



UNIVERSIDAD DE ARTES, CIENCIAS Y COMUNICACIÓN
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales
Programa de Licenciatura en Trabajo Social

" Aspectos que consideran cómo constitutivos de su calidad de vida las personas mayores entre 75 y 85 años institucionalizadas en el Hogar Cardenal José María Caro de Fundación Las Rosas en la comuna de La Florida, R.M. "

Tesina para optar al Grado Académico de Licenciado en Trabajo Social

Profesora Guía: Eyleen Faure Bascur

Estudiantes;

González Vargas Verónica

Soto Díaz, Claudia

Alvarado Alvarado, Valentina

Santiago de Chile, Julio de 2023

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo de tesina, se da cuenta de un aspecto relevante al momento de trabajar con Personas mayores, esto es su Calidad de vida, la cual considerando el contexto del envejecimiento poblacional global, lleva de la mano al aumento sostenido del fenómeno de la institucionalización, asociado a que las estructuras familiares y sociales se transforman, y los sistemas de apoyo tradicional enfrentan desafíos, por lo que cada vez más personas mayores encuentran en los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM), una opción para garantizar su bienestar y calidad de vida en etapas avanzadas de la vida.

Por lo anterior es fundamental que en la medida que la esperanza de vida aumenta y la población envejece, poder comprender cómo las personas mayores, en esta etapa de la vida perciben y valoran su Calidad de vida estando institucionalizadas, considerando este contexto particular puede implicar cambios significativos en sus rutinas, entornos y relaciones sociales, lo que puede afectar tanto positiva como negativamente su percepción de bienestar.

Referente a calidad de vida, este se trata de un concepto multidimensional y subjetivo, que va más allá de tener cambios solamente físicos, sino que considera elementos materiales, aspectos emocionales, sociales y culturales.

El presente estudio fue de tipo cualitativo, con diseño fenomenológico y narrativo, donde se utilizó un tipo de muestreo homogéneo que permitió la participación de un total de 3 personas mayores institucionalizadas en Fundación Las Rosas, Hogar Cardenal José María Caro, comuna de La Florida, con una distribución de dos mujeres y un hombre, con edades que fluctuaron entre los 75 y 85 años de edad. Para la recolección de datos se utilizó la entrevista semiestructurada y observación participante.

Señalar que, a lo largo de este trabajo de investigación, nos centraremos en indagar en los aspectos que consideran cómo constitutivos de su calidad de vida las personas mayores institucionalizadas del Hogar Cardenal José María Caro, de Fundación Las Rosas de la comuna de La Florida. Para ello, inicialmente llevamos a cabo una revisión detallada de investigaciones previas, para dar sustento a la presente y posterior marco teórico. Luego de ello, adentrarse al trabajo de campo, y luego pasar a los resultados y conclusiones que nos permitan conocer experiencias y captar sus percepciones de manera concreta y comprensiva.

Cómo resultados del presente estudio, se espera proporcionar una visión más completa y empática de la vida de las personas mayores en ELEAM, y que contribuyan a la identificación de áreas de mejora en la atención y en el diseño de políticas que promuevan su bienestar y calidad de vida, reconociendo la experiencia de vida y el contexto actual en el que las personas se encuentran. Además, se espera que los resultados obtenidos puedan ayudar a comprender y abordar de manera más efectiva los desafíos que esta población enfrenta como objeto de promover el enfoque centrado en la persona, que reconozca sus necesidades individuales y su bienestar integral en el marco de una vejez cada vez más justa, activa y positiva.

INDICE

1. ESTADO DEL TEMA	5
1.1 Antecedentes	5
1.2 Estado del Arte	9
2. JUSTIFICACIÓN.....	14
3. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN (Cualitativo).....	18
4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	18
4.1 ¿Cuáles son los aspectos que consideran cómo constitutivos de su calidad de vida las personas mayores entre los 75 y 85 años, hombres y mujeres, institucionalizadas en Hogar Cardenal José María Caro de Fundación Las Rosas de la comuna de La Florida?	18
4.2 Objetivos.....	18
4.2.1 Objetivo general	18
4.2.2 Objetivos específicos:.....	19
5 - MARCO TEÓRICO	19
5.1 Personas Mayores:.....	20
5.2 Etapa del Desarrollo Vital:	21
5.2.1 Vejez:	21
5.2.2 Envejecimiento	22
5.3 Percepción.....	23
5.4 Calidad de vida	23
5.4.1 Aspectos Objetivos de Calidad de Vida	24
5.4.2 Aspecto Subjetivos de Calidad de Vida	24
5.5 Institucionalización.....	26
5.6 Políticas Públicas.....	28
5.6.1 Pogramas que implementa dicho servicio	29
5.6.2 Decreto N° 14	
5.7 Envejecimiento y Envejecimiento Activo.	31
5.8 Familia	34
5.9 Persona Significativa	34
5.10 Rol y Visión del Trabajo Social en Relación al Problema de Investigación.....	35
5.11 Modelos de intervención de base de SENAMA (Enfoque de Derecho y Enfoque Gerontológico)	37
5.11.1 Enfoque de Derecho.....	37
5.11.2 Enfoque Gerontológico centrado en la persona.....	38
5.12 Autonomía en las Personas Mayores	40
5.12.1 En relación a las personas mayores y su autonomía personal:	41

5.12 Salud (física) y Salud mental.	42
5.12.1 Definición de Salud Mental	43
5.13 Deterioro Cognitivo	45
5.14 Teorías	45
5.14.1 Teorías de las representaciones sociales	45
5.14.2 Teoría de Adaptación	47
5.14.3 Teoría de la desvinculación	51
6. DISEÑO METODOLÓGICO	52
6.1 Tipo de estudio	52
6.2 Operacionalización de categorías:	54
6.3 Planificación del Trabajo de Campo.....	55
7. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS	61
7.1 Categoría calidad de vida	61
7.2 Categoría Salud Física y Mental	62
7.3 Categoría Familia y/o Persona Significativa	66
7.4 Categoría Relaciones Sociales	72
7.5 Categoría Ofertas Programáticas y Servicios	75
8 CONCLUSION	80
8.2 Continuidad futuros estudios	91
9. REFERENCIAS	92

1. ESTADO DEL TEMA

1.1 Antecedentes

El envejecimiento de la población es uno de los principales desafíos que enfrentan los países a nivel mundial, el cual se refiere al aumento de la proporción de personas mayores, esto se debe principalmente a una baja tasa de natalidad y un aumento de la esperanza de vida.

La esperanza de vida se asocia directamente a los avances médicos y los accesos a la atención, además de la importante mejora en las condiciones de vida (seguridad, salud, alimentación, vivienda, etc.), y el acceso a una mejor nutrición variada. Como efecto de ello, ha aumentado de manera significativa la esperanza de vida en muchas partes del mundo y también en Chile.

En este sentido, según el Instituto Nacional de Estadísticas de Chile, en el último censo realizado en 2017, el 17,5% de la población del país tenía 60 años o más. Se estima que esta proporción continuará aumentando en los próximos años.

Por lo anterior en Chile con fecha 17 de septiembre de 2002 se crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), organismo permanente que se encarga de la coordinación de las políticas públicas para las personas mayores mediante la promulgación de la Ley N°19.828. Dicho servicio facilita entregar una mayor visibilidad del envejecimiento y la vejez, tanto en las esferas públicas como privadas, encargado de la creación e implementación de políticas y programas específicos dirigidos a este grupo etario. El servicio comienza sus funciones en enero de 2003.

A saber, Chile se caracteriza por ser uno de los países más longevos del continente, situándose como el segundo país de Latinoamérica con mayor esperanza de vida, luego de Costa Rica. En este contexto SENAMA tiene como

desafíos promover que los grupos de personas mayores puedan tener participación social, asegurar que se mantengan activos, independientes y autónomos. Lo anterior tiene como finalidad lograr que este grupo etario pueda tener una vida digna.

Es importante tener en cuenta que un porcentaje de la población de personas mayores, requieren de supervisión y cuidados, los cuales deben ser entregados por sus familias... Sin embargo, cuando no existen alternativas como el cuidado en el hogar, la familia no puede evaluar otras alternativas de cuidado, o simplemente no existe un vínculo familiar, la institucionalización puede ser una opción. Lo anterior no es una decisión fácil y debe ser evaluada cuidadosamente, teniendo en cuenta las necesidades y considerando la voluntad de la persona mayor, por lo que siempre es recomendable buscar opciones que promuevan la calidad de vida, el bienestar emocional y la autonomía de las personas mayores.

La institucionalización de personas mayores en Chile se refiere al proceso mediante el cual las personas mayores ingresan a Establecimientos de Larga Estadía (ELEAM) para recibir cuidados y atención cuando no pueden ser atendidos adecuadamente en su entorno doméstico.

Existen diferentes factores por los cuales las personas mayores pueden ser institucionalizadas en Chile. Las razones pueden ser variadas. Algunos ejemplos son: que la persona mayor requiere de cuidados y no cuenta con familia y/o persona significativa que pueda asumir este rol, negligencia en el cuidado, situación de abandono, casos sociosanitarios (personas mayores hospitalizadas que cuenten con alta clínica pero no social, ya que no cuentan con un persona que pueda asumir la responsabilidad de sus cuidados), personas en situación calle, víctimas de violencia, soledad, es decir personas mayores que se encuentren en situación de extrema vulnerabilidad.

Una vez institucionalizados, es menester reconocer los procesos de cambio y adaptación que afrontan dicho grupo etario, por lo que la percepción de calidad de vida puede variar según las experiencias individuales y las circunstancias específicas de cada persona. En dicho caso, algunas personas mayores pueden efectivamente sentirse satisfechas con su vida en la institución, y por otro lado existen algunos que experimentan dificultades o insatisfacción. Es importante considerar sin embargo que la calidad de vida es un concepto subjetivo y personal, y está afectado por múltiples factores

Por lo anterior es fundamental escuchar y conocer sus opiniones y experiencias individuales, con el fin de promover la participación activa de estos en la toma de decisiones, y poder facilitar espacios para expresar inquietudes y realizar ajustes en los cuidados y servicios en razón de sus necesidades y preferencias.

Existen individuales y que pueden ayudar a mejorar la percepción de calidad de vida de las personas mayores institucionalizadas.

Finalmente es necesario que existan alternativas de solución cuando se ven afectados los derechos de las personas mayores y se requiera la institucionalización. Es por ello que, en Chile, existen diversas fundaciones que trabajan al servicio de las personas mayores, como son los ELEAM, uno de ellos es Fundación Las Rosas, institución la cual elegimos para llevar a cabo nuestro estudio.

Fundación Las Rosas, institución católica de beneficencia sin fines de lucro, la cual realiza apertura del primer hogar en 1967. Como institución su misión recae en: “Acoger, acompañar en la salud y el encuentro con el Señor a personas pobres y desvalidas, manteniéndose integradas a la familia y a la sociedad en forma digna y activa” (Fundación Las Rosas, *n.d.*), mientras que su visión se basa en “Ser, como institución de la Iglesia Católica, fuente de inspiración y testimonio de amor y servicio a las personas mayores”. (Fundación Las Rosas, *n.d.*) A lo largo de su existencia Fundación Las Rosas se ha transformado en el establecimiento de larga

estadía (ELEAM) para personas mayores más importante de nuestro país, con 28 hogares y 2.000 residentes en promedio, distribuidos entre la región de Coquimbo y la región de Los Lagos.

En cuanto a sus residentes; en su mayoría las personas mayores que son institucionalizadas presentan algún tipo de dependencia funcional y/o deterioro cognitivo, quienes a su vez responden al perfil de vulnerabilidad social (ésta entendida como la indefensión ante amenazas, riesgos, traumas y presiones, debido a las condiciones sociales que presenta la persona), física (se refiere a la población en riesgo por condiciones fisiológicas) y económica (se enmarca en esta, la pobreza y la incapacidad de generar recursos por una situación en particular) de las personas mayores más desprotegidas, quienes acuden a la institución derivados desde servicios públicos, departamentos municipales, o por iniciativa de la comunidad la cual intenta apoyarlos con una solución segura.

Desde el punto de vista administrativo, somos un ELEAM, es decir, un Establecimiento de Larga Estadía para Adultos Mayores, que les brinda alojamiento, alimentación y cuidados. Los ELEAM o residencias colectivas son el hogar de muchas personas mayores, y deben ser espacios protegidos, donde el respeto y el buen trato sean el centro de la atención, tal como se consigna en la guía ciudadana “Soy residente, tengo derechos” del Gobierno de Chile, publicada por el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), del Ministerio de Desarrollo Social. (1° edición Manual De Cultura Institucional, 8 de diciembre de 2019- p.5).

De acuerdo con la normativa establecida por el Ministerio de Salud (MINSAL): un ELEAM es “un lugar en el que residen personas de 60 años o más que, por motivos biológicos, psicológicos o sociales, requieren de un medio ambiente protegido y

cuidados diferenciados. Dichos cuidados tienen por objeto la prevención y mantención de su salud, la estimulación de su funcionalidad y el reforzamiento de sus capacidades remanentes”.

1. 2 Estado del Arte

En el siguiente apartado, se mostrarán algunas investigaciones que mantienen relación con la temática que se estudia, las cuales aportan un mayor conocimiento respecto del objetivo de estudio.

Una investigación llevada a cabo por la autora Martha Vera, en Lima Perú, en el año 2007, donde su objeto de estudio fue comprender el “Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia” (Vera, 2007), estudio de tipo cualitativo, descriptivo, interpretativo – comprensivo; el cual se lleva a cabo en el Asentamiento Humano Laura Calle, tuvo cómo participantes a 16 adultos mayores y sus grupos familiares, utilizando cómo instrumentos de recolección de datos la observación, entrevista a profundidad y grupos focales; guía de observación y cuestionarios.

Dicho estudio da cuenta que “para el adulto mayor, calidad de vida significa tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto, y tener satisfechas como ser social sus necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información. Para la familia, que el adulto mayor satisfaga sus necesidades de alimentación, vestido, higiene y vivienda”. (Vera, 2007). Este estudio resulta relevante, en atención a que calidad de vida no está sólo enfocado a un aspecto de salud, siendo relevante la integración familiar positiva y otros.

Otro de los artículos de investigaciones encontrados es el de los autores Lored-Figueroa, Gallegos Torres, Xequé Morales, Palomé Vega y Juárez Lira, publicado en el año 2016 por la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro, país de México, el cual tenía como objeto “Establecer la relación entre

calidad de vida del adulto mayor y su nivel de dependencia y autocuidado” (Loredo Figueroa y otros, 2016). Dicha investigación fue cuantitativa, con un tipo de diseño transversal, descriptivo y correlacional, con muestreo probabilístico simple, que tuvo la participación de 116 personas mayores.

Conclusión: Cómo principales resultados vinculados al tema, en cuanto a percepción de calidad de vida, en su dimensión física, 24% de los entrevistados consideran que su salud es buena y el 56%, regular. En las pruebas de correlación se encontró Conclusión: Esta investigación es de gran relevancia, en atención a que en cuanto a la discusión que se presenta cómo conclusión, revela la importancia que reviste para el adulto mayor el apoyo que recibe en este caso de familiares y/o parientes, el que se considera cómo factor importante dentro del concepto de bienestar y de proceso de envejecimiento esperado, impactando directamente su calidad de vida.

Otra investigación llevada a cabo por Julialba Castellanos Ruiz, en el año 2002, la cual tenía como objeto de estudio Comprender el concepto de calidad de vida para el adulto mayor institucionalizado del Hospital Geriátrico San Isidro De Manizales. Este se trató de un estudio de tipo cualitativo micro-entográfico, utilizando instrumentos de recolección de datos de grupos focales, entrevistas en profundidad y observación participante, donde participaron 24 personas mayores de ambos sexos, 12 hombres y 12 mujeres.

Conclusión: Castellanos concluye que la calidad de vida de personas institucionalizadas, se construye desde una perspectiva multidimensional, quien logró identificar seis categorías a partir del análisis de los instrumentos aplicados, estos, espiritualidad, salud, afectividad, ambiente institucional, economía y recreación y ocupación del tiempo libre. Respecto de la espiritualidad, asociada a la creencia en dios y la esperanza de mejora, salud relacionada al bienestar y capacidad de poder realizar actividades y desenvolverse por sí solos, en economía, de poder disponer de recursos propios para disponer, afectividad,

asociada a la autovaloración de la vida que se llevó, y de la relevancia que le entregan al rol de pareja y además a la invocación de recuerdos de su infancia y de sus padres. Además de ello, refiere que las personas mayores relacionan la efectividad con la relación que mantienen con sus compañeros, con quienes comparte estando institucionalizado. Respecto del ambiente institucional, las personas mayores lo significan cómo espacio físico donde logran sentirse acogidos, cómodos y donde se satisfacen sus necesidades básicas, de abrigo, y además de interacción con profesionales que atienden. En cuanto a categoría de recreación y uso del tiempo libre, las personas reconocen influye en su calidad de vida, en atención de sentirse felices al participar en actividades y/o paseos, vinculando además al deporte, cómo formas de sentirse activos.

Al respecto, el autor genera la siguiente hipótesis: “La calidad de vida es concebida por el adulto mayor como un estado de bienestar que lo acoge, que lo hace sentir importante, lo reconoce y lo invita a vivir estados de tranquilidad” (Castellanos Ruíz, 2002). Así también manifiesta que “Las dimensiones humanas e institucionales que propician estos estados deben estar concebidas bajo los presupuestos de la espiritualidad, la afectividad, la acogida institucional, el bienestar económico y la potenciación de la esfera ocupacional y lúdica” (Castellanos Ruíz, 2002).

