



## **Escuela de Trabajo Social**

# **Condiciones de Vida de los Adultos Mayores que Participan en el Programa “Más Adultos Mayores Autovalentes” en el CESFAM Carol Urzúa de la Comuna de San Bernardo**

**TESIS para optar al TITULO de Trabajador Social y GRADO de Licenciado en Trabajo Social**

**Profesora Guía:** Verónica Valenzuela Mesina

**Alumnas:** Jacqueline Briceño Toro

Lorena Huiliqueo Cariman

**Santiago, de Chile, diciembre de 2022**

## **Dedicatoria**

*Dedicado a Dios por entregarme fortaleza y darme fuerzas para continuar, a mi madre que fue fundamental en este proceso, por su apoyo incondicional, a mis hijos y mis nietos y toda mi familia por entregarme su confianza.*

**Jacqueline Briceño Toro.**

*Agradezco a dios por haberme otorgado buenas amigas de trabajo quienes han creído en mí siempre dándome su apoyo cuando yo más lo necesitaba dándome aliento para no decaer y seguir adelante con todo lo bueno y lo malo, fomentando en mí el deseo de superación en la vida. Espero contar siempre con su valioso e incondicional apoyo.*

## **LORENA HUILIQUEO CARIMAN. Agradecimientos**

Agradecer a Dios por acompañarnos en todos los momentos de nuestras vidas. Queremos agradecer a los profesores de la Universidad Miguel de Cervantes, de quienes recibimos apoyo, comprensión en este largo proceso de aprendizaje y realización, en especial al profesor Andrés Llanos quién nos entregó confianza, y su sabiduría. A nuestra profesora guía la señora Verónica Valenzuela, quien nos acompañó y apoyado incondicionalmente en este último proceso, por su paciencia y dedicación y sabiduría. Nuestros agradecimientos también a nuestras familias y compañeros que nos apoyaron durante este proceso.

También a mi compañera Jacqueline Briceño Toro, hoy culmina esta maravillosa aventura y no puedo dejar de recordar cuantas tardes y horas de trabajo nos juntamos a lo largo de nuestra formación. Hoy nos toca cerrar un capítulo maravilloso en esta historia de vida y no puedo dejar de agradecerte por tu apoyo y constancia, al estar en las horas más difíciles, por compartir horas de estudio. Gracias por estar siempre allí.

## Índice.

### Contenidos:

Dedicatoria	y
agradecimientos.....	<b>2</b>
Índice.....	<b>3</b>
Resumen.....	<b>5</b>
Introducción.....	<b>6</b>
Capítulo I Antecedentes Generales.....	<b>8</b>
1.1 Justificación.....	<b>8</b>
1.2 Planteamiento del Problema.....	<b>11</b>
1.3 Objetivos Generales y Específicos.....	<b>13</b>
1.4 Limitaciones del Estudio.....	<b>14</b>
Capítulo II Fundamentación Teórica o Marco de Referencia .....	<b>15</b>
2.1 Políticas Públicas para las Personas Mayores.....	<b>15</b>
2.1.2 Antecedentes del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.....	<b>16</b>
Antecedentes Legales.....	<b>16 2.2</b>
Derechos Humanos y Personas Mayores.....	<b>20 2.3</b>
Envejecimiento y Cultura.....	<b>27 2.3.1</b>
Envejecimiento con Éxito.....	<b>29 2.3.2</b>
Envejecimiento Activo.....	<b>30 2.3.3</b>
Envejecimiento Vital.....	<b>35 2.4</b>
Programa Más Adultos Mayores Autovalentes CESFAM Carol Urzúa Comuna de San Bernardo.....	<b>37</b>
2.4.1 Antecedentes Generales Comuna de San Bernardo.....	<b>39</b> Capítulo III
Metodología.....	<b>44 3.1</b>
Carácter de la Investigación.....	<b>44 3.2</b>
Tipo de Estudio.....	<b>44 3.3</b>
Universo y Muestra.....	<b>44</b>
3.3.1 Técnicas e Instrumentos de Recolección Información.....	<b>45 3.3.2 Plan de Análisis de</b>
Datos.....	<b>45</b> Capítulo IV
Resultados.....	<b>48</b>

<b>5.1</b>	Redes de Apoyo Familiares, Sociales e		
	Institucionales.....	<b>49</b>	
	Familiares.....	<b>49</b>	
<b>5.1.2</b>	Redes		3
	Sociales.....	<b>52</b>	Apoyo
	Apoyo Institucionales.....	<b>54</b>	de
	Satisfacción con la Vida.....	<b>57</b>	<b>5.2</b>
	Salud.....	<b>61</b>	<b>5.3</b>
Capítulo			V
	Conclusiones.....	<b>65</b>	
Bibliografía			Estilo
	APA.....	<b>68</b>	Anexo
	Nº1Instrumentos.....	<b>72</b>	Anexo
	Nº2Trancpcion de las Entrevista Realizadas.....	<b>77</b>	
	Anexo Nº3. Consentimiento Informado.....	<b>11</b>	

## **Resumen.**

Se realizó un estudio descriptivo destinado a conocer las condiciones de vida de los adultos mayores del programa MAS Adultos Mayores Autovalentes del CESFAM Carol Urzúa de la comuna de San Bernardo población adulto mayor autovalente, donde se indaga en relación a las redes de apoyo familiares sobre los efectos positivos y negativos que trae consigo el envejecimiento,

Para poder obtener los datos de los adultos mayores se realizaron entrevistas en cada uno de sus domicilios donde se pidió una autorización para poder hacer las preguntas correspondientes a cada uno de las personas, donde se obtuvo mucha más información respecto a cada una de ellos de cómo viven o conllevan sus vidas respecto a las relaciones familiares o de amistades

## **Introducción.**

Actualmente el envejecimiento es una realidad, tanto en nuestro país como en el mundo. Este fenómeno ha aumentado de manera significativa en cuanto a las expectativas de vida, razón que nos trae a pensar en las políticas públicas que implican el desafío que estamos viviendo como sociedad respecto a la población adulta mayor. Según datos otorgados por el Censo de 2017, nos revela que el 16% de la población en Chile son adultos mayores correspondientes a dos millones ochocientos mil personas. Según el INE (Instituto Nacional de Estadísticas), entrego los resultados revelando que en Chile los adultos mayores superan las dos millones ochocientos mil personas equivalentes al 16,2% de los habitantes del país. Asimismo, la caracterización poblacional establece que el 55,7% de la población con 60 años o más corresponde a mujeres, mientras que el 44,3% a hombres. (Gob.cl, 2017, Párr. 2 y 3).

Sin duda se ha producido un aumento de la población de adultos mayores, actualmente el 85,8 %, de las personas mayores es autovalente, mientras que solo el 14,2% está en situación de dependencia y el 35,5% declara participar en organizaciones sociales manteniéndose activos e integrados. (Gob.cl, 2020, Párr.1).

Se hace necesario, indagar sobre los efectos positivos y negativos que trae consigo el envejecimiento, con el afán de que las necesidades básicas insatisfechas sean cubiertas y los adultos mayores se reintegren a la sociedad de modo propositivo, aportando con su historia, conocimientos, cultura, entre otros tantos aportes que este segmento de la población nos entrega.

En la actualidad nuestro país realiza dos grandes reformas que se relacionan con esta materia, la Reforma al sistema de Previsión Social y el Plan AUGE, ambos apuntando a mejorar la calidad de vida que presenta la población adulta mayor.

En la presente investigación se quiso visibilizar las condiciones de vida de los adultos mayores participantes del programa “Más Adultos Mayores Autovalentes” del CESFAM Carol Urzúa de la comuna de San Bernardo. Para ello, se profundiza en relación a sus redes de apoyo familiares, Sociales e Institucionales, su satisfacción con la vida y sus condiciones de salud.

El presente estudio da respuesta a estas temáticas desde la percepción de las personas mayores

## **Capítulo I Antecedentes Generales.**

### **1.1 Justificación.**

La presente investigación se lleva a cabo para poder indagar en las condiciones de Vida de los Adultos Mayores que Participan en el Programa “Más Adultos Mayores Autovalentes” en el CESFAM Carol Urzúa de la Comuna de San Bernardo.

“El mundo actual está viviendo una realidad sin precedentes, ya que por primera vez en la humanidad tenemos este nivel de expectativa de vida, por lo que los países deben ser creativos para potenciar al máximo esta oportunidad”. (Ministerio de Salud, 2017, pág. 3). El Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, corresponde a una intervención promocional y preventiva en salud, mediante el propósito hoy en la política social es contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas adulto mayor, prolongando su autovalencia, con una atención integral en base al modelo de salud familiar y comunitaria. (Ministerio de Salud, 2015, Pag.9).

EL Programa Más Adulto Mayor, es una intervención promocional y preventiva de la salud tendiente a mejorar la capacidad individual y comunitaria para enfrentar el proceso de envejecimiento. Para ello se propone mantener y mejorar la autovalencia de las personas mayores de 60 años y fomentar el autocuidado y su participación en organizaciones sociales. Contempla la asistencia de usuarios a talleres de educación para la salud y autocuidado, estimulación de funciones motoras y prevención de caídas y, además, la capacitación de líderes comunitarios en autocuidado y estimulación funcional.

La población de adultos mayores en su gran parte se identifica como Autovalentes representando el 85,8 %, mientras que solo el 14,2% está en situación de dependencia, además el 35,5% declara participar en organizaciones sociales manteniéndose activos e integrados. (Gob.cl, 2020, Párr., 6).

De acuerdo con el Ministerio de Salud, “Envejecer debe ser un privilegio, un derecho humano de cualquier individuo que nazca en cada país. Desde que se nace se está envejeciendo, y desde el punto de vista positivo, abordar el envejecimiento con propuestas participativas y concretas permite reflejar políticas públicas que respondan al desafío que implica esta realidad” (2017, pág. 3).

La OMS sostiene que, si los países no se unen para cambiar la política pública en beneficio de las personas mayores, promoviendo el envejecimiento activo, la salud y la participación, retardarán las mejoras de este grupo. (Manque y Parra, 2019, pág. 8). Para fomentar el envejecimiento activo se hace necesario un compromiso país, ya que la vejez afecta la parte física y mental de las personas adulta mayor.

Es importante establecer que, en Chile, existen iniciativas tanto a nivel de Estado como a nivel particular que abordan el fenómeno del envejecimiento. Desde el Estado en 1995 se crea la Comisión para el Adulto Mayor, el cual tiene por objetivo asesorar al presidente en la formulación de las políticas públicas y desde la cual surge la Política Nacional para el Adulto Mayor. Con posterioridad, el Congreso Nacional en el año 2002 aprueba la creación del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), el cual inicia sus funciones en el año 2003 con la misión de generar espacios de coordinación con los otros actores sociales atendiendo al diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas.

La propuesta de políticas públicas sociales activas y no meramente pasivas o compensadoras como vía de solución a las predicciones en relación al futuro del estado del Bienestar giraron en torno a un término, envejecimiento activo, cuyo origen está en EEUU, en la década de los años sesenta, coincidiendo con la promulgación de la Ley de empleo contra la discriminación por edad 1967 (en adelante, ADEA), introducido por la teoría sobre “Envejecimiento exitoso” a la que en 1980 se la redefine como envejecimiento activo” (ONU, 2015).

La OMS, sustituye el envejecimiento saludable por envejecimiento activo debido al aumento de la esperanza de vida y lo define como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”. (Román, 2018, Párr. 2), y que, a su vez, en el año 1990 lo denomina “Envejecimiento Activo” y lo define como un fenómeno pluri-dimensional, heterogéneo o complejo, una década después, en su publicación Envejecimiento Activo. Una política se define como el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad en orden a mejorar la calidad de vida de las personas mayores, de acuerdo a sus necesidades, preferencias y capacidades individuales. La expresión “active” que utiliza la OMS refiere a continuar participando en

los asuntos sociales, económicos, culturales y cívicos, y expresa que no es sólo la habilidad para ser físicamente activo o para participar

9

en el mercado de trabajo. Activos son también, dice la OMS, aquellos que son débiles, personas con discapacidad y los que necesitan cuidados. (Sánchez-Urán Azaña, s.f. pag.3).

Es cierto que la OMS no focaliza el envejecimiento activo en sólo el mantenimiento (participación) en el mercado de trabajo; las propuestas que hace la citada organización en torno a la participación, como uno de los pilares del envejecimiento activo, han de valorarse junto a las que refiere a la salud y la seguridad. Son muy variados los aspectos de la vida social y económica que tienen efectos en un envejecimiento activo. Es decir, el modelo de envejecimiento activo que propugna esta organización es amplio, enfocado sobre un amplio abanico de elementos o rasgos para mejorar o aumentar el bienestar de las personas mayores, no sólo de los trabajadores de edad avanzada (Sánchez-Urán Azaña, s.f.).

Desde el Trabajo Social este concepto de envejecimiento activo es muy utilizado para referirse al Bienestar Social general del individuo. Se comprende la calidad de vida no solo desde bienes, riquezas o empleo que una persona posee, como en sus inicios, sino también considera el dominio de quien es el sujeto, como ha vivido su historia, las relaciones que establece, cumplimiento de sueños o metas, el sentido de su bienestar, su desarrollo, el medio ambiente, el lugar físico y geográfico, la salud física y mental, el acceso a bienes y servicios y la pertenencia a una comunidad o grupo (cohesión social), desde una significación con la que el sujeto enfrentara el fenómeno de calidad de vida.

En ocasiones las personas mayores sufren de estigmas y de discriminación en razón de su edad no cuentan con servicio de salud especializado, y su independencia y autonomía no son respetadas. De lo anterior, nace la necesidad de develar las necesidades de este grupo de la población con el propósito de promover y garantizar el reconocimiento y ejercicio al derecho del disfrute del más alto nivel posible de salud (derecho de la salud) y otros derechos humanos relacionados, en igualdad de condiciones con los demás. La persona mayor tiene derecho a:

- Igualdad y no discriminación por razones de edad.

- La vida y a la dignidad en la vejez.
- La independencia y la autonomía.

10

Dado lo expuesto resulta relevante conocer y comprender las condiciones de vida de los adultos mayores, participantes del programa “Más Adultos Mayores Autovalentes”, del CESFAM Carol Urzúa de la Comuna de San Bernardo. Visibilizar de esta forma sus distintas realidades de vida y aportar también al programa con esta información diagnóstica.

Desde el Trabajo Social, resulta relevante considerar la problemática del adulto mayor como un tema necesario de profundizar y atender por medio de la política social, toda vez que la población se encuentra envejeciendo en el país y a nivel mundial. Se suma dentro de nuestra responsabilidad ética, la inclusión en la intervención del adulto mayor como ente activo y forjador de su propia existencia, posicionándolo como sujeto de derecho participante y con recursos propios, retomando los espacios perdidos dentro de la sociedad de este grupo etario.

## **1.2 Planteamiento del Problema.**

La comuna de San Bernardo fue fundada en el año 1821, a partir de la canalización del Río Maipo. Durante la segunda mitad del siglo XIX, fue un lugar de veraneo de las élites Santiaguinas y en el siglo XX, se creó a Maestranza San Bernardo, consolidando su crecimiento urbano y la incorporación a la ciudad de Santiago. (biblioteca nacional, sin fecha).

San Bernardo cuenta con una población de 301.313 habitantes, según el último Censo del año 2017, y la proyección al año 2021 es de 339.043, según el (INE, 2017), la población de adulto mayor según el Censo 2017 en el tramo de 45 a 64 años de edad hay 68.780 personas , después en el tramo de 65 años o más se encuentran 26.123 personas una proyección al 2021 en relación a la población entre los 45 y 65 años y más es del 31,69%, en otras palabras la población adulta mayor prácticamente es un tercio de la población total de la comuna, (BCN.cl, 2021).

El centro de Salud Carol Urzúa de la comuna de San Bernardo, se inaugura el 07 de julio de 1985, y surge por el deseo de la población por contar con un centro de salud. Comenzó con una dotación de 22 funcionarios. En 1992, expande sus servicios y suma a su gestión las postas rurales “las Acacias y lo Pinos”.

Posteriormente en el año 2015 se incorpora al CESFAM, el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, el cual tiene como misión “Promover y contribuir a un envejecimiento positivo,

11

mediante la implementación de políticas, programas, articulación intersectorial y alianzas público-privada” (Senama.gob.cl. Pag.1).

Para comprender esta temática es necesario conocer los conceptos que involucra este fenómeno social. Lo primero es realizar una comparación entre vejez y envejecimiento, al referirnos al primer concepto, es un momento fijo y sin cambio, que apunta principalmente a la edad cronológica del sujeto. Y el envejecimiento es considerado un proceso dinámico y de evolución, reconocido como un fenómeno social, multidimensional y complejo. El presente estudio se centra en el concepto de envejecimiento.

