ello, es de importancia capital ampliar el círculo de la responsabilidad ante el cuidado de las personas dependientes, entre ellas los/as AM, no sólo hacia el núcleo familiar cercano, sino también hacia la sociedad en su conjunto y sus instituciones. Para ello es importante el desarrollo de una cultura diferente, basada en la responsabilidad y solidaridad social, que se funde además en un sistema de protección estatal básico que asegure para estas personas –AM y cuidadores/as- las condiciones de vida mínimas para el ejercicio pleno de sus derechos y el desarrollo de sus potencialidades humanas.

Respecto de los costos y las valoraciones de la labor de cuidado, es necesario observar cada relación de cuidado como un universo social y simbólico en sí mismo, que moldea las percepciones y valoraciones que ambos polos de la relación tienen de la labor que ejercen y del apoyo que reciben. No existe por tanto un *modelo* de cuidado de AM, sino que los mismos recursos o las mismas prácticas pueden generar resultados positivos o negativos dependiendo del contexto material y subjetivo en el que se desarrollen.

La visión de este universo de relaciones como un *sistema* complejo implica además no sólo considerar los elementos subjetivos e interaccionales, sino también las formas en que este sistema-cuidado se posiciona y relaciona con el entorno en el que se sitúa. En el caso de los sujetos de estudio esta situación se caracteriza por el aislamiento y la desconexión social e institucional, hecho que resulta en una mayor precariedad en un contexto donde la distribución de recursos, privilegios y oportunidades sociales ocurre en el marco de estas redes e instituciones. La integración y conexión de los/as AM y sus

cuidadores/as con su entorno, el fomento de su participación comunitaria y su vinculación con redes institucionales debe ser un foco importante de la política orientada a mejorar la situación de estas personas.

6.2. Algunas recomendaciones y propuestas para mejorar la situación de los AM dependientes y sus cuidadores/as domiciliarios

- ✚ Incorporar la perspectiva de género en los análisis y programas destinados hacia la población AM dependientes y especialmente hacia sus cuidadoras.
- ✚ Levantar información periódica acerca de la realidad de este sector, relacionándola con las transformaciones demográficas y sociales propias de los cambios que experimenta nuestra sociedad y cultura.
- ✚ Realizar una estimación del aporte económico de los cuidados informales desarrollados en el hogar de forma no remunerada, contribuyendo a su visibilización y valoración social.
- ✚ Trabajar a través de las políticas públicas de salud en la capacitación y acompañamiento a los/as cuidadores/as de adultos mayores dependientes. Por ejemplo, a través de algún profesional o técnico del consultorio o municipalidad; y/o mediante la creación de fono consulta para los cuidadores.
- ✚ Iniciar líneas de trabajo que proyecten diversas formas de abordar desde la política pública la facilitación de tiempo libre para los cuidadores. Por ejemplo, a través de las políticas de empleo capacitar y emplear a personas de la comunidad para el cuidado de adultos mayores dependientes, algunas horas de la semana.
- ✚ Implementar un servicio de “Respiro Familiar” que ponga a disposición de los/as cuidadores/as un servicio de cuidado para el AM a su cargo, una o dos veces al mes, que pueda ser solicitado por ellos/as para desarrollar alguna actividad personal como estudiar, salir, recrearse, etc.
- ✚ Ampliar y mejorar los servicios domiciliarios destinados al adulto mayor y su familia. Lo anterior considerando, la necesidad de aumentar la periodicidad de las visitas e incluir otras áreas además de la médica.
- ✚ Establecer un sistema de apoyo a los traslados de los AM hacia los consultorios o centros de salud. Por ejemplo, una furgoneta o auto que recorra cierto radio de calles recogiendo a los/as AM para llevarlos y traerlos a sus controles de salud periódicos.
- ✚ Los AM dependientes son personas que tiene un mayor gasto en alimento, medicamentos y porque no decirlo en cuidado que el resto de población y que a la vez sus ingresos son inverso a su realidad en comparación con la población activa o de otra edad esto conlleva a un mayor deterioro de su salud mental, física y por lo tanto a un empeoramiento de su calidad de vida. Considerando el escaso monto de las pensiones asistenciales, y el nivel de gastos de los adultos mayores dependientes, se cree razonable recomendar evaluar la entrega de un bono o subsidio especial a estos adultos mayores. Lo anterior, principalmente para

apalea los gastos en alimentación especial o uso de pañales (los que pueden llegar a absorber el 75% de esta pensión).

- ✚ Poner a disposición de los/as AM y sus cuidadores/as apoyo psicológico constante, ya sea individual o grupal.
- ✚ Mejorar la capacitación de los operadores sociales, respecto a la vejez y al proceso de envejecimiento, para que se constituyan en un apoyo real para los adultos mayores y sus cuidadores.
- ✚ Considerando que en algunos casos las familias se encuentran –o podrían encontrarse en el futuro- sobredemandadas y les resulta imposible ejercer su rol de cuidador, se recomienda facilitar el acceso a hogares de larga estadía para estos adultos mayores, a través por ejemplo, de apoyo económico o un monto de subvención para financiar este servicio. Recordemos que para estos efectos, actualmente no existe una alternativa de apoyo estatal a estas personas, quienes deben acudir a instituciones de beneficencia.
- ✚ Promover el trabajo voluntario de niños, adultos, jóvenes y otros adultos mayores, para que acompañen, visiten y trabajen con adultos mayores dependientes.