De dicho estudio, se destaca la gran relación con problemática que se presenta en la siguiente investigación en diversos aspectos, en atención a que se detalla la percepción de calidad de personas institucionalizadas, apareciendo categorías que son integradas al presente, corroborando efectividad en el vínculo que le daban a calidad de vida las personas mayores.

Otra investigación realizada por Gallardo Peralta, Cordová Jorquera, Piña Morán y Urrutia Quiroz (2018), en Chile, habla sobre conocer cuáles son las diferencias sobre el bienestar que genera las condiciones de salud física y calidad de vida, en función de la variable género. Las personas mayores consideradas para esta

muestra fueron 777, de un rango etario entre los 69 y 93 años, además de considerar sexo, etnia y domicilio. El tipo de estudio utilizado fue cuantitativo – transversal y los instrumentos utilizados para conocer la valoración del bienestar en el envejecimiento fueron instrumentos de uso libre, como también se ocupó para conocer la sobre la calidad de vida el cuestionario WHOQOL-BREF.

Conclusión: Finalmente, los resultados concluyeron en que existe diferencias en el proceso de envejecimiento entre hombres y mujeres, en conclusión, los hombres en términos físicos tendrían un mejor proceso de envejecimiento, como también en salud mental y seguridad económica, en cambio las mujeres obtienen mejores resultados en los aspectos subjetivos o de satisfacción con los diversos dominios de la calidad de vida. Esta investigación es relevante, ya que estudia principalmente las diferencias en la percepción de la calidad de vida según sexo.

Respecto de dicho estudio, pese a no tener una relación directa con la presente investigación, hace referencia a que existe una diferencia en cuanto a cómo dimensionan calidad de vida para hombre y cómo para mujeres de acuerdo a su proceso de envejecimiento.

Por su parte, investigaciones han mostrado ampliamente la importancia que reviste la participación activa en la vida familiar y comunitaria para las personas mayores, así como las implicancias que la integración social tiene sobre su calidad de vida y salud integral. “Los propios adultos mayores consideran que el disponer de relaciones familiares y sociales satisfactorias es un aspecto de gran relevancia para la calidad de vida en la vejez” (Arias, 2009, pág. 147-158).

Tal como señala la cita anterior y de acuerdo a la revisión bibliográfica, se destaca y realza la relevancia en cuanto a la participación familiar en cómo se vivencia la calidad de vida de las personas, y además de mantener una participación activa en los estadios donde están insertos.

De acuerdo a lo señalado por la Pontificia Universidad de Chile (2011), en su Guía de calidad de vida en la Vejez, plantea que frente a la medición o evaluación de la

calidad de vida de personas mayores es importante contemplar aspectos objetivos tales como los servicios a los que tiene acceso el adulto, la presencia de enfermedades, bienes, las relaciones familiares, etc. Además, se deben tomar en cuenta aspectos subjetivos como la búsqueda de trascendencia, percepción de bienestar, percepción sobre la discriminación y su rol en la sociedad, entre otros.

Una vez expuestas una serie de investigaciones atinentes a la temática, se puede concluir que la calidad de vida en personas mayores es un tema que genera interés de parte de organismos gubernamentales a nivel nacional e internacional. Lo anterior se relaciona directamente con el alza de la población de personas mayores a nivel mundial.

También es importante mencionar que debido a variados factores de vulnerabilidad que viven las personas mayores, requieren ser institucionalizadas, como es el caso de los residentes que viven en los distintos Hogares de Fundación Las Rosas, donde se realiza el presente estudio. Dichos estudios, además, permiten conocer que existen hallazgos destacados de lo que interesa estudiar en esta tesis.

2. JUSTIFICACIÓN

En Chile existen aproximadamente 3.449.362 personas mayores (60 años y más) éstas representan un 18% de la población residente en el país y, la esperanza de vida al nacer ha aumentado más de tres años entre el 2005 al 2015, (CEPAL 2019, Naciones Unidas). El grupo etario que más ha crecido en los últimos 20 años es el de las Personas mayores de 80 años y más, que pasaron a ser de 214.000 en el año 2001 a 561.000 en el 2021, lo que se reconoce como un crecimiento del 162% (CEPAL,2019).

De acuerdo con las proyecciones poblacionales de 2019 de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), para el 2050, la población de personas mayores en Chile representará un 31% del total (aproximadamente 6.430.169).

Dado el rápido incremento del número de personas mayores en nuestra sociedad, la importancia de la organización y brindar una adecuada prestación de servicios de salud y en especial la atención a largo plazo, toma cada vez más protagonismo e importancia desde el punto de vista político o estatal, además de una necesidad para las familias que cuentan con una persona mayor.

El desafío para el gobierno chileno, es poder brindar atención de forma moderna, que se adecue a las necesidades de las personas mayores en los servicios de salud, requiriendo abastecer y establecer una variada oferta de servicios y cuidados de salud que se emplean tanto para las personas mayores que se encuentren sanos (prevención), como para aquellos que se encuentren con enfermedades crónicas, para quienes presenten limitaciones funcionales y/o que necesiten rehabilitación, como a su vez personas mayores con deterioro cognitivo y aquellos que necesiten cuidados prolongados. Como mencionamos con anterioridad la población de personas mayores ha ido aumentando progresivamente y cada vez son más necesarios los cuidados a largo plazo, ya que se puede observar cambios socio-familiares en la sociedad actual, (familias y viviendas más pequeñas, mujeres trabajando fuera del hogar, familias encargadas de negocios o microemprendimientos).

Por lo anterior se hace necesario mencionar que en ocasiones las personas mayores que presentan alguna enfermedad de salud mental o física, requieren de cuidados o supervisión durante las 24 horas, siendo esta labor realizada por algún familiar, persona significativa o cuidador particular. Sin embargo, cuando la familia no cuenta con las condiciones económicas suficientes para evaluar otras alternativas de cuidado o quien cumple este rol presenta una sobrecarga (física y/o mental) o no existe una red de apoyo presente, la institucionalización puede ser una opción.

En relación a la institucionalización de las personas mayores, un estudio de Marín, Guzmán y Araya reveló que en Chile habría un total de 1.668 "residencias", de las

cuales 624 (37,4%) corresponden a "residencias colectivas informales" y 1.044 a "residencias colectivas formales" (Marín,et,al,2004). Al respecto, estudios evidencian que la institucionalización acelera el deterioro, aumenta el grado de dependencia debido a sentimientos de soledad por encontrarse separados de su núcleo familiar, mostrándose apáticos, poco participativos en las actividades programadas, con mayores factores de riesgo como sedentarismo y aislamiento. "La soledad es un sentimiento que, vivido durante la vejez, puede llegar a representar importantes dependencias de tipo social, funcional, cognitivo y/o desencadenar problemas de salud que pueden causar dificultades en la vida cotidiana" (Rodríguez,2009). Por lo anterior, se hace fundamental que, desde nuestro rol como Trabajador Social, podamos realizar nuestras intervenciones individuales, como la incorporación de las necesidades e intereses de las personas mayores.

Es por ello que se hace relevante poder comprender lo que las personas mayores institucionalizadas entienden cómo calidad de vida y desde ahí poder intervenir para mejorar sus condiciones, ya sea potenciando la integración de la familia y/o personas significativa, para potenciar vínculos, y además mejorar posiblemente la entrega de servicio, en este caso con mayor integralidad a la necesidad que requieren, cómo lo es en actividades recreativas, de interacción, cuidado de la salud, mantención de la relación con la red local, entre otras.

En Chile existen variadas instituciones al servicio del cuidado de personas mayores, dentro de las más grandes existe Fundación Las Rosas, la cual mantiene una trayectoria importante respecto del servicio que entrega para el cuidado de personas mayores, con un total de 28 ELEAM a nivel nacional, atendiendo el total a 2150 residentes aproximadamente.

Por lo anterior se considera siempre relevante poder ir nutriendo a las instituciones de nuevas visiones en cuanto a las necesidades que presenta la población atendida, considerando además el aumento sostenido de dicho segmento en la

sociedad, y que requiere de manera básica contar con estándares de calidad de vida.

Ello además basado en el enfoque de derechos, donde las personas mayores tienen derecho a una buena calidad de vida independiente de su edad. Es por ello que investigar a este grupo etario en cuanto a los aspectos que consideran como constitutivos de su calidad de vida permite identificar además las desigualdades y brechas existentes en la atención, servicios y beneficios disponibles a nivel institucional y gubernamental, cómo es el acceso a la salud y atención oportuna y de calidad, apoyo social y cuidado personal, permitiendo intervenir en mejorar la equidad y justicia social.

Finalmente, al investigar qué aspectos consideran como constitutivos de su calidad de vida de las personas mayores, se pueden evidenciar áreas de mejora y desarrollar intervenciones específicas para promover su bienestar. Esto puede incluir iniciativas para fortalecer el apoyo social, proporcionar oportunidades de participación comunitaria y mejorar el acceso a servicios y recursos relevantes. Lo anterior podrá proporcionar una base sólida para el desarrollo de políticas y programas específicos. Esto puede incluir la mejora de los servicios de atención médica, la promoción de la participación social, el fomento de la autonomía y la adaptación de entornos físicos y sociales para satisfacer las necesidades de las personas mayores, en este caso, los residentes de Fundación las Rosas, Hogar Cardenal José María Caro.

3. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN (Cualitativo).

Aspectos que consideran cómo constitutivos de su calidad de vida las personas mayores entre 75 y 85 años, hombres y mujeres, institucionalizadas en Fundación Las Rosas, Hogar Cardenal José María Caro, comuna de La Florida".

4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

4.1 ¿Cuáles son los aspectos que consideran cómo constitutivos de su calidad de vida las personas mayores entre los 75 y 85 años, hombres y mujeres, institucionalizadas en Hogar Cardenal José María Caro de Fundación Las Rosas de la comuna de La Florida?.

4.2 Objetivos:

4.2.1 Objetivo general

Identificar y comprender los aspectos que consideran cómo constitutivos de su calidad de vida las personas mayores entre 75 y 85 años institucionalizadas en el Hogar Cardenal José María Caro de Fundación Las Rosas en la comuna de La Florida, R.M.

4.2.2 Objetivos específicos:

- Caracterizar el concepto de calidad de vida que tienen las personas entre 75 y 85 años institucionalizadas en el Hogar Cardenal José María Caro.
- Comprender la importancia que le otorgan a la salud física y mental como dimensión de su calidad de vida las personas entre 75 y 85 años residentes del Hogar Cardenal José María Caro.
- Indagar en la relevancia que le otorgan al apoyo familiar y/o de persona significativa como aspecto constitutivo de su calidad de vida las personas entre 75 y 85 años institucionalizadas en el Hogar Cardenal José María Caro.
- Comprender la importancia que le otorgan a las relaciones sociales generadas al interior de la residencia como aspecto de su calidad de vida las personas entre 75 y 85 años residentes del Hogar Cardenal José María Caro.

- Profundizar en la relevancia que tiene como aspecto de la calidad de vida la conformidad con las ofertas programáticas y de entrega de servicios institucionales en personas mayores entre 75 y 85 años residentes del Hogar Cardenal José María Caro.

5 - MARCO TEÓRICO

En los siguientes párrafos, se desarrollarán conceptos y teorías relacionados a personas mayores, calidad de vida, percepción, envejecimiento y elementos relevantes para explicar el fenómeno a estudiar y que podrían ser parte de los aspectos que consideran como constitutivos de su calidad de vida las personas mayores, cómo lo es la institucionalización, la relevancia de la persona significativa y existencia de políticas públicas para la población mayor del país, entre otros.

5.1 Personas Mayores:

En cuanto a la definición misma de **Personas Mayores**, la Convención Interamericana sobre Derechos Humanos de las Personas Mayores define en su artículo 2º, como “Persona mayor”, a aquella de sesenta años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que ésta no sea superior a los sesenta y cinco años. Este concepto incluye, entre otros, el de persona adulta mayor. En la actualidad se entiende además como “un ser complejo y multidimensional; en cuyo bienestar influyen distintos aspectos, no solo económicos, sino también su salud, el apoyo familiar y social, el nivel de funcionalidad, su grado de participación en la sociedad y su historia de vida, entre otros factores” (Fernández, 2009, p.21).

En relación a la terminología Personas Mayores la Oficina del Alto Comisionado de Las Naciones Unidas Para los Derechos Humano refiere:

“La terminología utilizada para identificar a las personas de edad es muy variada, incluso en los documentos internacionales: personas mayores, personas de edad avanzada, personas de más edad, tercera edad, ancianos y cuarta edad para los mayores de 80 años. El Comité opta por "personas mayores", término utilizado en las resoluciones 47/5 y 8/98 de la Asamblea General. Estos calificativos comprenden, siguiendo las pautas de los servicios estadísticos de las Naciones Unidas, a las personas de 60 años y más.” (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 1995,p.2-3).

5.2 Etapa del Desarrollo Vital:

“El ciclo vital es una noción evolutiva para hacer referencia al desarrollo humano. Implica pensar que pasamos por una serie de etapas ordenadas, características en número, duración y procesos en los que se presentan diferentes cambios en todas las esferas del individuo (biológica, psicológica, cognoscitiva y familiar), determinados por aspectos socioculturales”.(Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria Junta Directiva, 2007, p.1070). La etapa de desarrollo vital en la cual se encuentran las personas mayores institucionalizadas es reconocida como Vejez.

5.2.1 Vejez:

La cual “refiere a un estado, relativamente largo, por el que pasan los seres humanos; pero un estado que además es el último período del ciclo vital” (Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria Junta Directiva, 2007,pág.1063). Implicando la suma de los cambios que se van generando con el

paso del tiempo, que genera un deterioro funcional y posterior muerte. Dichos cambios son producidos cómo lo hace cualquier sistema orgánico al paso del tiempo, y se generan en diversas esferas, cómo lo es a nivel fisiológico, bioquímicos, sociales, funcionales y psicológicos, fisiológicos, morfológicos, psicológicos y funcionales.

Cabe resaltar que el proceso de la vejez es inherente al ser humano, sin embargo, se ve afectado y se vive de manera diferente de acuerdo a factores multidimensionales, cómo lo es situación económica, entorno de vida, integración social u otros. La vejez además es reconocida cómo la última etapa de la vida, e involucraría además estados de madurez ante experiencias vividas.

5.2.2 Envejecimiento

En el mismo lineamiento se define el envejecimiento como un proceso inherente a la vida humana y que inicia desde el momento de la concepción hasta la muerte, el cual constituye una experiencia única, heterogénea y su significado varía dependiendo de la connotación que cada cultura haga de él. Se entiende como un fenómeno multidimensional que involucra todas las dimensiones de la vida humana. El envejecimiento es un proceso complejo de la vida, donde se experimentan cambios de orden físico, psicológico y social entre otros". (Garcia & Salazar, 2014).

Por su parte la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como el proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales. (Análisis Del Concepto De Envejecimiento, 2014).

El envejecimiento debe ser visto en base a tres dimensiones: disminución, cambio y desarrollo (Vaillant y Mukamal como citado en Alvarado & Salazar, 2014). Referente a la disminución, esta se vincula al deterioro de la percepción sensorial

y de la velocidad de reacción ante los estímulos. Es cuando a la dimensión de cambio, hace relación a la apariencia física que va generando cambios de manera progresiva, donde aparecen las canas, las arrugas, y la distribución de la grasa corporal; además de modificación de la función de los órganos. Finalmente, en cuanto a dimensión de desarrollo, se puede señalar la capacidad de personas mayores de desarrollar con mayor capacidad la paciencia y la tolerancia, mayor aceptación del otro, mayor experiencia, permitiendo ver la vida de una manera diferente.

5.3 Percepción

La percepción es el objeto de estudio de la presente investigación, concepto que se entiende cómo las diferentes miradas, perspectivas y visiones que poseen las personas mayores de acuerdo a sus experiencias de vida, su entorno, culturas y vivencias en la construcción interna de lo que consideran como constitutivos de su calidad de vida.

La Gestalt (teoría Gestalt o teoría de la forma), desarrollada en las primeras décadas del siglo XX en Alemania, definió la percepción como “una tendencia al orden mental”. Inicialmente, la percepción determina la entrada de información; y, en segundo lugar, garantiza que la información retomada del ambiente permita la formación de abstracciones (juicios, categorías, conceptos, etc)” (Oviedo, 2004).

5.4 Calidad de vida

Referente a calidad de vida, que corresponde al objeto de estudio de la presente investigación, se puede inferir que dicho concepto contempla múltiples factores, salud, autonomía, satisfacción; esto referido a la dimensión personal, y a su vez, su dimensión socioambiental (redes de apoyo y servicios sociales). Por tanto, “reducir el concepto calidad de vida a un solo ámbito resulta insuficiente, de esta manera se puede convenir que las características de género, sociales y socioeconómicas determinan tanto las condiciones de vida de los individuos como

sus expectativas y valoraciones, y en consecuencia su apreciación sobre qué es una buena o mala calidad de vida”. (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2011).

En este sentido, para hablar de calidad de vida en las personas mayores es necesario considerar las apreciaciones y las valoraciones que éstas le dan en relación a sus relaciones familiares, de amistad, redes de apoyo social y laboral.

El concepto calidad de vida muestra una combinación de componentes subjetivos y objetivos, los cuales son medibles en la realidad:

5.4.1 Aspectos Objetivos de Calidad de Vida

Dentro de sus aspectos objetivos: la calidad de vida se basa en aspectos observables que contribuyen al bienestar; servicios con los cuales cuenta la persona mayor, presencia de enfermedades, nivel económico, vínculos con personas significativas, relaciones con sus familiares entre otros. “Los estándares de calidad se inscriben en la perspectiva "objetiva " o" externa " de la evaluación de la calidad. A través de ellos se establecen los umbrales mínimos y máximos requeridos en la prestación y en los resultados que de esa prestación se obtienen, a fin de garantizar a los ciudadanos condiciones de equidad en el acceso a bienes y servicios de calidad” (Gascón & Redondo, 2014, p.17).