A nivel Latino Americano esta transformación demográfica se materializa con los siguientes resultados, la población que componen las personas de 60 años y más, aumentó del 6% al 9%, (Salcedo- Álvarez, 2018).

De acuerdo a la información aportada por el (INE), en Chile, desde el siglo XX existe una disminución en la tasa de mortalidad con cifras relevantes, las cuales indican que del total de la población un 12,24% corresponde a personas mayores de 64 años, porcentaje que va en aumento sostenido comparativamente con décadas pasadas. Otro dato que refleja este cambio estructural en la pirámide demográfica es la disminución entre la proporción de jóvenes y personas mayores según la pirámide de población en Chile, la estructura etaria expresa que de 0-14 años corresponde a un 19.24% y un 68,52 % a personas entre los 15 y 64 años (I.N.E. 2020).

Si a lo anterior se agregan los procesos propios de la modernización, tales como los avances tecnológicos, biomédicos y la evolución del mundo de la informática, se obtiene la construcción de sociedades más longevas.

El Envejecimiento a nivel nacional, es de carácter transversal y heterogéneo, donde la población que componen las personas mayores se encuentra altamente feminizada, al igual que la esperanza de vida, donde los datos señalan “que los hombres viven aproximadamente hasta los 81 años y las mujeres hasta los 86,05 años (I.N.E. 2021).

Vinculado a lo anterior, es que merecen especial atención las condiciones en las que se vive este proceso y de qué manera la sociedad puede enfrentarlas. “Es aquí donde existen críticas respecto a la preparación de Chile frente a este tipo de problemáticas, donde se

12

determina que los sistemas sociales, previsionales y de salud no están acorde a las necesidades actuales” (Ramírez, 2003, Pág., 41-51).

Según las proyecciones realizadas sobre la base del Censo 2017, el número de personas de 65 años y más en 2019 llegó a 2.260.222. La mayoría se distribuye en las regiones Metropolitana, Valparaíso y Biobío. A su vez, 6,28% del total de ocupados en el país (trimestre octubre-diciembre 2019) pertenece a ese tramo etario.

Según el Censo 2017, en nuestro país a esa fecha había 2.003.256 adultos mayores (población efectivamente censada), es decir, un 11,4% del total de la población país, la mayoría empadronada en la Región Metropolitana (767.377 personas), Valparaíso (247.113) y Biobío (183.145).

Los anteriores datos abren un importante campo investigativo dentro del dominio del Trabajo Social, sobre todo al considerar que se desconoce la concepción que los adultos mayores, como sujetos de derechos, hacen del concepto de envejecimiento activo es decir como este concepto teórico es vivenciado en la realidad.

De esta inquietud es que emana la pregunta guía de la presente investigación,

¿Cuáles son las condiciones en que las Personas Mayores del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes de la comuna de San Bernardo logran mantenerse y consiguen desarrollar su vida?

### **1.3 Objetivos Generales y Específicos.**

- Visibilizar las condiciones de vida de los adultos mayores participantes del programa

“Más Adultos Mayores Autovalentes” del CESFAM Carol Urzúa de la comuna de San Bernardo.

### **Objetivos Específicos**

1.- Caracterizar a los adultos mayores participantes del programa “Más Adultos Mayores Autovalentes” del CESFAM Carol Urzúa de la Comuna de San Bernardo.

2.- Conocer la percepción con respecto a sus relaciones familiares, sociales e institucionales que manifiestan los adultos mayores participantes del programa “Más Adultos Mayores Autovalentes” del CESFAM Carol Urzúa de la Comuna de San Bernardo

3.- Determinar la satisfacción de vida desde la apreciación de los adultos mayores participantes del programa “Más Adultos Mayores Autovalentes” del CESFAM Carol Urzúa de la Comuna de San Bernardo.

4.- Reconocer la valoración sobre su estado de salud que expresan los adultos mayores participantes del programa “Más Adultos Mayores Autovalentes” del CESFAM Carol Urzúa de la Comuna de San Bernardo.

13

### **1.4 Limitaciones del Estudio.**

Los hallazgos del presente estudio no son generalizables a la totalidad de adultos mayores participantes del programa “Más Adultos Mayores Autovalentes” del CESFAM Carol Urzúa de la Comuna de San Bernardo. Asimismo, la muestra con la cual se obtuvo la información no resulta representativa del universo de adultos mayores beneficiarios del programa.

## **Capítulo II Marco de Referencia.**

### **2.1 Políticas Públicas para las Personas Mayores**

El Programa “Más Adultos Mayores Autovalentes” es parte del conjunto de programas que se encuentran insertos en las políticas públicas para personas mayores de Chile, pertenecientes al Ministerio del Desarrollo Social. El Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), es la entidad que debe velar por el cumplimiento y a su vez proponer políticas públicas que vayan en beneficio, a fin de lograr la integración familiar y social afectiva del adulto mayor y los problemas que lo afectan, según la Ley N° 18.828 de la Política Nacional del Adulto Mayor (Ley N° 19.828, 2002).

#### **Aspectos claves de la Política**

- **Política Integral de Envejecimiento Positivo 2012-2015:** Coordinar, a través de un comité interministerial, los aportes de ministerios y servicio para la generación intersectorial de programas en el marco de una política pública nacional.
- **Envejecimiento Positivo:** Proceso demográfico con oportunidad para fomentar las condiciones que hagan de los mayores personas saludables, integradas y felices. De manera de generar una imagen cultural de la vejez positiva. “Derecho a mantenerse activo como miembro de la sociedad”.

**Los Objetivos Generales son:**

1. Proteger la salud funcional de las personas mayores.
2. Mejorar la Integración y participación en distintos ámbitos de la sociedad
3. Incrementar el bienestar subjetivo de las personas mayores

**Otras Acciones Ministeriales de la Política Pública:**

**Ministerio del Trabajo**

- Fomento del trabajo de las personas mayores (Investigación, capacitación y subvención puestos de trabajo).

15

**Instituto Nacional del Deporte**

- Fomento actividad física (adulto Mayor en Movimiento, Programa Elige Vivir Sano, Utilización recintos deportivos IND).

**Ministerio de Vivienda**

- Subsidio de Vivienda Extra de 79UF, para familias que viven con personas mayores, Subsidio de Ampliación de Vivienda, de hasta 200 UF, para acoger a adultos mayores.

**Ministerio de Economía, Fomento y Turismo**

- Atención al Cliente (Línea especializada para Personas Mayores SERNAC).

**Ministerio de Justicia**

- Convenios con Corporación de Asistencia Judicial.

### **Ministerio de Transportes**

- Tarifa especial en buses para personas mayores en zonas aisladas.

### **Ministerio de Educación**

- Introducción conceptos positivos vejez, enseñanza de temáticas de previsión.
- Capacitación gerontológica a profesores de Colegios Técnicos Profesionales.

### **Ministerio de Salud**

- 659.000 beneficiarios de FONASA del tramo A y que reciben pensiones del Estado podrán acceder a libre elección.

## **2.1.2. Antecedentes del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes:**

### **Antecedentes legales.**

El Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, es parte de diversos programas relacionados con adultos mayores, los cuales forman parte de las políticas públicas para este grupo etario en Chile. Según Resolución Exenta N° 26 del MINSAL del 14.01.2020, Aprueba Resolución Exenta N° 26 del MINSAL del 14.01.2020: Aprueba Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, contiene descripción técnica del programa para su

16

implementación y desarrollo en los establecimientos dependientes de municipios, servicios de salud y ONG, describe marco lógico del programa, incorpora componentes, recurso humano, productos y actividades del programa, mecanismos de evaluación y monitoreo, con antecedentes financieros y (Nanet, 2020) descripción de ítems financiados por el Programa. Resolución Exenta N° 73 del Ministerio de Salud del 19.02.2020: Distribuye recursos para el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, indicando presupuesto a ejecutar en cada uno de los 29 Servicios de Salud, con la correspondiente descripción por ítem presupuestario. Convenios anualmente suscritos entre los Servicios de Salud y los municipios en que se implementa el Programa: determinan implementación técnica y financiera del Programa, cumplimiento de metas y establece responsabilidades en la ejecución de recursos. Resolución exenta N° 267 del 18.05.2020 MINSAL establece no reliquidación de los recursos asociados a Programa de

Reforzamiento de Atención Primaria: Contiene descripción de modificación de Programas de Reforzamiento para la no reliquidación de recursos a causa de la pandemia por COVID-19. Decreto N° 49 del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Subsecretaría de Servicios Sociales del 25.06.2018: (Nanet g. , 2020).

## **Ejes Temáticos Programa Más Adultos Mayores Autovalentes**

### **Intersectorialidad:**

El trabajo fuera del Centro de Salud genera asociaciones entre los diferentes sectores del ámbito público que se ocupan de salud, envejecimiento, planificación comunitaria, transporte, cultura, recreación, deporte, servicios sociales, también el sector privado. La autodeterminación y la autovaloración se refuerzan por una cultura que reconoce, respeta e incluye a las personas mayores.

El trabajo con clubes de adulto mayor y programas de Oficinas relacionadas a deportes y otras actividades educativas, culturales y de participación social, para realizar el Examen Preventivo del Adulto Mayor (EMPAM) en forma coordinada y oportuna a los Adultos Mayores vinculados, permitirá aumentar la cobertura y cercanía del equipo de salud con la comunidad, sin depender para su realización de la llegada de los Adultos Mayores a los CESFAM debido a situaciones de salud. De este modo, se ampliarán las posibilidades de cobertura del Programa, incorporando a los Adultos Mayores con EMPAM vigente y

17

promoviendo su realización en aquellos en el Centro de Salud (CES) (IDEM) y sin aplicación de EMPAM y la inscripción y control de salud en el CES.

### **Promoción de la Salud:**

La Promoción de salud es una piedra angular de la atención primaria de salud y una función esencial de salud pública; el fundamento de su desarrollo se materializa en la eficiencia con que reduce la carga de morbilidad y mitiga el impacto social y económico de las enfermedades.

Se aconseja el autocuidado como estrategia para que los adultos mayores puedan mantener y mejorar su condición funcional y por ende su estado de salud, así como también, prevenir o atenuar el impacto negativo de las enfermedades. La disponibilidad de información contribuye a la autodeterminación personal, así como al ejercicio de

conducta saludables.

### **Fomento de la Participación Social:**

Para otorgar coherencia a la política pública de salud, orientada hacia el logro de los objetivos sanitarios desde el enfoque integral del modelo de salud familiar, se hace necesario incluir el enfoque de participación ciudadana desde la etapa de planificación de la Atención Primaria.

Se debe buscar “habilitar a los ciudadanos y ciudadanas, en el ejercicio de poder decidir sobre los determinantes sociales, que condicionan su nivel de salud o de bienestar” la cual puede darse a nivel individual, familiar, grupal y comunitario, para que se conviertan en protagonistas de los procesos de cambio.

En este programa, la participación social integra la visión de la comunidad de los problemas y prioridades de salud y genera acciones de salud de acuerdo a ellos y al contexto local. La satisfacción de las necesidades y expectativas de la población usuaria constituye un objetivo de la acción de los establecimientos y servicios de la red pública de salud.

### **Trabajo Comunitario en Salud**

El Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, tiene un enfoque y accionar preferentemente comunitario, revalorizando la acción de salud planificada y realizada con la comunidad, superando las prácticas efectuadas en salud basadas en el espontaneísmo y la instrumentalización de la participación comunitaria.

18

El equipo del programa Más Adultos Mayores Autovalentes, deberá conocer su localidad y dinámica comunitaria y lograr posicionarse desde la dimensión ética del trabajo comunitario, donde el “para qué profundo” del accionar del equipo de salud, promueve la participación, el fortalecimiento de las capacidades existentes en cada comunidad y/o el empoderamiento de su población en el ejercicio de sus derechos, para el logro de una real incidencia de la comunidad en situaciones que les afectan, superando las iniciativas aisladas de trabajo hacia los adultos mayores con una iniciativa coordinada de trabajo con los adultos mayores, revalorizando sus necesidades, conocimientos, experiencias, y el ejercicio del derecho a participar.

## **Trabajo en Equipo en Salud**

El equipo de trabajo que se incorpora en esta estrategia debe ser considerado como parte del equipo del centro de salud (CES) y en ese contexto se debe propiciar su incorporación a las actividades transversales, así como la participación de equipo en las actividades que implican el desarrollo del actual programa. Esta iniciativa motivaría la colaboración de todo el equipo de salud en las sesiones del Taller de Autocuidado y Estilos de Vida Saludable y promoverá el reforzamiento de las sugerencias y premisas que el equipo de salud indica a los adultos mayores incorporados en el Programa.

Se espera que todo el equipo de salud, acompañe a la dupla en su proceso de inducción al funcionamiento del centro y la red local. Del mismo modo, deberán interiorizarse en los instrumentos de registro utilizados en la atención de los adultos mayores (Carné de Control, Ficha de Atención, Tarjetero, etc.).

El accionar del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, promoverá la difusión e inserción de sus contenidos y metodología, dentro del quehacer del equipo del sector en el centro de salud y los equipos transversales.

Por consiguiente, la dupla profesional, debe participar en aquellas instancias dentro del CES relacionadas con población adulto mayor, envejecimiento activo y envejecimiento saludable, como por ejemplo programas asociados, estudios de familia y actividades de promoción. Se espera asimismo que en aspectos de evaluación mediante EMPAM, sea un fuerte generador de la aplicación de EMPAM a adultos mayores vinculados o no a organizaciones sociales y/ o a la red de servicios locales.

19

Es recomendable que la dupla disponga de un espacio físico para el desarrollo de las labores de organización y planificación de trabajo, registro estadístico y mantener los implementos.

## **2.2 Derechos Humanos y Personas Mayores.**

La “Declaración Universal de los Derechos Humanos” fue aprobada por la Asamblea General en la “Organización de las Naciones Unidas”, el 10 de diciembre de 1948 (ONU).

Esta Declaración se caracterizó por tener la finalidad de que todos los Estados consolidados a la ONU, se comprometieran a respetar los mandatos estipulados los cuales hacen referencia a proteger los Derechos Humanos a través de sistemas regionales reguladores y eficaces, al respecto, (Pacheco, 2000, Párr. 5), señala que: “El derecho y la responsabilidad de cada Estado y, en lo que les concierne, de cada nación y cada pueblo, de determinar libremente sus propios objetivos de desarrollo social, fijar sus propias prioridades y escoger, conforme a los principios de la Carta de las Naciones Unidas”, los medios y los métodos para lograrlos, sin injerencia exterior. Son los Estados, los que deben velar por el resguardo y la aplicación de los Derechos Humanos, al respecto, (Huenchuan - Morlachetti, 2007, Pág.145), y señala: “El Estado debe actuar como garante de los Derechos sociales, debe tutelarlos, protegerlos y resguardarlos, y las políticas públicas deben concebirse como el instrumento de promoción y efectivo cumplimiento de los derechos de ciudadanía de todos los que componen la sociedad”.

En el año 1951 la Asamblea General de las Naciones Unidas da a conocer el Pacto Internacional de Derechos Humanos, y de este derivan dos categorías las cuales corresponden al Pacto para los Derechos Civiles y Políticos y al Pacto para los Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Respecto a los Pactos establecidos, se puede aludir que existe un ítem dentro de los objetivos de los Derechos humanos, del artículo dieciocho que postula, “La adopción de medidas pertinentes, legislativas, administrativas o de otra índole, que garanticen a todos no sólo los derechos políticos y civiles, sino también la plena realización de los derechos económicos, sociales y culturales sin discriminación alguna” (Pacheco, 2000:1188).

20

Cabe destacar que el Pacto Internacional de Derechos Humanos fue suscrito por Chile el 16 de septiembre de 1969 y ratificado el 10 de febrero de 1972, pese a ello solo entro en vigencia en nuestro país el 27 de mayo de 1989, mediante la publicación en el Diario Oficial del Decreto N° 326 del Ministerio de Relaciones Exteriores.

Además, la Federación internacional de la Vejez a promulgado La Declaración de los Deberes y Derechos del Hombre”, este documento deja de manifiesto dentro de sus principios generales que las personas de edad tienen derecho a vivir con dignidad y en

condiciones de seguridad, a no ser objeto de explotación y maltrato físico o mental, a que se reconozca su individualidad, que se reconozca el hecho de pertenecer a grupos étnicos, raciales, religiosos o socioeconómicos determinados, a ser tratadas en condiciones de igualdad, sin discriminación por motivos de sexo, a la libre determinación. Es especialmente importante el Derecho de las personas de edad a participar activamente en la formulación y aplicación de las políticas públicas.