7. PRODUCCION DE UN MODELO DE CAPACITACION PARA CUIDADORES/AS

Como producto de la revisión teórica y bibliográfica y del análisis de los resultados cuantitativos y cualitativos del estudio, se ha elaborado un Manual de Capacitación, dirigido a personas que cuidan a adultos mayores dependientes, cuya finalidad es otorgar elementos prácticos que permitan mejorar las capacidades de los/as cuidadores/as para cuidar del bienestar de los/as adultos mayores y ellos/as mismos/as⁴⁴.

El Manual está pensado para ser entregado a cuidadores/as domiciliarios de adultos mayores dependientes, a modo de librito o cartilla educativa, de modo que se constituya en un material de uso cotidiano al que ellos/as puedan recurrir en caso de requerir información u orientación durante su labor de asistencia del AM.

Los contenidos del Manual han sido adaptados a un lenguaje simple y coloquial de modo que puedan ser comprendidos por los/as cuidadores/as que presentan bajo nivel de educación (según la encuesta). En la misma línea se recomienda incluir en el diseño ilustraciones o fotografías que permitan hacer el material más amigable y motiven a los/as cuidadores/as a su lectura exhaustiva y dedicada.

Dado que la labor de cuidado de los adultos mayores dependientes en sus hogares se encuentra altamente feminizada, se ha tenido especial consideración en incluir la perspectiva de género en el lenguaje y contenidos del Manual. Es necesario considerar este factor también a la hora del diseño y las ilustraciones (por ejemplo: no poner sólo fotografías de hombres atendiendo a AM)

Como último apartado del Manual, se han incluido algunos materiales de apoyo o elementos que pueden ser de utilidad para los/as cuidadores/as en la planificación y orientación de su labor. Se recomienda incluir un mostrario de estos materiales junto con la versión impresa del Manual.

El Manual completo, con los módulos y contenidos desarrollados se presenta en archivo adjunto a este Informe Final. El Índice de los contenidos incluidos en este material se detalla a continuación:

⁴⁴ La elaboración de los contenidos del Manual estuvo a cargo de un equipo interdisciplinario de profesionales: Claudia Covarrubias, Asistente Social, Diplomado en Gerontología; Falcureni Ocaña, Psicólogo, Magíster en Salud; Rita Bórquez, Socióloga.

INDICE DE CONTENIDOS MANUAL DE CUIDADORAS/ES

I. INTRODUCCIÓN: LA IMPORTANCIA DEL CUIDADO A NUESTROS ANCIANOS/AS

II. SOBRE EL ENVEJECIMIENTO

- 1) ¿QUÉ ES EL ENVEJECIMIENTO?
- 2) SÍNDROMES GERIÁTRICAS Y ENFERMEDADES COMUNES EN LA VEJEZ
- 3) ELEMENTOS BÁSICOS PARA RECONOCER LA DEMENCIA Y LA DEPRESIÓN.

III. RECOMENDACIONES PARA MEJORAR EL BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR: ¿COMO RELACIONARNOS CON UNA PERSONA MAYOR DEPENDIENTE?

- 1) RESPETO A LA AUTONOMÍA DEL ADULTO MAYOR
- 2) NUTRICIÓN ADECUADA PARA EL ADULTO MAYOR
- 3) MANEJO DE MEDICAMENTOS – CONTROLES MÉDICOS
- 4) GUÍA PARA REALIZAR MANIOBRAS DE TRASLADO
- 5) HIGIENE DE UNA PERSONA DEPENDIENTE
- 6) PREVENCIÓN DE ESCARAS
- 7) MANEJO DE EXIGENCIAS Y QUEJAS
- 8) CONDICIONES AMBIENTALES PARA EL ADULTO MAYOR
- 9) SEXUALIDAD EN EL ADULTO MAYOR
- 10) CÓMO PREVENIR MALOS TRATOS HACIA LA PERSONA MAYOR

IV. ¿CÓMO CUIDARNOS PARA CUIDAR MEJOR?

- 1) RECONOZCA LOS SÍNTOMAS DE ALERTA
- 2) RECOMENDACIONES PARA EL AUTOCUIDADO
- 3) PLANIFICACIÓN DE TAREAS
- 4) DÉSE TIEMPO PARA USTED MISMA/O
- 5) BUSQUE AYUDA

V. OFERTA PÚBLICA – REDES SOCIALES PARA EL ADULTO MAYOR Y SU CUIDADORA O CUIDADOR

- 1) PENSIÓN ASISTENCIAL

[2\) CÓMO LA CUIDADORA O CUIDADOR PUEDE COBRAR PENSIÓN DEL ADULTO MAYOR](#)

[3\) ATENCIÓN DOMICILIARIA DE SALUD](#)

[4\) APOYO MATERIAL](#)

[5\) SUBSIDIO PARA LA CUIDADORA O EL CUIDADOR](#)

[6\) HOGARES DE LARGA ESTADÍA](#)

[7\) ORIENTACIÓN GENERAL](#)

