



UNIVERSIDAD DEL BÍO – BÍO

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y HUMANIDADES

PROGRAMA DE MAGÍSTER EN FAMILIA

MENCIÓN MEDIACIÓN FAMILIAR

FAMILIA Y CUIDADOS DE LAS PERSONAS MAYORES:

UN DESAFIO PARA LA SOCIEDAD DEL SIGLO XXI

Monografía para optar al grado de Magíster en Familia Mención en Mediación
Familiar

Autores: MARIA ANGÉLICA QUIJADA FERRADA

GIANNINA MARTÍNEZ CONTRERAS

SOLANGE JÉLVEZ CAMPOS

Profesora Guía: Nelson García Araneda

Chillán, Chile.

Enero, 2014

INDICE

Contenido	Páginas
AGRADECIMIENTOS	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCION	11
PRESENTACION Y DELIMITACION DEL PROBLEMA	15
FUNDAMENTACION	18
PROPOSITOS	19
1 CAPITULO: DISEÑO METODOLOGICO	20
1.1 MONOGRAFIA	21
1.2 ESTRATEGIAS DE RECOLECCION DE INFORMACION	22
1.3 TECNICAS	22
1.4 FUENTES	22
2 CAPITULO: ENVEJECIMIENTO, VEJEZ Y FAMILIA	23
2.1 Antecedentes generales de envejecimiento y vejez	24
2.2 Envejecimiento y familia	29
2.2.1 Surgimiento y evolución de la institución familiares	29
2.2.2 Definiciones y conceptos actuales sobre familia	30
2.2.3 Cambios que ha experimentado la familia en Chile	31
2.2.4 Características básicas de la familia	34
2.2.5 Roles familiares	37

2.2.6	Envejecimiento y cambios en la familia	39
2.3	Teorías explicativas del envejecimiento	41
2.3.1	Teoría de la desvinculación	42
2.3.2	Teoría de la actividad	44
2.3.3	Teoría de la continuidad	46
2.3.4	Teoría de la dependencia estructurada	49
2.4	Envejecimiento en el mundo, América Latina y en Chile	51
2.4.1	Envejecimiento de la población en el Mundo	51
2.4.2	Envejecimiento en América Latina y el Caribe	56
2.4.3	Envejecimiento en Chile	63
2.4.3.1	Caracterización de las personas mayores en Chile	68
2.4.3.2	Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA)	74
2.4.3.3	Política integral de envejecimiento positivo para Chile 2012 – 2025	77
2.4.3.4	Objetivos Generales de la política de envejecimiento	78
2.4.3.5	Programas del Servicio Nacional del adulto mayor	80
2.4.3.6	Otras políticas públicas para las personas mayores	84

3	CAPITULO: CUIDADOS DE LAS PERSONAS MAYORES	
	3.1 Cuidados de las personas mayores	89
	3.1.1 ¿Qué es cuidar?	90
	3.1.2 Factores que influyen para que una persona mayor requiera atención de un cuidador	90 92
	3.1.3 Etapas del cuidado	
	3.1.4 Cuidados de las personas mayores dependientes	94 96
	3.1.5 Cuidados de las personas mayores sin dependencia	99
	3.1.6 Cambios que experimenta la familia en el cuidado	100
	3.1.7 ¿Quién es el cuidador?	103
	3.1.8 Sistemas de cuidados	105
	3.1.9 Tipos de cuidados hacia las personas mayores	107
	3.1.10 Geronto/cuidador	110
	3.1.11 Geronto/cuidador no profesional	111
	3.1.12 Los cuidados informales o no profesionales	112
	3.1.13 Perfil del cuidador	113
	3.1.14 Sobrecarga del cuidador	114
	3.1.15 Efectos negativos y crisis en el cuidado	116
	3.1.16 Estrés del cuidador	118
	3.1.17 Síndrome de Burnout en cuidadores formales de personas mayores	

dependientes	122
3.1.18 Duelo de los cuidadores	
3.1.19 Situación del cuidado de las personas mayores en Chile	126
	129
3.1.19.1 Situación de los cuidados domiciliarios en Chile	132
3.2 Investigaciones sobre cuidados / cuidadores	133
3.2.1 Los tiempos de cuidados: el impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores	133
3.2.2 Estudio cualitativo: trabajo doméstico y de cuidado que realizan las personas mayores	137
3.2.3 Envejecimiento y sistemas de cuidados ¿Oportunidad o crisis?	141
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	145
Conclusiones	146
Sugerencias	154
BIBLIOGRAFIA / WEBGRAFÍA	157
Bibliografía	158
Webgrafía	165

“Nadie envejece sólo por vivir un número de años; la gente envejece al abandonar sus ideales; los años arrugan el rostro pero perder el entusiasmo arruga el alma.

Cicerón año 45 a .C

Agradecimientos:

“A mi familia, Robinson por su apoyo incondicional, a mi Nachí y mi Tomy por su cariño y ternura en aquellos momentos difíciles, a mis padres por sus enseñanzas hacia las personas mayores. A Dios por haberme dado la oportunidad de haber ingresado a este Magíster en el cual he conocido bellas personas que hoy son mis grandes amigas Solange y Giannina. Además he adquirido conocimientos que me han ayudado a ser mejor profesional, madre, esposa e hija” (Ange)

“A mi familia, en especial a mi hijo Simón por haber tenido la paciencia en aquellos momentos que debí dejarlo para concretar uno de mis sueños, a mi madre quien estuvo ahí para darme aliento cuando decaía y sentía que no podía seguir en esto, a mi tía Carmen, quien siempre ha estado en cada uno de los procesos importantes de mi vida y muy especialmente a mi abuela, la que me enseñó que debo entender los procesos del envejecimiento con cariño y paciencia. Los quiero. Y por último mis grandes amigas con las que reímos y disfrutamos cada uno de los momentos que dedicamos a esta monografía, Sole y Ange” (Giany)

“A mi familia, a mi esposo Fernando por su paciencia y apoyo durante estos dos años de tiempos ausentes, a mi tata por ser parte central de los conocimientos adquiridos, con quien pondré en práctica, a mi madre, padre y hermanos por enseñarme que la educación es lo fundamental y a Dios por haberme permitido conocer personas valiosas e importantes en mi vida como mis amigas Angélica y Giannina” (Solange)

Como grupo agradecemos a nuestro querido guía de Tesis, Profesor Nelson García Araneda, por su profesionalismo, compromiso, disposición, paciencia y buen humor. Su valiosa experiencia profesional en el tema de las persona mayores, nos hizo día a día encantarnos y comprender más esta etapa de la vida (Ma. Angélica, Giannina y Solange).

RESUMEN

La presente monografía científica, aborda las implicancias referidas a la vejez, envejecimiento, familia y como ésta enfrenta las temáticas de cuidados a las personas mayores y los efectos que el cuidado genera en la dinámica familiar.

El presente estudio, plantea ciertos propositos que lo guian tales como: conocer la realidad del envejecimiento en América Latina y en Chile y los antecedentes generales respecto del cuidado y la familia; profundizar en el estudio y comprensión de los cuidados hacia las personas mayores al interior de las familias y sus efectos en la dinámica familiar y por último contribuir a generar discusión y conciencia sobre la necesidad de implementar sistemas de cuidados formales en Chile.

El estudio consta de tres capítulos: en el primero se aborda el diseño metodológico, que señala que es una monografía de carácter cualitativo, de tipo analítico, documental, descriptivo. Las fuentes de información surgen de la literatura especializada en el tema, tanto nacional como extranjera.

En el segundo capítulo se aborda la temática de vejez, envejecimiento y su realidad en América Latina y Chile como también conceptos actuales sobre familia. Finalizando el capítulo, se presentan teorías de envejecimiento que sustentan el estudio además de las principales políticas públicas implementadas por el estado dirigidas a las personas mayores, siendo la principal la política integral del adulto mayor del año 2012.

En el tercer capítulo se profundiza en la temática central del presente estudio, el cuidado de las personas mayores, en el que se conceptualiza el cuidado y se ahonda en materias tales como tipos de cuidados a las personas mayores (formales e informales), etapas del cuidado, estrés del cuidador, perfil del cuidador, sobrecarga del cuidador, efectos de cuidar, entre otros.