Finalmente, a nivel Latinoamericano, el instrumento vinculante de los Derechos de los adultos mayores, es el protocolo de San Salvador, el cual se encontraba siendo tramitado en el Senado, de acuerdo al SENAMA en el 2007. En relación al proceso de ratificación del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el mismo se encontraba en segundo trámite constitucional en el Senado.

El Protocolo de San Salvador pone énfasis en los siguientes artículos: Art. 9. Derecho a la Seguridad Social: Toda persona tiene Derecho a la seguridad social que la proteja contra las consecuencias de la Vejez y de la incapacidad que la imposibilite física o mentalmente para obtener los medios para llevar una vida digna y decorosa. En caso de muerte del beneficiario, las prestaciones de seguridad social serán aplicadas a sus dependientes (Protocolo de San Salvador, 1988, Pág.12 – 13).

Art. 10. Derecho a la Salud: Proporcionar instalaciones adecuadas, así como alimentación y atención médica especializada a las Personas de Edad avanzada que carezcan de ella y no se encuentren en condiciones de proporcionárselas por sí misma”, (Protocolo de San Salvador, 1988, Pág., 13).

21

Art. 17 b. Derecho a la Protección de los ancianos: Ejecutar programas laborales específicos destinados a conceder a los ancianos la posibilidad de realizar una actividad productiva adecuada a sus capacidades respetando su vocación o deseos, (Protocolo de San Salvador, 1988, Pág.24).

Art. 17 c. Derecho a la Protección de los ancianos: Estimular la formación de organizaciones sociales destinadas a mejorar la Calidad de Vida de los ancianos,

(Protocolo de San Salvador, 1988, Pág.24).

Según la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, a continuación, veremos los siguientes artículos:

## **Capítulo I**

Objeto, Ámbito de Aplicación y Definiciones

### **Artículo 1**

Ámbito de aplicación y objeto

El objeto de la Convención es promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad. Lo dispuesto en la presente Convención no se interpretará como una limitación a derechos o beneficios más amplios o acondicionales que reconozcan el derecho internacional o las legislaciones internas de los Estados Parte, a favor de la persona mayor.

## **Capítulo II**

Principios Generales

### **Artículo 3**

Son principios generales aplicables a la Convención:

- a) La promoción y defensa de los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor.
- b) La valorización de la persona mayor, su papel en la sociedad y contribución al desarrollo.
- c) La dignidad, independencia, protagonismo y autonomía de la persona mayor.
- d) La igualdad y no discriminación.
- e) La participación, integración e inclusión plena y efectiva en la sociedad.
- f) El bienestar y cuidado.

- g) La seguridad física, económica y social.
- h) La autorrealización.
- i) La equidad e igualdad de género y enfoque de curso de vida.
- j) La solidaridad y fortalecimiento de la protección familiar y comunitaria.
- k) El buen trato y la atención preferencial.
- l) El enfoque diferencial para el goce efectivo de los derechos de la persona mayor.
- m) El respeto y valorización de la diversidad cultural.
- n) La protección judicial efectiva.
- o) La responsabilidad del Estado y participación de la familia y de la comunidad en la integración activa, plena y productiva de la persona mayor dentro de la sociedad, así como en su cuidado y atención, de acuerdo con su legislación interna.

### **Capítulo III**

#### Deberes Generales de los Estados Parte

#### **Artículo 4**

Los Estados Parte se comprometen a salvaguardar los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor enunciados en la presente Convención, sin discriminación de ningún tipo, y a tal fin:

- a) Adoptarán medidas para prevenir, sancionar y erradicar aquellas prácticas contrarias a la presente Convención, tales como aislamiento, abandono, sujeciones físicas prolongadas, hacinamiento, expulsiones de la comunidad, la negación de nutrición, infantilización, tratamientos médicos inadecuados o desproporcionados, entre otras y todas aquellas que constituyan malos tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes que atenten contra la seguridad e integridad de la persona mayor.

23

- b) Adoptarán las medidas afirmativas y realizarán los ajustes razonables que sean necesarios para el ejercicio de los derechos establecidos en la presente Convención y se abstendrán de adoptar cualquier medida legislativa que sea incompatible con la misma. No se considerarán discriminatorias, en virtud de la presente Convención, las medidas afirmativas y ajustes razonables que sean necesarios para acelerar o lograr

la igualdad de hecho de la persona mayor, así como para asegurar su plena integración social, económica, educacional, política y cultural. Tales medidas afirmativas no deberán conducir al mantenimiento de derechos separados para grupos distintos y no deberán perpetuarse más allá de un periodo razonable o después de alcanzado dicho objetivo.

- c) Adoptarán y fortalecerán todas las medidas legislativas, administrativas, judiciales, presupuestarias y de cualquier otra índole, incluido un adecuado acceso a la justicia a fin de garantizar a la persona mayor un trato diferenciado y preferencial en todos los ámbitos.
- d) Adoptarán las medidas necesarias y cuando lo consideren en el marco de la cooperación internacional, hasta el máximo de los recursos disponibles y tomando en cuenta su grado de desarrollo, a fin de lograr progresivamente, y de conformidad con la legislación interna, la plena efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales; sin perjuicio de las obligaciones que sean aplicables de inmediato en virtud del derecho internacional.
- e) Promoverán instituciones públicas especializadas en la protección y promoción de los derechos de las personas mayores y su desarrollo integral.
- f) Promoverán la más amplia participación de la sociedad civil y de otros actores sociales. En particular de la persona mayor, en la elaboración, aplicación y control de políticas públicas y legislación dirigida a la implementación de la presente Convención.
- g) Promoverán la recopilación de información adecuada, incluidos datos estadísticos y de investigación, que le permitan formular y aplicar políticas públicas, a fin de dar efecto a la presente Convención.

## **Artículo 6**

Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez.

Los Estados Parte adoptarán todas las medidas necesarias para garantizar a la persona mayor el goce efectivo del derecho a la vida y el derecho a vivir con dignidad en la vejez hasta el fin de sus días, en igualdad de condiciones con otros sectores de la población.

Los Estados Partes tomarán medidas para que las instituciones públicas y privadas ofrezcan a la persona mayor un acceso no discriminatorio a cuidados integrales, incluidos los cuidados paliativos, eviten el aislamiento y manejen apropiadamente los problemas relacionados con el miedo a la muerte de los enfermos terminales, el dolor, y eviten el sufrimiento innecesario y las intervenciones útiles e inútiles, de conformidad con el derecho de la persona mayor a expresar el consentimiento informado.

## **Artículo 7**

Derecho a la independencia y a la autonomía

Los Estados Parte en la presente Convención reconocen el derecho de la persona mayor a tomar decisiones, a la definición de su plan de vida, a desarrollar una vida autónoma e independiente, conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones y a disponer de mecanismos para poder ejercer sus derechos.

Los Estados Parte adoptarán programas, políticas o acciones para facilitar y promover el pleno goce de estos derechos por la persona mayor, propiciando su autorrealización, el fortalecimiento de todas las familias, de sus lazos familiares y sociales, y de sus relaciones afectivas. En especial, asegurarán:

- a) El respeto a la autonomía de la persona mayor en la toma de sus decisiones, así como a su independencia en la realización de sus actos.
- b) Que la persona mayor tenga la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vea obligada a vivir con arreglo a un sistema de vida específico.
- c) Que la persona mayor tenga acceso progresivamente a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad, y para evitar su aislamiento o separación de ésta.

## **Artículo 8**

Derecho a la participación e integración comunitaria.

La persona mayor tiene derecho a la participación activa, productiva, plena y efectiva dentro de la familia, la comunidad y la sociedad para su integración en todas ellas.

Los Estados Parte adoptarán medidas para que la persona mayor tenga la oportunidad de participar activa y productivamente en la comunidad, y pueda desarrollar sus capacidades y potencialidades. A tal fin:

- a) Crearán y fortalecerán mecanismos de participación e inclusión social de la persona mayor en un ambiente de igualdad que permita erradicar los prejuicios y estereotipos que obstaculicen el pleno disfrute de estos derechos.
- b) Promoverán la participación de la persona mayor en actividades intergeneracionales para fortalecer la solidaridad y el apoyo mutuo como elementos claves del desarrollo social.
- c) Asegurarán que las instalaciones de los servicios comunitarios para la población en general estén a disposición, en igualdad de condiciones de la persona mayor y tengan en cuenta sus necesidades.

## **Artículo 17**

### **Derecho a la seguridad social**

Toda persona mayor tiene derecho a la seguridad social que la proteja para llevar una vida digna.

Los Estados Parte promoverán progresivamente, dentro de los recursos disponibles, que la persona mayor reciba un ingreso para una vida digna a través de los sistemas de seguridad social y otros mecanismos flexibles de protección social.

Los Estados Parte buscarán facilitar, mediante convenios institucionales, acuerdos bilaterales u otros mecanismos hemisféricos, el reconocimiento de prestaciones, aportes realizados a la seguridad social o derechos de pensión de la persona mayor migrante.

Todo lo dispuesto en este artículo será de conformidad con la legislación nacional.

El envejecimiento, es parte de la vida de cada persona, sus efectos son parte del proceso natural de los seres humanos, el cual es vivido de diversa forma, teniendo variados efectos tanto en lo físico, social, emocional, y económico.

Para introducirse al Fenómeno de Envejecimiento, es necesario realizar un recorrido por la Antropología de la Vejez, es decir la construcción social de este fenómeno. A lo largo de la historia, las diversas culturas han construido su propia concepción de lo que significa ser adulto mayor, como señala (Alba, 1992), desde que el hombre toma conciencia de que la vejez es un fenómeno inevitable, trata de encontrar respuestas que lo expliquen, es así como le atribuye a este proceso diversas influencias que se relacionan a seres mágicos, la voluntad de Dios, la sabiduría, inutilidad, pérdida de humores o desgaste del organismo. Lo anterior reafirma que la construcción social de la vejez cambia y se transforma de acuerdo al contexto tiempo - espacio en el cual se encuentre.

Nunca habido una sola visión de vejez apropiada para todos. Cada cultura tiene la suya y ese es su patrón de normalidad (Dr. Paulo, M. Dr, Homera, G., 2000).

Como el conocimiento avanza aceleradamente, en un mismo momento histórico y en una misma cultura, coexisten diferentes concepciones de vejez (Dr. Paulo, M. Dr, Homera, G., 2000).

El aumento de la esperanza de vida, ha transformado en primer lugar la edad de inicio de la vejez, en la actualidad el comienzo de la adultez mayor es a los 60 años, pero hace dos siglos la adultez mayor comenzaba a los 40. Lo que era común en todas las civilizaciones, (Alba, 1992), es la búsqueda de la inmortalidad, el sueño del hombre por eternizarse.

En segundo lugar, el aumento de la esperanza de vida trae consigo una mayor longevidad de la población, el promedio de edad en la Roma Imperial y de acuerdo a exámenes de huesos, la longevidad no rebasaba los 25 años, (Alba, 1992, pág. 13). En la edad media el promedio en el Siglo XVII europeo, era hasta los 30 años, para pasar a los 35 a mitad del siglo XIX, (Alba, 1992, pág., 13). Con la Revolución Industrial y la llegada de los avances médicos sanitarios los que permiten combatir epidemias y otras enfermedades, aumentando las probabilidades de vivir más años para las personas, aunque el servicio médico estaba solo destinado a la clase social alta. La longevidad de los obreros

amontonados en las primeras fábricas era menor a la de los propietarios de las fábricas, (Alba, 1992, pág. 13).

Alba (1992), nos entrega como dato que la esperanza de vida comienza a ser calculada a mediados del siglo pasado, siendo Alemania uno de los primeros países en realizar este cálculo.

Otro aspecto que cabe destacar es que cada sociedad ha respondido de diferentes maneras al fenómeno de la vejez, las que van desde la muerte del adulto mayor, hasta la asignación de mayor autoridad de este. Si bien la eliminación de las personas mayores, puede considerarse una respuesta extrema, esta respondía a las características socioeconómicas de un momento determinado. En sociedades en donde la división del trabajo no era profunda, el anciano recibía autoridad por el hecho de su edad, (Alba, 1992, pág. 19).

En ciertas sociedades que funcionaban en condiciones naturales precarias, se eliminaba a los ancianos o se les dejaba morir. Los viejos que eran una carga, se sacrificaban por todos, ya dejándoles morir, ya aceptando que los sacrificaran, (Alba, 1992, pág. 19).

Por su parte la iglesia es todavía una sociedad en la cual el poder está en manos de los ancianos y ello pese a reformas que obligan a abandonar los altos cargos eclesiásticos a los 75 años, (Alba, 1992, pág. 19).

Hoy en día existen corrientes que buscan una mirada más activa de la vejez, pero otros mantienen la visión de la vejez relacionada con retiro. De lo que no queda duda y como señala, (Alba, 1992), es que la prolongación de la vida es un triunfo para el hombre, es la lucha constante contra la naturaleza.

Dentro de la construcción social de la vejez, es el continente europeo el que presenta mayor población adulta mayor, transformación que se gestó de forma paulatina y durante años. Estos han logrado, gracias a la adaptación pausada y por contar con una economía de grandes ingresos, ir incorporando poco a poco esta temática dentro de su contexto social, obteniendo grandes avances en la calidad de vida de las personas mayores.

En cambio, en el contexto de América Latina se puede apreciar la vejez como un

fenómeno social que gana importancia a partir de un brusco crecimiento poblacional concentrado en

28

un periodo corto de tiempo, lo que conlleva desventajas importantes en cuanto a la adaptación social de las nuevas problemáticas emanadas de este grupo creciente.

América Latina y el Caribe, envejecen más rápido que el resto del mundo. Un nuevo estudio del BID Banco Interamericano de Desarrollo (Altamirano, 2018, Párr.1), destaca que, en las próximas décadas, países como Nicaragua, México y Chile envejecerán hasta tres veces más rápido que algunos países europeos. Sin embargo, a pesar de que tenemos muchos datos y proyecciones sobre el envejecimiento poblacional que, sobre el impacto de los avances tecnológicos, a menudo la tecnología opaca a la demografía en los titulares sobre el futuro del trabajo.

Martínez Rodríguez (2006:51), señala que envejecer bien es envejecer activamente y esto implica fundamentalmente tres condiciones: envejecer teniendo un rol social, envejecer con salud y envejecer con seguridad. Si importantes son estos tres pilares, más importante aún es el significado que demos al término "Activo" y a las implicaciones que ello conlleva. Brevemente podemos señalar que el término Activo (Pinazo, S.; Limón, R; et al 2010:6).

Expresa la idea de la participación de las personas en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, sin centrarse sólo en la capacidad para estar física o laboralmente activo.

Lo que quiere decir que el envejecimiento ya no es cosa de jubilar, y dejar la vida social aislarse de las demás personas ya sean familiares o amigos, e iniciar una vida solitaria, las casas de acogida para adultos mayores, son lugares donde los adultos Mayores por diversos motivos llegan a vivir, y muchas veces estos lugares no tienen muchas facilidades para realizarse en lo que ellos quieran, y que los haga sentir que son útiles aun para esta sociedad donde el envejecimiento va en aumento muy progresivo.

### **2.3.1 Envejecimiento con éxito:**

El modelo de Rowe y Kahn (1987, 1998) y Kahn (2002 y 2004) (Donatella Rita Petrettoa, 2016), definieron el envejecimiento exitoso como multidimensional y afirmaron que consta

de tres componentes: una baja probabilidad de enfermar y de presentar discapacidad, un alto funcionamiento cognitivo y físico, y un alto compromiso con la vida. Estos tres componentes están vinculados entre sí jerárquicamente, en otras palabras, el envejecimiento exitoso es más que la ausencia de enfermedad y es más que el

29

mantenimiento de la capacidad funcional, ambos elementos son importantes, pero es su combinación con la participación activa en la vida lo que representa el concepto de envejecimiento exitoso con más detalles.

Los autores hacen hincapié en la importancia de centrar la atención en la heterogeneidad de los comportamientos asociados con el envejecimiento activo, en lugar de centrarse excesivamente en el comportamiento promedio o en las tendencias medias.

Por lo tanto, se entiende que, para lograr un envejecimiento activo, las personas mayores puedan realizar actividades diversas ya sea en grupo o compartir con la familia, todo aquello que le aporte beneficios y satisfacciones a su vida. (Donatella Rita Petretto, 2016).