[VI. MATERIAL DE APOYO](#)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ☉ Aranibar, P. (2001). **Acercamiento Conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina**. Serie Población y Desarrollo N° 21, CEPAL.
- ☉ Baltés, M.M. y Wahl, H. (1990). **Dependencia en los ancianos**. En L.L. Carstensen y B.A. Edelstein (Eds.), Gerontología Clínica. Intervención Psicológica y Social. Barcelona: Martínez Roca
- ☉ Bronwn, A. S. (1996). **The social processes of aging and old age**. New Jersey: Prentice Hall. [Http://www.seg-social.es/masinf/boletinopm13.pdf](http://www.seg-social.es/masinf/boletinopm13.pdf)
- ☉ CEPAL (2004). **Población Envejecimiento y Desarrollo**.
- ☉ Giménez, D. (2003). **Género, previsión y ciudadanía social en América Latina**. Serie Mujer y Desarrollo N° 46, CEPAL
- ☉ Gómez, E. (1994). **La salud y las mujeres en América Latina y el Caribe viejos problemas y nuevos enfoques**. Programa Regional Mujer, Salud y Desarrollo, OPS. Argentina.
- ☉ Griselli, S. Gordo, A. & Vázquez P. (2002). **Envejecimiento normal y patológico**. Facultad de Psicología y Ciencias sociales. http://www.uflo.edu.ar/academia/psicologia/public_5htm*
- ☉ Horgas A, L; Wahl, H,W. Y Batles, M.M. (1996). **Dependency in late Life**. En L.L. Carstensen, B.A. Edelstein y L. Dornbrand (Eds.), The Practical handbook of clinical gerontology. Thousand Oaks: Sage Publicacations. 1996.[htt://www.seg-social.es/masinf/boletinopm13.pdf](http://www.seg-social.es/masinf/boletinopm13.pdf)
- ☉ Hoyl, M.T. **Síndrome Confusional Agudo en Geriatría**. En: Manual de Geriatría y Gerontología. Departamento de Medicina Interna. Facultad de Medicina Universidad Católica de Chile. 2000
- ☉ Huenchuan, Sandra (2004). **Marco Legal y las políticas a favor de las personas mayores en América Latina**. Serie Población y Desarrollo N° 51. CEPAL.
- ☉ Huenchuan, S. (2004). **Pobreza y redes de apoyo en la vejez, acercamiento desde las diferencias de género**. Trabajo presentado en I Congreso da Associacao Latino Americana de Populacho, ALAP. Brasil.
- ☉ Huenchuan, S.; Kalache, A. (2004). **“Los Desafíos Actuales del Adulto Mayor”**. Editado por CIEDESS.
- ☉ Kornfeld, R. y Orellana V. (2004). **“El buen envejecer: Gerontología”**. Ediciones P.U.C.

- ② Marín, P. (1993). **“Tiempo Nuevo para el adulto mayor: enfoque interdisciplinario”** Ediciones del Programa Adulto Mayor P.U.C.
- ② **Manual de Geriátría y Gerontología**. Departamento de Medicina Interna. Facultad de Medicina Universidad Católica Chile.2000. <http://escuela.med.puc.cl/pub/ManualGeriatria/PDF/EnvejeBiologico.pdf>.
- ② **Depresión y Demencia**. Serie de Guías clínicas del Adulto Mayor Ministerio de Salud Chile. 1999.
- ② Ministerio del trabajo y Asuntos Sociales – IMSERSO. **Atención a las personas en situación de dependencia en España**. Diciembre 2004.
- ② MIDEPLAN (2003). **“CASEN 2003: Principales resultados situación de los adultos mayores”**.
- ② MINSAL (2003). **“Resultados I Encuesta de Salud, Chile 2003”**.
- ② Moya, A. y Barbero, J. (2005). **“Malos Tratos a personas mayores: guía de actuación”**. Edición Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales, España.
- ② Negredo, A. De Miguel (2002) **Adaptación positiva en el Proceso de Envejecimiento**. Universidad de ULL. Tenerife. España.
- ② ONU, Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer. (1999) **“Género y envejecimiento: problemas, planteamientos y políticas”**.
- ② OPS (2005). **“Género y Envejecimiento”**. Boletín Informativo.
- ② SENAMA e INE (2006). **“Primer estudio nacional de discapacidad: Población adulta mayor discapacitada”**.
- ② Williams, ME, ed. American Geriatrics society Complete Guide to Aging & Health. New york: harmony Books, 1995 en **Manual de Geriátría y Gerontología**. Departamento de Medicina Interna Facultad de Medicina Universidad Católica de Chile, 2000.
- ② Yanguas, J.; Leturia, F.; Leturia, M.; Uriarte, A. (1998). **“Intervención psicosocial en gerontología: manual práctico”** Editado por Caritas, España.

ANEXOS
INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE
INFORMACION

ANEXO 1: Encuesta

ENCUESTA EVALUATIVA
PENSIONADOS ASISTENCIALES DEPENDIENTES Y SUS
CUIDADORES INFORMALES

FECHA: _____ ENCUESTADOR/A: _____

Buenos días (tardes), mi nombre es, trabajo para la empresa CCI Ingeniería Económica que esta a cargo de realizar un estudio para el Servicio Nacional de Adulto Mayor e INP, sobre la situación de los Adultos Mayores con pensión asistencial, sus problemas y necesidades más importantes.

Usted ha sido seleccionado/a para participar de este estudio, por lo que le solicitamos nos responda un breve cuestionario. Toda la información que usted nos entregue es confidencial y anónima, no existen respuestas correctas o incorrectas.