La monografía finaliza con el establecimiento de conclusiones obtenidas por el grupo referente al tema estudiado, desarrollando a su vez un análisis crítico de la situación y generando sugerencias en relación a la problemática de la familia y del cuidado de las personas mayores.

PALABRAS CLAVES: Vejez, Envejecimiento, Familia, y Cuidado de las Personas Mayores

ABSTRACT

The present scientific monograph approaches the implications referred to eld, aging, family, and how this faces the care of the elderly and the effects that care has on family dynamics.

This study proposes certain purposes that act as a guideline, such as: to know the reality of aging in Latin America and Chile, and the general background concerning eld care and family; to deepen the study and comprehension of eld care within the family, and the effects on family dynamics, and finally, to contribute to the generation of a conscious discussion about the necessity of the implementation of a formal eld-care system in Chile.

The study consists of three chapters: the first one approaches the methodological design, that points out that this is a qualitative monograph, analytical, documentary and descriptive. The information sources are present is specialized national and international literature.

The second chapter is focused on eld, aging and its reality in Latin America and Chile, as much as key concepts about family. To conclude the chapter, some aging theories that back up the study are presented, apart from the main public policies implemented by the State with the aim of helping the elderly, being the most important the “integral policy of the elderly” of 2012.

The third chapter deepens the central topic of this study, the eld-care, in which care is conceptualized and it goes beyond in topics such as different types of eld-care (formal or informal), stages of care, stress, profile and overload of the carer, effects of caring, among others.

The monograph ends with the establishment of conclusions obtained by the group, concerning the studied topic, developing a critical analysis of the situation and generating suggestions in relation to family problems and eld-care.

KEY WORDS: eld, aging, family, eld-care.

INTRODUCCIÓN

La situación de las personas mayores en Chile a partir desde los años 60 comenzó a considerarse una problemática emergente, esto relacionado con el descenso de la fecundidad y el aumento en la esperanza de vida. Este proceso se gesta desde la década del 20 del siglo pasado, lo señalado incidió en que el país hoy se situó en una etapa bastante avanzada en la transición al envejecimiento demográfico de su población (INE, 2010).

La población de adultos mayores en Chile es hoy el triple, en relación a la que había hace tres décadas. Entre 1907 y 1940, el porcentaje de personas mayores osciló en torno al 6%. En 1970 en Chile había 19 personas de 60 años o más por cada cien menores de 15; en cambio, en el año 2010 hay 58 por igual proporción de menores de 15 años (INE, 2010).

La sociedad en general experimenta un cambio significativo en cuanto a su demografía poblacional. Esto se relaciona directamente con los mejoramientos en los sistemas de salud, que han permitido aumentar la esperanza de vida en la población.

La llamada pirámide poblacional a sufrido un cambio en cuanto a su estructura, manifestandose esto en el aumento del número de personas mayores y la disminución en la tasa de fecundidad y natalidad. Estos cambios son el resultado de la llamada transición demográfica, que ha producido importantes transformaciones en ámbitos sociales, económicos y culturales. En los países de América Latina y el Caribe en los últimos veinte años, se ha alterado la composición por edades, y se registra un aumento sostenido del número de personas ubicadas en el tramo de 60 años y más. Es así como se habla de “población envejecida” (CEPAL, 2002).

Chile comparte la tendencia mundial, ya que se encuentra en un proceso de transición demográfica avanzada hacia el envejecimiento, por lo que la dinámica poblacional tiende a la reducción de la tasa de crecimiento de natalidad y mortalidad, la población infantil se reduce y aumenta la población de personas mayores. Se estima que para el 2050 los 2,6 millones de personas mayores que existen en nuestro país se transformen en 5,8 millones (SENAMA, 2011).

En consideración a la problemática emergente los Estados han debido trabajar en políticas públicas que permitan abordar temas atinentes al envejecimiento generando condiciones de igualdad y oportunidades, reconociendo el cuidado de personas mayores como un problema público en el que el Estado tiene una alta responsabilidad incorporando derechos y deberes de las personas que requieren cuidados así como también de quienes brindan el cuidado, otorgando ayudas estatales, económicas y humanas (SENAMA, 2009).

Considerando el acelerado crecimiento y transición demográfica vivida por nuestro país, el estado se vió en la necesidad de implementar un servicio que focalizara su intervencion en este grupo etáreo. Dicho servicio nace el año 2002 y se denomina Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) el que tiene por objetivo implementar y fiscalizar políticas públicas que permitan la integración social de las personas mayores. Además de generar programas que den espacio para otros aspectos de la vida de las personas mayores, tales como recreacion, esparcimiento, asociatividad y educacion. Para las organizaciones de personas mayores tambien existe la posibilidad de autogestionar recursos vía proyectos, lo que les permiten tener acceso a implementos necesarios para su desarrollo como organización (SENAMA, 2012).

Tanto el Estado como la familia son los responsables de otorgarle las posibilidades de un envejecimiento positivo a las personas mayores. La familia cumple un rol trascendental en la implementacion de las politicas publicas, además de ser la principal fuente de cuidados informales brindados a las personas

mayores. Esto debido a un predominio cultural y tradicional de que el cuidado de las personas mayores es de responsabilidad privada con un régimen familiarista, es decir, la familia es la principal proveedora de los cuidados de las personas mayores. Esta situación también se debe a que en nuestro país existe una oferta insuficiente de cuidadores formales, con difícil acceso y alto costo, lo que conlleva el traspaso de la responsabilidad y costos del cuidado de la persona mayor a la familia, la que en muchas oportunidades no dispone de tiempo, de recursos ni de competencias para brindar cuidados de calidad, generando esto en la familia sobrecarga tanto física como emocional.

La presente monografía se centra en un análisis bibliográfico referido a la familia y envejecimiento, como ésta aborda las temáticas de cuidados frente a las personas mayores y los efectos que el cuidado genera en la dinámica familiar.

Se plantean para el desarrollo del estudio ciertos propósitos que dan sentido a la monografía, estos son:

- ✓ Conocer la realidad del envejecimiento en América Latina y en Chile y los antecedentes generales respecto del cuidado y la familia.
- ✓ Profundizar en el estudio y comprensión de los cuidados hacia las personas mayores al interior de las familias y sus efectos en la dinámica familiar.
- ✓ Contribuir a generar discusión y conciencia sobre la necesidad de implementar sistemas de cuidados formales en Chile.

El estudio consta de tres capítulos. En el primero se abordará la metodología a utilizar para el desarrollo del estudio.

En el segundo capítulo se aborda la temática del envejecimiento, la vejez y la familia, donde se revisan antecedentes generales de vejez, envejecimiento y conceptos actuales sobre familia, además se presentan teorías de envejecimiento que sustentan el estudio.

Envejecimiento en América Latina y Chile, donde se analizarán los principales cambios demográficos experimentados por la población. Además se presentarán las principales políticas públicas implementadas por el Estado dirigidas a las personas mayores, siendo la principal la Política Integral del Adulto Mayor del año 2012.

En el tercer capítulo se tratará profundizar en la temática central del presente estudio, el cuidado de las personas mayores, en el que se conceptualiza el cuidado y se ahonda en temáticas tales como tipos de cuidados a las personas mayores (formales e informales), etapas del cuidado, estrés del cuidador, perfil del cuidador, sobrecarga del cuidador, efectos de cuidar, entre otros.

El presente estudio finaliza con el establecimiento de conclusiones obtenidas por el grupo referente al tema estudiado, desarrollando a su vez un análisis crítico de la situación y generando sugerencias en relación a la problemática del cuidado de las personas mayores.

PRESENTACION Y DELIMITACION DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud los países del continente americano deberán implementar políticas públicas que brinden coberturas y servicios especializados para las personas mayores, esto debido a que las proyecciones indican que para el año 2020 habitarán 200 millones de personas mayores de 60 años en el continente americano, lo que aumentaría a 310 millones en el año 2050.