5.4.2 Aspecto Subjetivos de Calidad de Vida

En cuanto a los aspectos subjetivos, el concepto está asociado a las valoraciones, juicios y sentimientos de la persona mayor en relación a su propia vida, tales como: búsqueda de trascendencia, aceptación a los cambios, percepción de bienestar, percepción sobre la discriminación y el rol del adulto mayor en la sociedad.

En síntesis:

“El concepto de calidad de vida no es nuevo, y durante la década de 1950 y comienzos de los años sesenta se instaló la necesidad de

medirlo a través de datos objetivos. Desde las ciencias sociales se impulsaron investigaciones que permitieron, por una parte, inaugurar y adoptar un lenguaje común y, por otra, desarrollar metodologías para obtener y analizar indicadores de evaluación de la calidad de vida. Estos indicadores tuvieron su propia evolución, siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas de tipo económico y social para, en un segundo momento, incorporar elementos subjetivos” (Arostegui,1998, p.162).

De acuerdo a lo planteado en los párrafos anteriores se puede afirmar que la calidad de vida del adulto mayor, o personas mayores es:

“La resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez” (Vera, 2007, p. 284 -290).

A lo anterior, es preciso señalar que no existe una definición única de calidad de vida, sin embargo estas siempre apuntan al bienestar integral de diversas esferas de la vida, y considerando las situaciones que experimentan las personas mayores institucionalizadas, su bienestar va a estar asociado significativamente a lo que

ellos reconocen cómo óptimo en esta etapa de su vida, lo cual puede variar de persona en persona, y vinculados a relaciones familiares, relaciones sociales, acceso a red local, salud óptima, atención y cuidado adecuado, entre otras.

5.5 Institucionalización

Referente a la condición en la cual se mantienen las personas mayores sujetos de investigación, en este caso, Institucionalizados, se puede referir que dicho término se le asigna más de un significado, y se utiliza para definir diferentes contextos asociados a las instituciones, principalmente asociado a procesos de creación o fundación.

“En contextos sociológicos y psiquiátricos, se aplica a la sumisión de un individuo al régimen de vida de una institución como el orfanato, el servicio militar, el asilo, la cárcel o el manicomio; donde vive internado durante un largo periodo, hasta hacerse dependiente de ella, más allá del tratamiento que recibe y que teóricamente debería estar orientado a su reinserción en la sociedad”.(Mafe, 2014).

En relación a la institucionalización, esta es otra variable que puede influir en el significado que las personas mayores le asignan la calidad de vida, (Salvarezza, 1998, p. 12) sostiene que El ingreso a una institución se da en muchas ocasiones cuando los adultos mayores pierden la capacidad de vivir independientemente debido a dificultades en la movilidad, fragilidad u otros problemas mentales, físicos o materiales, necesitando muchas veces alguna forma de asistencia, como puede ser las Residencias Gerontológicas. O como comúnmente son conocidas en nuestro país como Eleam (establecimientos de larga estadía para adultos mayores), estos centros, instituciones y/o residencia son de gestión públicas o privadas que sirven de apoyo para personas mayores, que por motivos ya sean

biológicos, psicológicos o sociales, requieren un medio ambiente protegido y cuidados diferenciados para la mantención de su salud y funcionalidad.

“La institucionalización del anciano en una residencia geriátrica puede ser la mejor opción cuando el anciano no puede continuar viviendo en su domicilio, pero la adaptación no es fácil debido a que conlleva múltiples pérdidas: sociales, afectivas, de autoestima, etc. Estas pérdidas, junto a otros efectos de la institucionalización como son la rutina o la falta de individualidad en la atención, pueden producir efectos negativos como pérdida de identidad personal y desesperanza ante la vejez” (Muñoz, 2015, p. 46-47).

De acuerdo a lo expuesto por Muñoz, la institucionalización genera un menoscabo en cuanto a vivir un proceso importante de adaptación a nuevo espacio donde vivir, lo que conlleva afectaciones a nivel emocional, de interacción e integración, por lo que el objetivo de garantizar una calidad de vida adecuada se trataría de un eje central para el buen vivir, debiendo además rescatar lo que las propias personas mayores manifiestan cómo importante para mejorar sus condiciones físicas y emocionales. Para el presente estudio, la institucionalización en personas mayores tiende a ser una medida que se adopta de manera por lo general permanente/indefinida.

5.6 Políticas Públicas

Por lo anterior es importante mencionar que en nuestro país los programas de políticas públicas destinadas a las personas mayores están principalmente centralizados en el Servicio Nacional de Adulto mayor (SENAMA) perteneciente al Ministerio de Desarrollo Social, un servicio público creado por medio de la promulgación de la Ley N°19.828, el 17 de septiembre de 2002. el cual comenzó sus funciones en enero de 2003.

“A este respecto, cabe señalar a la atención el objetivo mundial N° 1, aprobado por la Asamblea General en 1992, en el que se propugnan el establecimiento de infraestructuras nacionales de apoyo para impulsar, en los planes y programas nacionales e internacionales, las políticas y programas relacionados con el envejecimiento. A este respecto, el Comité observa que uno de los Principios de las Naciones Unidas para las Personas de Edad que los gobiernos debían incorporar a sus programas nacionales es que las personas de edad deben estar en situación de crear movimientos o asociaciones de personas de edad”. (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 1995, p.4)

Dado lo anterior la misión como institución del Servicio Nacional de Adulto mayor (SENAMA) es:

“Promover y contribuir a un envejecimiento digno, activo y saludable mediante la implementación de políticas, programas y la articulación intersectorial, para fomentar la autonomía, independencia y participación de las personas mayores, contemplando la diversidad de experiencias en torno al envejecimiento y promoviendo la equidad de Derechos en hombres y mujeres mayores” (senama.gob.cl).

Dicho organismo del estado chileno es quien ha construido una política pública para las personas mayores a través de diferentes programas y beneficios que provee a este grupo poblacional.

5.6.1 A continuación, se darán cuenta algunos de los programas que implementa dicho servicio:

- **Fondo Nacional del Adulto Mayor:** este es un programa que financia proyectos a través de tres líneas, el primero Autogestionado, el cual financia proyectos elaborados/diseñados por organizaciones de personas mayores con personalidad jurídica, mediante concurso, cuyo objetivo es la autogestión, autonomía e independencia de PM. La segunda línea es la de ejecutores intermedios; y el tercer eje es de convenios institucionales, el que financia iniciativas de instituciones que trabajan con personas mayores en situación de vulnerabilidad y que entregan servicios y apoyo complementario en el marco de la protección social.
- **Programa buen trato al adulto mayor:** este programa cuyo objetivo es prevenir el maltrato en personas mayores, promoviendo sus derechos y el buen trato, ello mediante instancias de capacitación, sensibilización y/o articulación intersectorial y territorial. Adicionalmente, lleva a cabo asesorías, gestiones y coordinación de casos ante maltratos que afecten a personas mayores, especialmente en hechos de violencia intrafamiliar, que son evidenciados e ingresan por canales disponibles de atención a la ciudadanía, como lo son Fono Mayor, Atención Presencial y Digital.
- **Programa Vínculos:** Corresponde a programa que beneficia a personas mayores desde los 65 años, y que son parte de Subsistema de Seguridades y Oportunidades, en cual permite un acompañamiento continuo y entrega herramientas psicosociales que permiten fortalecer la identidad, autonomía y sentido de pertenencia de las personas mayores, en que interviene de manera grupal e individual. El programa promueve el proceso de vinculación de las personas mayores al entorno y entrega bonos de protección y prestaciones monetarias. no se postula, sino que se canaliza en cuanto a registro en Subsistema de Seguridades y Oportunidades.

- **Fondo Subsidio Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM):** Este programa busca mejorar las condiciones de vida de los adultos mayores que son dependientes y vulnerables, quienes residen en ELEAM (Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores), que sean sin fines de lucro. En este caso son los ELEAM quienes postulan por concurso con iniciativas de apoyo directo hacia los residentes, los que deben abordar la satisfacción de necesidades básicas, entrega de atención médica especializada, implementación de estrategias de integración a la comunidad, protección de sus derechos y promoción del envejecimiento activo.
- **Envejecimiento activo:** este programa tiene como objetivo, lograr que los adultos mayores participen de actividades que promuevan el envejecer activamente, para lo cual se requiere fomentar y equilibrar la responsabilidad personal, el encuentro, la solidaridad intergeneracional y la creación de entornos favorables, que aporten a la calidad de vida y retrasen los niveles de dependencia. (Servicio Nacional Del Adulto Mayor, n.d.).

Lo anterior basado en las Obligaciones Generales de los Estados partes: “como ha puesto ya de relieve el Comité (Observación general N° 3 (1990), párr. 12), los Estados Partes tienen el deber de proteger a los miembros más vulnerables de la sociedad incluso en momentos de graves escasez de recursos” (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 1995).

5.6.2 Decreto N° 14

El presente decreto es un reglamento que regula la instalación y funcionamiento de los establecimientos de larga estadía para adultos mayores. Importante mencionar que este documento fue modificado por el actual Decreto 20, el cual fue publicado el 30 de septiembre del año 2022.

“La [ley N° 19.828](#), crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor; en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos

Humanos de las Personas Mayores, promulgada mediante el decreto supremo N° 162, de 2017, del Ministerio de Relaciones Exteriores; en el decreto supremo N° 14, de 2010, del Ministerio de Salud, que aprueba reglamento de establecimientos de larga estadía para adultos mayores; y en la resolución N° 7, de 2019, de la Contraloría General de la República, que fija normas sobre exención del trámite de toma de razón.” (Ley Chile - Decreto 20. de Salud; Subsecretaría de Salud Pública - Biblioteca del Congreso Nacional de Chile)

5.7 Envejecimiento y Envejecimiento Activo

Respecto al último programa mencionado en el párrafo anterior (Envejecimiento Activo), para comprender mejor el concepto, inicialmente lo desglosamos, primero reiterando en cuanto al Envejecimiento se trata como

“un proceso inherente a la vida humana, el cual constituye una experiencia única, heterogénea y su significado varía dependiendo de la connotación que cada cultura haga de él. Se entiende como un fenómeno multidimensional que involucra todas las dimensiones de la vida humana. El envejecimiento es un proceso complejo de la vida, donde se experimentan cambios de orden físico, psicológico y social entre otros”. (García & Salazar Maya, 2014).

Este también es definido por el Servicio Nacional del Adulto Mayor como el “proceso cambios graduales irreversibles en la estructura y función de un organismo que ocurre como resultado del paso del tiempo. Proceso que se extiende por toda la vida, que engloba una serie de cambios que se inician en el

momento de la concepción, los cuales se hacen más evidentes después de la madurez”. (senama.gob.cl, n.d.)

Por otro lado, en cuanto al concepto “activo” refiere a “que produce inmediatamente efecto o lo hace con mucha energía”. en dicho caso al hacer conjugar estos conceptos “envejecimiento activo” este es definido por la OMS 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 [...] 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 necesitan asistencia” (OMS,2002, n.d.).

Este lineamiento se basa en un enfoque amplio el cual abarca una dimensión micro social relacionada con la situación personal de la persona mayor y la responsabilidad que recae en cada persona, y una perspectiva macro social la cual se vincula con la responsabilidad pública de implementar las políticas adecuadas que permitan generar oportunidades de proporcionar un envejecimiento activo para las personas mayores.

El concepto de envejecimiento activo es un elemento que integra factores sociales, personales, económicos, de sanidad y los diferentes servicios sociales. Dado estos antecedentes “se refuerza la hipótesis de que los profesionales de trabajo social tienen un perfil profesional adecuado para el diseño y desarrollo de programas e iniciativas que promuevan el envejecimiento activo” (OMS;2002). De esta manera se pone en valor que los profesionales del Trabajo Social aboguen en la promoción

de la inclusión social, facilitando el acceso y la participación en los diversos espacios ya sean culturales de recreación y/o educativos.

A su vez es importante que exista un soporte social que apoye en esta tarea, contando con los profesionales capacitados para llevar a cabo la ejecución de los diferentes programas destinados a las Personas Mayores (PM), que la oferta de servicios y programas hacia las PM este encaminada entre otras cosas a socializar, hábitos de conductas y estilos de vida que mejoren la calidad de vida de estos.

5.8 Familia

Por otra parte, otros de los aspectos relevantes a mencionar en el presente estudio tienen relación con la variante familia, al incluir esta en la presente investigación, nos tomaremos de las siguientes definiciones:

Según la constitución chilena cuyo texto fue actualizado en el año 2010 reconoce a la familia como: “el núcleo fundamental de la sociedad” además que el propio Estado chileno debe “propender el fortalecimiento de esta”.(Constitución Política de la República de Chile, 2010,)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), quien define a la familia como el conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan”. Finalmente, estos conceptos son relevantes de señalar, ya que es una de las categorías a evaluar en relación a los aspectos que consideran como constitutivos de su calidad de vida las personas mayores y cómo este factor se asocia.

Así mismo, considerando para las personas mayores, no sólo familia nuclear extensa forma parte de sus redes de apoyo directo, sino que también, conocidos técnicamente cómo personas significativas.

5.9 Persona Significativa

Para lograr entender lo que se conoce como una persona significativa, lo primero es definir algunos aspectos de su significado. La RAE define una persona como un “individuo de la especie humana” o “Sujeto de derecho”, mientras que el término “significativo” se define de la siguiente manera “Que tiene importancia por representar o significar algo”. Según estas definiciones de la Real Academia Española podemos inferir que una persona significativa es aquel individuo que tiene alguna importancia en nuestras vidas.

“Las relaciones significativas son las personas que desean conocernos realmente, son las personas que disfrutan de estar con nosotros cuando somos auténticos, cuando no tenemos nada que esconder ni disimular. Son aquellas que no desean que seamos como otras personas, porque disfrutan de todo aquello que nos hace diferentes y peculiares, aquello que nos distingue y hace únicos. Son las personas que nos quieren tal y como somos. Son las personas que en momentos de confusión están allí para recordarnos que los protagonistas de nuestra vida somos nosotros, y que no hay nada más maravilloso que vivir expresando nuestra manera de pensar, de sentir, y de hacer las cosas. Las relaciones significativas son aquellas que marcan nuestra vida porque ayudan a conducir hacia la manifestación más clara y más sincera de nosotros mismos” (Nadal, 2019).

Según la Fundación Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano, un vínculo afectivo es “un lazo de amor, empatía y cuidado mutuo que une a las personas entre sí... es un sentimiento amoroso que proporciona bienestar y seguridad y es la base y el motor del desarrollo de los seres humanos”.

5.10 Rol y Visión del Trabajo Social en Relación al Problema de Investigación.

En relación al problema de investigación, el rol y la visión del trabajo social se basa en analizar el cambio, el desarrollo y la cohesión social, con la finalidad de generar acciones que procuren el bienestar de las personas, grupos y comunidades, el quehacer centrados en las Personas Mayores se fundamenta en una serie de principios básicos que orientan el ejercicio profesional “los principios que habitualmente definen la atención gerontológica: personalización integridad, promoción de la autonomía, independencia, participación social, bienestar subjetivo, privacidad, integración social, continuidad, entre otros, son habitualmente enunciados y aceptados” (Martinez,2011,13).

Dado lo anterior la intención o visión del trabajo social Gerontológico es garantizar la calidad y el bienestar de las personas en la etapa de la vejez o durante el proceso de envejecimiento. Este se orienta a la intervención directa con el sujeto y el objeto, desde un enfoque gerontológico, centrado en la persona y de derechos de las Personas Mayores.

En cuanto al rol del trabajador social para enfocar intervenciones, cabe enfatizar que el trabajo social es una ciencia que busca mejorar la calidad de vida de la población, promover sus potencialidades de manera multidimensional, abanderando principios como la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad. En consecuencia, el trabajo social se define por su función basada en los derechos humanos, y en este caso de las personas mayores, éste considera las diferentes necesidades derivadas del proceso de envejecimiento de las personas. Interrelacionando los diferentes aspectos como salud, vivienda, relaciones familiares y sociales entre otros, aspectos que son tenidos en cuenta por los diferentes profesionales del trabajo social en las intervenciones a realizar.

5.11 Modelos de intervención de base de SENAMA (Enfoque de Derecho y Enfoque Gerontológico)

5.11.1 Enfoque de Derecho

Respecto del Enfoque de Derechos, el cual tiene su marco normativo general en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, la cual es ratificada por el Estado de Chile el año 2017, señala que “el enfoque de los derechos propicia la titularidad de derechos humanos de todos los grupos sociales y, de ese modo, contribuye a que aquellas y aquellos que en el pasado fueron excluidos, en el presente sean tratados sobre la base de la igualdad y el respeto de la dignidad humana” (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 1995).

“El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales no contiene ninguna referencia explícita a los derechos de las personas de edad, excepto en el artículo 9, que dice lo siguiente: "los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso el seguro social" y en el que de forma implícita se reconoce el derecho a las prestaciones de vejez. Sin embargo, teniendo presente que las disposiciones del Pacto se aplican plenamente a todos los miembros de la sociedad, es evidente que las personas de edad tienen derecho a gozar de todos los derechos reconocidos en el Pacto. Este criterio se recoge plenamente en el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el envejecimiento. Además, en la medida en que el respeto de los derechos de las personas de edad exige la

adopción de medidas especiales, el Pacto pide a los Estados Partes que procedan en ese sentido al máximo de sus recursos disponibles” (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 1995).