SECCION I: IDENTIFICACION y PERFIL DEL ADULTO MAYOR

1. RUT	<input style="width: 90%;" type="text"/>
2. Nombre (ap/am/nom.):	_____
3. Dirección	: _____
4. Comuna	: _____
	5. Ciudad _____
6. Región	_____
7. Tipo Pensión	: _____
	8. Monto Pensión: _____
9. Teléfono particular o de rec. :	_____

<p><i>Encierre la respuesta seleccionada en un círculo según corresponda:</i></p> <p>1. Sexo: 1. Hombre 2. Mujer</p> <p>2. Fecha de Nacimiento (dia/mes/año): _____</p> <p>3. Sabe usted leer y escribir 1. Lee y escribe 2. Sólo lee 3. Sólo escribe 4. No lee ni escribe</p> <p>4. Cual es su Nivel Escolaridad: 1. Sin escolaridad 2. Básica Incompleta 3. Básica Completa 4. Media incompleta 5. Media Completa 6. Técnica 7. Superior 8. No sabe/No responde</p> <p>5. Cual es su Estado Civil: 1. Casado/a 2. Conviviente 3. Viudo/a 4. Separado/a 5. Divorciado/a 6. Soltero/a</p> <p>6. La casa donde usted vive actualmente es?: 1. Propia 2. Arrenda 3. Allegado/a</p> <p>7. Cuantas personas conforman su grupo familiar? (nº personas que comparten la comida, incluya al adulto mayor) _____</p> <p>8. Comparte el mismo espacio (comedor, cocina, baño) con el resto de la familia? 1. Si 2. No 3. No sabe/No responde</p> <p>14. Se atiende en el consultorio? 1. Si</p>	<p>9. En general usted: 1. Realiza las actividades diarias solo/a y sin necesidad de ayuda? (Autovalente) 2. Necesita ayuda para algunas de las actividades cotidianas? (Semivalente) 3. No realiza casi ninguna actividad básica sólo/a, tiene problemas para movilizarse y/o se encuentra en cama la mayor parte del tiempo? (Postrado)</p> <p>10. Tiene usted algún tipo de Discapacidad? <i>(respuesta múltiple, marcar todas las opciones nombradas)</i> 1. No tiene 2. Física 3. Ceguera Parcial 4. Ceguera Total 5. Sordera Parcial 6. Sordera Total 7. Mudez 8. Mental 9. Siquica 10. Otra ¿Cuál? _____</p> <p>11. En caso de tener una discapacidad, tiene los elementos para suplirla? 1. Si (pasar a la 11) 2. No (pasar a la 12)</p> <p>12. Usa usted alguno de estos elementos? <i>(respuesta múltiple, nombrar cada alternativa y marcar todas las opciones nombradas)</i> 1. Lentes 2. Audífonos 3. Silla de ruedas 4. Burrito/Bastón 5. Prótesis 6. Colchón o cojín antiescaras 7. Tanque de oxígeno 8. Otro, cuál _____</p> <p>13. En caso de responder No en pregunta 10, ¿Por qué no dispone de los elementos?: 1. Porque no los necesita 2. No los ha solicitado 3. No ha podido acceder a ellos</p> <p>21. ¿Cree que los cuidados que recibe en su hogar responden a lo que usted necesita? 1. Siempre</p>
---	---

<p>2.No</p> <p>15. Recibe atención en su domicilio de tipo médico o de enfermería:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si del consultorio 2. Si de tipo particular 3. Si de instituciones de beneficencia 4. No de ningún tipo 5. No sabe/no responde <p>16. Tiene usted alguno de estos problemas de salud importantes?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diabetes 2. Hipertensión 3. Artrosis / Artritis 4. Problemas visuales / auditivos 5. EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) 6. Otra _____ <p>17. Tiene persona(s) a cargo de su cuidado o asistencia en su hogar?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 3. No sabe/no resp. <p>18. Cuantas personas asumen sus cuidados directamente en su hogar? _____ (n°)</p> <p>19. La persona que está PRINCIPALMENTE a cargo de su cuidado es (referirse sólo a una persona):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pagado (formal: <i>NO PASE A SECCION 2</i>) 2. Voluntario y no remunerado, incluyendo familiares (informal: <i>PASE A SECCION 2</i>) 3. No sabe/no responde <p>20. Cual es la relación que tiene con la persona que esta principalmente a cargo de su cuidado o asistencia diaria? Es su...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Esposo/a o cónyuge 2. Hijo 3. Hija 4. Hermano 5. Hermana 6. Amigo 7. Amiga 8. Vecino/a 9. Otro pariente o persona cercana ¿Cuál? _____ 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Casi siempre 3. Casi nunca 4. Nunca. <p>22. Si responde Casi nunca o Nunca (3 o 4), ¿Por qué? (<i>indagar max. 3 motivos</i>)</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>23. Respecto del cuidado diario que recibe en su hogar ¿Qué necesitaría para mejorarlo? (<i>indagar max. 3 necesidades</i>)</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>24. Respecto de la persona que está PRINCIPALMENTE a cargo de su cuidado ¿Cuáles son el/los principales problemas o dificultades que usted cree el/ella tiene actualmente?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	--

Observaciones:

SECCION II: IDENTIFICACION Y PERFIL DEL CUIDADOR INFORMAL PRINCIPAL

(completar sólo en caso de pensionado Semivalente o Postrado y con CUIDADOR NO REMUNERADO)