### **2.3.2 Envejecimiento Activo.**

Se debe considerar de manera inicial para este tema, promover las diversas actividades en los grupos de adultos mayores, y obtener una mejor calidad de vida al envejecer, permitiéndoles su bienestar tanto físico como mental, para lo cual fomenta en su ciclo vital la participación, la independencia, la autonomía, la salud, a fin de que sean capaces de realizarse sin tener que depender de otra persona, y lograr suplir todas sus necesidades básicas.

Se entiende por Envejecimiento activo ““el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. Más concretamente indica que es el proceso que permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona: protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesiten asistencia” OMS (2002:79).

Señala Martínez Rodríguez (2006:51) que, envejecer bien es envejecer activamente lo que implica tres condiciones: envejecer teniendo un rol social, envejecer con salud y

envejecer con seguridad. Si importante son estos tres pilares, más importante aún es el significado que demos al término “Activo” y a las implicaciones que ello conlleva.

Brevemente podemos señalar que el término *Activo* (Pinazo, S.; Limón, R.; et al 2010:6):

30

- Expresa la idea de la participación de las personas en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, sin centrarse sólo en la capacidad para estar física o laboralmente activo.
- Establece un nuevo modelo de sociedad, en el que las personas han de tener la oportunidad de envejecer, siendo protagonistas de su vida, en un *quehacer pro-activo* y no como meras receptoras de productos, servicios o cuidados.
- Su dinamismo inherente ha de tomar forma de modo diferente en cada persona mayor, atendiendo a los significados íntimos que cada uno le atribuye, que hacen que se viva, *que se pueda ser activo* de muy diferentes maneras.
- Implica un *enfoque comunitario*, en el que los ciudadanos mayores han de tener oportunidad de participar en todo lo que le es propio, entendiendo por ello no sólo lo circunscrito a su ocio o a servicios o entidades para mayores, sino a cualquier esfera relativa a su comunidad.
- Requiere que la sociedad garantice que los ciudadanos mayores puedan continuar informados, a la vez que vela porque sean reconocidos todos sus derechos. - Asume un enfoque intergeneracional al reconocer la importancia de las relaciones y de la ayuda que se ofrecen entre sí los miembros de una familia y las diferentes generaciones. - Desafía la perspectiva tradicional de que el aprendizaje es cuestión de niños y jóvenes, el trabajo es cuestión de adultos y la jubilación es cuestión de la vejez. Promueve el desarrollo de la persona hasta el final de sus días.
- Requiere un enfoque integral pues ofrece una visión más completa y global de las personas y de su proceso de envejecimiento. Es, por ello, imprescindible una revisión de todos los ámbitos y factores que están afectando al desarrollo del envejecimiento activo: los sociales, sanitarios, económicos, pero también los psicológicos, afectivos, educativos, culturales, etc.

## Figura 2. Factores determinantes del envejecimiento activo

Es importante que las personas mayores se mantengan activas, para que se puedan realizar, asimismo les ayuda a tener una mejor calidad de vida, permitiéndoles autonomía, para poder lograr un envejecimiento activo y saludable.

El cuadro anterior es de importancia ya que aportará de manera positiva a cada adulto mayor en su proceso de envejecimiento, ya que el envejecimiento activo es beneficioso para todas las personas tanto adultos mayores como también los ciudadanos, haciendo que las personas mayores se sientan útiles y valoradas. (Limon M., 2011).

El artículo antes expuesto, nos genera un aporte al envejecimiento activo de los adultos mayores y para todas las personas, ya que las hace sentir aun útiles y realizadas. El envejecimiento activo es, por tanto, un fenómeno que tiene su origen en un conjunto de efectos multifactoriales, que, desde el punto de vista psicosocial, no sólo contempla el envejecimiento desde la atención médica, sino que incorpora factores de las áreas económicas, conductual y del entorno sociocultural que benefician al envejecimiento de las

personas (Fernández Ballesteros R., 2009). Es una estrategia de promoción básica de la salud, que se guía por los principios de la ONU para las personas mayores, según los cuales la salud con independencia, la participación, la asistencia y la seguridad son la base de las intervenciones sociales, dirigidas a disminuir los factores de riesgo (personales, conductuales y ambientales), donde se fortalecen los factores protectores para que las personas disfruten de más años y con mayor calidad.

La importancia de mantener las actividades sociales a lo largo de la vida, radica en el favorecimiento de la salud integral del individuo, donde ejerce una función protectora ante muchas enfermedades físicas y mentales, lo que contribuye a mejorar la salud y alargar el período de vida. Entonces los estados han de favorecer las oportunidades de participación de los mayores en la vida política, cultural e incluso laboral, de acuerdo con sus capacidades, necesidades, preferencias y derechos humanos fundamentales.

La salud se refiere a la prevención de la enfermedad y a la promoción de hábitos saludables, con el objetivo de retardar la dependencia. En definitiva, los avances de las ciencias bio médicas, de la educación y, en particular de la educación sanitaria y de las políticas públicas no sólo influyen en el incremento de la esperanza de vida a lo largo del siglo XX y en las proyecciones en las próximas décadas del siglo XXI sino en el incremento del envejecimiento saludable (Ramos Monteagudo, Ana María, Yordi García, Mirtha, & Miranda Ramos, María de los Ángeles., 2016).

### **Determinantes y contribuciones fundamentales del envejecimiento activo**

La noción de envejecimiento activo se utiliza en los estudios de la vejez desde hace aproximadamente 40 años, desde los años 60 se emplea el término que a su vez incluye otros similares como son, el de envejecimiento con éxito, satisfactorio, óptimo, positivo, productivo, e incluso, en los textos con un enfoque más biomédico se hace referencia al envejecimiento saludable. En la literatura especializada la mayor parte de los autores concuerdan en que, todas estas denominaciones estructuran un nuevo paradigma en relación a la vejez, no solo como déficit o deterioro sino también con posibilidades de desarrollo, optimización y compensación. Se refiere a los tres mecanismos adaptativos para el envejecimiento con éxito: selección, optimización y compensación. Donde se entiende por mecanismo de optimización a todas las conductas que tratan de mantener un

rendimiento máximo a través de la actividad. Y la compensación precisamente se dirige a disminuir las limitaciones que surgen con los déficits. Entonces se puede afirmar que el concepto de envejecimiento activo es multidimensional, multidisciplinar y multinivel que abarca condiciones biológicas, psicológicas y sociales y que cuenta con repercusiones

individuales y poblacionales importantes (Gago J., 2010).

**Biopolíticas de la vejez: el conocimiento sobre el envejecimiento forma políticas de envejecimiento activo** (López, M. G., 2015).

En el envejecimiento activo existen tres enfoques teóricos que han sido considerados desde el Estado a través de sus políticas públicas: saludable, activo y positivo. El primero de ellos es el enfoque de envejecimiento saludable, que proviene del campo de la biomedicina y fue el concepto más utilizado en los años 90 del siglo pasado. El énfasis, para las políticas públicas, estaría puesto en los individuos, en mantenerlos la mayor parte del tiempo sanos e independiente, (Calvo, 2013, Pág. 59), Anteriormente, a principios del año 2000, comenzó a ampliarse el concepto de envejecimiento saludable y lentamente se acuñó el de envejecimiento activo, este último definido como “el proceso de aprovechar al máximo las oportunidades para tener bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida” (Ramos, García y Ramos, 2016: pág. 336), (Carrasco, Cárcamo, 2020, pág. 56), fomentando la salud, la protección social, la participación en todos los aspectos de la sociedad y la seguridad (Parra, Hernández, Campoy, García y Gallardo: 2013), (Carrasco, Cárcamo, 2020, pág. 56), Un ejemplo de envejecimiento activo es el anciano woof, “una visión optimista y fructífera de la vejez, vivenciada como un proyecto vital de avance, de crecimiento personal, de disfrute social y de bienestar físico, psicológico, social y económico” (Toledo, Henche, Toipa, Armenteros y Brás: 2014, pág. 4), (Carrasco, Cárcamo, 2020, pág. 56), Esta forma de envejecer también generó una especie de cultura del ocio, como una constante vital de los mayores “grupos de iguales y/o en pareja que envejecen de forma activa gracias al ejercicio físico y las vacaciones. Un ocio de consumo asociado a la naturaleza, pero desde posiciones urbanas” (González, 2011, pág.161), (Carrasco, Cárcamo, 2020, pág. 56) donde mantenerse saludables y sin enfermedades, en una postura de anciano joven, es parte del marco del envejecimiento activo (Carrasco, García, M. Á., & Cárcamo, Ulloa. L., 2020).

Por parte de la psicología se presenta La teoría del desarrollo de Erikson (1950) que indica, desde una perspectiva evolutiva, que el proceso de desarrollo abarca desde el nacimiento hasta la muerte. En cada etapa de dicho proceso el individuo posee un

conflicto y una virtud. Para Erikson la vejez comienza a los 65 años y es el periodo en el que se establece la integridad versus la desesperación, mientras se destacan como virtudes la prudencia y la sabiduría.

### **2.3.3 Envejecimiento Vital**

Por lo que Erikson, plantea el ciclo vital como una secuencia, haciendo referencia a un proceso abierto que puede suponer pérdidas y ganancias.

A lo largo del proceso, surgen cuatro aspectos fundamentales a tener en cuenta:

En primer lugar, el entendimiento del yo, como la clave para, por un lado, poseer una organización para solucionar las crisis que surgen en el contexto genético, cultural e histórico de cada individuo. En segundo lugar, integrar la dimensión social y el desarrollo psicosocial del individuo. En tercer lugar, extender el concepto de desarrollo de la personalidad, que abarca el ciclo completo desde la infancia a la vejez. Y, por último, el impacto de la cultura, sociedad e historia en el desarrollo de la personalidad.

De tal forma, que, para él, en cada etapa de la vida el ser humano desarrolla competencias, y forja desde la infancia, su propia identidad personal, que ayudará a resolver los retos en otra etapa de la vida. Además, en cada etapa acontece un conflicto, y cuando la persona resuelve cada uno de los conflictos, le hace crecer psicológicamente. En esta resolución de conflictos, el ser humano crece y se desarrolla a lo largo de todo el ciclo de la vida.

(Erikson, 2000) habla de “envejecimiento vital” para referirse al ciclo de la vida como un proceso en el que acontecen tanto pérdidas como ganancias (Erikson. E., 2000, págs. 66-71).

Los diversos estudios científicos realizados han demostrado, que el estilo de vida tiene una mayor relevancia en la calidad del envejecimiento. Podemos intervenir en el proceso de envejecimiento fomentando las relaciones sociales, manteniendo estilos de vida saludable y una actividad mental positiva, para lograr entender y aprender del envejecimiento, para vivir en mejores condiciones evitando la dependencia.

en el contexto de la cultura y sistema en que vive en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”. La calidad de vida es un concepto amplio afectado de forma compleja por la salud física de la persona, el estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, creencias personales y su relación a características principales del ambiente. Además, el concepto considera aspectos ambientales, culturales, económicos, sociales en el entorno y los valores de cada individuo (Rubilar Sepúlveda, M., & Medina Giacomozzi, A, 2020).

Por parte de la psicología se presenta La teoría del desarrollo de Erikson (1950) que indica, desde una perspectiva evolutiva, que el proceso de desarrollo abarca desde el nacimiento hasta la muerte. En cada etapa de dicho proceso el individuo posee un conflicto y una virtud. Para Erikson la vejez comienza a los 65 años y es el periodo en el que se establece la integridad versus la desesperación, mientras se destacan como virtudes la prudencia y la sabiduría.

Por lo que Erikson, plantea el ciclo vital como una secuencia, haciendo referencia a un proceso abierto que puede suponer pérdidas y ganancias.

A lo largo del proceso, surgen cuatro aspectos fundamentales a tener en cuenta:

En primer lugar, el entendimiento del yo, como la clave para, por un lado, poseer una organización para solucionar las crisis que surgen en el contexto genético, cultural e histórico de cada individuo. En segundo lugar, integrar la dimensión social y el desarrollo psicosocial del individuo. En tercer lugar, extender el concepto de desarrollo de la personalidad, que abarca el ciclo completo desde la infancia a la vejez. Y, por último, el impacto de la cultura, sociedad e historia en el desarrollo de la personalidad.

De tal forma, que, para él, en cada etapa de la vida el ser humano desarrolla competencias, y forja desde la infancia, su propia identidad personal, que ayudará a resolver los retos en otra etapa de la vida. Además, en cada etapa acontece un conflicto, y cuando la persona resuelve cada uno de los conflictos, le hace crecer psicológicamente. En esta resolución de conflictos, el ser humano crece y se desarrolla a lo largo de todo el ciclo de la vida.

(Erikson, 2000) habla de “envejecimiento vital” para referirse al ciclo de la vida como un proceso en el que acontecen tanto pérdidas como ganancias (Erikson. E., 2000, págs. 66-71).

Los diversos estudios científicos realizados han demostrado, que el estilo de vida tiene una mayor relevancia en la calidad del envejecimiento. Podemos intervenir en el proceso de envejecimiento fomentando las relaciones sociales, manteniendo estilos de vida saludable y una actividad mental positiva, para lograr entender y aprender del envejecimiento, para vivir en mejores condiciones evitando la dependencia.

#### **2.4 Programa Más Adultos Mayores Autovalentes CESFAM Carol Urzúa Comuna de San Bernardo.**

Es una intervención promocional y preventiva de la salud tendiente a mejorar la capacidad individual y comunitaria para enfrentar el proceso de envejecimiento; manteniendo y mejorando la autovalencia de las personas mayores de 60 años y más, fomentando el autocuidado y la participación en organizaciones sociales.

##### **Descripción del Programa:**

El Programa Más Adultos Mayores Autovalentes corresponde a una intervención promocional y preventiva en salud, mediante la participación de adultos mayores en actividades grupales de educación para la salud y autocuidado, estimulación funcional y estimulación cognitiva, desarrolladas junto al equipo del Centro de Salud, bajo el enfoque de atención en salud integral y comunitaria.

##### **Propósito:**

Contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores, prolongando su autovalencia con una atención integral en base al modelo de Salud Familiar y Comunitaria.

Este Programa se inicia con la participación de los Adultos Mayores pesquisados en el Examen de Medicina Preventivo del Adulto Mayor (EMPAM) como Autovalentes, Autovalentes con Riesgo y En Riesgo de Dependencia, en una intervención promocional y preventiva de Estimulación de Habilidades Motoras, Prevención de Caídas, Estimulación de Funciones Cognitivas y Autocuidado y Estilos de Vida Saludable.

Se desarrollará inserto en la comunidad, con la acción del Equipo de Salud de Atención Primaria, en particular de una dupla Kinesiólogo -Terapeuta Ocupacional u otro profesional de la salud capacitado dedicados específicamente al trabajo con los Adultos Mayores,

anticipándose al daño y la dependencia y promoviendo un envejecimiento activo.

37

Para lo anterior, se requiere de una estrecha vinculación con las organizaciones sociales de adultos mayores locales para fomentar su relación con el Centro de Salud y fomentar la evaluación de sus integrantes mediante el EMPAM, para pesquisar precozmente a aquellos con disminución de la funcionalidad y riesgo de dependencia. Se espera que el Programa se desarrolle con los adultos mayores integrantes de agrupaciones locales (Clubes de Adulto Mayor, Centros de Madres, Clubes Deportivos, Juntas de Vecinos, entre otras) y con los adultos mayores que no participan en organizaciones y que son pesquisados en el Centro de Salud.

Se establece, además, para la correcta implementación y desarrollo del Programa, la inserción en el equipo del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el equipo del Centro de Salud y en la Red Local de servicio, propiciando la participación social de los adultos mayores en una red capacitada y fortalecida en Envejecimiento Activo y Autocuidado del Adulto Mayor.

Se espera potenciar las capacidades propias de cada comunidad, y las resultantes de la interacción equipo de salud-comunidad. Los adultos mayores participarán activa y permanentemente en el proceso educativo, enriquecido al convertirse en un proceso grupal y comunitario, con retroalimentación constante y con contenidos programados en conjunto.

El trabajo comunitario en salud, permitirá difundir la estrategia de intervención, acercar a los adultos mayores no inscritos o sin control de salud, a los Centros de Salud. Permitirá ampliar la mirada de atención hacia una mirada socio sanitario, que logra cambios en las conductas de los Adultos Mayores, capacita y fortalece sus competencias y las de su comunidad y que legitima su rol en nuestro país.

Con respecto a la dimensión metodológica, la propuesta pedagógica para el desarrollo de las actividades del programa corresponde a la Educación Popular desarrollada por Paulo Freire, donde el proceso de aprendizaje se basa en reconocer la experiencia y conocimientos existentes en la comunidad y generar, con la facilitación del equipo de salud, un conocimiento colectivo que permita transformar la realidad de las personas y su comunidad.