Además, se calcula que en el año 2050 habrá en todo el mundo 395 millones de personas de 80 años, cuatro veces más que ahora, y para esa misma década se estima que el 22% de la población mundial serán mayores de 60, cuando en la actualidad hay un 11%. Así, de 600 millones que hay en la actualidad, pasaremos a 2.000 millones. La mayor parte de ese aumento se producirá en los países menos desarrollados (Ingrassia, 2012).

En consideración al progresivo crecimiento de las personas mayores y del aumento de la dependencia, se ha generado una problemática pública y social, lo que ha llevado al estado a generar diversas políticas públicas que proporcionen protección y seguridad a las personas mayores. Este sistema de protección considera ejes programáticos en cuanto a las áreas de Salud, Educación, Vivienda, esparcimiento, entre otras, las que sin embargo deben ser trabajadas con mayor profundidad, ya que por ser problemáticas emergentes el estado se encuentra en periodo de implementación de políticas públicas que den cobertura a lo anteriormente mencionado.

Otro eje fundamental de las políticas implementadas es la capacitación y especialización de profesionales y técnicos en el área del envejecimiento, tales como geriatría y cuidados del adulto mayor (SENAMA, 2009), lo que permite tener gente capacitada en el tema de cuidados y que estos sean de calidad, que las

personas que se dediquen a ellos lo hagan desde una mirada profesional, con preparación teórica y práctica.

Uno de los problemas que trae consigo el envejecimiento de la población es el relacionado con los cuidados de las personas mayores, fundamentalmente cuando este se torna dependiente de otros para realizar sus actividades de la vida diaria producto de enfermedades asociadas al envejecimiento. Generalmente es la familia la que asume el rol de cuidador pasando la responsabilidad a un miembro, el que debe dedicarse a dicha función dejando de lado sus actividades personales ya que el tiempo que demanda el cuidado de una persona mayor y más aún si es postrada es demasiado para poder complementarlo con otra actividad, además en cuanto a la preparación que tienen para asumir dicha responsabilidad generalmente es escasa o nula.

El aumento de la población de personas mayores y el paulatino incremento de la esperanza de vida han generado interés por el funcionamiento de los sistemas de cuidado existentes, el énfasis se debe a que el envejecimiento aumenta la demanda de servicios de asistencia, las personas de avanzada edad experimentan con frecuencia deterioros en sus condiciones físicas y/o mentales, un debilitamiento de sus condiciones económicas y disminución de sus redes sociales.

La población de personas mayores que requiere cuidados de forma permanente ha ido en un creciente aumento, según la OMS en América Latina y el Caribe habrá aumentado la prevalencia de necesidad de cuidados en la población de edad avanzada, se proyecta que para el año 2020 un 47% de la población adulta mayor requerirá cuidados y asistencia cotidiana (WHO, 2000).

Esta realidad ha generado un interés por los sistemas de cuidados de personas mayores. En el caso de Chile está formado por cuidados formales que son aquellos que son prestados por profesionales o técnicos. Entre estos se

deben considerar aquellos que son brindados por una institución pública o privada con o sin fines de lucro y los que son entregados por profesionales autónomos o independientes cuya finalidad es brindar atención a la persona mayor, ya sea en su hogar o en un centro especializado. La sociedad ha visualizado una necesidad en el tema de entregar cuidados formales para las personas mayores, por consiguiente cada vez son más las personas que se preparan para desarrollar dicha actividad y cada vez son más numerosos los establecimientos de larga estadia.

Otro sistema de cuidados lo representan los cuidadores informales, estos tradicionalmente han sido delegados a las familias con una marcada responsabilidad en las mujeres. Estos cuidados se caracterizan por la ausencia de organización explícita lo que afecta su visibilidad y reconocimiento social. Son un trabajo no remunerado, sin precio en el mercado laboral y se basa principalmente en relaciones afectivas, de parentesco, por altruismo, reciprocidad, sentimientos de culpa y por la censura de la familia, amigos, y aprobación al reconocimiento social.

Se estima que en Chile un 88% del total de los cuidados prestados a personas mayores corresponden a cuidados informales y el 68% de personas con discapacidad reciben apoyo por parte de la familia (FONADIS, 2004), lo que deja claramente de manifiesto lo emergente de la problemática y lo necesario que es poder abordarla con urgencia, esto con el propósito de atender a un grupo etario que va en constante crecimiento y que requiere la atención del estado y de la sociedad en general.

FUNDAMENTACION

El proceso del envejecimiento de la población es una realidad que se vivencia tanto a nivel mundial como también a nivel local. Como proceso se encuentra en un constante aumento siendo un fenómeno emergente y multidimensional y por esto necesario de estudiar.

Chile se encuentra al igual que el resto del mundo es un constante cambio, que produce que la estructura de la población se transforme radicalmente. Este fenómeno es objeto de estudio y se concluye que “Chile es un país que se encuentra en una transición demográfica avanzada hacia el envejecimiento poblacional. Hoy, existen 2.6 millones de chilenos mayores de 60 años y la esperanza de vida ha aumentado considerablemente, acompañada por una disminución de la tasa de natalidad” (SENAMA, 2012).

El fenómeno del envejecimiento posee diversas teorías que explican cómo este proceso se presenta en diversas dimensiones. A nivel nacional existen políticas públicas y estrategias que abarcan el crecimiento demográfico de nuestro país. Una de las estrategias más recientes es la Política Integral de Envejecimiento positivo implementado por el SENAMA en el año 2012, cuyos fundamentos son proteger la salud de las personas mientras vayan envejeciendo, frenar el avance de los niveles de dependencia, fomentar el autocuidado, la identidad, la autonomía y la participación de las personas mayores, además de terminar con la exclusión y el maltrato y fomenta la integración social, económica y cultural, desde una perspectiva de sujetos de derecho.

Las diversas políticas públicas implementadas en el último tiempo en nuestro país nos da entender que los diferentes gobiernos se encuentran en constante preocupación no solo del proceso del envejecimiento, sino que también, de las personas que conforman este grupo etario, de sus necesidades y problemáticas. Es así como en el ámbito de salud se realizan acciones de promoción y prevención enfocadas a las personas mayores y sus diversas

problemáticas de salud. Además se han implementado otras acciones enfocadas a lo curativo, enfocada a las personas mayores que ya poseen algún tipo de dependencia asociada a salud y envejecimiento. El Ministerio de Salud establece la necesidad de intervenir de manera sistemática a las familias con personas dependientes, incorporando a sus grupos familiares, trabajo realizado por los equipos de cabecera de los centros de salud familiar (MINSAL, 2009), considerando que es la familia de las personas mayores y sobre todo de las que se encuentran con algún grado de dependencia el principal apoyo y fuente de afecto que ellos mantienen.

La familia en este contexto es la principal institución socializadora y receptora de los cambios sociales, y constituye un elemento teórico de análisis y estudios, dinámico y flexible. Es por ello, que el estudiar la relación existente entre las personas mayores con sus grupos familiares y la relación que se genera en los cuidados y en este proceso multidimensional que se genera, constituye un aporte a la teoría.

PROPOSITOS

La presente Monografía se funda en tres propósitos fundamentales, que dan sentido a este trabajo, estos son los siguientes:

- ✓ Conocer la realidad del envejecimiento en América Latina y en Chile y los antecedentes generales respecto del cuidado y la familia.
- ✓ Profundizar en el estudio y comprensión de los cuidados hacia las personas mayores al interior de las familias y sus efectos en la dinámica familiar.
- ✓ Contribuir a generar discusión y conciencia sobre la necesidad de implementar sistemas de cuidados formales en Chile.

1. CAPITULO

DISEÑO METODOLOGICO

1.1 MONOGRAFÍA

En cuanto a su etimología, la palabra monografía proviene del griego *monos* (único) y *grapho* (escribir). De ahí que podría considerarse como la escritura de un único tema.

Una monografía puede ser definida como un análisis de discursos o temas de un determinado contenido en particular, utilizando diversas fuentes compiladas y procesadas por uno o varios autores.