<p>1. RUT : _____</p> <p>2. Nombre (ap/am/nom) : _____</p> <p>3. Dirección Particular : _____</p> <p>4. Comuna : _____ 5. Ciudad _____</p> <p>6. Región _____</p> <p>7. Teléfono particular o de rec. : _____</p>	
<p><i>Encierre la respuesta seleccionada en un círculo según corresponda:</i></p> <p>1. Sexo:</p> <p>1. Hombre</p> <p>2. Mujer</p> <p>2.Cuál es su Fecha de Nacimiento? (d/m/a): _____</p> <p>3. Sabe usted leer y escribir?</p> <p>5. Lee y escribe</p> <p>6. Sólo lee</p> <p>7. Sólo escribe</p> <p>8. No lee ni escribe</p> <p>4.Cuál es su Nivel Escolaridad?</p> <p>1. Sin escolaridad</p> <p>2. Básica Incompleta</p> <p>3. Básica Completa</p> <p>4. Media incompleta</p> <p>5. Media Completa</p> <p>6. Técnica</p> <p>7. Superior</p> <p>8. No sabe/No responde</p> <p>5.Cuál es su Estado Civil?</p> <p>1. Casado/a</p> <p>2. Conviviente</p> <p>3. Viudo/a</p> <p>4. Separado/a</p> <p>5. Divorciado/a</p> <p>6. Soltero/a</p> <p>6. Qué Sistema de Salud tiene?</p> <p>1. FONASA</p> <p>2. ISAPRE</p> <p>3. Otro</p> <p>4. No tiene</p> <p>7. Qué tipo de Previsión tiene?</p> <p>1. INP</p>	<p>10.Cuál es su relación con el/la adulto mayor a su cargo?</p> <p>1. Cónyuge /Conviviente</p> <p>2. Hijo</p> <p>3. Hija</p> <p>3. Otro Familiar _____</p> <p>4. Amigo</p> <p>5. Vecino</p> <p>6. Otro, indique _____</p> <p>11. Qué Tiempo semanal dedica directamente al cuidado del Pensionado? (<i>llenar ambas</i>)</p> <p>a. Días a la semana: _____</p> <p>b. Horas x Día: _____</p> <p>12. Hace cuánto tiempo que usted cuida al Pensionado?</p> <p>1. Menos de 6 meses</p> <p>2. De 6 meses a un año.</p> <p>3. Más de 1 año menos de 5 años</p> <p>4. Más de 6 menos de 10 años</p> <p>5. Más de 11 años, menos de 20 años</p> <p>6. Más de 21 años, menos de 40 años</p> <p>7. Más de 40 años.</p> <p>13. Había cuidado anteriormente a otra persona dependiente?</p> <p>1. Si</p> <p>2. No</p> <p>14. Tiene actualmente alguna otra persona a su cuidado?</p> <p>1. Si, otro/a adulto mayor</p> <p>2. Si, otra persona con enfermedad o discapacidad</p> <p>3. No</p> <p>15. Ha recibido algún tipo de capacitación para cuidar a una persona dependiente:</p> <p>1. Si (<i>PASE A P 41</i>)</p> <p>2. No (<i>PASE A P 42</i>)</p>

<p>2. AFP 3. Otro 4. No tiene</p> <p>8. Vive en el mismo domicilio del Adulto Mayor a su cargo?</p> <p>1. Si 2. No (<i>PASE A LA P. 31</i>) 3. No sabe/No responde</p> <p>9. Si la respuesta es No, ¿Cómo se moviliza al domicilio del Adulto(a) mayor?</p> <p>1. Micro 2. Taxi o colectivo 3. Metro 4. Automóvil 5. Bicicleta 6. Caminando 7. Otro ¿Cuál? _____</p> <p>19. Qué tipo de problemas de salud importantes tiene (patologías)?</p> <p>1. Ninguna 2. Hipertensión 3. Diabetes 4. Osteoporosis/Artritis 5. Problemas visuales 6. Depresión o síntomas depresivos 7. Otro, _____</p> <p>20. El/la adulto mayor a su cargo:</p> <p>1. Realiza las actividades diarias solo/a y sin necesidad de ayuda? (Autovalente)</p> <p>2. Necesita ayuda para algunas de las actividades cotidianas? (Semivalente)</p> <p>3. No realiza casi ninguna actividad básica sólo/a, tiene problemas para moverse y/o se encuentra en cama la mayor parte del tiempo? (Postrado)</p> <p>21. El/la adulto mayor a su cargo ¿Tiene usted algún tipo de Discapacidad? (<i>respuesta múltiple, marcar todas las opciones nombradas</i>)</p> <p>1. No tiene 2. Física 3. Ceguera Parcial 4. Ceguera Total 5. Sordera Parcial 6. Sordera Total 7. Mudez 8. Mental 9. Siquica 10. Otra ¿Cuál? _____</p>	<p>16. De parte de que institución/organismo recibió esta capacitación? (<i>respuesta múltiple, marcar todas las opciones</i>)</p> <p>1. Municipio 2. Consultorio o centro de salud 3. Otro organismo estatal (INP, SENAMA, MINSAL) 4. Organismo privado o institución de beneficencia 5. Otro ¿Cuál? _____</p> <p>17. Tiene otro trabajo remunerado:</p> <p>1. No 2. Si jornada parcial 3. Si esporádico 4. Si jornada completa</p> <p>18. Cómo considera su estado de salud:</p> <p>1. Muy bueno 2. Regular 3. Malo 4. Muy malo</p> <p>25. ¿Es usted quien administra los medicamentos al adulto mayor?</p> <p>1. Si 2. No ¿Quién? _____</p> <p>26. Usted, como persona que tiene a su cuidado a un Adulto Mayor ¿Cuáles son las principales dificultades o problemas que usted tiene actualmente para enfrentar esta situación? (<i>indagar max. 3 problemas</i>)</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>27. ¿Ha tenido que solicitar ayuda para resolver esas dificultades?</p> <p>1. Si 2. No</p> <p>28. Si la respuesta es Si, ¿Cuál ha sido esa ayuda?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	---