Esta propuesta pedagógica se complementará con la metodología del “aprender haciendo” (o “aprender practicando”), dónde el énfasis está puesto en el aprendizaje vivencial por

38

parte de los participantes, orientado al descubrimiento de habilidades propias que a la distribución a nivel país en que el 50,7% corresponde a mujeres y 49,3% a hombres. Acompañen el cambio conductual hacia el autocuidado y la valoración de la funcionalidad por parte de los adultos mayores.

Este programa se desarrollará a nivel nacional, en todos aquellos Centros de Salud municipales y dependientes de Servicio de Salud que cuenten con más de 20.000 personas inscritas, apuntando al cumplimiento de los siguientes objetivos:

### **Objetivo General**

Prolongar la autovalencia del adulto mayor de 65 y más años.

### **Objetivos Específicos**

1. Mejorar y/o mantener la condición funcional de los AM clasificados como Autovalentes, Autovalentes con riesgo y en riesgo de Dependencia.
2. Entregar continuidad a la estimulación funcional de los adultos mayores, mediante capacitación en autocuidado de salud y estimulación funcional a sus organizaciones locales.

#### **2.4.1 Antecedentes generales Comuna de San Bernardo.**

San Bernardo es la Capital de la Provincia del Maipo. Se encuentra emplazada en el extremo sur de la Región Metropolitana, en un gran cono de deyección del río Maipo. Limita al norte con las comunas de Maipú, Lo Espejo y El Bosque, al este con las comunas de La Pintana y Pirqué al sur con la comuna de Buin y al oeste con la comuna

de Calera de Tango. La superficie total de la Comuna de San Bernardo es de 154,8 Km<sup>2</sup>, representando un 13,8% de la superficie provincial y un 1,0% de la superficie regional.

## Características Demográficas

### 1. Proyección de Población

39

La comuna de San Bernardo es la séptima comuna más poblada de la Región Metropolitana (RM), con 301.313 personas según el Censo del año 2017. Con una población proyectada para el año 2020 de 311.320 habitantes, y con un crecimiento proyectado que va en ascenso, al año 2035 de 366.566 habitantes.

Según estimaciones del INE, la población proyectada para el país al año 2035 tendría un crecimiento de un 10,6%, según esta misma estimación nuestra comuna lo haría en un 11,6%.

La pirámide de población está en etapa de transición hacia el envejecimiento y respecto a la relación por sexo el 50,94% corresponde a mujeres y el 49,05% a hombres.



### Pirámide de población San Bernardo año 2020



Comuna

65 Y  
más

Fuente INE 2017

La población rural corresponde al 4,7% del total de población comunal, por debajo del

promedio país que representa un 11,6%.

## 2. Estructura de la Población

Para el análisis de la estructura de la población se utilizan 3 indicadores.

- Índice de dependencia demográfica.
- Índice de envejecimiento.

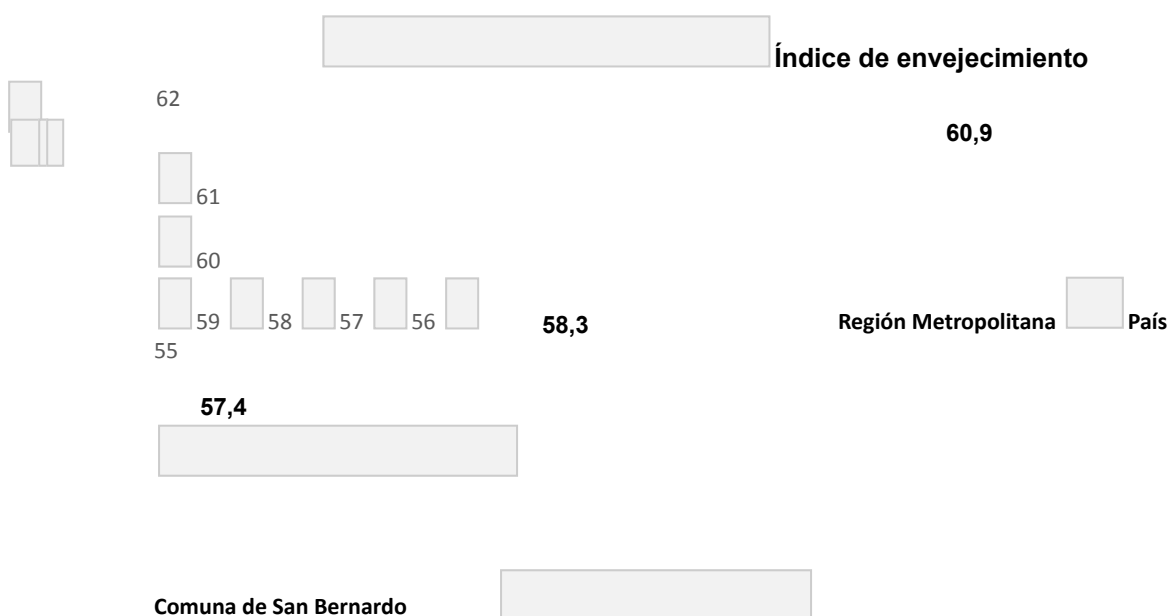
40

- Índice de masculinidad.

Índice de dependencia demográfica: muestra la relación entre el número de personas menores de 15 años y mayores de 65 años / el número de personas entre 15 y 64 años.

**Índice de envejecimiento:** Expresa la relación entre la cantidad de personas adultas mayores y la cantidad de niños y jóvenes. El gráfico N° 5 muestra que este índice es levemente menor que en la RM y país.

**GRAFICO N°5 Índice de envejecimiento**



Fuente INE 2017, proyección de población

El Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, se crea en el gobierno de la presidenta Michelle Bachelet en conjunto con el Ministerio de Salud, llegando así a formar parte de las políticas públicas del gobierno.

Es creado con el fin de proporcionar ayuda a las personas mayores, que sean parte del sistema público de salud, para resolver y prevenir las problemáticas a las que se ven enfrentados desde sus condiciones de funcionalidad, a partir de los 60 años en adelante, incorporando estilos de vida saludable por parte de este grupo etario.

41

### **Para ingresar al programa**

1. AM en control en CESFAM.
2. Rescate de AM sin control.
3. AM Participantes de Organizaciones Sociales y en Programas del Intersector.

El programa, pretende otorgar a las personas mayores una atención de calidad en el cuidado de la salud y el estilo de vida saludable donde los adultos mayores serán atendidos por especialistas un kinesiólogo y un terapeuta ocupacional, u otro.

En programa cuenta con un componente de estimulación y un componente de fomento del autocuidado en organizaciones sociales. Se realizan talleres, donde los participantes de este grupo etario, para ser incorporados en estos, deben haber sido evaluados por el Examen Preventivo Adulto Mayor, los talleres se ubican en los sectores geográficos de cada centro de salud, y estos consisten en:

- Actividad física y prevención de caídas.
- Taller de estimulación cognitiva y desarrollo de estilos de vida saludable.

Los Objetivos Estratégicos de la década de 2010 -2020:

- Objetivo Estratégico N°2, donde se propone reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos, con el Objetivo estratégico.
- Objetivo estratégico N°3 como es el de reducir factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad, a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida

saludables y particularmente.

- Objetivo estratégico N°4 correspondiente a reducir la mortalidad y mejorar la salud de las personas a lo largo del ciclo vital.

Los Servicios de Salud tienen como misión dar cumplimiento a las ordenanzas e implementación de las políticas públicas existentes.

También el Programa busca beneficiar a las personas mayores de 65 años y más beneficiarios, que pertenezcan al Sistema Público, (FONASA que cuenta con un 93,2%), para así con esto puedan mantener su funcionalidad, y a su vez prevenir la pérdida de autonomía funcional.

42

La población de adultos mayores, ha ido en aumento, lo que hace que este grupo, sea de riesgo, ya que existen factores que influyen de forma negativa en estas personas, ocasionando un deterioro tanto en lo emocional como cognitivo, además, con el paso del tiempo pierden su autonomía. Algunos de los factores que afectan a este grupo de personas están las enfermedades como: Depresión, diabetes, hipertensión, obesidad, y también influye en lo social la marginación, bajo nivel educacional y la pobreza.

Lo anterior se debe a que los Adultos Mayores, no realizan actividades tanto físicas como intelectuales, el alejarse y no participar en la comunidad, todo esto provocado por el desuso no necesariamente por el envejecimiento.

Actualmente en los Centros de Salud, se ha incrementado la demanda de atención a este grupo de personas mayores, debido al crecimiento de la población de Adultos Mayores, lo que hace necesaria incrementar nuevos desafíos para la Atención Primaria de Salud.

## **Capítulo III Metodología.**

### **3.1 Carácter de la Investigación**

La presente investigación se enfoca en la metodología cualitativa, orientándose a rescatar el relato de las personas desde su subjetividad de manera empírica frente al hecho estudiado, como dice Taylor y Bogdan “los investigadores desarrollan conceptos y comprensiones partiendo de pautas de los datos y no recogiendo modelos para evaluar hipótesis” (R. BOGDAN, 1987, pág. 20).

De esta manera la presente investigación intenta ver de manera holística a las personas mayores, donde cada una de ellas dará su propio testimonio de qué manera experimenta

la realidad, para esto es necesario que los investigadores aparten sus propias creencias para que experimente, y sienta lo que está viviendo las personas estudiadas.

La opción metodológica se basó sobre las ventajas de la investigación cualitativa con relación a la interpretación de los datos: si bien son los investigadores quienes realizan la interpretación, deben estar despojados de todas sus creencias. De esta forma las personas son visibilizadas como son, y no solo como números, rescatando la experiencia vivida por cada uno de los entrevistados.

### **3.2 Tipo de Estudio**

La presente investigación será descriptiva debido que persigue identificar, describir y conocer las condiciones de vida de las personas mayores que participan del programa Más Adultos Mayores Autovalentes de la comuna de San Bernardo, de tal modo que, sin alterar la realidad, ellos pueden describir los hechos desde su vida cotidiana. De esta forma comprender la forma que tiene este grupo de personas mayores de como perciben y representan los fenómenos que vivencian en esta etapa de la vida, tomando en cuenta sus opiniones, significación y la forma de interpretación que le dan.

### **3.3 Universo y Muestra**

El universo está constituido por la población adulta mayor participante del programa Más Adultos Mayores Autovalentes de la comuna de San Bernardo. La muestra la componen 80 personas.

44

El carácter de la muestra fue intencional no probabilística, y se encuentra compuesta por 4 personas.

Para la Selección de los elementos con base en criterios o juicios del investigador.

- adultos mayores que participan en el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes del CESFAM Carol Urzúa de la comuna de San Bernardo. •
- Personas Mayores de 60 años o más de edad.
- Se seleccionarán 2 mujeres y dos varones.

#### **3.3.1 Técnicas e Instrumentos de Recolección Información**

La técnica que se utilizó en la presente investigación, es la entrevista, mediante esta técnica fue posible recabar datos, de manera más dinámica, y flexible, debido a que es una conversación entre el entrevistador y el entrevistado, generando una atmósfera de mayor confianza.

El instrumento que se utilizó, para realizar la entrevista, fue una guía de preguntas intencionadas de acuerdo al objetivo del estudio.

### **3.3.2. Plan de Análisis de Datos**

Para la realización de los análisis de las entrevistas, fueron escuchados varios audios con las grabaciones de las entrevistas realizadas, con el fin al momento de la transcripción ser fiel a lo que los entrevistados están informando. El acercamiento será respetuoso y dialogante, el cual permitirá una comprensión desde la subjetividad, para así realizar un proceso inductivo que cree un documento que refleje la conceptualización de las condiciones de vida de las personas mayores pertenecientes al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes del CESFAM Carol Urzúa de la comuna de San Bernardo.

Luego de la transcripción de las entrevistas, se procedió a separarlas por categorías, de esta manera ordenar la información obtenida, mediante al cuestionario anteriormente realizado, que lleva, tanto como las categorías sobre las cuales se desea preguntar, como también las dimensiones de esta, con el fin de tener datos más precisos.

45

Además, se realizó mapa semántico separado por cada una de las categorías, de esta forma es posible establecer de manera más exacta, cual es la percepción que tienen de sus condiciones en esta etapa de su vida.

#### **Categorías:**

- **Características adulto mayor**

Referido a los antecedentes que permiten individualizar al adulto mayor.

- **Redes de apoyo familiares, Sociales e Institucionales**

Se define como práctica simbólica-cultural que incluye al conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional y así evitar el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando enfrenta dificultades, crisis o conflictos”.(CEPAL, apoyo social en la vejez).

Las redes se pueden clasificar en primarias (familias, amigos/as, vecinos/as), secundarias (clubes, grupos AM, ex compañeros de trabajo, organizaciones sociales comunitarias) terciarias (instituciones).

Una Red fundamental es la familia siendo la institución más importante para el anciano, y donde el adulto mayor, como parte integrante de ella, tiene mucho por contribuir y aportar. Placeres Hernández, José Fernando, de León Rosales, Lázaro, & Delgado Hernández, Inés. (2011). La familia y el adulto mayor. *Revista Médica Electrónica*, 33(4), 472-483.

#### • **Satisfacción con la vida**

La satisfacción de vida es definida como una medición cognitiva del ajuste entre los objetivos deseados y los actuales resultados de la vida, representando un resumen de la evaluación de las metas y logros que rodea al curso de la vida entera. La dimensión depende en gran medida del balance personal de cada individuo, así las personas mayores deben intentar llenarse de contenidos, de deseos, y tratar de que las nuevas relaciones y actividades den sentido a su existencia. Por consiguiente, la satisfacción de vida, junto con la percepción de la salud, constituye uno de los dos principales componentes de la calidad de vida (catalina sepulveda, 2010).

46

#### • **Salud**

La salud general del AM tiene como valor asignado la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y la disminución de oportunidades a causa de enfermedades, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud. La esencia de este concepto se centra en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores, creencias, contexto cultural e historia personal. Botero

B, Pico M. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica (hacia la promoción de la salud, 2007).

#### **Capítulo IV Resultados**

Para cumplir con los objetivos previamente planteados en este proyecto de investigación se procedió a realizar cuatro entrevistas en profundidad a adultos mayores. En esta experiencia se trabajó con cuatro participantes de la Comuna de San Bernardo, que eran elegibles para ser parte de la muestra según los requisitos identificados y que accedieron a ser parte de la investigación, previa explicación, lectura y firma del consentimiento

informado.

### **Características de los Adultos y Adultas Mayores entrevistadas**

Los adultos mayores entrevistados, son cuatro, quienes presentan las siguientes características:

La entrevistada número uno, tiene ochenta y cuatro años de edad, está actualmente casada, cursó hasta sexto año humanidades y vive con su esposo y un nieto. En la actualidad es dueña de casa y en su vida activa trabajo en una panadería, percibe la pensión solidaria que asciende a doscientos mil pesos, señala no recibir ayuda de familiares ni tampoco de otro programa social. Se encuentra afiliada a Fonasa.

El entrevistado número dos, tiene ochenta y tres años de edad, actualmente casado, curso hasta segundo medio, vive con su esposa y un nieto. No trabaja en la actualidad, su vida activa se desarrolló en la empresa Fensa. Recibe una pensión vitalicia cercana a trescientos mil pesos y se encuentra afiliado a Fonasa. Expone que no recibe ayuda económica de familiares ni tampoco de algún programa social, manifiesto que sus ingresos complementándolos con la jubilación de su esposa, cubren sus necesidades básicas llegando a la suma cercana a los quinientos mil pesos.

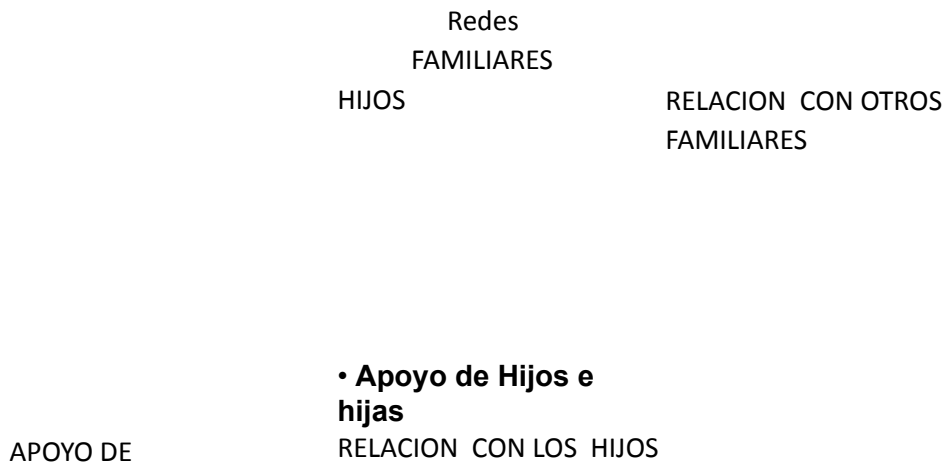
La entrevistada número tres, tiene setenta y ocho años de edad, es casada, curso hasta sexto humanidades, vive con su esposo e hijo menor. Actualmente es dueña de casa, sin embargo, señala que antes de jubilar trabajo haciendo clases en educación básica. Recibe la pensión solidaria por el monto de ciento noventa y cuatro mil pesos, se encuentra afiliada a Fonasa. Expresa no recibir ayuda por parte de familiares ni tampoco de algún programa social, sus ingresos se complementan con la jubilación de su marido, siendo el ingreso total familiar de quinientos ochenta mil pesos.