Una monografía generalmente posee diversos puntos de vista sobre el tema tratado, así como también puede estar influenciada por las raíces culturales de su autor, logrando así una riqueza mayor, y claramente diferente, que si se tomara la información de una enciclopedia. Es por esta razón, que si bien la diversidad cultural encontrada en los contenidos resulta muy atractiva, también se aconseja tomarla como una fuente de información adicional a otro tipo de bibliografía.

Se trata de un análisis particular y profundo, más o menos exhaustivo, del tema, que puede presentarse en forma descriptiva o explicativa. Requiere de parte del investigador, por derivarse de las características de este trabajo, un dominio del tema tratado y el empleo cabal de una metodología científica adecuada a la materia.

Sin embargo es importante señalar que no existe un formato estándar para una monografía. Lo único cierto es que debe ocuparse de un tema. El desarrollo o la extensión puede darle dimensiones de ensayo o tesis, o reducirla a una simple foja. Lo importante, es que es monotemática y para su elaboración se compilaron diversas fuentes.

1.2 ESTRATEGIA DE RECOPIACION DE INFORMACION

La estrategia de recopilación de información del presente estudio es de tipo documental. Este tipo de fuente deriva de un documento de cualquier tipo, se subdividen en bibliográficas y hemerográficas. Se caracterizan por tener el formato de un libro, el de una revista o periódico. Reciben el nombre de fuentes materiales las obras de la naturaleza y las obras producidas por el hombre y que encuentran una significación o sentido.

La fuente documental tiene como objetivo acercar al conocimiento conduciendo a profundizar el estudio y comprensión de la situación de los cuidados que reciben las personas mayores en nuestro país.

1.3 TÉCNICAS

Las técnicas de recolección de datos son las estrategias que utiliza el investigador para recolectar información sobre un hecho o fenómeno. Estas varían de acuerdo al tipo de investigación, que para el efecto de esta monografía se utilizaran la investigación bibliográfica, consultando diversas fuentes documentales que trabajen el tema a estudiar en el presente estudio.

1.4 FUENTES

Para ello se recurrirá a:

- Archivos de bibliotecas
- Revistas, artículos y publicaciones que traten del tema
- Bibliografías sobre el tema a estudiar.
- Boletines electrónicos.
- Documentos de sitios web.

2. CAPITULO

ENVEJECIMIENTO, VEJEZ Y FAMILIA

2.1 ANTECEDENTES GENERALES DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ.

La palabra vejez viene de la voz latina *vetus* que se deriva de la raíz griega *etos* que significa “años”, “añejo”. La vejez es un proceso natural, gradual, de cambios y transformaciones a nivel biológico, psicológico y social, que ocurren a través del ciclo de la vida, es de naturaleza individual y heterogénea, es decir, nadie envejece por otro, resultando así en que la vejez es una vivencia única y personal (Sanchez, 2000).

En esta etapa de la vida las personas mayores experimentan una serie de cambios los que serán determinados por su condición biológica, ambiente social y cultural, en consecuencia la vejez no es solo un proceso biológico sino también una construcción social.

La vejez suele ser identificada por la mayoría de las personas como el símbolo del tiempo acumulado, como un signo de tiempo transcurrido, independientemente de la interpretación que cada grupo o cultura haga de tal signo, es decir, del significado con el que se relaciona esta edad en función de un momento histórico determinado (Ramos, 2009).

En la Edad Media, la vejez se asociaba a la fuerza física, imprescindible para la guerra, por lo que la vida del anciano que no disponía de condiciones físicas para luchar no valía nada. Así se era joven mientras la fuerza física estaba conservada y viejo desde que esta se comenzaba a perder. Desde el punto de vista cuantitativo, la edad de inicio de la vejez para el hombre, estaba alrededor de los cincuenta años (Martínez, Polo, & Beatriz, 2001).

En Egipto como en China antiguamente la vejez fue considerada como etapa de la vida importante dentro de sus comunidades, estaba muy ligados a la divinidad, sabiduría, ética, la política y la familia. Así también en otras culturas antiguas, como los Mayas, los Aztecas y los Incas, otorgaban a los viejos un papel importante relacionado con aspectos mitológicos y proféticos, literarios,

religiosos y filosóficos, considerados como personas llenas de sabiduría, de experiencia ligada al tiempo y la vida humana.

Por su parte en la Antigua Grecia, la percepción de la vejez fue distinta a las otras culturas, era considerada como algo indeseable fue vista como un episodio aberrante y doloroso para los seres humanos. La concepción de los griegos está centrada en una serie de relatos de la lucha entre los dioses y tragedias donde se caracteriza a la vejez de forma negativa, por su parte la juventud era atribuible a los dioses y guerreros, los cuales tenían un papel fundamental en la cosmovisión griega y la mayor parte de sus narraciones giran en torno a ello. A los dioses se les arrogó la fuerza, el poder y otras cualidades como por ejemplo, la belleza. La juventud fue lo bueno y lo bello, mientras que la vejez representó lo feo y lo malo.

Por su parte, la revolución industrial tuvo una influencia muy significativa en la desaparición parcial del papel de las personas viejos. Los talleres y empresas familiares fueron desapareciendo poco a poco en contraposición al crecimiento de la industria; reorganizaron asumiendo papeles distintos tanto en el hogar como en el trabajo y fue en la medida que aparecieron los sujetos desocupados cuando el papel de los viejos tomó una nueva dimensión. Por un lado, la vejez fue separada de los papeles importantes de la vida política y social, la familia tuvo que adecuarse a las nuevas condiciones de crecimiento y desarrollo, esto fue confinando a los viejos a una situación de dependencia de los más jóvenes (Ramos, 2009).

Fue el siglo XX, cuando los estudios sobre la vejez tomaron un mayor interés e importancia, esto con la aparición de la Gerontología, definida como la ciencia interdisciplinaria que estudia el envejecimiento y la vejez teniendo en cuenta los aspectos biopsicosociales de la vida de una persona (Pulido, 2011).

El interés actual de la vejez en cuanto fenómeno social surge en los países desarrollados en la década de los cincuenta debido a varios factores , como la evolución demográfica y el aumento de la esperanza de vida, la jubilación obligatoria , el predominio de la familia nuclear y el impacto de los procesos de urbanización e industrialización. Igualmente, la vejez de perfila como objetivo científico social cuando determinados grupos de edad empiezan a plantear ciertos problemas sociales (Aranibar, 2001).

En la actualidad podemos hablar de un concepto vejez asociado a una persona mayor, que de acuerdo a la ley 19.828 que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor, es toda persona que ha cumplido 60 años, sin diferencia entre hombres y mujeres. Desde el Semana se ha promovido la utilización del término adulto mayor por el de persona mayor en reemplazo de tercera edad, anciano, abuelo, viejo o senescente denominaciones que pueden ser vistos en un sentido descalificatorio o peyorativo, dando una imagen negativa, discriminatoria y segada de la vejez (SENAMA, 2012).

Otros autores también se han referido al concepto de vejez tales como:

“envejecer es el deterioro de un organismo maduro resultante, esencialmente de cambios irreversibles, intrínsecos a todos los miembros de una especie, en dependencia con el tiempo, tal que con el paso del tiempo, se verían incapaces de forma creciente, para asimilar los factores del medio, incrementando de esta forma la probabilidad de muerte” (Saez & Vega, 1989).

“La vejez es el estado de una persona que, por razón de su crecimiento en edad, sufre una decadencia biológica de su organismo y un receso de su participación social” (Laforest, 1991).

“La vejez es el proceso biológico, individual, longitudinal, continuo e irreversible, de cambios a ritmo variable que comienza con la concepción y termina con la muerte, cuyos aspectos fundamentales son de orden biofísico, psicológico y social” (Sanchez, 2000).

Por tanto definir la vejez y formular un concepto que sea satisfactorio no es tarea fácil, ya que existen diversos enfoques y puntos de vista en cuanto al concepto, según el área que lo aborde, como por ejemplo la biología, medicina, la psicología, sociología, trabajo social, entre otras, todas estas disciplinas coinciden en que es un proceso dinámico, multifactorial e inherente a todas las personas.