<p>22. Es apoderado adicionalmente del adulto(a) mayor para el cobro de la pensión:</p> <p>1.Si 2.No</p> <p>23. ¿Cuáles son las 3 actividades de cuidado del adulto(a) mayor más importantes que desempeña en una semana normal? (<i>marcar 3 primeras nombradas</i>)</p> <p>1. Cocinarle 2. Alimentarlo/a 3. Vestirlo/a 4. Bañarlo/a, preocuparse su higiene y aspecto personal 5. Trasladarlo dentro y/o fuera del hogar 6. Administrar medicamentos 7. Otras ¿Cuáles?_____</p> <p>24. ¿Cómo obtiene los medicamentos y/o utensilios necesarios para el cuidado del adulto mayor?</p> <p>1. En forma particular (comprados) 2. En el consultorio o centro de salud 3. En alguna institución de beneficencia 4. Otros ¿Cuáles?_____</p>	<p>29. A su juicio ¿Cuál es la necesidad más URGENTE que tiene actualmente el/la Adulto Mayor a su cargo?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>30. ¿Qué requiere concretamente usted para mejorar el cuidado del Adulto Mayor a su cargo? (<i>INDAGAR MAX. 3 NECESIDADES</i>)</p> <p>1. _____</p> <p>_____</p> <p>2. _____</p> <p>_____</p> <p>3. _____</p> <p>_____</p> <p>OBSERVACIONES:</p>
--	--

7. Sección III: Escala De Zarit Para El Cuidador Principal Informal

A continuación se presentan una lista de frases que reflejan cómo se sienten algunas personas cuando cuidan a otra persona. Después de leer cada frase indique con qué frecuencia se siente usted de esa manera, escogiendo entre nunca, casi nunca, a veces, frecuentemente y casi siempre. No existen respuestas correctas o incorrectas.

¿Con qué Frecuencia... (rodee con un círculo la opción que corresponda)	CASI SIEMPRE	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES	RARA VEZ	NUNCA
1. Piensa que el adulto mayor a su cuidado le pide más ayuda de la que realmente necesita?	4	3	2	1	0
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica al adulto mayor que cuida no tiene suficiente tiempo para usted?	4	3	2	1	0
3. ¿Se siente agobiado/a por intentar compatibilizar el cuidado del adulto mayor con otras responsabilidades (trabajo o familia)?	4	3	2	1	0
4. ¿Siente vergüenza por la conducta del adulto mayor a su cuidado?	4	3	2	1	0
5. ¿Se siente mal genio cuando está cerca del adulto mayor a su cuidado?	4	3	2	1	0
6. ¿Piensa que cuidar al adulto mayor a su cargo afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	4	3	2	1	0
7. ¿Tiene miedo por el futuro del adulto mayor a su cargo?	4	3	2	1	0
8. ¿Piensa que el adulto mayor a su cargo depende de usted?	4	3	2	1	0
9. ¿Se siente tenso/a cuando está cerca del adulto mayor a su cargo?	4	3	2	1	0
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar al adulto mayor?	4	3	2	1	0
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría desde que cuida al adulto mayor?	4	3	2	1	0
12. ¿Piensa que su vida familiar se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar al adulto mayor?	4	3	2	1	0
13. ¿Siente que se ha distanciado de sus amistades debido a tener que cuidar al adulto mayor?	4	3	2	1	0
14. ¿Piensa que el adulto mayor a su cargo le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	4	3	2	1	0
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar al adulto mayor a su cargo?	4	3	2	1	0
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar al adulto mayor por mucho más tiempo?	4	3	2	1	0
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la	4	3	2	1	0

enfermedad del adulto mayor a su cuidado?					
18. ¿Desea poder dejar el cuidado del adulto mayor a su cargo a otra persona?	4	3	2	1	0
19. ¿Se siente indeciso/a sobre qué hacer con el adulto mayor a su cuidado?	4	3	2	1	0
20. ¿Piensa que debería hacer más por el adulto mayor a su cuidado?	4	3	2	1	0
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor al adulto mayor a su cuidado?	4	3	2	1	0

	EXTREMO	MUCHO	MODERADO	POCO	NADA
22. ¿En general, que grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar al adulto mayor?	4	3	2	1	0

Gracias por su tiempo. Fin encuesta

Emitido _____ **por** _____
Firma _____

ANEXO 2: PAUTA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES

Biografía

Sr./a Remontándonos un poco a los primeros años de su vida, su infancia y juventud, su familia, cuénteme un poco que recuerda de esos años...