Con esto se compromete a adoptar medidas que faciliten el cumplimiento de lo señalado por la convención. Esta se sustenta en la declaración universal de los DDHH y en los pactos internacionales de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Establece que su propósito es promover, proteger y asegurar el goce pleno en condiciones de igualdad de todos los DDHH y libertades fundamentales para todas las personas mayores, además de asegurar y promover el ejercicio pleno de ciudadanía por parte de todas y todos los sujetos.

5.11.2 Enfoque Gerontológico centrado en la persona

“Desde que el psicoterapeuta norteamericano Carl Rogers plantea las bases de la terapia centrada en el cliente, este enfoque, caracterizado fundamentalmente por ser una intervención no directiva donde la persona se convierte en actor activo de su cambio, ha tenido aplicaciones en diversos ámbitos, cual busca y prioriza la calidad de vida de las personas” (Martínez, 2011,p.12-13).

Sin embargo, nos basaremos en una rama de este enfoque la cual es propuesta por Teresa Martínez en el año 2011. En la “Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia” la autora lo define como “La Atención Gerontológica Centrada en la Persona es un modelo de atención que asume, como punto de partida, que las personas mayores, como seres humanos que son, merecen ser tratadas con igual consideración y respeto que cualquier otra, desde el reconocimiento de que todas las personas tenemos igual dignidad”(Martínez, 2011,p.12-13).

Esta pone el foco en las personas y no en la enfermedad. Plantea una atención desde la profesionalidad y el conocimiento técnico, pero poniendo en el centro de la planificación de los cuidados a la persona usuaria de los servicios. Partiendo de sus necesidades, pero, sobre todo, garantizando sus derechos y respetando sus preferencias y sus deseos en la atención y en la vida cotidiana. Esta característica reconoce el papel central de la persona usuaria en su atención, en consecuencia, debe generar estrategias para que sea ella misma quien realmente ejerza el control sobre los asuntos que le afectan.

Desde esta mirada la intervención de los trabajadores sociales debe estar enfocada a:

- Atender las necesidades de cada persona y apoyar su proyecto de vida con la participación activa de las personas.
- Indagar en la biografía de las personas es lo que los hace únicos, su identidad, su historia de vida.
- Poner la mirada en sus capacidades y ofreciendo apoyos para que la persona pueda seguir teniendo control sobre su vida.
- Ser un facilitador que apoye la toma de decisiones.

Para el trabajo social es dable afrontar la perspectiva y/o la subjetividad que le atribuyen las Personas Mayores a la calidad de vida, llevando esta perspectiva no como un problema, sino como una oportunidad de intervención en donde se puedan modificar la realidad de cada individuo observando y comprendiendo las condiciones personales de estos. De este modo profundizar desde la disciplina del trabajo social, abordar la intervención con la metodología correcta o la más específica en cuanto al problema a intervenir.

En este sentido, los ELEAM promueven, en cada una de sus actividades y prestaciones, el respeto pleno a los DDHH de todas las personas, creando estrategias de tratamiento, rehabilitación, prevención y promoción de la salud que le permitan a los sujetos participar del mundo social al que pertenecen. “Este eje

busca promover la vinculación de las personas con redes formales o informales, mediante la cual es posible el disfrute del patrimonio social, económico y cultural del territorio en el que habita”(Gascón & Redondo, 2014).

Releva también las características que deben guiar el cuidado, como son, promover la participación de la Persona Mayor en la elaboración de su plan de trabajo, como también el de la familia u otros apoyos significativos que las personas posean. Consideran los valores, la cultura, las tradiciones, las experiencias y las preferencias del residente (persona mayor), reconocen y apoyan las capacidades para su autocuidado y registran su consentimiento informado.

5.12 Autonomía en las Personas Mayores

Desde el enfoque anteriormente planteado, se define autonomía personal como “La capacidad del individuo para hacer elecciones, tomar decisiones y asumir las consecuencias de las mismas” (Martínez, 2011,p.49). En este sentido se debe aclarar que autonomía no es lo contrario de dependencia “La dependencia hace referencia a la necesidad de atenciones por parte de otras personas para realizar las tareas de la vida cotidiana. El término opuesto a dependencia es independencia. Las personas mayores en situación de fragilidad o dependencia pueden tener disminuida o no su autonomía personal” (Martínez, 2011,p.49).

En consecuencia, la organización de los servicios de largo plazo (ELEAM) para personas con dependencia, deben promover la autonomía de los usuarios, esto significa, en primer lugar, respetar las decisiones que tomen sobre su vida e informar debidamente de las ventajas y desventajas de cada una de las opciones disponibles.

5.12.1 En relación a las personas mayores y su autonomía personal:

“La autonomía no es una capacidad única y fija. No es una cuestión de todo o nada. Depende de la competencia de cada persona (cognitiva y emocional) para actuar o decidir, pero también de la situación o tarea (del riesgo que conlleva para la propia persona o para los demás) y del entorno (de los apoyos que tenga). Por eso las personas con dependencia severa y/o deterioro cognitivo, pueden y deben tener oportunidades y apoyos para seguir tomando decisiones para las que todavía tengan capacidades”. (Fraguas & cols , 2004).

Esta autonomía refiere en la capacidad que posee la persona mayor, ya sea de manera física, cognitiva y emocional para la toma de decisiones, su libertad de actuar y movimiento, existen personas mayores quienes presentan cierto grado de dependencia, que necesitan atenciones de terceros para realizar diferentes tareas de la vida cotidiana, de esta forma las personas mayores en situaciones de fragilidad pueden disminuir su autonomía personal.

5.12 Salud (física) y Salud mental.

En cuanto a los aspectos de salud física y salud mental en la calidad de vida, la salud se ha convertido en los últimos años en una de las preocupaciones más crecientes asociadas a las personas mayores, a medida que el proceso de envejecimiento natural se desarrolla se incrementan las probabilidades de padecer alguna enfermedad crónica y/o degenerativa, lo cual puede llevar a una disminución de sus capacidades funcionales, disminuyendo paulatinamente sus niveles de autonomía e independencia, “La salud es un estado de completo

bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, n.d.).

Según el planteamiento de la OMS (2015) este indica que “la dinámica de la salud en la vejez es compleja y que los elementos que entran en juego se expresan, en última instancia, en las capacidades físicas y mentales y en el funcionamiento de la persona mayor” y que la capacidad funcional comprende los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella”.

“Ésta se compone de la capacidad intrínseca de la persona, las características del entorno que afectan esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características. La capacidad intrínseca es la combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona y el entorno comprende todos los factores del mundo exterior que forman el contexto de vida”. (OMS, n.d.).

Como es mencionado en el párrafo anterior los aspectos de salud en el ámbito sanitario (salud Física) van estrechamente relacionado con aspecto de la salud mental, nuestro país como ya es mencionado con anterioridad es demográficamente envejecido, éste fenómeno desafía a la sociedad chilena en diversos ámbitos, específicamente en el ámbito Socio-sanitario de la salud mental en las personas mayores, siendo la salud mental una problemática emergente, complejo de gran impacto socio familiar y económico.

5.12.1 Definición de Salud Mental

La OMS define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, n.d.)

“La salud mental en Chile, desde los inicios de las iniciativas de intervención y hasta unas pocas décadas atrás fue abordada principalmente desde el modelo médico. Quedando restringida, al concepto de enfermedad o trastorno mental a la implementación de medidas curativas o paliativas de dichas condiciones. La evolución de las concepciones de salud mental fue paulatinamente ampliando la mirada hacia la incorporación de los aspectos sociales, culturales y de derechos entre otros, hasta decantar en la definición de los enfoques en salud mental que actualmente inspiran el accionar” (Ministerio de Salud & Senama, n.d., 08).

Esto quiere decir que se visualiza la salud mental de una manera más comprensiva, permitiendo incorporar factores extra médicos o biológicos, siendo estos claves para preservar o deteriorar la salud mental, en la actualidad se incorporan los determinantes y/o factores “sociales” en el abordaje de la Salud mental.

En los últimos años existe un creciente interés en realizar mejoras en las condiciones de vida de las personas mayores, incluyendo en estas mejoras los ámbitos de salud y salud mental esto impulsado desde la creación del Servicio Nacional del Adulto Mayor en el año 2012, hasta la implementación de numerosas iniciativas públicas y privadas, inspiradas en mejorar la calidad de vida y la situación de las personas mayores.

“Muchos adultos mayores se ven privados de la capacidad de vivir independientemente por dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos, de modo que

necesitan asistencia a largo plazo. Además, entre los ancianos son más frecuentes experiencias como el dolor por la muerte de un ser querido, un descenso del nivel socioeconómico como consecuencia de la jubilación, o la discapacidad” (Ministerio de Salud & Senama, n.d., p.10).

Todos estos factores pueden ocasionar a la persona mayor aislamiento, sentimientos de soledad, angustia y pérdida de la independencia. Al igual que diversos grupos etarios, la preservación de la salud mental ésta determinada por diversos factores ya sean social, familiar y personal que a lo largo de la vida determinan la salud mental de estas (factores sociales, psíquicos y biológicos), estos se pueden transformar en “factores protectores” como a su vez desempeñarse como “factores de riesgos”, los cuales ponen en peligro la estabilidad de la salud mental.

5.13 Deterioro Cognitivo

Una de las características intrínsecas que se presentan en el proceso de envejecimiento, es el **deterioro cognitivo**, que implica un daño progresivo, en mayor o menor grado, de las facultades intelectuales de una persona, este es definido como “La alteración significativa de las funciones cognoscitivas o la memoria, que representa un cambio en relación con el nivel previo de actividad. Este concepto abarca tanto al deterioro cognitivo mínimo y la demencia” (Escuela De Medicina UC- Facultad De Medicina, n.d.).

Se trata del “conjunto de fenómenos mentales deficitarios debidos bien a la involución biológica propia de la vejez o bien a un trastorno patológico (arteriosclerosis, parálisis general, intoxicación, enfermedades mentales de larga duración, etc.)” (SENAMA, n.d.).

5.14 Teorías

5.14.1 Teorías de las representaciones sociales

Para el presente estudio nos apoyaremos de la Teoría de las Representaciones Sociales como enfoque investigativo, en atención al objetivo mismo de la investigación que busca identificar y comprender los aspectos que consideran cómo constitutivos de su calidad de vida las personas mayores entre 75 y 85 años institucionalizadas en el Hogar Cardenal José María Caro de Fundación Las Rosas en la comuna de La Florida, Región Metropolitana. En el entendido de lo que queremos comprender es cómo los participantes construyen y comparten conocimientos y significados en el contexto de la vida cotidiana, en este caso estando institucionalizados. Este enfoque se basa en la idea de que las personas no solo poseen conocimientos individuales, sino que también están inmersas en un contexto social en el que comparten creencias, valores y formas de entender el mundo.

Las representaciones sociales permiten interpretar el curso de los acontecimientos y las actuaciones sociales; expresan las relaciones que las personas mantienen con el mundo y con los otros, por lo que se puede comprender cuáles son los nodos centrales y los sistemas periféricos que construyen las personas alrededor de las diferentes realidades sociales” (Vergara, 2008, p. 55).

El funcionamiento y construcción de una representación social se basa en los intercambios cotidianos;

“Estando sometidas al constante intercambio de información y a la diversidad de contenidos característicos del sentido común, las representaciones sociales son estructuras del pensamiento cotidiano cuyos contenidos se construyen y reconstruyen incesantemente. Este hecho hace que el concepto de representaciones sociales, lejos

de definir un solo fenómeno o un mecanismo claramente diferenciado, se refiere, más bien, a un conjunto heterogéneo de manifestaciones empíricas. En estas manifestaciones se identifica un conocimiento específico, es decir, el contenido de la representación; y un proceso, la reconstrucción mental de la realidad. Moscovici (citado como en Villaroel, 2007, p 442).

Identificar los significados que tienen sobre su calidad de vida las personas mayores en el contexto de la institución, en sus representaciones sociales, puede incluir aspectos como la satisfacción con los servicios y cuidados recibidos, las relaciones sociales, la autonomía, la seguridad, el sentido de pertenencia, entre otros. Esta además permite comprender cómo se construyen las representaciones sociales en el entorno institucional, en este caso identificar la influencia de las interacciones con el personal de la institución con residentes en la construcción de representación de calidad de vida. En investigación cualitativa, las representaciones sociales se evidenciarían claramente en el proceso de codificación.

En definitiva, su valor se asocia al hecho de que permite la recuperación del conocimiento común, de las mentalidades y los comportamientos de la gente sencilla como objeto legítimo para la investigación científica (Vergara, 2008). En contexto del presente estudio, las representaciones permiten comprender cómo construyen y dan significado a su bienestar las personas mayores de Hogar Cardenal José María Caro.

5.14.2 Teoría de Adaptación

Nos apoyaremos en la presente teoría, en atención a procesos mismos de adaptación que vivencian las personas mayores una vez se institucionalizan. El modelo de la adaptación planteado por la enfermera Sor Callista Roy, quien

desarrolla esta teoría basada en su experiencia personal debido a los trabajos realizados en el área de pediatría, considerando el asombro que generó en ella la capacidad adaptación de los niños ocasionados por la enfermedad como también sus creencias en relación al ser humano.

El modelo de la adaptación planteado por la enfermera Sor Callista Roy, quien desarrolla esta teoría basada en su experiencia personal debido a los trabajos realizados en el área de pediatría, considerando el asombro que generó en ella la capacidad adaptación de los niños ocasionados por la enfermedad como también sus creencias en relación al ser humano.

Este modelo es de definido como una metateoría ya que utilizo otras teorías para su desarrollo, las bases teorías que la autora utilizó fue la teoría de los sistemas de Bertalanff y la Teoría de la adaptación de Harry Helson (1898-1977) quien desarrolla la teoría del nivel de adaptación de la percepción. “Con el transcurso de los años el modelo de adaptación ha mostrado un gran desarrollo, gracias a las actualizaciones y profundizaciones que ha realizado la autora, “siendo utilizado en el campo humanístico y en el campo de las ciencias sociales” (Moreno, n.d.).

Este modelo de adaptación se considera una Teoría de los Sistema el cual contiene cinco elementos esenciales:

Paciente: “persona” que recibe los cuidados. “Las personas son sistemas holísticos y adaptables.

- Meta: que el paciente o la persona se adapte al cambio.
- Salud: proceso de llegar a ser una persona integrada y total.
- Entorno: Condiciones, circunstancias e influencias del medio ambiente que rodean y afectan el desempeño y desarrollo de las personas.
- Dirección de las actividades: entregar las herramientas para facilitar la adaptación de la persona.

Por otra parte, el modelo de adaptación de Callista Roy identifica cuatro modos o métodos de adaptación:

- Modo de adaptación fisiológico: Al referirnos al modo fisiológico este encasilla las necesidades básicas como la temperatura corporal, oxígeno, sueño, alimentación eliminación de excretas, líquidos orgánicos etc.
- Modo de Adaptación del Autoconcepto/grupo: el autoconcepto incorpora los sentimientos del individuo acerca de su cuerpo y la propia persona, esto referido a la autoimagen (el yo), el cual debe responder a los cambios del entorno, “Este modo se centra, en particular, en los aspectos psicológicos y espirituales del sistema humano. La necesidad básica, en la que subyace el modo de adaptación de la autoestima del individuo, se ha identificado como la integridad física y espiritual, o como la necesidad de saber quién es uno mismo para poder existir bajo un sentido de unidad, significado y finalidad en el universo”. (Riffo Luengo & Salazar Molina, n.d., pág-5). Este modo se caracteriza por dos componentes el yo físico: sensaciones del cuerpo y el aspecto físico, y el yo de la persona el cual se caracteriza por los valores, las expectativas, la constancia, la moral, la ética y en modo espiritual “la espiritualidad del ser”
- Modo de adaptación el dominio del Rol: el modo de adaptación del dominio del Rol se basa en el papel que la persona cumple en la sociedad, ya sea madre, padre, hijo, jubilado, enfermo, etc. Se centra en la atención y ejecución de las diferentes actividades ya sea de la persona o grupo, estas asociadas a los roles que representan cada uno en la sociedad. Este modo de adaptación:

“El rol, interpretado como la unidad de funcionamiento de la sociedad, se describe como el conjunto de expectativas que se tienen del comportamiento de una persona que ocupa una posición hacia otra persona que ocupa otra posición. La necesidad básica en la que subyace el modo de adaptación de la función del rol, se ha identificado como integridad social: a saber, la necesidad que se

tiene de saber quién es uno mismo con respecto a los demás, para así saber cómo actuar”. (Riffo Luengo & Salazar Molina, n.d., pág-5).

- El modo de adaptación de la interdependencia: El modo de adaptación interdependiente hace énfasis en las relaciones interpersonales, esto referido a que cada individuo ejerce y recibe influencias debido a las interacciones con las personas de su entorno, se centra en las interacciones relacionadas con dar y recibir afectividad, respeto y ánimo. La necesidad subyacente para las personas es el contexto social. El modo de interdependencia para un individuo tiene dos componentes, las personas significativas y los sistemas de apoyo. Lo paralelo para el grupo son el contexto, infraestructura y recursos. Los estímulos incluyen factores externos como los económicos, sociales, políticos, culturales, religiosos y sistemas familiares. (Gualdrón Romero, n.d., p.64).

En este sentido se hace referencia a los cambios y la adaptabilidad que deben o están inmersos a sufrir las personas mayores que por voluntad propia y/o de terceros son institucionalizadas, la capacidad de interacción con el medio (pares insertos en la institución, como también a los profesionales y personal de los establecimientos), los cuales en ocasiones se convierten en las personas significativas en su entorno y en la realidad en que la institucionalización en establecimientos de larga estadía se emerge.