48

El entrevistado número cuatro, tiene setenta y siete años de edad, casado, curso hasta sexto humanidades, vive con su esposa y su hijo menor. No trabaja en forma remunerada y su vida laboral la desarrollo en la empresa Enaer. Su pensión es vitalicia y asciende a la suma de trescientos ochenta mil pesos, se encuentra afiliado Fonasa. Señala no recibir ayuda por parte de familiares ni programas sociales. En conjunto con su esposa logran reunir un ingreso familiar de quinientos ochenta mil pesos.

## 5.1 Redes de apoyo familiares, Sociales e Institucionales

### 5.1.1 Redes de apoyo familiares



Las personas entrevistadas manifestaron en su totalidad haber tenido hijos e hijas, se identifica como más recurrente el tener 2 hijos. Se declara que los hijos e hijas han iniciado su propio ciclo de vida familiar conformando así sus propios grupos familiares.

49

**E 1**, “Si dos hijos”.

**E 2**, “Si dos hijos hombres”.

**E 3**, “Si tres hijos”.

**E 4**, “Si, dos hombres y una mujer”.

Con respecto al apoyo de sus hijas e hijos, manifiestan no tener ayuda en lo económico,

puesto que estos han formado su propia familia por lo que no hay mucho tiempo para ellos, pero si reciben esparcimiento recreacional con sus hijos quienes los llevan de paseo los fines de semana.

**E 1**, “No ninguno de los dos”.

**E 3**, “La hija nos saca de paseo”.

Según el análisis realizado respecto a la frecuencia que tuvieron de contacto con sus hijos e hijas a raíz de la pandemia, manifestaron que no hubo ningún tipo cambio todo siguió igual y que los hijos siempre están preocupados de que estén bien.

**E 2**, “No nada solitos no más”.

**E 4**, “Si mis hijos siempre están preocupados de que estemos bien”.

#### • **Relación de Hijos e Hijas.**

Referente a la relación entre padres e hijos, señalan que mantienen una buena convivencia. **E 3**, una buena relación de convivencia con mi hijo menor y buena relación. **E 4**, “Buena”.

Para las personas entrevistadas en general, sus hijos e hijas se encuentran en permanente preocupación por ellos, aunque para algunos esta preocupación es escasa, para otros resulta suficiente

**E 1**, “No de repente se preocupan, pero ahí no más poh”.

**E 2**, “Si se preocupan, pero poco si”

**E 3**, “Si están constantemente preocupados”.

**E 4**, “Si todos los días llaman para saber de nosotros”.

50

Con respecto a la relación afectiva con sus hijos e hijas y las nietas, los adultos mayores entrevistados manifestaron que siempre están recibiendo muestras de cariño de parte de

sus hijos y nietas, señalan que establecen relaciones afectuosas con ellos. **E 1**, “Si, si”.

**E 3**, “Si la hija es la más cariñosa a pesar de que ella no tiene hijos”.

**E 4**, “Siempre me dan cariño mis tres hijos y mis nietas”.

#### • **Relación con otros Familiares**

Referente a la frecuencia con la cual se ve con sus familiares, los entrevistados mencionan en general que si mantienen contacto a lo menos una o dos veces durante el mes.

**E 1**, “Si he una vez al mes dos veces una cosa así, pero por teléfono si siempre nos comunicamos”.

**E 2**, “Yo con mis familiares mire los vimos harto poco hablando en castellano yo tengo una hermana aquí cerca que es la única que me va quedando pro los vimos poco ella hace cuando vino a verme es la única hermana que me queda de siete hermanos imagínese de siete hermanos quedamos dos no más”.

**E 4**, “Siempre con mi hijo y cada quince días con mi hijo mayor”.

Con respecto a haber sufrido algún tipo de violencia con gritos de parte de algún miembro de su familia, manifiestan en general que no han sido víctima de violencia en su contra. **E 1**, “No”.

**E 3**, “No para nada”.

**E 4**, “De ninguna manera”.

PARES

PARES

Redes  
SOCIALES

CONTEXTO  
DE  
RELACION  
CON

RELACION  
CON

CALIDAD DE LAS  
RELACIONES

• **Contexto donde se desarrollan las relaciones con Pares**

Las personas mayores entrevistadas, mencionan que realizan distintos tipos de actividades fuera del Programa Más Adulto Mayor. Dentro de las cuales está recaudar el uno por ciento a las familias que participan en la iglesia, y también participan con otros grupos de adultos mayores, con quienes realizan viajes y bailes actividades de tipo recreacional.

**E 3**, “Si en el Club de Adultos Mayores”.

**E 4**, “Si en la iglesia como ayudante del cura”.

Formulan que mantienen una relación de compañeros con las personas pertenecientes al programa Más Adulto Mayor, y exponen no tener muchas amistades fuera del Programa. Además, manifiestan participar en otros programas de personas mayores, pero que solo comparten con ellos en reuniones o alguna otra actividad.

**E 2**, “Muy pocos, solamente cuando salimos de paseo no más”.

**E 3**, “Por el Club como veintiséis personas y quince personas de Programa Más”. **E 4**, “Conoce a muchas personas recaudando el 1% voy a todas las casas de los que asisten siempre a la iglesia”.

#### • **Relación con Pares**

Referente a las amistades que mantienen este grupo de personas, son casi todas pertenecientes a su círculo como el Programa Más, el Club de Adultos Mayores y la iglesia, donde comparten y participan de las actividades que se les imparten.

**E 1**, “No soy muy amistosa, cuando estamos en el grupo, sí, pero fuera no”. **E 2**, “Muy pocas”.

**E 3**, “Nos conocemos los que vamos al programa, pero no frecuento a nadie”. **E 4**, “Frecuento a todas las personas que asisten a la iglesia”.

#### • **Calidad de la relación con pares**

Respecto a la cantidad de personas con las cuales comparte y como fue la relación durante el periodo de pandemia, que tenía a todos confinados en sus hogares, no impidió que continuaran sus actividades en el Programa, además, de relacionarse con las demás personas pertenecientes a otros programas e Iglesia. Se establecen asimismo relaciones con los vecinos inmediatos. Se puede concluir que los adultos mayores entrevistados si mantienen relaciones con sus pares.

**E 1**, “Si he los días sábados con una compañera de viaje y los ponemos a conversar un par de horas ahí”.

**E 2**, “Aquí en la semana es harto poco no converso a veces cuando estoy barriendo para uno hola don Carlo Hola poh le digo yo y nada más poh, nada más”.

**E 3**, “Si con las personas que veo en el Programa y también converso con las personas del club”.

E 4, “Converso con muchas personas recaudando el 1% voy a todas las casas de los que asisten a la iglesia”.

53

### 5.1.3 Redes de apoyo Institucionales Redes

APOYO DE  
PROGRAMAS

BENEFICIOS  
ESTATALES

CONDICIONES EN  
PANDEMIA

• **Apoyo de Programas**  
INSTITUCIONALES

Referente a la motivación por participar de las actividades impartidas por el Programa Más Adulto Mayor, para este grupo de personas mayores es importante por razones de esparcimiento, el disfrute de las actividades recreacionales que les permite socializar y a la vez se siente participes y útiles a la sociedad. Lo anterior les permite que creen lazos con sus compañeros, admitiendo sentirse satisfechos tanto en lo personal como en el grupo. Además, identifican como un referente el pertenecer al Club de Adultos Mayores, en el cual realizan diversas actividades tanto lúdicas como recreacionales, se suma la participación en la iglesia recaudando del 1% lo que hace conocer a una mayor cantidad

de personas.

**E 2.** “He a participar, ella jue la más entusiasmo, pero llevamos años ahí en el Más ya poh. Por la gimnasia, porque antes los íbamos a hacer gimnasia al parque, al parque allá San

54

Bernardo, allá hacíamos la gimnasia y era bueno porque ahí era la Nora Cuevas too lo pasábamos bien”.

**E 3,**” Me motiva la gimnasia y las charlas para tener mejor memoria.

**E 4,** “La falta de ejercicios en las extremidades y la terapia ocupacional donde yo leo mis historias escritas por mí”.

Respecto a cómo el Programa Más les ha influido en su vida diaria y aportando a su independencia, señalan que se sienten realizados con libertad y capaces de realizar actividades fuera del Programa Más Adulto Mayor, como concurrir a la Casa de la Cultura la que aunque les queda retirada, lo hacen caminando.

**E 1,** “Si yo creo que sí, sí porque he hago las cosas con amor voy por ejemplo a la casa de la cultura los íbamos de a pie y nos veníamos de a pie y caminábamos cualquier cantidad a parte que yo soy pero que ando de pa allá y pa ca entonces imagínese”.

**E 3,** “si puedo hacer todas las cosas, uno como persona se mantiene bien y nadie tiene que ayudarme a realizarlas”.

**E 4,** “Si porque me llevo bien con todos y siempre me mantengo activo”.

#### **• Condiciones de la relación con los programas destinados al adulto mayor en contexto de pandemia**

Respecto a las condiciones en pandemia, manifestaron que tener que usar mascarillas no era muy agradable más bien era molesto, que se ahogaban, pero era la forma de que pudieran continuar con sus actividades. Esto les ayudo a sentirse realizados a pesar de las restricciones para salir de la casa, y que a pesar de la pandemia siempre estuvieron activos en el programa Más Adulto Mayor y a la vez pudieron hacer sus tareas habituales.

**E 1**, “La pandemia, he no podíamos salir teníamos que andar con eso y como que los ahogaba la mascarilla, aun todavía yo me pongo la mascarilla cuando salgo, y me pongo la mascarilla cuando salimos y todo para ir a comprar ahí a la feria igual así que voy a un negocio la misma cosa”.

55

**E 2**, “Mire eso paso, programa que los quito más porque nosotros demos gracias a Dios y la virgen que nunca tuvimos nada no tuvimos una enfermedad no tuvimos nada, pero sí que los cuidábamos porque salíamos, salíamos con su máscara nunca salíamos sin mascara, siempre salíamos y antes de salir ya la máscara era la primera jaja, ahora no po ahora ya los olvidamos ante la máscara el hecho al bolsillo yo, pero no me la pongo”.

**E 3**, “Ósea no me afecto mucho porque igual yo participaba con todos los resguardos de la mascarilla y mi alcohol gel si íbamos pocas personas”.

**E 4**, “Siempre estoy allá participando súper activo con los resguardos correspondiente a la mascarilla y el alcohol gel”.

En cuanto si ha existido algún impedimento para participar del Programa Más, manifiestan que la situación que vive el país en pandemia ha influido, ya que ellos han tenido contacto de manera limitada pues son el grupo con mayor riesgo por su salud.

**E 1**, “No al menos no tengo ningún problema, no he tenido problemas la señorita he ¿Cuánto es que se llama? Se me olvida siempre, Jaque, es súper amable y todos, y don Cristian igual es muy”.

**E 2**, “Mire todavía no, todavía puedo caminar bien, enderezarme, parame, trotar”. **E 3**, “Por ahora ningún problema, siempre activa”.

#### • **Relación de los adultos mayores con beneficios estatales**

En relación a si perciben de parte del Estado u otra Institución algún tipo de atención domiciliaria, manifiestan que no, solo hubo en el tiempo de la pandemia, el consultorio enviaba a sus funcionarios a los domicilios de los adultos mayores para realizarles sus

controles, es la única atención que recibieron. Sin embargo, aunque no lo declaran como apoyo del Estado si reciben pensiones solidarias y pensiones por Ley de exonerados políticos.

**E 2**, “No domiciliaria nada, tuvimos un tiempo con lo del consultorio los venían a ver aquí pero ahora no, de que se terminó la pandemia ya toó se jue”.

**E 4**, “No porque no lo necesito voy yo al consultorio”.

56

**E 4**, “No porque soy exonerado político”.

En relación a tener algún tipo de dependencia o de ayuda en el Programa Más Adulto Mayor, la mayoría de los Adultos Mayores, aún pueden realizar tareas sin necesidad de ayuda de parte del Programa, además sentirse seguros de ellos mismos.

**E 1**, “No actualmente no”.

**E 3**, “No”.

**E 4**, “No porque vivo bien”.

## **5.2 Satisfacción con la Vida**

SATISFACCION CON  
LA VIDA

FAMILIA

PERCEPCION  
DE VIDA

SENTIDO DE

PERSPECTIVA HISTORICA  
PERSPECTIVA ACTUAL  
LA VIDA

## SENTIMIENTOS

57

### • Satisfacción con la Vida desde la mirada actual

Los adultos mayores perciben que las condiciones de su vida actual son merecidas, al percibir las como positivas señalan que se vinculan a su esfuerzo y trabajo de toda la vida.

**E 1**, “Si yo creo que sí”.

**E 3**, “Si hasta el momento si todo bien no me siento arrepentida de nada en mi vida”.

### • Satisfacción con la Vida desde una perspectiva histórica

Los adultos mayores declaran cierta satisfacción general con su vida, aduciendo que han vivido experiencias negativas y positivas, sin embargo, ambas les han permitido tener un sentido para vivir. Miran su trayectoria de vida y manifiestan conformidad con aquello que les ha tocado vivir.

**E 1**, “Ahí no más de todo un poco”.

**E 3**, Bien dentro de todo lo que hemos vivido, el tener que haberse ido del país y después volver y empezar toda una vida de nuevo.

**E 4**, “Tranquilo a pesar de que tuvimos que irnos del país”. Porque en la maestranza donde yo trabajaba nos bloquearon los sueldos.

### • Satisfacción con la Vida desde una percepción de vida

Los adultos mayores entrevistados, respecto a si están satisfechos o insatisfechos con su vida actual. Se visualizan dos miradas distintas, por una parte, se expresa vivir en estado depresivo y de aflicción por la forma de vida de los hijos, y por otro lado, se manifiesta sentimientos de felicidad y realización con las actividades cotidianas.

**E 1**, “De repente me encuentro desilusionada porque no pasan las cosas que uno quisiera de tener he por ejemplo un hijo que sean más, tengo uno que vive en Puente Alto, que es casado y no es un mal hijo, buen hijo, pero he siempre encuentro desilusionada no se algo

58

me pasa es que yo he tengo depresión y me pasan de repente me da una pena que se yo y por ahí empiezo a sufrir un poco”.

**E 3**, Me siento un poco cansada de cocinar y lavar platos dentro de todo lo que hago en la casa estoy satisfecha”.

**E 4**, “Muy satisfecho me siento feliz, soy muy casero, juego con mi mascota veo televisión fútbol y las noticias.

#### • Satisfacción con la familia extensa

Los adultos mayores manifiestan que no existen apoyo ni compañía por parte de sus familiares. Los parientes más cercanos con quienes compartieron gran parte de su vida, en el pasado establecieron una buena relación y comunicación, acompañándose mutuamente, pero ahora se encuentran más solos, aducen falta de interés por parte de la familia extensa por mantener esta relación. Son los hijos e hijas con quienes se mantiene mayor relación.

**E 2** ”Si más o menos no más, porque son pocos los familiares que uno se entrevista con pocos la familia po más vive solo po, yo como le digo ella tenemos tantas sobrinas tenemos toa y nunca no los visite yo y ellos jamás me visitan a mi entonces uno hace como que no tiene yo le digo a ella mira pongámosle un caso le digo a ella yo no estoy ni ahí con mis sobrinos, nietos no estoy ni ahí porque cuando ya crecieron hay uno en quintero, en

quintero hay una enfermera que era la mayor la Joselyn usted cree que se acuerde eso es los sentimientos usted como mama lleva uno después, después que las crio ellas estuvieron aquí en la casa las crio y usted cree que ahora se acuerdan algún día tomar esta lechera hola, hola mami ¿Cómo está? Jamás en su vida entonces eso es lo que uno se lleva aquí ni uno ni los que están acá tampoco porque si yo no los llamo por ellos no llaman no digo yo aaa digo yo que tengo hago cuenta que no tengo nietos que no tengo sobrinos, que no tengo na y ella sabe que yo aquí en esta casa me celebraba todos los veinte de marzo mi cumpleaños, esta casa se llenaba aquí de visitas le tenía piscina al fondo se llenaba el patio y usted cree que ahora pa el veinte de marzo alo tío ¿Cómo está?, nunca”.