- ¿Dónde nació? ¿Con quien/es se crió? ¿Cómo era la relación con su familia de origen? ¿Qué recuerdos buenos y no tantos tiene de aquellos tiempos?
- ¿Cómo describiría su época de juventud? Amigos/as, inicio de relaciones de pareja, estudios, etc. Si dejó el colegio ¿Por qué?
- Como recuerda su..?: Vida en pareja, matrimonio, hijos/as ¿Qué recuerdos buenos y no tantos tiene de aquellos tiempos?
- ¿A que edad comenzó a trabajar? ¿Qué trabajos (remunerados o no) desarrollo a lo largo de su vida? ¿Qué momento(s) de esta etapa de su vida recuerda como especialmente felices o tranquilos? ¿Cuáles recuerda como problemáticos o difíciles?

Rutina y redes sociales

Ahora hablemos de la vida que lleva ahora y las actividades que realiza de forma cotidiana...

- ¿Cómo describe un día normal en su vida diaria? ¿Qué actividades realiza? ¿Cuáles de esas actividades le agradan más? ¿Tiene algún pasatiempo especial con el cual usted se siente satisfecha, como leer, escuchar música..?
- ¿Qué problemas tiene para desenvolverse diariamente? ¿En que momento del día necesita de ayuda o apoyo de alguien? ¿Cómo funciona ese apoyo?

Respecto a sus vínculos o relaciones con otras personas, fuera de la gente que vive con usted...

- Se relaciona con otros parientes o familiares como hermanos/as, primos/as, otros hijos/as, tías, etc...? ¿con que frecuencia los ve o habla con ellos/as? ¿Cómo es la relación que tiene con ellos/as: distante/cercana, buen/mala? ¿Siente que recibe

- apoyo de parte de ellos/as, de que forma (emocional, informativo-estratégico, material o instrumental)?
- Se relaciona con otras personas no-parientes, como amigos/as, ex compañeros de curso o trabajo, etc...? ¿con que frecuencia los ve o habla con ellos/as? ¿Cómo es la relación que tiene con ellos/as: distante/cercana, buen/mala? ¿Siente que recibe apoyo de parte de ellos/as, de que forma (emocional, informativo-estratégico, material o instrumental)?
 - Pertenece o participa en alguna organización social o comunitaria como grupo vecinal, club de AM, asociación de Iglesia, Consultorio, etc?

Percepción de la situación de dependencia y relación de cuidado

Me gustaría que habláramos ahora acerca de sus necesidades de apoyo-asistencia diaria...

- ¿Se siente cuidado/a y satisfecho con la ayuda que le proporciona su familia? ¿Siente que necesita un mayor apoyo dentro del núcleo familiar? ¿Qué elementos (materiales, emocionales, informativo-estratégicos) requeriría para sentirse más cuidado/a?
- ¿Cómo recuerda que fue el proceso de necesitar/recibir apoyo de parte de las personas que actualmente lo/a cuidan?
- ¿Cómo es la relación con la persona que lo/a cuida? ¿Siente que el cuidado que recibe es entregado con dedicación y afecto? ¿Por qué (si o no)? ¿Qué siente que necesita para que el cuidado que recibe de esta persona sea mejor? ¿Qué necesita la persona que lo cuida para sentirse mejor cuidándolo/a?
- ¿Alguna vez se ha sentido maltratado/a por alguien? ¿Por quien? ¿Cómo fue esa situación?

Proyectos y necesidades futuras

Pensando en sus sueños o deseos que no ha cumplido...

- i) ¿Siente que le hizo falta hacer algo en la vida o cumplir una meta que no pudo realizar? Si tuviera los recursos económicos. ¿Qué es lo que más le gustaría hacer?

- ii) Respecto de los recursos y políticas que el Estado de Chile orienta a las personas en su situación ¿Qué opina de la situación actual de los AM en Chile? ¿Qué programas o políticas harían falta para mejorar la situación de las personas que, como usted, requieren de un cuidado o asistencia especial?

ANEXO 3: PAUTA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA CUIDADORES/AS

CARACTERIZACIÓN CUIDADOR/A

- Comencemos con una presentación personal: su nombre, edad, a que se dedica, etc...
- Cómo recuerda su familia de origen (que lo/a crió)? De su infancia? Como era su relación con estas personas?.
- Cómo recuerda su época de estudiante?
- En que momento dejo usted el hogar materno/paterno? Como fue ese proceso? Porque se dio?
- Tiene usted familia propia (cónyuge, hijos/as)? Con quien vive? Cómo recuerda el proceso de formar una familia propia? Que ha sido lo más gratificante y lo más problemático de esta etapa de su vida?
- Trabaja o trabajó usted de forma remunerada? Cual era/es su ocupación principal? Cual era/es su función principal? Que ha sido los más gratificante y lo más problemático de este aspecto de su vida?

CARGA DE TRABAJO Y REDES SOCIALES

Rutina Diaria

Situándonos en la actualidad, en las labores de cuidado que realiza con el/la AM...

- Podría describir las actividades de cuidado que realiza en un día normal? Cuales de esas actividades son las que realiza con mayor frecuencia?
- Cuales de esas actividades le resultan más fáciles y cuales más dificultosas?
- Recuerda alguna situación especialmente problemática que le haya tocado enfrentar en la realización de su labor de cuidado? Cómo fue ese momento o situación? Que hizo para resolverlo? Necesito de otra persona para resolverlo?
- Se ha capacitado en el ejercicio de la labor de cuidado? Cómo y donde? Cuanto tiempo duro?
- Tiene usted algún momento del día para usted mismo/a? Que hace en esos ratos libres para usted? O Que haría si tuviera más ratos libres para usted mismo/a?
- Realiza alguna actividad de autocuidado?