5.14.3 Teoría de la desvinculación

Para entender los cambios a nivel emocional y cognitivo que afecta a las personas mayores una vez son institucionalizadas, asociadas a la normalización que se genera respecto del distanciamiento social en sus diversas representaciones, nos apoyaremos en la Teoría de la Desvinculación, también conocida como teoría del retraimiento o teoría del desapego, la cual es considerada una Teoría psicosocial del envejecimiento, ya que afecta a las relaciones interpersonales de las personas mayores en este caso “individuo”, las relaciones con su entorno y la sociedad, así

como en los procesos internos que afrontan o experimentan las personas mayores en su ciclo vital. Fue postulada inicialmente por E. Cumming y W.E. Henry en 1961, y, más tarde, por Schaie y Neugarten. E. Cumming consideraba que el "El envejecimiento normal se acompaña de un distanciamiento o "desvinculación" recíproco entre las personas que envejecen y los miembros del sistema social al que pertenecen -desvinculación provocada ya sea por el mismo interesado o por los otros miembros de este sistema." (Cumming,1963, n.d., p.33).

Se considera que la persona mayor gradualmente se va separando de las relaciones sociales, aumentando considerablemente la reducción de sus roles más activos, centrándose en los aspectos más importante en su vida interior, de la misma forma la sociedad va aumentando el cierre considerado de actividades en relación a las personas mayores, como con prácticas como el cese de sus actividades laborales, la disminución del rol activo en la sociedad y la jubilación, esto da paso a la formulación de la teoría de la desvinculación de las personas mayores con la sociedad, la cual visualiza la desvinculación "como proceso inevitable del envejecimiento que va acompañado de una disminución gradual del interés por las actividades y los acontecimientos sociales del entorno de las personas ancianas"(Merchán Maroto & Cifuentes Caceres, n.d.). Según esta teoría en la etapa de la vejez se produce una dinámica de desarraigo ya sea por la privación o la ausencia de vínculos significativos con un lugar o un grupo de personas, lo cual genera en la persona mayor una rotura a la red social de pertenencia.

En consecuencia, basado en la teoría, la actitud de las personas mayores y su proceso de "desenganche", "va originando una cascada imparable de comportamientos y reacciones que le impulsan a la búsqueda del retiro social, como lugar óptimo deseado para conseguir la satisfacción personal en su vejez." (Merchán Maroto & Cifuentes Caceres, n.d.) En relación a lo anterior esto se puede visualizar en las personas mayores que optan por ingresar a las instituciones y/o Eleam, las cuales según sea el caso, consideran el retiro social

como una opción de descanso y tranquilidad, presentando comportamientos y actitudes basados en el interés principalmente centrado en sí mismo, en su circunstancia personal y su mundo interior.

En síntesis, la teoría de la desvinculación considera este accionar y la tendencia al aislamiento en personas mayores, como proceso normal del envejecimiento.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 Tipo de estudio

El diseño metodológico a utilizar en el presente estudio es de tipo Fenomenológico, en atención a que justamente se ajusta al proyecto de investigación que planteamos, que cómo objetivo tiene “ Identificar y comprender los aspectos que consideran cómo constitutivos de su calidad de vida las personas mayores entre 75 y 85 años institucionalizadas en el Hogar Cardenal José María Caro de Fundación Las Rosas en la comuna de La Florida, R.M”, en razón a que queremos conocer es la experiencia vivida y subjetiva de los participantes en cuanto a aquel fenómeno, intentando comprender por medio de sus discursos, las dimensiones que ellos reconocen cómo calidad de vida estando institucionalizados en Hogar de Fundación Las Rosas, pudiendo con ello, poder verificar si está asociado a presencia familiar, relaciones sociales, conformidad con el servicio u otros aspectos que pudieran despejarse.

En este caso se trata de una experiencia compartida de las personas mayores que serán participantes, quienes vivencian en problema de la Institucionalización, quienes independiente las razones que afectan en verse expuestos a no estar en domicilio propio, experimentan cambios importantes en su cotidianidad, relación con el exterior, afectando lo que para ellos consideraban cómo calidad de vida, entrando en un organismo que debiese salvaguardar las condiciones de vida de las personas, y propender a mantener acciones acorde a favorecer el bienestar emocional, físico y social de estos. En dicho sentido, se intenta conocer desde la

perspectiva de las personas mayores institucionalizadas, cuáles son los aspectos que consideran como constitutivos de su calidad de vida, y que en definitiva los hace sentir emocionalmente tranquilos y estables.

Este tipo de diseño implica el análisis de discursos y la búsqueda de posibles significados, donde además el investigador confía en la intuición y en estructuras universales para aprender la experiencia de quienes participan, pudiendo identificar patrones, y llegar a generar un producto y/o reflexión que posteriormente podría presentarse cómo estrategias para la intervención en mejorar calidad de vida de personas mayores institucionalizadas.

Husserl en Brennan (1999) define la fenomenología como el "estudio de los fenómenos tal como los experimenta el individuo, con el acento en la manera exacta que un fenómeno se revela en sí a la persona que lo está experimentando, en toda su especificidad y concreción" (De los Reyes N et al., n.d.).

De dicho estudio, se podrían desprender categorías asociadas a la presencia de familia y/o persona significativa, relaciones interpersonales internas, salud física y mental, satisfacción por los servicios que entrega el organismo, u otras.

Además de la perspectiva fenomenológica, nos apoyaremos en el diseño narrativo, en atención a que aquí *"el investigador recolecta datos sobre las historias de vida y experiencias de determinadas personas para describirlas y analizarlas"* (Lévano, 2007). Respecto de este diseño, asociado al interior, el interés son las personas y su interacción con el entorno, pretendiendo entender la sucesión de situaciones en este caso en contexto de personas mayores institucionalizadas donde se involucran emociones, pensamientos y sentimientos, para comprender su percepción de acuerdo a los aspectos que consideran como constitutivos de su calidad de vida. Por narrativa, se entiende por historias relatadas por quienes experimentan el hecho, siendo las personas mayores seleccionadas, quienes por medio de entrevistas podrán narrar experiencia en cuanto a hecho que se estudia, y de ahí convergen categorías que den respuesta a tema que se investiga.

6.2 Operacionalización de categorías:

Enunciado	Categorías de base
<i>“Aspectos que consideran cómo constitutivos de su calidad de vida las personas mayores entre 75 y 85 años institucionalizadas en el Hogar Cardenal José María Caro de Fundación Las Rosas en la comuna de La Florida, R.M</i>	Concepto de Calidad de vida
	Salud física y mental
	Apoyo familiar y/o persona significativa
	Relaciones sociales
	Ofertas programáticas y entrega de servicios

6.3 Planificación del Trabajo de Campo

- Con el objetivo de conocer las percepciones acerca de la calidad de vida en personas mayores institucionalizadas, la presente investigación fue de carácter cualitativa.
- Respecto de las fuentes utilizadas estas fueron de carácter primarias, en atención a ser personas, en este caso, Personas Mayores Institucionalizadas en Hogar Cardenal José María Caro de la comuna de La Florida, de Fundación Las Rosas.
- Se solicitó autorización y el permiso correspondiente para el ingreso a la institución donde se llevó a cabo el estudio.

- El tipo de instrumento a utilizado fue la Entrevista semi estructurada, con preguntas concretas que dieron respuestas a las categorías de base establecidas y que permitieron a las personas mayores seleccionadas poder expresar en cuanto a la comprensión de su calidad de vida al interior de residencia y además incorporar las que estime necesaria el entrevistador hasta obtener el dato necesario y con ello llegar a la saturación de categorías, pudiendo así vislumbrar otras percepciones que impactan en su calidad de vida.
- Se diseñó el instrumento (entrevista semi estructurada) para posteriormente ser aplicado a las Personas Mayores Institucionalizadas en Hogar Cardenal José María Caro de la comuna de La Florida, de Fundación Las Rosas.

En cuanto al tipo de muestreo, este será Homogéneo, “en las muestras homogéneas las unidades que se van a seleccionar poseen un mismo perfil o características, o bien comparten rasgos similares ”(Hernandez, 2014,). Para el presente estudio se ha utilizado el tipo muestreo de grupo que efectivamente mantiene características similares (Homogéneo), en atención a ser personas mayores que están institucionalizadas en Hogar Cardenal José María Caro de la comuna de La Florida, de la Fundación Las Rosas, quienes debieron cumplir con los siguientes criterios de inclusión:

- Contar con una permanencia mínima en ELEAM, igual o superior a 6 meses, considerando permitirá contar con una mirada más clara respecto de la experiencia vivenciada en contexto de institucionalización, asegurando haber logrado proceso de adaptación al entorno.
- De ambos sexos, para conocer la percepción tanto de mujeres y hombres, y con ello poder revisar si para ambos la calidad de vida se experimenta de manera semejante.
- En el rango de 75 a 85 años, que es el promedio de edad de los residentes en el hogar.

- Personas mayores que de acuerdo a instrumento pfeiffer tengan un nivel de deterioro cognitivo leve. Dicho instrumento es una “Herramienta de screening para la detección de trastorno cognitivo en pacientes en los que se sospecha que éste pueda existir, posee 11 preguntas que exploran la memoria a corto y largo plazo, orientación, información sobre hechos cotidianos y finalmente la capacidad de cálculo”. (Mamani, 2017, p.34). Para el acceso a dicha información se pedirá autorización a la directora del Hogar Cardenal José María Caro, quien definirá el universo de personas mayores, quienes efectivamente cumplen con la condición de deterioro cognitivo leve.
- Una vez seleccionadas las personas mayores para el presente estudio, se procederá a pedir su autorización y participación a dicha entrevista, a su vez se otorgará un consentimiento informado otorgado por la casa de estudio “UNIVERSIDAD DE ARTES, CIENCIAS Y COMUNICACIÓN, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales (UNIACC)” el cual deberán firmar declarando estar en conocimiento de los objetivos de investigación y el contexto en que se realiza. “El uso de consentimientos informados es una práctica que pretende garantizar el principio ético de la autonomía; la persona es adecuadamente informada sobre una propuesta y es ella quien consiente, o no, que esto se lleve a cabo. El propósito es que las intervenciones técnicas que afectan a la persona estén tomadas desde su conocimiento y aceptación” (Martínez, 2011, p.67).
- La aplicación de la entrevista será registrada mediante archivos de audio (grabación). Una vez aplicado el instrumento se rescatará de los discursos de las Personas Mayores, el máximo de información para el presente estudio, (hechos relevantes, experiencias de vida, entre otros). Luego de ellos se procederá con la codificación de los datos proporcionados, para su posterior análisis e interpretación.

6. 4. Formato Entrevista Estructurada



UNIVERSIDAD DE ARTES, CIENCIAS Y

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales
Programa de Licenciatura en Trabajo Social

Entrevista Semi Estructurada

Para personas mayores seleccionadas para estudio Cualitativo

La siguiente entrevista hace parte de un trabajo de investigación Cualitativo que busca conocer las percepciones que tienen sobre su calidad de vida las personas mayores entre los 70 y 80 años, hombres y mujeres, institucionalizadas en Fundación Las Rosas, Hogar Cardenal José María Caro, comuna de La Florida.

*La información suministrada será solamente con propósitos académicos y manejada con estricta confidencialidad.

Lugar: Hogar Cardenal José María Caro, comuna de La Florida

Fecha _____ Hora _____

Edad	
Sexo	
Tiempo permanencia en ELEAM	

PREGUNTAS

1- Dimensión Calidad de Vida

- ¿Conoce el concepto Calidad de vida?
- ¿Qué significa para usted la calidad de vida?

2- Dimensión Salud Física y Mental

- ¿Tiene alguna enfermedad crónica y/o de salud mental? ¿Cuál/es?
- ¿Se encuentra en tratamiento?
- ¿Cómo afecta esta enfermedad en sus actividades de la vida diaria?
- ¿Cree que la salud física es fundamental para tener calidad de vida?, ¿por qué?
- ¿Cree que la salud mental es necesaria para tener calidad de vida?; ¿por qué?
- ¿Siente que esta enfermedad afecta en su calidad de vida? ¿por qué?

3- Dimensión familia y persona significativa

- ¿Tiene usted familia y/o persona significativa?
- ¿Cómo describiría el vínculo que mantiene con su familia y/o persona significativa?
- ¿Durante su permanencia en el ELEAM con cuanta frecuencia lo visitan?
- ¿De qué forma influye la presencia de su familia y/o persona significativa en su calidad de vida?

4- Dimensión relaciones sociales

Dentro del hogar:

- ¿Mantienen relaciones de amistad con alguien?, ¿con quiénes?, ¿cómo son estas relaciones?
- ¿De qué forma le afecta tener relaciones o vínculos dentro del hogar?, ¿por qué?
- ¿Cómo afecta la calidad de vida tener vínculos o relaciones dentro del hogar?

- ¿Cree que mejora la calidad de vida con estas relaciones?, ¿por qué?

5- Dimensión Ofertas programáticas y Entrega de Servicios

- ¿Cómo son las actividades recreativas que se desarrollan acá?; ¿qué opina de estas?, ¿son suficientes o adecuadas?, ¿por qué?
- ¿Cómo afectan su calidad de vida estas actividades o servicios?, ¿por qué?
- ¿Considera usted que los servicios (alimentación, salud, higiene y confort) otorgados por el ELEAM son relevantes para mantener o mejorar su calidad de vida?
- ¿Qué tipo de actividades le gustaría incorporar a la rutina del ELEAM?
- ¿Cual o cuales de las dimensiones revisadas, u otro no informado, usted considera cómo el más relevante al momento de mantener una buena calidad de vida?

7. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

7.1 Categoría calidad de vida

Respecto del objetivo de Caracterizar el concepto de calidad de vida que tienen las personas mayores entre 75 y 85 años institucionalizadas en el Hogar Cardenal José María Caro de la comuna de La Florida, se puede señalar que cada entrevistado le otorga su respuesta de acuerdo a su realidad e historia personal, las cuales son variadas.

En su totalidad, los entrevistados inicialmente dudan o no tienen una idea clara en cuanto a conocer con claridad a que se refiere el concepto de calidad de vida. principalmente lo asocian a su historia de vida, la conformidad con esta, necesidades básicas y emocionales cubiertas, a sentirse bien y estar tranquila.

En relación a lo anterior y tal como lo menciona Julialba Castellanos Ruiz, en su investigación del año 2002. "La calidad de vida es concebida por el adulto mayor como un estado de bienestar que lo acoge, que lo hace sentir importante, lo reconoce y lo invita a vivir estados de tranquilidad" (Castellanos Ruíz, 2002).

Por lo anterior podemos afirmar que existe relación entre la investigación de Castellano Ruiz y lo señalado por los participantes en este estudio, donde se confirma que tanto la tranquilidad y el estado de bienestar son aspectos que se consideran cuando las personas mayores definen el concepto calidad de vida.

"Calidad de vida...lo que yo entiendo cómo se llama, haber tenido una buena vida, haber pasado lo bueno y lo malo" (D.C.J. 78 años).

"Eeee, no estoy muy clara, tiene que ver con estar bien... algo entiendo" (H.B.D. 79 años)

"Es estar conforme con la vida, que no le falte nada..., cariño, respeto, amor" (H.B.D. 79 años)

"Calidad, calidad de vida, si, estar en una vida tranquila" (I.B.D. 79 años)

"Calidad unas cosas acerca del amor" (H.B.D. 79 años)

"Sí, una buena calidad de vida. Gracias a Dios, sí, gracias a Dios lo tuve"(H.B.D. 79 años)

A partir de los relatos de las personas mayores, se puede deducir que estos asocian el concepto de calidad de vida a bienestar y sentimientos de amor, es decir le otorgan una connotación positiva y que debe estar presente en cada etapa de su vida.

Por otra parte, uno de los entrevistados relaciona una buena calidad de vida con su religiosidad. Agradeciendo a Dios su buena calidad de vida.

Finalmente con todo lo señalado anteriormente podemos entender que la calidad de vida es un estado de bienestar general, estabilidad y conformidad.

7.2 Categoría Salud Física y Mental

De acuerdo al objetivo de comprender la importancia que le otorgan a la salud física y mental como dimensión de su calidad de vida las personas entre 75 y 85 años residentes del Hogar Cardenal José María Caro de la comuna de La Florida, es posible aclarar que cada uno le otorga su relevancia y respuesta de acuerdo a su realidad y vivencias personales.

En este sentido, de acuerdo a despejar posible presencia de enfermedades, la mayoría de los participantes presentaba patologías crónicas de base como hipertensión.

“Soy hipertenso y parece que tengo prediabetes ... (D.C.J. 78 años)

”Soy hipertensa, sí, pero ninguna otra enfermedad tengo... (J.A.C. 85 años)

Sin embargo, la totalidad de los entrevistados presentaba una discapacidad física y utilizaban ayudas técnicas. Dentro de las discapacidades estaba la disminución auditiva con uso de audífono (H.B.D. 79 años) secuela por fractura de rodilla, quien utilizaba un andador para trasladarse (D.C.J. 78 años) y por último artrosis avanzada en pie y manos, donde utilizaba andador para trasladarse (J.A.C. 85 años).

"Hace un año me operé de aquí de la rodilla porque me caí (muestra cicatriz), me pusieron prótesis así que salió todo bien, pero uso este burro para apoyarme” (D.C.J. 78 años)

"Lo único que tengo es audífonos en este oído (lo saca y muestra a entrevistadora)" (H.B.D. 79 años).

"Yo tengo una enfermedad que se me deforman los huesos de los pies de las manos entonces, Artrosis" (J.A.C. 85 años).