Los conceptos de vejez y envejecimiento se encuentran estrechamente vinculados, sin embargo, no son lo mismo, por lo que no es inusual que se presenten confusiones, con la finalidad de clarificar estos conceptos se señala la siguiente distinción que aparece con el concepto de envejecimiento, el cual puede referirse tanto al envejecimiento individual como al envejecimiento poblacional.

Se entiende por envejecimiento individual el proceso que se inicia con el nacimiento y termina con la muerte de una persona, que conlleva cambios biológicos, fisiológicos y psico-sociales de variadas consecuencias. El envejecimiento individual se haya inscrito en el ciclo vital de las personas y, por tanto, está determinado por los contextos en que el individuo se ha desarrollado, sus estrategias de respuesta y adaptabilidad y los resultados de dichas estrategias (SENAMA, 2009).

Por su parte el envejecimiento poblacional hace referencia al proceso de transformación demográfica de las sociedades, caracterizado por el crecimiento de la proporción de individuos de edades avanzadas respecto de los más jóvenes, siendo en este sentido muy relevante la definición que se ha construido sobre la vejez y la edad límite de ella. El envejecimiento poblacional o también llamado demográfico es resultado tanto del desarrollo de las ciencias médicas e innovaciones tecnológicas acaecidas durante el siglo XX y sus efectos en el mejoramiento de la salud de las personas, reducción de la mortalidad y aumento de la expectativa de vida, como también de transformaciones socioculturales que explican la reducción de las tasas de natalidad y fecundidad.

Así también, desde el envejecimiento, se derivan otros conceptos asociados a la calidad de vida de las personas mayores como lo son el envejecimiento saludable y el envejecimiento activo.

El envejecimiento saludable es aquel donde los factores extrínsecos del envejecimiento compensan los factores intrínsecos, evitando o disminuyendo la pérdida de funcionalidad, implica un bajo riesgo de sufrir enfermedades o adquirir una discapacidad causada por enfermedad, generando un alto rendimiento de las funciones físicas y mentales y un compromiso activo con la vida (SENAMA, 2009).

El envejecimiento activo es el proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con la finalidad de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez. Constituye un concepto más amplio que el envejecimiento saludable al reconocer factores que, junto a lo sanitario, afectan la manera de envejecer de individuos y poblaciones, estando íntimamente relacionado con un enfoque de derechos de las personas mayores, su autonomía e independencia (OMS, 2002).

Por tanto el envejecimiento puede entenderse, como un proceso universal, intrínseco y paulatino que se desarrolla a lo largo de la vida, todo ser vivo tiende a él; existe una relación e interacción entre el medio ambiente y el programa genético del individuo. Es difícil determinar cuándo comienza el proceso de envejecimiento. Se cree que el proceso de envejecer se inicia entre los 60 y 65 años, aunque claro está, es muy aleatorio ya que en muchos individuos se dan déficit funcional antes. Como se ha dicho, la edad en la que comienza la vejez no es algo que esté delimitado, ni biológica ni psicológicamente, sino que se trata de la convección social aceptada por diferentes culturas (Ramos, 2009).

2.2. ENVEJECIMIENTO Y FAMILIA

2.2.1. Surgimiento y evolución de la institución familiar.

Difícil es dar una fecha exacta de cuando se creó la familia, ésta como toda institución tuvo un desarrollo histórico que se inicia con la primera forma de vínculo consanguíneo. Posteriormente se forman agrupaciones como las tribus las que nacen por las uniones de parentesco.

La necesidad de generar mano de obra para las actividades agrícolas lleva a las familias a la procreación de un alto número de hijos e integración de parientes.

A través de la historia han existido vínculos de parentesco con determinadas características, como:

- LA HORDA: Es la unión de hombre y mujer con fines de procreación, búsqueda de alimento y defensa. No existe conciencia del vínculo familiar y la paternidad de los hijos es desconocida.
- EL MATRIARCADO: Mujer como centro y autoridad de la vida familiar, en cuanto el padre se dedica a la caza y pesca, grupo familiar con características nómade.
- EL PATRIARCADO: Autoridad traspasada de la madre al padre, se reconoce el parentesco por la línea paterna, con características de vida familiar sedentaria. Se practica la poligamia lo que conlleva a un aumento de la población.
- LA FAMILIA EXTENDIDA: basada en el vínculo consanguíneo de un gran número de personas, como padres, hijos, abuelos, tíos, entre otros. La autoridad es otorgada al hombre mayor del núcleo familiar, siendo el responsable de la decisiones importantes de la familia, entregando su apellido y herencia a sus descendientes. Al interior del grupo familiar se cubren todas las necesidades básicas de sus integrantes y son los

ancianos los encargados de traspasar su experiencia y sabiduría a los hijos y nietos. Se practica la monogamia por consiguiente se reduce el número de hijos por familia.

- **FAMILIA NUCLEAR O CONYUGAL:** Formada por padre, madre e hijos, el vínculo familiar está dado por lazos consanguíneos, de afinidad y de adopción. Padre y madre realizan actividades laborales fuera del hogar y los ancianos por falta de espacio en la vivienda son derivados a hogares para sus cuidados. La función de educar es traspasada en gran parte a la escuela, además lo valórico no siempre es asumido por los padres por falta de tiempo (BCN, 2013).

2.2.2. Definiciones y conceptos actuales sobre familia.

En cuanto a los conceptos de familia se puede observar que desde el enfoque en que nos situemos existen aseveraciones en cuanto a familia, otros factores influyentes son la cultura y el momento histórico en que nos encontremos.

Las Naciones Unidas, conceptualizan a la familia como el conjunto de miembros de un hogar emparentados por vínculos de sangre, adopción o matrimonio. En estos términos el concepto queda acotado a lo que se entiende por “familia de residencia” (ONU, 2007).

El enfoque sociológico concibe a la familia como institución que conecta a la sociedad y a los individuos desde su comienzo, cumple una función esencial para ambos, ofrece un apoyo a la sociedad socializando a cada individuo y abre un camino en el proceso sociabilizador (Alusztiza, 2007).

Minuchin y Fishman (1984) describen a la familia como el grupo natural que elabora pautas de interacción en el tiempo y que tiende a la conservación y la evolución. Es el grupo celular de la sociedad, una institución que ha existido a lo largo de la historia, ha compartido siempre las mismas funciones entre ellas la crianza de los hijos, la supervivencia y la común unión de los miembros de ésta.

No es una entidad estática sino que está en un cambio continuo igual que sus contextos sociales.

Para el Instituto Nacional de Estadística (2012), “Grupo de personas que, residiendo en la misma vivienda familiar (por tanto formando parte de un hogar, están vinculadas por lazos de parentesco, ya sean de sangre o políticos, e independientemente de su grado.

Eguiluz (2003) propone una definición de familia “Es un grupo de individuos “que viven juntos”, que implica los arreglos sociales actuales de la vida moderna y de cualquier época; se pueden definir como cualquier relación de cohabitación diaria, que tiene o ha tenido consecuencias sexuales, es decir, gratificación o progenie. Estas son las relaciones que acompañan a los sentimientos de amor y al hogar”.

La autora propone el abandono de la definición de familia basada en el parentesco, que incluye las disposiciones legales y religiosas, y las obligaciones contraídas por el matrimonio y los lazos sanguíneos. La ventaja de la definición de “vivir juntos”, es decir, la de la realidad cotidiana, la “familia de siempre”, es que incluye formas diferentes de familias, legalizadas o no, pero comprometidas en los deberes domésticos, la convivencia sexual y emocional.

2.2.3. Cambios que ha experimentado la familia en Chile.

Chile a través de los años ha experimentado importantes cambios en el contexto social, asociado al proceso de modernización que han influido en las familias y en cómo estas se componen. Los principales cambios que se pueden mencionar y que repercuten en todos los ámbitos del sistema familiar son las variables relativas al contexto socioeconómico, sociopolítico y sociocultural.

- *Cambios en el contexto socioeconómico:* Uno de los primeros aspectos que caracteriza a la modernización es el fenómeno de la urbanización. El primero

de estos hechos es el proceso de industrialización, este aspecto afectó a la familia, ya que comenzó a declinar el sistema de producción familiar que dominaba hasta entonces, “la característica era que los bienes necesarios de subsistencia y el bienestar familiar eran producidos artesanalmente por una empresa familiar, en la que se reservaba al hombre, padre y esposo, las funciones de autoridad respecto al desempeño laboral de la familia” (SERNAM, 2000).