**E 3,**” Siempre estoy acompañada de mi hijo menor y mis hijos me llaman”.

59

#### • **El sentido de la vida y los sentimientos**

En los Adultos Mayores afloran sentimientos de conformidad con respecto a la vida que tienen, un adulto mayor destaca que tiene “buenos hijos”.

**E 1,**” Si más o menos”.

**E 2,**” Si po absolutamente”.

**E 3,**” Si por supuesto”.

**E 4,**” Si tengo vida y buenos hijos”.

Las personas mayores entrevistadas llenan sus espacios buscando cosas o actividades que los saquen de la rutina, el compartir poder recrearse les ayuda a tener menos tiempo para pensar o sentirse solos.

**E 2,**” Muy poco porque siempre como tal nosotros salimos siempre como andamos los dos donde vamos andamos juntos no es que uno ande solo a veces y cuestiones yo a onde vamos va uno con su señora o ella a onde va ella me dice ya vamos, vamos yo voy vamos entonces uno no se siente solo po claro a veces uno cuando va al consultorio ahí a veces que yo voy solo po cuando el lunes yo tengo cita en el UAPO pa los lentes tengo que estar a las nueve allá ahí voy solo pero uno sintiéndose bien que puede caminar bien y todo no

tiene problema pa tomar el colectivo y todo eso”.

**E 4,**” No porque siempre estoy positivo buscando entretención y escribiendo mis historias”.

Los adultos mayores manifiestan que llenan sus espacios buscando cosas o actividades que los saquen de la rutina, el compartir poder recrearse les ayuda a mantenerse ocupados. Estas acciones les favorecen para sentirse útiles y no un estorbo para los demás.

**E 1,**” No de ninguna manera porque yo veo mis cosas que tengo lo poco y na que tengo los ha costado a los dos con mi marido”.

**E 4,**” Para nada me siento útil siempre realizo actividades ya sea en el programa o en la iglesia”.

60

### 5.3 Salud

#### • Condición Física

CONDICION  
FISICA

SALUD

CONSUMO  
SUSTANCIAS

MEDICACION  
AUTONOMIA

ENFERMEDADES

Los adultos mayores presentan enfermedades comunes de esta etapa de la vida, las cuales plenamente identificadas por ellos y señalan que son tratadas en el consultorio, donde tienen la posibilidad de tener controles periódicos y entrega de medicinas.

**E 1,** “Si porque tengo varias enfermedades artrosis, es una osteoporosis parece que es ‘¿Cuál es la otra? Esclerosis no si tengo varias enfermedades es que no me acuerdo en este momento bien”.

**E 2,** “No débil ni dolores a veces he a mí lo que me ataca más es el dolor al cuello ya entonces eso que como tal yo el lunes tengo cita en el UAPO (unidad atención primaria

oftalmológica) ahí me van a ver los médicos los doctores tengo hay que me quieren operar del ojo izquierdo que me quieren dar lentes entonces ahí voy a ver po el lunes que pasa que me dice el medico”.

**E 3,** “Algunas veces tengo insomnio”.

**E 4,**” Si me duele el hombro porque me encontraron principio de artrosis”.

Con relación al acceso a la atención médica, los entrevistados manifiestan que son ellos quienes deben ser proactivos y concurrir al consultorio que les corresponde cuando presentan algún tipo de dolor en su cuerpo. Para acceder a ser atendido por algún médico, deben obtener previamente una hora, la que consiguen llegando temprano al

consultorio para poder alcanzar un número para la atención.

**E 2** ,”No solamente cuando saco hora no más pal medico saco hora y voy a médico o medica es una médica que me atiende la cuanto es que se llama la doctora es muy buena médica, mire ella yo una vez andaba a mí se me puso un dolor en el estómago que tenía que ir aquí al SAR y ahí me vine me ponían suero y era un dolor de estómago que hoooy que no aguantaba y ahí ella me ponía una inyecciones y con eso me quitaba el dolor de estómago y ahí me dijo el médico que yo tenía cuanto es que se llama esta cuestión gastritis por eso me dolía el estómago y ella me dio unas pastillas y esas estoy tomando y no me ha dolió más el estómago tomo esas pastillas ese es el tratamiento que tengo”.

#### • **Medicación**

Respecto a los remedios que consumen en este grupo de personas, ellos refieren a que solo toman medicamentos que han sido recetados por un profesional y que, además, se los dan en el mismo consultorio la mayoría de las veces, aunque en algunas ocasiones los deben costear ellos mismos.

**E 1**,” No, no porque voy al consultorio me dan pastillas paracetamol un lote de pastillas que me dan”.

**E 4**,” No ningún tipo de remedios solo vitaminas”.

62

#### • **Autonomía**

Respecto a su propia autonomía las personas mayores se auto perciben capaces de realizar sus tareas personales sin necesitar de alguien que les apoye o deba hacerlas por ellos. Es así como expresan que hasta el momento no necesitan de otra persona para que los atienda en sus cuidados personales, en este sentido se perciben Autovalentes.

**E 1**,” Me visto y desvisto sin ayuda, me voy a bañar y todo”.

**E 2**,” Si no solito no más calcetines todo no más y me echo una cremita que los echamos una cremita en el cuerpo que usamos después pa las comezones todo es cuanto es que se llama la una que sale en unos tubitos largos que las mujeres usan mucho entonces

eso es pa que no se le hinchen las piernas a las personas y todo es muy buena esa crema esa la que usamos pero eso lo hace uno solo no más po”.

**E 3,**” Si soy totalmente independiente”.

**E 4,**” Si me visto solo hago todas mis cosas sin ayuda de nadie”.

**E 1,**” Sin necesitar ayuda”.

**E 4,**” Solito porque soy completamente Autovalentes”.

Se expresan tareas concretas que realizan a diario, que se vinculan a las tareas domésticas como la preparación de sus alimentos, el aseo y ordenar las cosas en el hogar. Además, se suman las compras para abastecer el hogar.

**E 1,**” Si todo eso encerar todo eso”.

**E 2,**” No para hacer aseo, barrer todo eso me gusta, pero cocinar no, tallarines si me gusta hacerlos”.

**E 3,**” Si cocino, barro hago la cama”.

**E 4,**” Si ayudo a lavar la loza de la comida una vez a la semana va hacer las comprar a la feria”.

**E 1,**” Si voy sola todo lo hago sola, todo, todo lo hago sola”. **E 3,**” Si acompaño a mi marido hacer las compras al supermercado”.

**E 4,**” Siempre salgo a comprar las cosas para comer”.

63

#### • Consumo de sustancias

Referente al consumo de sustancias, se identifica las bebidas alcohólicas. Se manifiesta que solo beben en ocasiones y también lo hacen en horario de comida, señalan que no presentan problemas de consumo manteniendo una conducta de control y responsabilidad con el alcohol.

**E 1,**” No eso sí que no”.

**E 2,**” No yo aquí no consumo casi solamente cuando viene mi hijo una o una vez al mes o

a veces los tomamos unas chelitas”.

**E 3,**” Si me tomo una copita de vino al almuerzo”.

**E 4,**” Solo una copa de vino al almuerzo”.

En cuanto al consumo de tabaco, este no es generalizado entre los entrevistados, algunos manifiestan que en sus vidas nunca han fumado, y en esta etapa de la vida no les atrae. Sólo uno de los entrevistados expresó que en su vida consumió tabaco, pero por un tiempo acotado.

**E 1,**” No nunca menos ahora yo creo”.

**E 3,**” No fumo”.

**E 4,**” No para nada”

Con referencia al consumo de drogas, declaran que nunca lo han hecho. Tampoco tienen vinculación con ella, o inquietud de saber que es.

**E 1,** “No nunca”.

**E 2,** “No ni tal ni Dios quiera nunca en mi vida conocí la droga”.

**E 3,**” No jamás en mi vida he probado la droga”.

**E 4,**” No nunca”.

## **Capítulo V Conclusiones.**

El envejecimiento de la población ha ido en aumento de manera muy acelerada, lo que implica un desafío para las diversas disciplinas tanto en lo social como gubernamental y político. Esta es una realidad a nivel mundial y nuestro país no ha sido una excepción.

Se hace necesario presentar y potenciar cada vez más una política pública orientada hacia los adultos mayores en relación a mantener su autonomía y fomentar su

autovalencia por medio, por ejemplo, de actividades diversas, promotoras de su participación, autonomía e independencia. En forma complementaria potenciar la vida saludable integral con alimentación adecuada, actividades físicas pertinentes y abrir espacios de socialización donde los adultos mayores puedan compartir experiencias con pares y otras generaciones.

En Chile, en el ámbito de las Políticas Públicas, se han incrementado avances en lo que es la protección social para los adultos mayores, entre estos se encuentra el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, siendo reconocidos como sujetos de derecho.

Desde el Trabajo Social resulta fundamental abordar el fenómeno del envejecimiento, no como un problema social, pues sin duda es parte del ciclo vital, sino como una oportunidad de intervención, enmarcada en la comprensión de la persona adulta mayor sujeto de derechos, observando y comprendiendo sus condiciones personales, sus anhelos y proyecciones.

Este estudio inicio un proceso indagativo en la comprensión de la situación de vejez de las y los adultos mayores que se hicieron parte de este, siendo la vejez un proceso complejo y particular se abordaron distintas dimensiones del mismo desde sus percepciones.

De acuerdo a los objetivos planteados los resultados fueron los siguientes:

### **Objetivo N°1**

Con relación a las características propias de la muestra de este estudio, se destaca que sobrepasan los 75 años, no viene solos sino en pareja, cuentan con pensiones derivadas de ahorros de capitalización individual y también de fondos estatales como las pensiones de solidaridad y de exonerados políticos. Los ingresos fluctúan entre \$200.000 y

\$500.000.

## **Objetivo N°2**

Con respecto al conjunto de relaciones interpersonales que integran los adultos mayores con su entorno social y le permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional y así evitar el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando enfrenta dificultades, crisis o conflictos. Las y los entrevistados se expresaron en torno a sus relaciones familiares, sociales e institucionales.

Una red fundamental es sin duda la familia, siendo la institución más importante para el adulto mayor, y donde como parte integrante de ella, tiene mucho por contribuir y aportar. En ese sentido los adultos mayores valoraron sus relaciones fundamentalmente con la familia nuclear, las relaciones con la familia extensa se rememoraban como gratificantes y activas en la vida pasada.

Asimismo, expresan conformidad con la integración en grupos de pares en los distintos escenarios religiosos, en organizaciones de adultos mayores, y vecinales. También aparecen como significativas las redes con programas institucionales orientados al adulto mayor como el programa Más Adulto Mayor.

## **Objetivo N°3**

Desde la apreciación de los adultos mayores la satisfacción de vida se expresa en un balance personal de cada uno con respecto a su vida actual y también desde una perspectiva temporal. En ese sentido manifiestan conformidad con sus condiciones actuales de vida, relacionando esta al fruto a sus esfuerzos previos para forjarla. En un caso se expresa la sensación de melancolía y tristeza por situaciones vividas por un hijo.

66

Se destaca la decisión de todos por mantenerse autónomo y Autovalentes accediendo a programas y organizaciones que refuerzan aquello, expresando deseos de un buen vivir y tratando de que las nuevas relaciones y actividades den sentido a su existencia.

#### **Objetivo N°4**

La percepción de las personas entrevistadas sobre su estado de bienestar en salud, reconoce las enfermedades diagnosticadas y apoyadas en su evolución y seguimiento en los servicios de salud correspondientes. El valor asignado la duración de la vida vinculado a una buena salud se expresa en que no se expresaron situaciones de automedicación, falta de controles de salud, y consumo de sustancias perjudiciales para la salud.

Para finalizar resulta un desafío establecer diálogos críticos y reflexivos en torno al envejecimiento, dado lo acelerado y globalizado del fenómeno, desde la disciplina se hace necesario profundizar en la intervención con respecto a modelos, metodologías y aportes de sistematizaciones que ayuden en la problematización del fenómeno del envejecimiento.

#### **Bibliografía**

(s.f.).

(2017). 2 - 3. Recuperado el 31 de julio de 2022

Alba, V. (1992). *Historia Social de la Vejez. (1ª ed.)*. España: LAERTES S.A. España: Barcelona: LAERTES S.A.

Aldana, G. Gabriela. (29 de Noviembre de 2015). *PROPUESTA DE PROGRAMA UNIVERSITARIO DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO*. Recuperado el 19 de Junio de 2021, de <http://hdl.handle.net/20.500.11799/32947>

Arias, K. (2007). La Vejez como deterioro, una categoría de Opresión Social: Resituando a los Adultos Mayores. *Revista Perspectivas (18)*, P. 65-78.

Arias, Karina. (2007). La vejez como deterioro, una categoría de opresión social: Resituando a los adultos mayores. *Revista Perspectivas*.

biblioteca Nacional. (s.f.). Obtenido de <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-584996.html>

biblioteca nacional. (sin fecha). Recuperado el 31 de julio de 2022, de <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-584996.html>

Calvo, E. (2013). *Envejecimiento Positivo, en: Gerontología Social*. Editores M. Rojas & D. León.

Carrasco, García, M. Á., & Cárcamo, Ulloa. L. (08 de Agosto de 2020). *EBSCOhost*. Recuperado el 19 de Julio de 2021, de Representaciones sociales del envejecimiento en Chile: cuando las noticias distorsionan, desinforman y enferman. *Utopía y Praxis Latinoamericana*.: <https://doi.org/10.5281/zenodo.4110856>

CASEN. (2009). Recuperado el 21 de Julio de 2021, de [http://www.mideplan.gob.cl/casen2009/Casen2009\\_Adulto\\_Mayor.pdf](http://www.mideplan.gob.cl/casen2009/Casen2009_Adulto_Mayor.pdf)

CEPAL. (2006-2008). *Informe de Actividades sobre Envejecimiento 2006-2008*. Recuperado el 15 de Julio de 2021, de <http://www.eclac.org/cgi-bin/getprod.asp.pdf>.

cepal. (2007). Obtenido de [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12831/np85145180\\_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12831/np85145180_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

CEPAL. (2007). Recuperado el 31 de julio de 2022, de [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12831/np85145180\\_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12831/np85145180_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

CONAPO. (2015). *Índices de Dependencia Juvenil y Adultos Mayores 2000-2050*. Recuperado el 15 de Julio de 2021, de [www.conapo.gob.mx/publicaciones/enveje2005/enveje02.pdf](http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/enveje2005/enveje02.pdf)

División Observatorio Social. (31 de Julio de 2020). *Observatorio Ministerio de Desarrollo*

*Social*. Recuperado el 18 de Junio de 2021, de [http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/grupos\\_poblacion/Documento\\_de\\_resultados\\_Personas\\_mayores\\_envejecimiento\\_y\\_cuidados\\_31.07.2020.pdf](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/grupos_poblacion/Documento_de_resultados_Personas_mayores_envejecimiento_y_cuidados_31.07.2020.pdf)

- Donatella Rita Petretto, R. P. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 229-241.
- Dr. Paulo, M. Dr, Homera, G. (2000). *Pontificia Universidad Católica de Chile*. Recuperado el 21 de Julio de 2021, de Manual : <https://medicina.uc.cl/publicacion/manual-de-geriatria-y-gerontologia-ano-2000/>
- Erikson. E. (2000). El ciclo vital completado. Barcelona: Editorial Paidós.
- Fernández Ballesteros R. (2009). Envejecimiento activo. Contribuciones de la Psicología. Ediciones Pirámides. Recuperado el 30 de julio de 2022, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552016000300014&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552016000300014&script=sci_arttext&lng=pt)
- Gago J. (2010). Rev Tribunal del investigador. . *Teorías del envejecimiento.*, 11(1 -2), 42-66. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552016000300014&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552016000300014&script=sci_arttext&lng=pt)
- Huenchua, S. (2003). Diferencias Sociales en la Vejez. Aproximaciones conceptuales y teóricas. *Revista Perspectivas* (12), 13-22.
- Huenchuan S. & Morlchetti A. (2007). *Derechos sociales y Envejecimiento: modalidades y perspectivas de respeto y garantía en América Latina*. CEPAL/Chile.
- Huenchuán, S. (2018). Adulto Mayor en Chile. *Revista Perspectivas n°18*, 1-10.
- I.N.E. (2010). *Evolución de la Población en Chile en los últimos 200 años. Enfoque Estadístico*. Recuperado el 19 de Junio de 2021, de [http://www.ine.cl/canales/sala\\_prensa/noticias/2010/mayo/pdf/DEMOGRAFIA\\_pag.pdf](http://www.ine.cl/canales/sala_prensa/noticias/2010/mayo/pdf/DEMOGRAFIA_pag.pdf)
- INE. (2010). *Instituto Nacional de Estadísticas*. Recuperado el 21 de Julio de 2021, de Evolución de la Población en Chile en los últimos 200 años. Enfoque Estadístico.: [http://www.ine.cl/canales/sala\\_prensa/noticias/2010/mayo/pdf/DEMOGRAFIA\\_pag.pdf](http://www.ine.cl/canales/sala_prensa/noticias/2010/mayo/pdf/DEMOGRAFIA_pag.pdf)
- Krause, M. (1995). la investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafío. *temas de educación n°7*, 20,21.
- Limón M. (s.f.).
- Limon M. (2011). 229 -230.
- Limón M. (2011). 229 -230. Recuperado el 05 de agosto de 2022