"Sí, porque yo no tengo fuerza en los dedos. Si a mí me sacaron una radiografía y me encontraron que yo tenía los tendones cortados" (J.A.C. 85 años).

Importante destacar que cada uno de los entrevistados recibe atención médica y tratamiento farmacológico de acuerdo a sus necesidades.

"En la mañana y en la tarde pasa alguien y me dan las pastillas". (D.C.J. 78 años)

"Lo único que tomo es paracetamol, una pastillita todos los días, pero no se para que me la dan". (H.B.D. 79 años).

"El médico me dio un tratamiento para los huesos". (J.A.C. 85 años).

"Que siga adelante nomás que siga. Porque además está controlada" (J.A.C. 85 años).

Las personas mayores institucionalizadas le otorgan una baja relevancia a su condición de salud cuando hablamos del concepto de calidad de vida. En su generalidad aceptan las enfermedades que poseen y se adaptan. Los resultados, se asocia a que la atención de salud es oportuna.

Lo anterior lo podemos reafirmar cuando obtenemos respuesta a la siguiente pregunta ¿Afectan estas enfermedades en sus actividades de la vida diaria? Es acá cuando los entrevistados aseguran que su condición de salud actual no afecta el desarrollo de sus actividades de la vida diaria.

“No me afecta, porque uno teniendo ganas hace las cosas igual... Incluso me han operado y me sanado totalmente rápido, naturalmente” (D.C.J. 78 años)

“No, Yo tengo enfermedades y no puedo caminar sin este burro, pero igual hago mis cosas y cuando no puedo las señoritas me ayudan”. (D.C.J. 78 años).

“No afecta, (sube los hombros)” (H.B.D. 79 años).

“Yo, creo que cuando es voluntad de dios que uno tenga una enfermedad, uno lo lleva contenta, porque nuestra vida tiene que estar pegada a Dios. Entonces la enfermedad a nosotros no nos aflige ni tenemos miedo a la muerte”. (J.A.C. 85 años).

En cuanto a la pregunta ¿Siente que esta enfermedad afecta en su calidad de vida? La mayoría de los entrevistados refiere que esta dimensión no interfiere en su calidad de vida

"Se puede decir que no, con decirle que porque no es una cosa para preocuparse mucho, yo vivo igual y hago mis cosas". (D.C.J. 78 años).

No, no, no, no me afecta porque no ando con pena ni, yo digo, bueno es la voluntad de Dios que tenga esto. Que siga adelante nomás que siga. Porque además está controlada". (J.A.C. 85 años).

Sin embargo, solo uno de los entrevistados refiere que la salud física y mental son fundamentales para tener una buena calidad de vida. Tal como refiere la siguiente cita:

"Si porque uno se siente libre de hacer lo que quiere, feliz". (H.B.D. 79 años).

Lo descrito anteriormente hace relación con lo que señala la Organización Mundial de la Salud, que refiere que la salud mental es “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, n.d.).

De los entrevistados, una de ellos, J.A.C 85 años, asocia su aceptación de enfermedades en relación a sus creencias religiosas, quien se manifiesta tranquila en atención a que acepta la voluntad de dios.

“Yo, creo que cuando es voluntad de dios que uno tenga una enfermedad, uno lo lleva contenta, porque nuestra vida tiene que estar pegada a Dios. Entonces la enfermedad a nosotros no los aflige ni tenemos miedo a la muerte” (J.A.C 85 años).

Como se señala anteriormente, efectivamente existe una relación en cuanto a la aceptación de la enfermedad y la atención oportuna, lo cual implica que personas mayores mantienen seguridad en cuanto a la atención y cuidados médicos que reciben estando institucionalizados, lo que se visualiza en atención a que dicha categoría salud también se ve reflejada en la oferta programática y servicios, para lo cual dos de los participantes dan cuenta que en caso de ocurrir alguna situación especial, la atención es inmediata y que están preocupados de todo lo que necesitan o les pase, haciendo entender en definitiva que el servicio que entrega la institución es oportuno.

“Cómo ahora que cuando me caí se acercó la señorita y me pinchó el dedo, y después vino alguien de la cocina y me dio colación, manzana picada” (D.C.J. 78 años)

“Sí, todos se preocupan de la menor cosa que uno tenga... Todo, que si acaso no puede comer tal cosa, le dan dieta, le dan cosa que puedan comer” (J.A.C 85 años).

Cómo resultado a la variable salud, es posible resumir que pese a que inicialmente la mayoría de las personas mayores no le entregan una relevancia directa y explícita a su salud cómo aspecto de su calidad de vida, si existe de parte de investigadores una segunda lectura en cuanto a la relevancia de dicha área, considerando todos logran acceder a una atención oportuna en salud que permite mantenerse completamente estables, con mínimos riesgos de descompensación, saludables, quienes obtienen de parte de la institución el seguimiento permanente y el control farmacológico u otro que evita exposición, por lo que en otros escenarios, dicha falta de atención podría efectivamente afectar su estado de calidad y ello evidenciarse cómo factor del riesgo al momento de valorar su calidad de vida. En tal sentido, es que se precisa de relevancia la variable salud y que mantener una atención oportuna y permanente afecta positivamente su calidad de vida.

7.3 Categoría Familia y/o Persona Significativa

Respecto de la indagación en cuanto a la relevancia que le otorgan al apoyo familiar y/o de persona significativa como aspecto constitutivo de su calidad de vida las personas entre 75 y 85 años institucionalizadas en el Hogar Cardenal José María Caro de la comuna de La Florida, se puede describir que cada participante entrega su opinión en cuanto a la importancia que le delegan a familia y/o persona significativa, de acuerdo a su percepción, realidad e historia personal de vida.

Dos de los encuestados refieren que mantienen una relación con su familia directa sus hijos, quienes los visitan de manera regular, una vez por semana. Sin embargo, uno de ellos, D.C. J., refiere que la relación con hija cada vez es más distante, es decir las visitas son cada vez más lejanas, sobre todo cuando deben abordar temas asociados a dinero. No obstante D.C.J. manifiesta comprende dicha falta de apego de la hija, ya que no fue un padre presente durante su infancia.

"De primera era más a menudo que venía, más seguido, pero después ya se empezó a alejar, alejar".(D.C.J. 78 años)

"Mire, bueno, más o menos, porque para el día del papá ni siquiera me llamó, para saludarme nada, y..., ella también está sentida conmigo, porque yo cuando ella llegó a esta vida yo no estaba al lado de ella..."(D.C.J. 78 años)

En cuanto a la otra participante que cuenta con presencia familiar es H.B.D. 78 años, quien reconoce a su único hijo como figura significativa, sin embargo, por decisión de participante mantendría una comunicación distante y además no lo vería frecuentemente, señalando además que no tiene salidas con hijo y tampoco la acompaña a controles médicos en APS.

"Pero no lo veo muy seguido. ¿Qué es muy seguido? Sólo me visita una vez a la semana, no tiene salidas, no me acompaña a los controles médicos...". (D.C.J. 78 años)

Por lo anterior se observa que ambos participantes, pese al distanciamiento familiar, de acuerdo a observación participante del investigador, no se logra evidenciar cambio de estado emocional, más bien se adaptan a dicha condición.

"a veces me bajoneo, porque, porque me siento sólo, pero igual no me gusta hablar mucho, yo soy solitario y no me gusta la gente, pero me da la misma cuestión"(D.C.J. 78 años)

"Yo creo que sí, Yo creo que sí, pero bueno, tampoco me voy a poner de rodillas. (D.C.J. 78 años)

Referente a segunda participante, I.B.D esta se desentiende de relación familiar, quien relata que evita mantener contactos regulares con familiares, quien mantiene

instruido al hijo, respecto de que información que deseen saber de ella, debe ser consultada solo en la enfermería del hogar.

"No me gusta que me llame por teléfono a mí, si quiere saber de mí, le digo que llame a fondo"(H.B.D. 79 años).

"Me visita mi nieta. Me visita una vez por semana. Tampoco hablo con ella por teléfono. Por indicación mía. Si quieren saber de mí, que me llamen a enfermería"(H.B.D. 79 años).

En cuanto a la participante J. A. C., se puede dar cuenta, que es la única que no cuenta con familia directa o persona que acompañe en el hogar, como tampoco cuenta con la figura de apoderada. Lo anterior se debe a que fue hija única, de relación matrimonial no tuvo hijos, cónyuge fallece y familia ascendiente ya se encuentra fallecida. Reconoce como única persona significativa a pastor de iglesia evangélica de la comuna de San Bernardo, quien la visita y la retira del hogar el día de su cumpleaños, siendo la única salida anual que mantiene con persona significativa.

"No, actualmente no. Lo que me viene a buscar el Pastor para el aniversario y busca el tiempo en que está pronto al primero de junio (su cumpleaños)"(J.A.C. 85 años).

Sin embargo, pese a que el participante J.A.C. no cuenta con presencia de familia ni de persona significativa, afirma que ello no afecta a su calidad de vida, de quien de acuerdo a su relato, logra vivir tranquila y conforme con su vida. Para el presente caso, la creencia religiosa es de una relevancia tan importante, que ello le permite entregar tranquilidad a todas las esferas de su vida, proyectando su vida en cuanto a las bendiciones que entrega su dios. Dicho apego a lo espiritual, se vincula además a que de adolescente la presente decide ser Monja de Claustro, y

una vez sale del convento continúa manteniendo un apego importante con la iglesia.

"Y que de afectar, sí me afectaba, pero por la gracia del señor, ese dolor pasa luego" (J.A.C. 85 años).

"No, porque me pasa una cosa que yo siempre tuve unida al señor. Empecé tan jovencita a servirle al señor" (J.A.C. 85 años).

"A mí no me no me falta nada porque yo tengo a Dios, él es mi esposo" (J.A.C. 85 años)..

De acuerdo a lo anterior, donde dos de los tres participantes cuenta con presencia familiar, aunque distante, y una tercera participante, sin vínculo familiar, es posible dar cuenta que su totalidad no manifiestan que esta dimensión influya en su calidad de vida, ello asociado al tiempo de permanencia en el centro, los que fluctúan entre 7, 3 y 2 años de antigüedad, permitiendo lograr una adecuada adaptación al espacio y un desplazamiento de las necesidades de apego familiar, siempre ello asociado a su historia de vida familiar.

"a veces me bajoneo, porque, porque me siento sólo, pero igual no me gusta hablar mucho, yo soy solitario y no me gusta la gente, pero me da la misma cuestión" (D.C.J. 78 años)

"Mi familia a mí no me hace falta. Yo soy arisca" (H.B.D 79 años)

"El último, la familia. Es que si no están, no hacen falta". (H.B.D. 79 años)

Al respecto de lo último, los participantes le restan relevancia al ámbito familiar al momento de definir su calidad de vida, siendo dos de los participantes quienes entregan en la categoría de familia y/o persona significativa mayor relevancia a la relación cercana que mantienen con funcionarios del hogar, quienes agradecen y

reconocen la gentileza y cariño en la atención, con quienes si se logra evidenciar un mayor vínculo en atención a la regularidad de la relación.

"Con la señorita terapeuta, con ella consigo todo lo que quiero, es muy buena conmigo". (D.C.J. 78 años)

"Bien, yo soy la regalona acá, nadie me ha podido quitar el trono. Siempre me eligen para todas las entrevistas. Todos se preocupan de mi" (H.B.D 79 años)

"Después de tanto tiempo en el hogar, estas personas son mi familia". (H.B.D 79 años)

Por último, es posible señalar que la totalidad de los entrevistados realiza ingreso voluntario y por decisión propia a hogar de Fundación Las Rosas, vinculado también directamente a dinámicas familiares y al desapego, y en tercer caso por carecer de familia consanguínea y/o persona significativa que pueda asumir cuidados y acompañamiento.

"Yo me dije a mi hija que me buscara por internet un lugar para acuartelarme".(D.C.J. 78 años)

"Yo llegué aquí por mi voluntad propia, yo me quise venir a vivir aquí y fue la mejor decisión". (H.B.D. 79 años)

"Yo decidí venirme al hogar, nadie me obligó, yo quería estar lejos". (H.B.D 79 años)

"donde estaba me estaban haciendo sufrir mucho; era una que se hizo pasar por el familiar porque creía que yo tenía toda la plata que me quedó cuando murió mi viudo esposo y no tenía nada". (D.C.J. 78 años).

De aquí se puede deducir relación cruzada en cuanto a las categorías de base y códigos emergentes, en atención a que a la dimensión familiar y/o persona

significativa, las apreciaciones de las personas mayores las asocian mayoritariamente al vínculo positivo generado con funcionarias de centro, repitiendo el patrón en categorías siguientes de relaciones sociales y ofertas programáticas, donde prevalece la importancia que le otorgan a las relaciones significativas con quienes integran la residencia, vinculado al proceso mismo de permanencia en centro y adaptación, quienes se integran y hacen parte de un organismo en todas sus esferas, involucrando de manera significativa las relaciones cercanas generadas con quienes se encargan de su cuidado y protección, desplazando la presencia y labor de acompañamiento que entrega la familia, considerando estando institucionalizados, sus obligaciones “disminuyen”.

7.4 Categoría Relaciones Sociales

En cuanto al objetivo de Comprender la importancia que le otorgan a las relaciones sociales generadas al interior de la residencia como aspecto de su calidad de vida las personas entre 75 y 85 años residentes del Hogar Cardenal José María Caro de la comuna de La Florida, se puede dar cuenta que cada participante entrega su opinión en cuanto a categoría propuesta de acuerdo a su percepción e interacción con su medio inmediato.

En dicho sentido, se puede inferir que, de acuerdo al resultado de las entrevistas, dos de los participantes en el estudio manifiesta no mantener relaciones de amistad con sus pares al interior de residencia para personas mayores, siendo solo uno de los entrevistados quien entrega menor relevancia a generar vínculos con pares, sólo los reconoce como conocidos, sin involucrar vínculos de afecto. Si bien, le gusta estar en compañía, no le otorga relevancia al hecho de no contar con esta.

"No, y me preguntan, ¿usted tiene amigos? y yo le digo conocidos nomas. Con decirte que una vez yo le pregunté a un compañero si éramos

amigos, y él me dijo que éramos amigos, y cuando él me preguntó a mí, yo le dije que éramos conocidos nomas". (D.C.J. 78 años)

"No le afecta. Da la misma cuestión. (D.C.J. 78 años)

Es aquí donde el participante asocia su permanencia en la residencia para personas mayores con la tranquilidad en el espacio, emergiendo la relevancia que le entrega al lugar/institución, a su estabilidad, quien refiere actualmente mantiene pieza solo, pese a que mayoritariamente no le gusta estar solo, reconoce que cuando está con compañeros mantiene arraigadas costumbres en cuanto a vivir la mayor parte de su vida sólo, por ello, se molesta con hábitos que él no comparte.

"No, lo único que me gusta a mí aquí es la tranquilidad, así que, en este momento tengo mi pieza, estoy sólo" (D.C.J. 78 años)

¿Le gusta estar sólo? La verdad es que no mucho, pero soy medio..., por ejemplo, mi compañero de pieza, no me gusta que mi compañero de pieza que sea bullicioso, así que cada uno ocupa su lugar, él aquí en su cama y yo aquí en la mía, él con sus cosas y yo con las cosas mías. No me gusta que me ocupen las cosas a mí. (D.C.J. 78 años)

Por su parte, la participante J.A.C, manifiesta disfrutar de compartir con demás residentes del hogar, conversar y reír, siendo característico de ella interactuar cada día y preguntar por cómo están las demás personas, sin embargo, recalca no tener apego con alguna persona en particular, más bien un trato igualitario con la mayoría, confirmando que le hace feliz tener una relación positiva con todos, sin embargo manifiesta que no le afecta en su calidad de vida contar o no con relación de amistad dentro de residencia.

"No todo con todo igual. No tengo ninguna persona en particular". (D.C.J. 78 años)

"Me gusta, me gusta. Hablar con las personas y conversar y reír de las cosas de ellas, pero no me afecta" (D.C.J. 78 años)

"Me gusta En la mañana cuando me levanto saludo a todos los viejitos y le pregunto ¿cómo están ustedes? ¿Cómo amanecieron?.. entonces, eso me llena a mí" (D.C.J. 78 años)

Frente a lo anterior, es que se puede apreciar en su mayoría, que participantes logran mantener relaciones cordiales con demás residentes del centro, sin profundizar en vinculación afectiva

Solo una participante, H.B.D. manifiesta haber generado vínculos de apego con algunas residentes del hogar, a quien considera "amigas", nombrándolas y dando cuenta que son de gran apoyo, que pueden compartir sus sentimientos, rememoran historias de vida y que también la contienen.

"Son cercanas, conversamos de nuestra familia, que nos gusta, nos reímos, porque conversamos, recordamos nuestra infancia, y lloro cuando tengo pena... son de mucho apoyo". (H.B.D 79 años)

Es en esta dimensión de relaciones sociales donde nuevamente se presenta el código cercanía, donde la participante da H.B.D, da cuenta de lo bien integrada que se encuentra en el hogar, quien se siente querida, valorada y tomada en consideración para cada actividad que se lleva a cabo, donde significa a los funcionarios y residentes cómo su nueva familia.

"Bien, yo soy la regalona acá, nadie me ha podido quitar el trono. Siempre me eligen para todas las entrevistas. Todos se preocupan de mi" (H.B.D.79 años)

"Después de tanto tiempo en el hogar, estas personas son mi familia". (H.B.D. 79 años).