El proceso de urbanización mencionado anteriormente, influyó igualmente en el proceso de migración desde las zonas rurales a las zonas urbanas, esto surge junto a la industrialización. Las familias en este contexto se vieron obligadas abruptamente a modificar su organización interna y adecuarse a las nuevas condiciones de vida en los centros urbanos. “Muchas familias adoptaron como estrategia de sobrevivencia la segregación de roles, estableciendo una división funcional de las tareas, según el sexo” (SERNAM, 2000). En este escenario se presenta el rol femenino realizando principalmente tareas domésticas al interior del hogar, con escasas posibilidades en el medio social, de oportunidades de perfeccionamiento o capacitación que le permitiera ingresar al mundo laboral en las industrias. Por otro lado el rol del hombre, se definió principalmente por la función de proveedor, quien era el único con posibilidad de recibir remuneración fuera del hogar.

El proceso de modernización, ha permitido igualmente que en la actualidad estos roles notoriamente marcados se transformen en roles compartidos, donde hombres y mujeres comparten funciones domésticas y laborales, lo que ha permitido que las mujeres tengan una mayor participación en el mercado laboral.

- *Cambios en el contexto sociopolítico:* La sociedad actualmente, se encuentra asociada con el sistema democrático, en relación a los principios democráticos, se destacan los derechos humanos, tanto personales como sociales, la participación electoral y elección de representantes, la libertad de conciencia, y la fiscalización de los actos de la autoridad, entre otros. En esta perspectiva la familia también representa una institución ligada al contexto político

de la sociedad, “tanto en la medida en que las decisiones de la autoridad afectan su formación, su estabilidad y su desarrollo, como también en la medida en que ella tiene un papel fundamental en la formación de los ciudadanos, en la transmisión de los principios intangibles de la democracia. Siendo la familia un cuerpo intermedio entre la persona y la sociedad, su rol frente a la estabilidad política es de enorme importancia, aun cuando no se le vea directamente” (SERNAM, 2000).

- *Cambios en el contexto sociocultural:* En este contexto la familia ha accedido a nuevas oportunidades y opciones de desarrollo. El factor más visible de la transformación cultural, ha sido la aparición de los medios de comunicación audiovisuales, este conjunto de medios de comunicación a tenido un creciente impacto cultural, aunque diferenciado de acuerdo a los niveles socioeconómicos de la población. Los medios audiovisuales en las últimas décadas, se han convertido en importantes difusores de hábitos de consumo, de prácticas políticas y de pautas morales de conducta, ellos registran los acontecimientos sociales y juegan en la sociedad un papel regulador, cada vez más fuerte.

La familia no ha quedado ajena a la influencia de los medios de comunicación, estos han ido ganando un lugar en medio de ella, transformando también los procesos educacionales y de formación de las personas en distintos ámbitos. Se trata de un impacto que afecta la totalidad de las relaciones personales al interior de la familia, ya que los hijos tienden a permanecer por más tiempo dependientes de sus padres, dado que necesitan terminar su educación, también se ha producido un impacto en la formación de nuevas familias, ya que éstas tienden a retrasarse, debido a que las parejas suelen unirse cuando la preparación profesional de ambos ha terminado, también a esto se agrega la mayor participación de las mujeres en la educación superior (SERNAM, 2000).

2.2.4. Características básicas de la Familia.

La realidad familiar de nuestro país es muy compleja, esto permite encontrar diversos tipos de familia.

- Con respecto a la constitución familiar; algunas familias formadas sólo por la madre y los hijos, otras por abuelos y nietos, otras por ambos padres y los hijos, etc.
- Con respecto a las características psicológicas familiares; en algunas familias existe una buena relación interpersonal, en otras este aspecto se torna dificultoso, existiendo conflictos entre los integrantes del grupo familiar (SERNAM, 2000).

Existen diversos estudios sobre la familia, cada uno de ellos han adoptado diversas tipologías para definirlos, de acuerdo al Informe de la Comisión Nacional de la Familia elaborado por SERNAM¹ (2000), se considerarán dos criterios de clasificación, estos son de acuerdo al tipo de hogar y la composición de la familia en términos de relaciones de parentesco.

✓ Según el tipo de hogar:

La perspectiva del hogar implica considerar a la familia en función del hábitat. El hogar corresponde a aquel grupo constituido por una sola persona o un grupo de personas, con o sin vínculos de parentesco, que hacen vida en común, es decir se alojan y se alimentan juntas. Desde aquí se pueden distinguir tres tipos de hogares:

- *Hogar Unipersonal:* el hábitat está constituido por una sola persona, generalmente un adulto mayor.

¹ Servicio Nacional de la Mujer.

- *Hogar Familiar*: el hábitat es compartido por una o más núcleos familiares, Aquí se puede encontrar a familias constituidas sólo por los padres y los hijos y también cuando hay una familia de “allegados”, la que conformaría el otro núcleo familias que habita el mismo hogar.

- El hábitat es compartido por dos o más personas, sin vínculos de parentesco entre sí (SERNAM, 2000).

✓ **Según la composición familiar; en términos de relaciones de parentesco:**

Esta categoría pone de relieve elementos como la parentalidad, la conyugalidad y la consanguinidad. Se distinguen:

- *Familia nuclear*: integrada por una pareja adulta, con o sin hijos o por uno de los miembros de la pareja y sus hijos.

- ✓ *Familia nuclear simple*: integrada por una pareja sin hijos.

- ✓ *Familia nuclear biparental*: integrada por el padre y la madre, con uno o más hijos.

- ✓ *Familia nuclear monoparental*: integrada por uno de los padres y uno o más hijos.

- *Familia extensa*: integrada por una pareja o uno de sus miembros, con o sin hijos, y por otros miembros que pueden ser parientes o no parientes.

- ✓ *Familia extensa simple*: integrada por una pareja sin hijos y por otros miembros parientes o no parientes

- ✓ *Familia extensa biparental*: integrada por el y la madre, con uno o más hijos, y por otros parientes.

- ✓ *Familia extensa monoparental*: Integrada por uno de los miembros de la pareja, con uno o más hijos, y por otros parientes.

✓ Familia extensa amplia (o familia compuesta): integrada por una pareja o uno de los miembros de ésta, con uno o más hijos, y por otros miembros parientes y no parientes.

Cabe destacar que la importancia de esta tipificación radica en el reconocimiento de la complejidad familiar de la realidad familiar del país, a la vez que sirve para poner de manifiesto algunas características peculiares a la dinámica familiar.

La clasificación de hogares y familias pone de relieve la existencia de redes de parentesco, redes de apoyo y solidaridad, así como la distinción entre núcleos primarios y secundarios en la familia. El hogar unipersonal, vinculado especialmente a personas mayores, no implica aislamiento, soledad o pérdida de relaciones de parentesco, sólo tipifica la realidad de habitación de algunas personas. Entre las familias biparentales se puede distinguir la familia reconstituida, que es aquella formada por una pareja, con o sin hijos comunes, que integra hijos de uniones conyugales anteriores, de uno o ambos miembros de la pareja.

La familia es un grupo primario que funciona como un agente de socialización y es fundamental para el desarrollo del ser humano. La relación entre los miembros de la familia es directa, íntima y personal, por ello la calidad de las relaciones es más intensa que en cualquier otra institución. La familia como sistema relacional, articula a sus miembros entre sí, y además supone un punto de encuentro entre las necesidades individuales y las instancias sociales. La familia puede ser vista como un conjunto de personas unidas por el sentimiento de pertenecer a un grupo de parentesco y que se sienten unidas por lazos de solidaridad y de afecto. En otro sentido puede ser vista como una unidad compleja de cooperación, es decir la familia es un grupo que tiene recursos humanos, económicos y expresivos para satisfacer las necesidades miembros, los protege

en caso de necesidad y se intercambian cuidados, es decir, existen lazos de responsabilidad mutua.