Redes sociales y apoyo

- Se relaciona con otros parientes o familiares como hermanos/as, primos/as, otros hijos/as, tías, etc...? ¿con que frecuencia los ve o habla con ellos/as? ¿Cómo es la relación que tiene con ellos/as: distante/cercana, buena, regular o /mala?
- ¿Siente que recibe apoyo de parte de ellos/as, de que forma (emocional, informativo-estratégico, material o instrumental)?
- Se relaciona con otras personas no-parientes, como amigos/as, ex compañeros de curso o trabajo, etc...? ¿con que frecuencia los ve o habla con ellos/as? ¿Cómo es la relación que tiene con ellos/as: distante/cercana, buena, regular /mala?
- ¿Siente que recibe apoyo de parte de ellos/as, de que forma (emocional, informativo-estratégico, material o instrumental)?
- Pertenece o participa en alguna organización social o comunitaria como grupo vecinal, club de AM, asociación de Iglesia, Consultorio, etc?
- ¿Recibe algún tipo de apoyo económico para el cuidado del AM? De quien, Cómo? Alcanza este apoyo para cubrir las necesidades de cuidado del AM?
- ¿Recibe algún tipo de apoyo profesional o técnico para el cuidado del AM? De quien, Cómo?
- ¿Recibe algún tipo de apoyo domestico o diario para el cuidado del AM? De quien, Cómo?

o

RELACIÓN DE CUIDADO, MOTIVACIONES

Caracterización de la relación de cuidado

- Cómo fue el proceso de hacerse cargo de los cuidados de esta(s) persona(S)? Quien tomo la decisión o iniciativa de hacerlo?
- Porque decidió usted hacerse cargo de del cuidado del AM (motivos, razones)? (obligación moral, no queda otra, imposición, etc)
- Como era o es la relación previa con el/la AM? (buena, distante, conflictos, afectos o afectuoso)
- Como es la relación actual con el AM (conflictos, armonía, afectos o afectuoso)? = evaluar estrés-carga, maltrato?

Visión de la responsabilidad sobre el cuidado de los AM

- Cree que el cuidado de los AM es responsabilidad de la familia?
- Cree que el cuidado dentro de la familia es mayormente responsabilidad de las mujeres? (dedicación exclusiva al cuidado, postergación, sujetos/objeto de cuidado)
- Cual es el papel del Estado y servicios sociales en el cuidado de los Am? (reparto responsabilidad?)

Estereotipos, creencias aplicadas en el cuidado, visión del envejecimiento

- Que aspectos positivos y negativos relaciona usted con el envejecer o “hacerse Viejo/a”? Como se imagina usted en esa etapa de su vida?

 CONSECUENCIAS/ COSTOS DE LA LABOR DE CUIDADO**Costes de oportunidad:**

- Que consecuencias ha tenido para usted el hacerse cargo del cuidado del AM? Que efectos positivos ha tenido para su vida? Que efectos negativos? (*laborales, sobre salud, familiar, sobre vida afectiva y relaciones*)
- Que conflictos o problemas siente que tiene esta labor para su vida personal? (Contradicciones cuidado/vida: choque dlo personal y profesional, postergación vida propia, doble jornada)
- Ha podido conciliar el ejercicio de esta labor de cuidado con otras actividades de su vida (laborales o no)? ¿Por qué?

Carga objetiva:

- Cuales son las principales demandas de cuidado que recibe de parte del AM a su cargo?
- Cuales de las tareas que debe realizar para cuidar al AM le molestan o causan problemas?
- Hay algún aspecto o característica del AM a su cargo que le moleste especialmente o le cause problemas? (*Incidencia “perturbadora” de determinados tipos de conducta de Am: agresividad, quejas y lamentos, porfiadez, abandono, etc... (que le molesta?)*)

Carga Subjetiva: Sentimientos y percepciones asociadas al rol de cuidador/a

- Cómo se siente en el ejercicio de su labor de cuidado? Cuales son los aspectos positivos y problemáticos que encuentra en esta situación?
- Que experiencias positivas y negativas registra durante el ejercicio de esta labor?
- Se siente responsable de la situación del AM a su cargo? Siente que es “justo” asumir esta responsabilidad? Se siente bien (o mal) haciéndose cargo de esta responsabilidad?
- Si tuviera el dinero, recursos o apoyo necesario ¿Dejaría de hacerse cargo del cuidado de esta persona? ¿Por qué?

✚ CARACTERIZACIÓN DE NECESIDADES

- En lo concreto, que tipo de apoyos o recursos necesitaría usted para mejorar su labor de cuidado?
- Que necesitaría usted para sentirse mejor haciéndose cargo del cuidado del AM?
- De que forma debería recibir ese apoyo? Que necesitaría o preferiría como apoyo formal a su labor de cuidado? (\$, ayuda domicilio, cuidados alternativos centros gerontológico, médico)
- Cree que necesita algún tipo de formación o capacitación para el ejercicio de su labor de cuidado? De que tipo? Como le gustaría que fuera esa capacitación? Que debería enseñarle? Que tema le interesaría aprender?
- Cree que necesita algún tipo de apoyo (psicológico, de orientación personal) para sobrellevar mejor su labor de cuidado?
- Cómo le gustaría que lo cuidaran a usted, en caso de necesitarlo, cuando envejezca?