Cómo resumen a variable de Relaciones sociales,de acuerdo al relato de los participantes, esta no se encuentra asociada directamente cómo un aspecto constitutivo de su calidad de vida, quienes no la consideran como una condición que les afecte de estar o no presente, reconociendo tratos cordiales con demás

residentes, sin embargo sin relaciones de mayor profundidad. si nuevamente se releva en esta dimensión las relaciones de cercanía con funcionarios de los diferentes departamentos de la institución, donde se reconoce el sentirse acogidos, escuchados y tomados en cuenta en cuanto a sus opciones y decisiones.

7.5 Categoría Ofertas Programáticas y Servicios

Referente al objetivo de profundizar en cuanto a la relevancia que tiene como aspecto de la calidad de vida la conformidad con las ofertas programáticas y de entrega de servicios institucionales en personas mayores entre 75 y 85 años residentes del Hogar Cardenal José María Caro de la comuna de La Florida, se puede dar cuenta que esta se basa en la experiencia personal de cada participante en cuanto a su estadía en el hogar.

En este sentido se puede inferir que existe un acuerdo unánime de parte de los entrevistados en cuanto a la satisfacción por la entrega de servicios que ofrece la institución, donde se repite en diversas oportunidades que la atención es buena, fabulosa, la felicidad que sienten de estar en el lugar, la atención oportuna de los funcionarios. Lo anterior da cuenta que en general los entrevistados logran mantener sentimientos de seguridad y templanza.

“Nos atienden bien, aquí hay buena atención" (D.C.J. 78 años)

“Buena, no hay nada que decir" (D.C.J. 78 años)

“Por eso yo le digo señorita que estoy bien" (D.C.J. 78 años)

“En general de todos hay un cariño, tienen una atención fabulosa, maravillosa. Me ayudan a mí a bañarme, a hacer mis cosas (H.B.D. 79 años)

“Si, el hogar es el cielo, estoy conforme atención, cariño, comprensión. Todo lo que necesito ".(H.B.D. 79 años)

"El hogar, es el cielo, a mí me gusta estar aquí".(H.B.D. 79 años)

"Yo llegué aquí por mi voluntad propia, yo me quise venir a vivir aquí y fue la mejor decisión".(H.B.D. 79 años)

"Estoy en el cielo gracias a Dios"(H.B.D. 79 años)

"Yo soy feliz en el hogar"(H.B.D. 79 años)

"Sí, sí, sí, sí. Sí, me gustas, si no... no miento, sí, yo caí bien aquí". (J.A.C. 85 años)

"Nos atienden muy bien, muy bien, muy bien. La vida y de todo" (J.A.C. 85 años)

"Yo pedí al señor, le dije llévame una parte a donde estés tú presente y...que haya algo de Dios. Y me encontré esta" (J.A.C. 85 años)

Como se presenta en las varias citas expuestas, es importante valorar la relevancia que le otorgan a la categoría de ofertas programáticas y de servicios las personas mayores por encima de las otras variables revisadas anteriormente en cuanto a la influencia en su calidad de vida, siendo el espacio donde además surgen la mayor parte de categorías asociadas a aspectos positivos, donde afloran la satisfacción, sentimientos de felicidad, seguridad, anhelos y de agradecimiento.

Se destaca el importante rol que desempeñan en esto las funcionarias/os del centro, desde terapeutas, colaboradoras, directoras, enfermeras y hasta manipuladoras de alimentos, de quienes entrevistados en su mayoría mantienen una excelente valoración, quienes según relato, se entiende, mantienen un gran compromiso y vocación, quienes apoyan hasta en los mayores detalles, lo cual permite que estos se sientan completamente integrados y aceptados, pudiendo desarrollar sensación de seguridad de que contarán siempre con la presencia de alguien para lo que se necesite, haciendo aquí también presente la atención oportuna cómo código entrelazado a las atenciones de salud y la oportunidad y tratamiento de las dolencias.

"Cómo ahora que cuando me caí se acercó la señorita y me pinchó el dedo, y después vino alguien de la cocina y me dio colación, manzana picada" (D.C.J 78 años)

"Mire la cocinera se esfuerza también por hacer las cosas buenas, entonces Yo a todas les hago la pata" (D.C.J 78 años)

"En el hogar yo tengo atención médica, y en la casa no tengo nada" (D.C.J 78 años)

" La sra. Pati (colaboradora). Me trata con mucho cariño. Yo también la quiero. Se preocupa de mí. (H.B.D. 79 años)

"La srita Diana se preocupa hasta de lo más mínimo, peluquería, las uñas, mi salud, el baño. Siempre me dice, Ildita, "vamos a cortarnos el pelo", Ildita, "vamos a cortarnos las uñas. (H.B.D. 79 años)

"Sí, todos se preocupan de la menor cosa que uno tenga... Todo, que si acaso no puede comer tal cosa, le dan dieta, le dan cosa que puedan comer" (J.A.C. 85 años).

Para continuar en misma línea en cuanto a relevancia que le otorgan a su calidad de vida aspectos asociadas a la conformidad en la atención, todos los entrevistados agradecen estar en hogar y lo manifiestan de acuerdo a su creencia religiosa, en cuanto a bendición de estar en dicho espacio, e incluso que su vida a mejorado estando institucionalizados, donde uno de ellos, (D.C.J 78 años), afirma que ahora ha logrado acceder a cosas que no tuvo siquiera cuando era un niño. Ello se asocia directamente a que logra mantener cubiertas sus necesidades básicas y superiores.

"Doy gracias a mi dios eso sí, porque nos dan del desayuno para abajo" (D.C.J 78 años)

"Estoy mejor que nunca, cosa que no tuve esa satisfacción cuando niño, la tengo ahora que estoy viejo" (D.C.J 78 años)

"No dejo de darle gracias al generador (Dios), porque él ha sido maravillosamente bueno, muy bueno" (D.C.J 78 años)

"El hogar, es el cielo, a mí me gusta estar aquí". (H.B.D. 79 años)

"Estoy en el cielo gracias a Dios" (H.B.D. 79 años)

"yo pedí al señor, le dije llévame una parte a donde estés tú presente y...que haya algo de Dios. Y me encontré esta" (J.A.C. 85 años).

"Tranquila, gracias a Dios. Sí, sí doy gracias al señor todos los días" (J.A.C. 85 años)..

En cuanto a las ofertas programáticas y recreativas propiamente tal, la totalidad se siente conforme y reconoce claramente las actividades que se desarrollan en el centro asociadas a talleres de ejercitamiento, salidas especiales, celebración de festividades, entre otras, para lo cual quienes al momento de consultar en cuanto a otras posibles, la mayoría asocia a la posibilidad de aumentar la cantidad de ejercicio que se realiza y que estas sean de mayor intensidad, considerando encuentran necesario y bueno para la salud.

"A veces hace falta un poco más de ejercicio, falta que sea un poquito más" (D.C.J 78 años)

"Más ejercicio nomás, nos hacen muy poco ejercicio. Antes sí que nos hacían varios ejercicios. (H.B.D. 79 años)

"Sí, sí me gustan, me gustan mucho. Lo que me cuesta es salir mucho" (J.A.C. 85 años).

En cuanto a actividades extraprogramáticas si bien existe consenso a disfrutar de ellas, existen opiniones diferentes en cuanto a si ello afecta en su calidad de vida, para lo cual el participante (D.C.J 78 años), le resta importancia, lo anterior asociado a su estado físico y posibilidades de movilidad. Parecido el caso de J.A.C,

quien refiere le gustan, sin embargo, mantendría baja participación por dificultades de traslado y de subirse a vehículos.

“No, porque soy medio flojo, pero participo igual...” (D.C.J 78 años)

"Sí, sí me gustan, me gustan mucho. Lo que me cuesta es salir mucho" (J.A.C. 85 años).

Sin prejuicio lo anterior, si existe conciliación en cuanto a reconocer que los servicios que entrega la residencia (alimentación, salud, higiene y confort) son relevantes para mantener o mejorar su calidad de vida, quienes al momento de priorizar dimensiones revisadas en cuanto al impacto en su calidad de vida, estos en su mayoría lo vinculan a los servicios propiamente tal.

“Si si si, porque si, porque cómo le dije nos mantienen con la ropa limpia, el alimento cómo corresponde...” (D.C.J 78 años)

"Tengo mi cama limpia, ropa limpia, el agua calentita para bañarme" (D.C.J 78 años)

"Yo creo que el hecho que estar aquí, porque aquí tengo todo yo, porque si mi dios lo permite, aquí corren conmigo en el hogar" (D.C.J 78 años)

¿servicios? Aaa muy importantes, me siento segura en todo sentido. (H.B.D. 79 años)

“Nos atienden muy bien, muy bien, muy bien. La vida y de todo. Pero en general está bien”. (J.A.C. 85 años).

Se desprende de la presente dimensión, en cuanto a la relevancia que le otorgan las personas mayores a los servicios que entregan los ELEAM, el código que más prevalece es el sentimiento de seguridad y protección, y que además se repite en varias oportunidades en las otras dimensiones propuestas en la presente investigación, donde el contar con el acceso a servicios básicos integrales, atenciones de salud oportuna, control adecuado de enfermedades y acogimiento

forma parte directa del servicio de la institución Fundación Las Rosas, donde en general participantes presenta una gran conformidad y agradecimiento en la atención, servicios, actividades y que ello evidentemente afecta en su calidad de vida.

8. CONCLUSIÓN

El presente estudio tuvo por objetivo identificar y comprender desde una perspectiva interpretativa y en base a las representaciones sociales del grupo objetivo, los aspectos que consideran como constitutivos de su calidad de vida las personas mayores entre 75 y 85 años institucionalizadas en el Hogar Cardenal José María Caro, de Fundación Las Rosas, en la comuna de La Florida, R.M. En este contexto, el discurso de las personas mayores cuando se consulta sobre el concepto de calidad de vida, este pudo estar influenciado por varios factores, como son sus experiencias pasadas, su entorno actual, las interacciones con otros residentes y el personal de la institución.

Este estudio resultó relevante, ya que bajo los relatos proporcionados por las personas mayores participantes del proceso de investigación; cuando se consulta sobre el concepto de calidad de vida, este pudo estar influenciado por varios factores, como son sus experiencias pasadas, su entorno actual, las interacciones con otros residentes y el personal de la institución. Al conceptualizar la calidad de vida de acuerdo a su percepción, las personas mayores identifican este concepto con estados de bienestar, sentimientos de amor, estabilidad y conformidad, es decir enfocándose hacia aspectos positivos de la vida o una generalización del sentimiento de bienestar, lo cual se asemeja de manera cercana a los resultados del estudio realizado por Martha Vera (2007), en el cual se concluye que “para el adulto mayor, calidad de vida significa tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto, y tener satisfechas como ser social sus necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información. (Vera, 2007).

Se visualiza en dicho sentido, que inicialmente no reconocen de manera directa dimensiones que teóricamente la componen y que la definen como multidimensional, que incluye “aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros (Botero & Pico, 2007).

Sin embargo, su definición está estrechamente vinculado a lo que define la OMS como Calidad de Vida: Organización Mundial de la Salud (OMS) puede ser definida como "la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses". En dicho sentido, de acuerdo a las representaciones sociales de las personas mayores institucionalizadas, entregan un sentido de estabilidad enfocado a aspectos emocionales. Sin embargo, su definición está estrechamente vinculado a lo que define la OMS como Calidad de Vida: Organización Mundial de la Salud (OMS) puede ser definida como "la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses". En dicho sentido, de acuerdo a las representaciones sociales de las personas mayores institucionalizadas, entregan un sentido de estabilidad enfocado a cada historia de vida (pasada y actual).

En cuanto a la valoración que las personas mayores le entregan a la salud física y mental como dimensión de su calidad de vida, podemos concluir que existe unanimidad en cuanto a la aceptación de las enfermedades de base que poseen, quienes refieren que no le afectan en su calidad de vida, argumentando que pueden continuar realizando sus actividades de la vida diaria, los cuales a pesar de sus discapacidades físicas se adaptan, manifestando estados de conformidad. aquella percepción en cuanto a salud se vincula directamente a lo afirmado por la teoría de adaptación de Callista Roy (2009), quién indica que la salud se define como un estado de armonía y equilibrio en el que el individuo se adapta de manera efectiva a los desafíos físicos, psicológicos y sociales, que naturalmente ocurren a

lo largo del ciclo de vida. Se entiende por tanto existe un correlato en cuanto a que efectivamente las personas mayores aceptan sus condiciones de salud y les permite generar estados de armonía, sin perjuicio del bajo impacto que reconocen en su calidad de vida. Dicha desvalorización se debe directamente a que estando en contexto de institucionalizados, logran recibir un atención integral en ámbito de salud, lo que permite que se mantengan estables, sin mayores riesgo de descompensación, reafirmando nuevamente el modelo de la adaptación de Roy, donde se otorga una relevancia importante al rol que cumple la institución y sus funcionarios en cuanto a atenciones de salud, quienes se deben adaptar a las necesidades de los pacientes y proporcionar intervenciones individualizadas que promuevan el control de su salud y búsqueda de equilibrio, lo que en este caso les permite a las personas mayores del estudio restarle importancia, por cuanto es un ámbito en completa conformidad y satisfacción.

Considerando lo anterior se reconoce la paradoja en cuanto a la opinión que mantienen los adultos mayores a su salud como factor de su calidad de vida, ya que, si bien inicialmente no le relevan la importancia esperada, al momento de valorar los servicios que ofrece la institución sí reconocen la importancia que reviste el poder contar con la atención oportuna en dicha área de salud, quienes destacan que ante cualquier evento la atención será inmediata. frente a lo anterior, podemos concluir que la salud si forma parte de la esfera de lo que personas mayores consideran cómo calidad de vida. Lo anterior está directamente ligado a que se encuentran en un lugar protegido donde frente a cualquier requerimiento o necesidad que presentan en el ámbito de salud es atendida de forma oportuna y el servicio es de calidad.

Lo que impresiona en este estudio, es que las personas que participaron otorgaron una baja relevancia a la presencia familiar y/o persona significativa, quienes no lo significan cómo importante al momento evaluar su impacto en su calidad de vida, repitiendo aquí el patrón en cuanto a procesos de adaptación que caracterizó a personas mayores participantes, quienes llevaban más de 6 meses en el hogar, y logran integrarse de tal manera que no es imprescindible la presencia familiar para

sentir sentimientos de satisfacción. Aquí se vuelve a dar énfasis en que la institución en específico logra cubrir todas las esferas tanto objetivas como subjetivas, cubrir necesidades básicas y fisiológicas y por su parte también las de contención y acompañamiento. El vínculo cercano que se genera con los asistentes del centro colabora en que los usuarios se sientan acogidos, escuchados y satisfechos de manera integral estando en un espacio hogar.

Lo anterior se asocia a lo que plantea la teoría de la desvinculación, propuesta por Cumming y Henry, quienes refieren que las personas mayores pueden experimentar una disminución en las interacciones sociales y en la participación en actividades comunitarias, lo cual puede deberse a factores como la pérdida de amigos, vecinos y familiares cercanos, así como la adaptación a una nueva rutina o ambiente institucional, como es este el caso.

Podemos concluir entonces que ante la desvinculación que ocurre entre la persona mayor y su familia y/o persona significativa al momento de la institucionalización, la persona mayor logra adaptarse y genera nuevos vínculos de apoyo al interior del hogar, ya sea con sus pares o funcionarios de la institución, logrando con esto suplir la ausencia familiar o carencias afectivas.

En cuanto a la importancia que personas mayores les otorgan a las relaciones sociales al interior del centro como aspecto importante de su calidad de vida, es posible concluir la escasa relevancia que le otorgan a dicho aspecto, quienes en general reconocen relaciones de cordialidad, para compartir momentos, historias y experiencias.

En relación a última dimensión planteada en cuanto a profundizar en la relevancia que tiene como aspecto de la calidad de vida la conformidad con las ofertas programáticas y de entrega de servicios institucionales en las personas mayores del presente estudio es relevante concluir que dentro de todas las esferas revisadas, la que mayor impacto tiene en su calidad de vida, es el rol que cumple la institución, representada por sus diversas y agregadas funciones que cumple para entregar un servicio oportuno y de calidad. Importante mencionar es que no

existe discrepancia en el discurso que señalan los participantes en cuanto a que valoran positivamente los servicios que ofrece Fundación Las Rosas, en su Hogar Cardenal José María Caro, ya sea en sus servicios de alimentación, salud, higiene y confort, y también en ámbitos más subjetivos como lo es la compañía, el sentirse escuchados, tomados en cuenta, acogidos; resaltando la calidad del personal y espíritu de servicio de quienes trabajan en las diferentes áreas del ELEAM, los cuales logran estar de tal manera configurados que permiten cubrir de manera organizada y estar presente de forma oportuna cada vez que una persona mayor lo requiera, lo cual es evidentemente sentido y reconocido por los participantes del estudio, quienes delevan sentimientos de seguridad, satisfacción y entera conformidad con los servicios que entrega. Esto se refleja en sus discursos, en cuanto a referir “el hogar, es el cielo, a mí me gusta estar aquí”, “yo caí bien aquí”, “estoy mejor que nunca”. Referente a actividades programáticas, manifiestan conformidad con las actividades que realizan ya sea asociadas a deporte cómo también recreación, las cuales, pese a que no se desarrollan con la frecuencia esperada, si cumplen con las expectativas y necesidades de los participantes.

Dichos resultados se asemejan a los resultados de estudio de Castellanos Ruíz (2002), donde en conclusión infiere que “La calidad de vida es concebida por el adulto mayor como un estado de bienestar que lo acoge, que lo hace sentir importante, lo reconoce y lo invita a vivir estados de tranquilidad”

En resumen, la investigación sobre la calidad de vida de personas mayores institucionalizadas revela la importancia de brindar una atención integral y centrada en el individuo para promover su bienestar y satisfacción en esta etapa de su vida. Los resultados de este estudio demuestran que diversos factores influyen en la calidad de vida de las personas mayores en instituciones, como la atención médica adecuada, el entorno físico y social, las actividades recreativas y ocupacionales, así como la interacción con el personal y otros residentes.