“Se debe pensar en la familia como un ente vivo, que sufre transformaciones y cambios, un organismo que lleva a cabo variaciones en el tiempo y en la que se da un doble proceso, de continuidad y crecimiento, que permite su desarrollo como un conjunto a la vez que preserva la individualidad de cada uno de sus miembros” (SERNAM, 2000).

2.2.5. Roles familiares.

Al interior del grupo familiar se pueden identificar una diversidad de roles sociales, tales como hijo(a), padre, madre, abuelo(a), estos la mayor parte de las personas las cumplen a lo largo de su vida y van desempeñando las distintas funciones que le competen en su interior. Estos roles se pueden definir de la siguiente manera:

- *Rol de hijo (a)*: Constituye el rol que más personas forman en la población, cronológicamente constituye el primer rol que cumple cada persona. El rol de hijos socialmente es poco definidor, ya que tiene relación con la edad. Por ejemplo un hijo de pocos años es completamente dependiente de sus padres, otro hijo a pesar de ser joven, puede que por determinadas razones tenga que asumir un rol de padre, o puede ser que un hijo forme su propia familia de procreación y pase a cumplir un rol de esposo y padre. Socialmente se han definido las obligaciones de cada miembro de la familia, pero esta puede variar, y mucho, ya que dada la complejidad de las condiciones físicas, psíquicas y económicas de sus diversos miembros, no es raro que existan responsabilidades contrapuestas.

- *Rol de padre – madre*: Los padres o madres antes de serlo, han sido hijos antes también, y al asumir este rol deben definir las obligaciones y

derechos que van a aplicar a su descendencia. Este rol normalmente se basa en lo que ellos han recibido por orientación de sus propios padres, confrontándose la innovación o el conservadurismo. “En sociedades conservadoras, prevalecen las conductas de padres que repiten las formas sociales que les fueron transmitidas, en sociedades con elevadas tasa de cambio social se produce mayor innovación” (SERNAM, 2000).

“Los padres viven entre dos familias y aunque su responsabilidad primaria se dirige a la familia de procreación, con frecuencia deben resolver problemas de la familia en la que nacieron. Con el aumento de la esperanza de vida y limitaciones en la asistencia y servicios sociales se prevén mayores responsabilidades de los hijos respecto de sus padres ancianos, en especial sus madres viudas, cuya mayor longevidad y reducidas pensiones, las llevarán a situaciones de dependencia” (SERNAM, 2000).

- *Rol de abuelo (a)*: Este rol ha experimentado grandes cambios y en los próximos años seguirá cambiando aún más. Los abuelos de ahora, no son iguales a los del pasado, y por lo tanto no tienen por qué cargar con la imagen de antes de pasividad física, laboral, económica, política, etc., en el presente aparece la imagen del abuelo del nuevo siglo, como una persona con su propia vida, intereses y actividad política, tan variados o más que las otras generaciones, en tanto que la nueva situación demográfica, que está viviendo la población, está haciendo que cada vez habrá más abuelos que nietos.

- *Rol de bisabuelo (a)*: Este es un rol, que cada vez se está haciendo más abundante, debido a la reducción de las edades del matrimonio y a la reducción de la procreación. “Los bisabuelos de hoy son semejantes a los abuelos de ayer, así como los abuelos actuales a los padres del pasado. El rol de bisabuelo posibilita la familia de cuatro generaciones contemporáneas,

excepcional en el pasado, e incluso aparecen los tatarabuelos y la familia de cinco generaciones” (SERNAM, 2000).

La familia constituye un grupo social el cual varía según la sociedad en la que se encuentra, sin embargo, a su vez es un reproductor fundamental de los valores que se desarrollan en esa sociedad.

Cada sociedad posee un tipo determinado de organización familiar, pero algo relevante de esta institución es que las personas que la conforman poseen relaciones de parentesco y/o afectivas.

Actualmente la familia se ha transformado en función de los cambios sociales, y hoy en día tiene diversas formas, a diferencia de la versión de familia clásica que se desarrolló en siglos anteriores. Los cambios en el mundo del trabajo, en la vida cotidiana, cambios legales y sociales, lo que ha diversificado el concepto de familia en cuanto a sus formas.

En conclusión se puede definir la familia como un grupo social que está unido por relaciones de parentesco, que pueden ser por vía sanguínea como por relaciones afectivas. Esta familia va a reproducir en su interior formas, valores tanto culturales como sociales que están instalados en la sociedad en la que se encuentra inserta (SERNAM, 2000).

2.2.6. Envejecimiento y cambios en la familia.

La familia para las personas mayores ocupa un lugar preponderante, son sus familiares directos como los hijos, las hijas y cónyuge los que están más cerca de ellos, en consecuencia los sienten como su grupo familiar más íntimo y significativo, lo que deja de manifiesto la importancia que le dan a su familia de procreación por sobre la de origen.

Con el paso del tiempo las familias han sufrido importantes cambios los que han afectado a cada uno de sus miembros incluyendo a la figura de la persona mayor presente.

La familia de antaño en cuanto a su estructura era diferente, esto porque existía convivencia entre abuelos, padres e hijos, lo que generaba una cercanía y cohesión en el grupo familiar, sin embargo la sociedad actual ha dado origen a un tipo de convivencia distinto, es decir los hijos emigran para formar familia quedando las personas mayores en muchos casos solas. Se han generado cambios también en los roles y las dinámicas familiares (Saez, Rubidio, & Dosil, 1996).

Carballeda (2008) se refiere a la presencia de personas mayores en la familia como un fenómeno que va en aumento en América Latina, esto por el crecimiento de la expectativa de vida, las migraciones forzadas y las crisis económicas. Lo anterior también es relacionado con el sexo de estas personas mayores, es decir es significativamente mayor el número de mujeres que de hombres.

El retorno de las personas mayores a este núcleo familiar genera nuevos requerimientos para poder adaptarse a las necesidades que surgen frente a dicho hecho, sin embargo sigue siendo visto como un “estorbo”, como una dificultad para el grupo familiar. Lo que podría terminar en hechos tales como violencia y descuido hacia las personas mayores. Estos hechos manifiestan la fuerte necesidad que tiene la sociedad de profundizar aún más en las políticas que abordan los temas de violencia al interior de la familia.

En el caso de las personas mayores no es difícil visualizar casos de explotación y discriminación dentro de la familia, siendo estos aún más comunes y complejos cuando presentan algún grado de dependencia.

Los cambios sociales generados en los últimos años desde la impronta neoliberal hacen predominar la lógica de la producción y el consumo, requisito que las personas mayores por sus características ya no pueden cumplir lo que los hace vulnerables y fuertemente rechazados por su entorno.

Cada familia escribe su historia, en ella los roles a desarrollar por las personas mayores son diversos, cambiantes y singulares. El que la persona mayor sea o no un “estorbo” al interior del grupo familiar dependerá de sus miembros y la importancia que le den a la sabiduría de este personaje por sobre su nivel de producción (Carballeda, 2008).

2.3. TEORIAS EXPLICATIVAS DEL ENVEJECIMIENTO

Dentro del proceso del envejecimiento no sólo lo biológico es importante también existen aspectos psicológicos y sociales que influyen en lograr un envejecimiento exitoso.

Para la presente monografía se utilizarán las Teorías Sociológicas del envejecimiento, el abordaje sociológico se centra en las características de la sociedad en las condiciones de vida de la persona mayor, considera al individuo como una unidad de análisis y se centra en la manera que la Persona mayor enfrenta su propio envejecimiento inmerso en un contexto social que lo condiciona.

2.3.1. Teoría de la desvinculación.

“La teoría de la desvinculación, igualmente llamada del desenganche y la ruptura, fue postulada inicialmente por E. Cumming y W.E. Henry en 1961, y, más tarde, por Schaie y Neugarten” (Belando, 2006). Esta teoría tuvo su apogeo en la década de los 60, pero no estando exenta a diversas críticas.