- López, M. G. (2015). Biopolíticas de la vejez. Cómo el conocimiento sobre el envejecimiento forma políticas de envejecimiento activo. *Sociología Histórica.*, 331- 362. Recuperado el 30 de julio de 2022, de <https://revistas.um.es/sh/article/view/239161/186681>
- Morales, P. (2007). *Biblioteca del Congreso Nacional*. Recuperado el 18 de Julio de 2021, de Envejecimiento en Chile: más allá de un Fenómeno Demográfico: <http://www.bcn.cl>
- Nanet, g. (14 de Enero de 2020). *Más Adultos Mayores Autovalentes*. Obtenido de Minsal: [http://www.dipres.gob.cl/597/articles-212521\\_doc\\_pdf1.pdf](http://www.dipres.gob.cl/597/articles-212521_doc_pdf1.pdf)
- ONU. (2002). Propuesta de la ONU y el Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento. *II Asamblea Mundial de Envejecimiento, realizada el 2002*. Madrid, España.
- ONU. (2015). [www.efe.onu.envejecimiento](http://www.efe.onu.envejecimiento). Recuperado el 19 de Junio de 2021, de <http://https://www.efe.com/efe/america/sociedad/la-poblacion-mundial-de-adultos-mayores-se-duplicara-para-2050-segun-un-estudio/20000013-2708232>
- Pacheco, M. (2000). *Los Derechos Humanos Documentos Básicos*. (3ª. Ed.). Chile: Jurídica de Chile.
- Plan de Salud Trienio 2019- 2021. (2020). Recuperado el 4 de agosto de 2022, de <https://corsaber.cl/interiores/salud/pdf/2019-2021-PLAN-DE-SALUD.pdf>
- Plan de Salud Trienio 2019-2021. (s.f.). Obtenido de <https://corsaber.cl/interiores/salud/pdf/2019-2021-PLAN-DE-SALUD.pdf>
- Ramírez, I. (2003). Dependencia v/s Autonomía en la Vejez. *Revista Perspectivas n°12*, 41-51.
- Ramirez, I. (2003). Dependencia v/s Autonomía en la Vejez. *Revista Perspectivas (12)*, 41-51.
- Ramos Monteagudo, Ana María, Yordi García, Mirtha, & Miranda Ramos, María de los Ángeles. (mayo-junio de 2016). El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 30(3). Recuperado el 30 de julio de 2022, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552016000300014&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552016000300014&script=sci_arttext&lng=pt)
- Rubilar Sepúlveda, M., & Medina Giacomozzi, A. (2020). *EBSCOhost*. Recuperado el 19 de Julio de 2021, de Calidad de vida y frecuencia de actividad física en adultos mayores de agrupaciones comunitarias, comuna Chillán, Chile.: <https://doi.org/10.22517/25395203.22981>
- Salcedo-Álvarez, R. Z.-A.-L.-O. (2018). Calidad de vida y calidad de la atención de enfermería en adultos mayores. *Revista de Enfermería del instituto Mexicano del Seguro Social*, 63-73.

SENAMA. (2012). *www.mop.cl/GIS/Documents/SENAMA.pdf* . *Archivo PDF*. Recuperado el 19 de Junio de 2021, de <http://www.mop.cl/GIS/Documents/SENAMA.pdf>  
.Archivo PDF

Yolanda Sánchez-Urán Azaña. (s.f). Cátedra, de Derecho del Trabajo y de seguridad social.

**Anexos 1 Instrumentos**

<b>Categorías</b>	<b>Preguntas asociadas</b>
-------------------	----------------------------

<p><b>Características adulto mayor</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Cuál es su nombre de pila?</li> <li>2. Sexo (solo preguntar si se visualiza una opción de género distinta al sexo biológico. Si no se consigan sexo biológico)</li> <li>3. ¿Qué Edad tiene usted?</li> <li>4. ¿Cuál es su estado civil actual?</li> <li>5. ¿Hasta qué curso llegó?</li> <li>6. ¿Con quién vive actualmente?</li> <li>7. ¿Cuándo usted podía trabajar activamente a que se dedicaba?</li> <li>8. ¿Actualmente ejerce alguna ocupación laboral?</li> <li>9. ¿Recibe jubilación? ¿De qué monto aproximado es su jubilación?</li> <li>10. Si actualmente realiza una ocupación laboral ¿Cuánto gana o recibe en promedio por esa actividad?</li> <li>11. ¿Cuál es su previsión de salud?</li> <li>12. ¿Tiene otras fuentes de apoyo en sus ingresos por ejemplo ayuda de familiares, programas sociales u otros?</li> <li>13. ¿Sus ingresos satisfacen sus necesidades básicas? 14. ¿Cuál es el monto de ingresos, considerando todo lo anterior, que recibe al mes diría usted?</li> </ol>
--	--

<p><b>Redes de apoyo familiares, Sociales e Institucionales</b></p>	<p><b>familiares</b></p> <p>15. ¿Usted Tiene hijos? (en caso de no tener hijos aplicar todas las preguntas siguientes a sobrinos, ahijados u otros) ¿Cuántos hijos tiene?</p> <p>16. ¿Sus hijos le ayudan a satisfacer sus necesidades? (por ejemplo, alimenticias, recreacionales, Recreacional, Pensión económica otras)</p> <p>17. ¿Varío este aspecto por la situación de Pandemia? ¿Por qué?</p> <p>18. ¿Cómo diría usted que es la relación con sus hijos e hijas?</p> <p>19. ¿Diría usted que sus hijos e hijas están constantemente preocupados por usted o más bien son indiferentes? ¿Por qué lo siente así?</p> <p>20. Recibe caricias de sus hijos e hijas o de algún otro familiar</p> <p>21. ¿Cuántas veces al mes ve a sus familiares?</p> <p>22. ¿Recuerda usted si en algún momento ha recibido gritos por parte de sus familiares?</p> <p>23. ¿Recuerda usted si en algún momento ha recibido amenazas o chantajes por parte de sus familiares?</p>
---	---



24. ¿Recuerda usted si en algún momento ha recibido golpes o empujones por parte de sus familiares?

### **Sociales**

25. ¿Realiza actividades con otros adultos mayores? 26. (recreativas, físicas, lúdicas, laborales)

27. ¿Actualmente cuantas personas en promedio conoce y frecuenta?

28. De las personas que conoce y frecuenta ¿Cuántas se conocen entre sí?

29. En la semana ¿con cuántos amigos conversa? ¿Cómo se sintió en este sentido con respecto al periodo de pandemia y de aislamiento en que nos encontrábamos?

30. ¿Participa en alguna organización de adultos mayores? ¿en cuál?

### **Institucionales**

31. ¿usted recibe algún tipo de atención domiciliaria? (identificar prestación e institución que la brinda)

32. ¿Tiene algún beneficio estatal?

33. ¿Tiene algún Servicio de alimentación a domicilio? 34.

¿Se ha vinculado a los servicios de tele asistencia para AM?

35. ¿Ha asistido a residencias o casa de estadía diurna para Adultos mayores?

36. ¿Qué lo motiva a participar de las actividades del Programa Más?

	<p>37. ¿Ha existido algún tipo de problema que le haya impedido participar de las actividades del Programa Más?</p> <p>38. ¿De qué manera ha afectado la pandemia del COVID 19 a su participación en el Programa Más?</p> <p>39. ¿En qué actividades del Programa Más lo incorporan?</p> <p>40. Desde su participación en el Programa ¿Cómo el Programa lo ha apoyado a usted?</p> <p>41. ¿Necesita que lo apoyen para poder realizar actividades dentro de Programa Más? ¿cuáles serían?</p> <p>42. ¿Siente que el participar en el Programa le ha servido en su vida diaria aportándole más independencia?</p>
<p><b>Satisfacción con la vida</b></p>	<p>43. ¿Cómo siente que ha sido su vida?</p> <p>44. ¿Está satisfecho o insatisfecho con su vida actual? 45. ¿Siente que merece vivir como lo hace ahora?</p> <p>46. ¿Siente que su vida tiene sentido?</p> <p>47. ¿Se siente apoyada y acompañada por sus familiares? 48. ¿Se siente inútil o un estorbo para los demás?</p> <p>49. ¿Siente soledad, desesperanza o confusión en su vida? 50. ¿Siente que su cuerpo está débil, dolorido o enfermo?</p>

<b>Salud</b>	<p>51. ¿Ha sido diagnosticada con alguna enfermedad crónica? ¿Cuáles?</p> <p>52. ¿Recibe tratamiento y/o visita del médico?</p> <p>53. ¿Siente algún tipo de molestia o dolor en alguna parte de su cuerpo?</p> <p>54. ¿Ha consumido en el último mes medicamentos sin receta? ¿Cuáles?</p> <p>55. ¿Ha consumido en el último mes bebidas alcohólicas? ¿Con que frecuencia?</p> <p>56. ¿Ha consumido en el último mes tabaco? ¿Con que frecuencia?</p> <p>57. ¿Ha consumido en el último mes algún tipo de droga? ¿Con que frecuencia?</p> <p>58. ¿Usted se viste y desviste sin ayuda?</p> <p>59. ¿Usted se baña y hace sus necesidades higiénicas sin necesitar ayuda?</p> <p>60. ¿Usted realiza tareas domésticas solo? (cocinar, barrer, hacer su cama etc.)</p> <p>61. ¿Usted puede realizar sus compras sin ayuda?</p>
--------------	--

**Anexos 2****TRANSCRIPCION DE LAS ENTREVISTAS REALIZADAS EL 23 DE OCTUBRE DE 2022.**

**Entrevistado:** Primera entrevistada.

**Entrevistadora:** La primera pregunta ¿Qué edad tiene Ud.?

**Entrevistada:** See a 84 años.

**Entrevistadora:** ¿Cuál es su estado civil actual?

**Entrevistada:** Casada.

**Entrevistadora:** Ya ¿Hasta qué curso llego?

**Entrevistada:** Hasta sexto.

**Entrevistadora:** ¿Con quién vive actualmente?

**Entrevistada:** Con mi esposo y un nieto aquí en mi casa dentro en mi casa **Entrevistadora:** Ya.

**Entrevistada:** He ellos tienen he, viven atrás en casa aparte

**Entrevistadora:** ¿Viven en casa aparte?

**Entrevistada:** Claro viven en casa aparte, pero yo vivo con un nieto

acá **Entrevistadora:** A ya ¿Qué edad tiene su nieto?

**Entrevistada:** he 22 años, el Daniel 22

**Entrevistadora:** ¿Cómo se llama él?

**Entrevistada:** Daniel hay no me acuerdo el otro nombre Daniel

Matías. **Entrevistadora:** Ya ¿el apellido?

**Entrevistada:** Beroíza Cavieres

**Entrevistadora:** ¿Qué hace el?

**Entrevistada:** Él está estudiando

77

**Entrevistadora:** ¿Cuándo usted podía trabajar activamente a que se dedicaba?

**Entrevistada:** He en casa, en casa oh atendiendo cuanto se llama esta cosa, como en una panadería.

**Entrevistadora:** Ya ¿Actualmente ejerce alguna ocupación laboral?

**Entrevistada:** No actualmente no, estoy en la casa.

**Entrevistadora:** ¿Recibe jubilación? ¿De qué monto aproximado es su jubilación?

**Entrevistada:** Si la solidaria.

**Entrevistadora:** Solidaria ¿De cuánto es el monto de la solidaria?

**Entrevistada:** Doscientos y tanto no me acuerdo bien.

**Entrevistadora:** ¿Cuál es su previsión de salud?

**Entrevistada:** ¿Cómo mi previsión?

**Entrevistadora:** Es Fonasa.

**Entrevistada:** A Fonasa D.

**Entrevistadora:** Fonasa D, ¿Tiene otra fuente de apoyo en sus ingresos, por ejemplo, ayuda de familiares, programas sociales u otros?

**Entrevistada:** No ayuda de familiar nada.

**Entrevistadora:** De nadie.

**Entrevistada:** De nadie.

**Entrevistadora:** Ya ¿Sus ingresos satisfacen sus necesidades básicas?

**Entrevistada:** Muy poco, poco me alcanza, porque cuando no es una cosa es otra, y usted ve que las cosas han subido tanto.

**Entrevistadora:** Si ¿Cuál es el monto de ingresos, considerando todo anterior que recibe al mes diría usted?

**Entrevistada:** Yo no sé no.

**Entrevistadora:** ¿Cómo con cuanto podría vivir?

78

**Entrevistada:** Yo creo que con unos quinientos una cosa así po.

**Entrevistadora:** Ya ¿Usted Tiene hijos ciertos?

**Entrevistada:** Dos hijos.

**Entrevistadora:** Ya, ¿Sus hijos le ayudan a satisfacer sus necesidades? Por ejemplo, alimenticias, recreacionales, ¿pensión económica otras?

**Entrevistada:** No nada, nada.

**Entrevistadora:** ¿Vario este aspecto por la situación d Pandemia? ¿Por

qué? **Entrevistada:** Nada, nada,

**Entrevistadora:** Ya, ¿Como diría usted que es la relación con sus

hijos? **Entrevistada:** He buena.

**Entrevistadora:** Buena. ¿Diría usted que sus hijos están constantemente preocupados por usted o más bien son indiferentes? ¿Por qué lo siente así?

**Entrevistada:** No, de preocuparse se preocupan, pero ahí no más po.

**Entrevistadora:** Ya, ¿Recibe caricia de sus hijos o de algún otro

familiar? **Entrevistada:** ¿Cómo?

**Entrevistadora:** Caricias, que le hagan cariñito y todo eso.

**Entrevistada:** Si, sí.

**Entrevistadora:** Ya, ¿Cuántas veces al mes ve a sus familiares?

**Entrevistada:** ¡A mis familiares como hermanos esas cosas?

**Entrevistadora:** Si los que sean más cercanos

**Entrevistada:** Si he una vez al mes, dos veces una cosa así, pero por teléfono si siempre nos comunicamos

**Entrevistadora:** Recuerda Ud., si en algún momento ha recibido gritos por parte de sus familiares,

**Entrevistada:** ¿Gritos?

79

**Entrevistadora:** Si que le hayan gritado.

**Entrevistada:** No.

**Entrevistadora:** ¿Recuerda usted si en algún momento ha recibido amenazas o chantajes por parte de sus familiares?

**Entrevistada:** No nada de eso.

**Entrevistadora:** ¿Recuerda usted si en algún momento ha recibido golpes o empujones por parte de sus familiares?

**Entrevistada:** No nada.

**Entrevistadora:** ¿Realiza actividades con otros adultos mayores?

**Entrevistada:** ¿Cómo?

**Entrevistadora:** ¿Actividades con otros adultos mayores?

**Entrevistada:** Sí, en Programa Mas po.

**Entrevistadora:** Solamente Programa Más.

**Entrevistada:** No en la Casa de la Cultura estuvimos como cuantos años, no podía hablar, he como seis años más o menos parece. No me acuerdo bien.

**Entrevistadora:** (recreativas, físicas, lúdicas, laborales)

**Entrevistada:** Sí, he puro para gimnasia cosas así, bailoteo todo eso **Entrevistadora:** Para pasarlo bien.

**Entrevistada:** Para pasarlo bien

**Entrevistadora:** ¿Actualmente cuantas personas en promedio conoce y frecuenta? **Entrevistada:** Si, pero no, no.

**Entrevistadora:** De las personas que conoce y frecuenta ¿Cuántas se conocen entre sí? **Entrevistada:** No soy muy amistosa, cuando estamos en el grupo sí, pero fuera no.