Se concluye que las personas mayores del estudio recibieron una atención personalizada y basada en sus necesidades individuales, siendo estos factores los

más esenciales a la hora de definir su calidad de vida. Lo anterior se debe al acceso a los servicios de atención médica adecuados y accesibles, garantizando la seguridad y comodidad en las instalaciones, la conformidad de participación en actividades recreativas y fomentar su autonomía, toma de decisiones y la calidad del trato con funcionarios del ELEAM. Por lo anterior se logró identificar que mejorar la calidad de vida de las personas mayores institucionalizadas requiere un enfoque integral vinculado al servicio que ofrezca la institución, además desde un enfoque de derechos

Por tanto, de modo propositivo, es esencial que las instituciones que albergan a personas mayores se enfoquen en la implementación de programas y políticas públicas que promuevan la calidad de vida de sus residentes y por ende enfocarse en mejoras en cuanto a los servicios que entregan. Estos hallazgos respaldan la necesidad de una atención centrada en la persona, que tenga en cuenta las preferencias individuales, sus valores y dignidad. “Promover y contribuir a un envejecimiento digno, activo y saludable mediante la implementación de políticas, programas y la articulación intersectorial, para fomentar la autonomía, independencia y participación de las personas mayores, contemplando la diversidad de experiencias en torno al envejecimiento y promoviendo la equidad de Derechos en hombres y mujeres mayores” (senama.gob.cl).

En relación al párrafo anterior, es relevante mencionar que las políticas públicas establecidas en nuestro país en beneficio de las personas mayores, como es mencionado en nuestro marco teórico, están mayoritariamente centralizadas en el Servicio Nacional de Adulto Mayor (SENAMA), esto con la finalidad de dar cumplimiento al objetivo mundial N°1 establecido en “la Asamblea General en 1992, en el que se propugnan el establecimiento de infraestructuras nacionales de apoyo para impulsar, en los planes y programas nacionales e internacionales, las políticas y programas relacionados con el envejecimiento”. (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 1995).

La normativa que regula el cumplimiento de los Establecimientos de Larga Estadía (ELEAM) es actualmente el Decreto 14, sin embargo este ya fue actualizado por el Decreto 20, este último que entrará en vigencia el próximo año. Además, mencionar que la entidad encargada de fiscalizar el buen funcionamiento en relación al equipamiento, infraestructura y personal, en los ELEAM es la Seremi de Salud.

Dichas entidades gubernamentales, por medio de las políticas públicas existentes, cada una en su rol, logran cumplir con sus objetivos, como son guiar, fiscalizar y acompañar a los ELEAM para su adecuado funcionamiento, lo cual se logra evidenciar en los resultados que nos entrega el presente estudio, en cuanto a la afirmación y respaldo que entregan los participantes al buen servicio otorgado por la institución en relación a infraestructura, atención clínica, profesional, calidad y calidez en la atención de funcionarios, etc, ello en cuanto a los estándares de calidad de vida que actualmente existen. Sin embargo, está presente el desafío de continuar mejorando los servicios que entregan ELEAM y SENAMA en general para promover un envejecimiento activo, digno y saludable, lo cual ya es visualizado cómo una necesidad a nivel nacional mediante propuesta de ley que modifica la inicial señalada, todo ello con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas mayores en esta última etapa de su vida.

Por otra parte, esta investigación plantea, por una parte, el desafío de generar futuras investigaciones ligadas a conocer cuáles son los aspectos que consideran cómo su calidad de vida las personas mayores fuera de las variables propuestas en el presente estudio, podrían incluir hipótesis asociadas a la importancia que le entregan a la religiosidad y cómo las creencias religiosas permite generar sentimientos de esperanza, aceptación y adaptación a su situación actual y proceso mismo de envejecimiento.

8.1 Propuesta de intervención:

A raíz de los resultados obtenidos mediante el proceso de investigación, el cual nos permitió “Identificar y comprender los aspectos que consideran cómo constitutivos de su calidad de vida las personas mayores entre 75 y 85 años institucionalizadas en el Hogar Cardenal José María Caro de Fundación Las Rosas en la comuna de La Florida, Región Metropolitana”, se presentan las siguientes propuestas de intervención:

Propuesta N° 1: Atender las necesidades de recreación de las personas mayores institucionalizadas que se ajusten a sus intereses y capacidades para un envejecimiento activo.

Objetivo general: Fomentar espacios de recreación para las personas mayores institucionalizadas en el Hogar Cardenal José María Caro, de Fundación Las Rosas, en la comuna de La Florida, Región Metropolitana.

Objetivo específico:

-Establecer tipos de actividades recreativas para los residentes del Hogar Cardenal José María Caro de Fundación Las Rosas en la comuna de La Florida, Región Metropolitana.”.

Población objetivo: Personas mayores institucionalizadas en el Hogar Cardenal José María Caro de Fundación Las Rosas en la comuna de La Florida, R.M”.

Tiempo de implementación: dos días a la semana, considerando el estado de salud, intereses y voluntad que presenten las personas mayores en participar, si estas son favorables se considera realizar esta intervención en un periodo de seis meses. Posteriormente volver a evaluar.

Recursos humanos: Profesionales del área Social, Terapeuta Ocupacional y Kinesiólogo.

Recursos materiales: computador, impresora, artículos deportivos, implementación musical (radio, parlantes), libros.

Actividades:

- Taller de Ejercicios
- Taller de Musicoterapia
- Talleres de arte y manualidades
- Taller de Juegos de mesa
- Taller de Lectura
- Taller de Jardinería
- Taller de cuidado personal

Resultados esperados:

- Se espera que el 90 % de las personas mayores del Hogar Participen a lo menos en uno de los talleres
- Se espera que al menos el 50% de los talleres sea beneficioso para las personas mayores del hogar en relación a su bienestar.
- Que el nivel de satisfacción de las personas mayores del Hogar se vea aumentada en un 60%.

Propuesta N° 2: En cuanto a la relevancia y significancia que las personas mayores participantes en el presente estudio le asignan a la relación con los funcionarios del centro cómo aspecto de su calidad de vida, se propone intervenciones destinadas para el personal del Hogar, ello enfocado a entregar capacitaciones regularmente, asociadas al envejecimiento, cuidado de personas mayores, habilidades de comunicación y empatía. Lo anterior con la finalidad de fomentar una cultura basada en el respeto, calidez, empatía y atención centrada en la persona.

Objetivo general: Generar espacios de conocimiento y perfeccionamiento en torno a la vejez y habilidades blandas, dirigido al personal del Hogar Cardenal José María Caro de Fundación Las Rosas en la comuna de La Florida, Región Metropolitana”.

Objetivo específico:

- Fomentar una comunicación respetuosa y empática desde los colaboradores hacia las personas mayores del Hogar.
- Otorgar información actualizada al personal del Hogar, en relación al cuidado de las personas mayores del Hogar.

Tiempo de implementación: se considerará realizar un taller por semestre con los distintos temas.

Recursos humanos: Gestión de Trabajador Social con OTEC (Organismos técnicos de Capacitación).

Recursos materiales: Sala del Hogar e inmobiliario.

Actividades:

Talleres de capacitación:

- Talleres sobre el cuidado y acompañamiento para personas mayores.
- Talleres de comunicación respetuosa y empática.

Resultados esperados:

- Que al menos el 95% del personal del Hogar participe en las capacitaciones sobre cuidado y acompañamiento
- Que al menos el 95% del personal del hogar participe en las capacitaciones de comunicación respetuosa y empática.

8.2 Continuidad futuros estudios

En conclusión, este estudio deja abierto su investigación e invita a los profesionales de ciencias sociales para ampliar el indagar nuevos conocimientos sobre la temática ya que, si bien las variables fueron desarrolladas para identificar y comprender los aspectos que consideran cómo constitutivos de su calidad de vida las personas mayores, queda pendiente cómo propuesta investigativa pesquisar los motivos que llevan a las personas mayores a tomar la decisión de institucionalizarse voluntariamente y por otra parte, indagar en los factores que influyen en la desvinculación y normalización del desapego familiar en las personas mayores institucionalizadas, dado el desapego que se logra identificar en los discursos de los participantes del presente estudio quienes desplazan la necesidad de apego familiar en relación a su historia de vida familiar.

9. REFERENCIAS

- 1ª Edición Manual de Cultura Institucional. (8 de Diciembre de 2019). pag 5. <https://www.fundacionlasrosas.cl/wp-content/uploads/2020/11/manualcultura2020.pdf>
- Alvarado A, M & Salazar A, M (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos. <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>.
- A. 1. (Ed.). (s.f.). Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco (citado en (FACTORES QUE DETERMINAN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES/DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS ACTUALES DE LA PSICOLOGÍA EN EL MUNDO ADULTO Y ENVEJECIMIENTO ed.). Universidad de Deusto.
- Análisis del concepto de envejecimiento. (2014, June 3). Análisis del concepto de envejecimiento. Retrieved July 17, 2023, from https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002
- Arias, C. J. (2009). LA RED DE APOYO SOCIAL EN LA VEJEZ. APORTES PARA SU EVALUACIÓN. Revista de Psicología da IMED, vol.1, n.1, 147-158.
- Arostegui, 1998. (s.f.). Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco. Universidad de Deusto.
- Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria Junta Directiva. (2007). REVISTA DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA. https://www.acgg.org.co/pdf/pdf_revista_07/21-3.pdf.p36.
- Botero, B.J & Pico, M.E. (2007) Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica Beatriz. <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>. Pag 1.
- Castellanos Ruíz, J. (2002). CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA PARA EL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL GERIÁTRICO SAN ISIDRO DE MANIZALES. <http://repository.cinde.org.co/bitstream/handle/20.500.11907/361/CastellanosJulialba2002.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Cumming, 1963. (n.d.). "LOS/AS ADULTOS MAYORES COMO SUJETOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y DE DERECHOS EN LAS POLÍTICAS DE VEJEZ EN CHILE". TESIS PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER EN POLÍTICA Y GOBIERNO, (UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN), pag-33.

Constitución Política de la República de Chile (2010). Texto actualizado a octubre. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DE CHILE. Estado Chileno. https://www.oas.org/dil/esp/constitucion_chile.pdf

De los Reyes N, Rojano A, & Araújo. (s.f.). Fenomenología: un método multidisciplinario en el estudio de las ciencias sociales. U. del Norte. La fenomenología: un método multidisciplinario en el estudio de las ciencias sociales.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-62762019000200203

Escuela de Medicina - Facultad de Medicina. (n.d.). Escuela de Medicina UC.
<https://medicina.uc.cl/publicacion/deterioro-cognitivo/>

FACULTAD DE ENFERMERÍA UNIVERSIDAD DE LA SABANA, g. D. E. P. E. D. D. M. D. A. (n.d.). ANÁLISIS DE LOS CONCEPTOS DEL MODELO DE ADAPTACIÓN DE CALLISTA ROY.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100004

Fraguas, L., & cols . (2004).
<http://www.acpgerontologia.com/acp/decalogodocs/laautonomia.htm>

Fundación Las Rosas. (s.f.). Fundación Las Rosas. Retrieved 22 de June de 2023, from Fundacion Las Rosas: <http://www.fundacionlasrosas.cl>

Garcia, A. M., & Salazar Maya, A. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. Artículo derivado de la investigación en desarrollo: "El significado que le atribuye el adulto mayor a vivir con dolor crónico benigno". <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>

Gascón, S., & Redondo, N. (2014). Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia. Políticas Sociales. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36948/S1420237_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Gualdrón Romero, M. A. (n.d.). VALIDACIÓN TRANSCULTURAL AL CONTEXTO ESPAÑOL DE LA ESCALA DE ADAPTACIÓN Y AFRONTAMIENTO DE CALLISTA ROY. pág-64.

Guía calidad de vida en la vejez, herramientas para vivir mejor. (s.f.). Guía calidad de vida en la vejez herramientas para vivir más y mejor. Pontificia Universidad Católica de Chile Vicerrectoría de Comunicaciones y Educación Continua Programa Adulto Mayor Centro de Geriatria y Gerontología.

Hernandez, R. S. (2014). Metodología de la Investigación 6ta° edición.

INSTITUCIONALIZACIÓN DEL ADULTO MAYOR parte 1 :: MAFE. (2014, March 5). MAFE. Retrieved July 17, 2023, from <https://mafe2.webnode.es/news/institucionalizacion-del-adulto-mayor-parte-1/>

Lexicoon (s.f.) Definición de institucionalizar

Lévano. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos/1 Universidad de San Martín de Porres. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272007000100009&script=sci_abstract

Ley Chile - Decreto 20 (30-sep-2022) M. de Salud; Subsecretaría de Salud Pública - Biblioteca del Congreso Nacional de Chile." BCN, 30 September 2022, <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?i=1182129&f=2023-10-01>.

Loredo Figueroa, M. T., Gallegos Torres, R. M., & Xequé Morales, A. S. (2016). Establecer la relación entre calidad de vida del adulto mayor y su nivel de dependencia y autocuidado. <https://revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/79>

Martha Vera. (s.f.). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Anales de la Facultad de Medicina An. Fac. med. v.68 n.3 Lima sep. 2007: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832007000300012

Martha Vera, Universidad Nacional Mayor San Marcos. (s.f.). significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Art. Anales de la facultad de medicina.

Mamani, S. (2017). Tesis de GRADO. Factores Sociodemográficos Asociados a las Funciones Cognitivas en Adultos Mayores Institucionalizados y Residentes en la Comunidad, p-34.

Martínez, T. (2011). La Atención Gerontológica Centrada en la Persona . Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia”.

<http://www.acpgerontologia.com/documentacion/guiatenciongerontologiacentradaenlapersona.pdf>.

Merchán Maroto, E., & Cifuentes Cáceres, R. (n.d.). TEMA 6. TEORÍAS PSICOSOCIALES DEL ENVEJECIMIENTO. Universidad de Castilla La Mancha y Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid,, (Universidad Autónoma de Madrid).

Ministerio de Salud, & Senama. (s.f.). Estrategias de salud mental para las personas mayores- Mesa Técnica de salud mental de personas mayores. Mesa Técnica de Salud Mental de Personas Mayores., 08.

Muñoz, R. (2015). Diferencias en la autopercepción entre ancianos institucionalizados y no institucionalizados. 43-47.
https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v26n2/02_original1.pdf

Moreno, M. E. (n.d.). Aplicación del Modelo de Adaptación en un Servicio de Rehabilitación Ambulatoria. Revista Aquichan.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2107525>

Nadal, M. (2019, May 6). RELACIONES SIGNIFICATIVAS. Parentepsis.
<https://www.parentepsis.com/relaciones-significativas/>

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (1995). Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores. CESCR Observación general, Nº 6 (General Comments). pag-4
<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2005/3592.pdf?view=1>

OMS. (s.f.). OMS: [s://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions](https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions)

OMS,2002. (s.f.). Envejecimiento activo, objetivos y principios: retos para el trabajo social Departamento de Derecho y Trabajo Social, Universidad de La Rioja). nvejecimiento activo, objetivos y principios: retos para el trabajo social: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7606570>

Oviedo, G. L. (2004). La definición del concepto de percepción en psicología con base en la Teoría Gestalt. Revista de estudios Sociales. <https://journals.openedition.org/revestudsoc/24808>

Pontificia Universidad Católica de Chile. (2011). GUIA CALIDAD DE VIDA EN LA VEJEZ. HERRAMIENTAS PARA VIVIR MÁS Y MEJOR (Agosto de 2011 ed.). Francisca Campos T. , Diana León A., Macarena Rojas G. http://www.adultomayor.uc.cl/docs/guia_calidad_de_vida.pdf

Riffo Luengo, S., & Salazar Molina, A. (n.d.). APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA SEGÚN EL MODELO DE ROY EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS. ENFERMERÍA GLOBAL, revista electrónica cuatrimestral global, 7(Universidad de Murcia, España), 4. <https://www.redalyc.org/pdf/3658/365834750015.pdf>

Rodriguez,2009. (s.f.). La soledad en el anciano. Gerokomos, Barcelona.

Salvarezza, L. (1998). Calidad de vida en adultos mayores entre 70 a 85 años institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Nogoyá. Facultad "Teresa de Ávila", 12. <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/9721/1/calidad-vida-adultos-mayores-70.pdf>

SENAMA. (s.f.). <https://www.senama.gob.cl/envejecimiento-activo>

senasa.gob.cl. (s.f.). GLOSARIO GERONTOLÓGICO ACCESIBILIDAD: SENAMA: https://www.senama.gob.cl/storage/docs/GLOSARIO_GERONTOLOGICO.pdf

Servicio Nacional del Adulto Mayor. (s.f.). Retrieved 20 de June de 2023, from SENAMA | Servicio Nacional del Adulto Mayor: <https://www.senama.gob.cl/envejecimiento-activo>.

Villaroel, G. E. (2007, mayo-agosto). citado en LAS REPRESENTACIONES SOCIALES: una nueva relación entre el individuo y la sociedad.

Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología, 17(49), 442-443. <https://www.redalyc.org/pdf/705/70504911.pdf>

Vera, M. (2007). Significados de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y su familia. Anales de la Facultad de Medicina, Universidad Mayor de San Marcos, 284-290.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3>

Vergara, M. d. C. (n.d.). La Naturaleza de las representaciones sociales. Revista Latino Americana de Ciencias Sociales, niñez y Juventud., 6(1).
<https://www.redalyc.org/pdf/773/77360103.pdf>