Su enfoque se centra en que las personas, al llegar a un determinado momento de su vida y a medida que sus capacidades cambian, modifican sus preferencias y paulatinamente eligen retirarse de los roles sociales y reducir sus compromisos con los demás. Al mismo tiempo, la sociedad, gradualmente, se aparta de los mayores y entrega a los jóvenes los roles y responsabilidades que una vez desempeñaron los anteriores. La retirada mutua entre el individuo y la sociedad tiene aspectos tanto socioeconómicos como psicológicos. Los roles son abandonados o el individuo esforzado a renunciar a ellos; cuando se le pide que se retire de su puesto de trabajo, a medida que los hijos crecen y dejan el hogar, o el cónyuge muere, cesa la pertenencia a las organizaciones, y los papeles de liderazgo son abandonados.

Según esta teoría existen dos enfoques fundamentales para la desvinculación:

- La funcional relacionada con un distanciamiento de las personas mayores de sus “relaciones sociales, reduce sus roles más activos y se centra en su vida interior, y la sociedad va cerrando al individuo anciano posibilidades de participación, y le libra de sus obligaciones y roles sociales, lo que hace que la persona se sienta feliz y satisfecha. Esta desvinculación resulta, asimismo, positiva para la familia y las relaciones más cercanas, ya que ofrece la posibilidad de buscar sustitución a las tareas que el anciano ya no realiza, y de reorganizar los roles con bastante tiempo para reflexionar sobre las decisiones que se han de tomar” (Belando, 2006).

- La disfuncional, hace referencia a aquellos individuos que se resisten dejar de cumplir sus roles y actividades, generando en ellos frustración y desesperanza ante el futuro, generando un envejecimiento no saludable (Belando, 2006).

Otros autores hablan de la «vinculación por compensación», o «desvinculación-vinculación selectiva» como la denomina Havighurst (1948), es decir, se reduce la actividad social en unos ámbitos, generalmente, los laborales, pero se incrementa en otros (por ejemplo, los familiares).

Como ya hemos señalado antes, esta teoría recibió críticas en las dos décadas siguientes a su aparición por parte de diversos autores quienes hablan de una reestructuración cualitativa, o sea, más que una disminución cuantitativa lo que se produce son cambios en la participación o vinculación. Estos autores comentan, igualmente, la importancia de los componentes individuales; así, según la personalidad de cada uno, unas personas serán más felices retirándose de la vida de la comunidad, y otras siendo activas y estando integradas en la misma. Además, denotaron que la desvinculación psicológica no aparecía con la jubilación sino diez años antes (Salvarezza, 1988).

Salvarezza (1988) hace un repaso por varios estudios en los que se comprueba que las personas mayores prefieren la actividad y los contactos sociales; así, él mismo defiende la teoría del apego. En su opinión, una vejez feliz viene condicionada por el apego de los ancianos a sus objetos y actividades y, en cualquier caso, en los trabajos que no pueda seguir realizando, se buscarán sustitutos. El autor hace referencia a la teoría del desapego como un fenómeno que se podría llamar "el desapego hacia los viejos".

A pesar de los diversos estudios que se han realizado para demostrar esta desvinculación no han sido capaces de demostrar o comprobar que la

desvinculación social hiciera más satisfactorio los últimos años de vida, por el contrario existen varios estudios que demuestran que ha mayor implicancia y participación social es mayor la satisfacción en los últimos años de vida.

2.3.2. Teoría de la Actividad.

Rodríguez (1994) afirma que “la teoría de la actividad se deriva de la teoría de los roles”.

“Fue formulada originalmente por Havighurst, y también se habla del alemán Tartler (1961) y de Atchley (1977) como representantes de esta teoría. Carstensen (1990) hace notar que no se trata de una teoría formal, sino que es una perspectiva sobre el envejecimiento que se opone a la teoría de la desvinculación” (Belando, 2006).

Desde la perspectiva de esta teoría un envejecimiento exitoso debe acompañarse de nuevas actividades o trabajos (hobbies, participación en clubs o asociaciones, etc.) que sustituyan a los que se tenían antes de la jubilación (ésta supone, desde esta visión, una pérdida que puede llevar a la marginación). Estas actividades deberán ser, de alguna forma, remuneradas, por la necesidad económica que suelen tener los ancianos y porque en nuestra sociedad se valora, ante todo, el trabajo pagado; se señala, asimismo, que la actividad debe producir algún rendimiento y ser útil a otras personas.

Desde esta teoría se recomienda la formación de grupos con intereses o preocupaciones comunes, lo que puede contribuir a una actitud positiva con respecto al futuro. Por otro lado, sitúa a las personas dependientes, con limitaciones físicas o mentales, en una situación desventajosa y de marginación social (Belando, 2006).

Se ha observado en diferentes estudios (Maddox, 1963) que la moral alta en la vejez está relacionada con un nivel alto de actividad, lo cual apoya esta teoría; pero no se niega que, con la edad, hay una menor tasa de actividad global, debida a imposiciones externas como el decremento de roles sociales, el fallecimiento de amigos y familiares o el deterioro de la salud.

El argumento central de esta teoría es que el ajuste a la vejez se produce con éxito si los individuos conservan un nivel de actividad similar al de etapas anteriores de su vida. La teoría no plantea la necesidad de que la persona mayor siga realizando su actividad laboral, sino que busque nuevos papeles que reemplacen al anterior. Cuando las personas mayores son forzadas por las limitaciones físicas o las necesidades sociales a suspender los papeles útiles, ellas deben desarrollar nuevos papeles si quieren conservar un sentido positivo de uno mismo y un bienestar físico -flexibilidad del rol-. Todo lo cual indicará que se han adaptado con éxito a la vejez.

El bienestar en la última etapa de la vida depende de la actividad en los roles recién adquiridos. Algunos estudios han comunicado que la relación entre actividad y bienestar de los adultos mayores depende del tipo de actividad en la que intervienen. Otro componente de esta teoría considera las preferencias de las personas mayores y las elecciones que realizan en cuanto al grado de actividad que desean mantener; para algunas personas mayores, disponer de tiempo para una reflexión tranquila puede ser tan importante como otras actividades más dinámicas.

La satisfacción de la persona en esta última etapa de la vida depende de la actividad en los nuevos roles que ha adquirido, considerando que las preferencias de las personas mayores y las elecciones que realizan esta en directa relación al grado de actividad que desean mantener.

Las limitaciones físicas y mentales que generan grados de dependencia en las personas mayores, son consideradas de acuerdo a esta teoría en una situación de desventaja y marginación social (Martínez, 2005).

2.3.3. Teoría de la continuidad.

“Para los partidarios de esta teoría (Atchley, Covey y Fox, entre otros), las dos primeras teorías (la de la desvinculación y la de la actividad) están equivocadas porque no cuentan con el proceso biográfico” (Belando, 2006).

La Teoría de la Continuidad tiene un enfoque constructivista, ya que asume que las personas, en función de sus experiencias vitales, desarrollan activamente, sus propios constructos o concepciones tanto acerca de sí mismos como de su estilo de vida. A pesar de tratarse de una teoría del desarrollo aplicable a todo el ciclo vital, va a tener una especial relevancia en el proceso de envejecimiento y en la explicación de los patrones de actividad que va a presentar la persona durante esta etapa. En este sentido, uno de los puntos más relevantes de la Teoría de la Continuidad será el relativo al proceso de adaptación en la adultez y senectud (Atecheley, 1993).

Esta teoría se fundamenta en que la vejez es una prolongación de las otras etapas de la vida y que los elementos principales de la personalidad de las personas mayores se mantienen, es decir sus gustos y hábitos. En este contexto teórico podemos Belando (2006), el cual es célebre por la siguiente afirmación: «Se envejece tal y como se ha vivido».

Esta teoría indica que para saber cómo un individuo se va a comportar frente a la jubilación es importante considerar cuál ha sido su comportamiento a lo largo de su vida. La desventaja de esta teoría es que no se ha podido comprobar empíricamente, esto porque cada persona tiene un modelo distinto.

Para la teoría de la continuidad, lo más importante es que las personas mayores estén socialmente involucrados, independientemente del tipo de roles sociales que desempeñen. Cuanto más activa permanezca una persona mayor, más satisfactoriamente envejecerá. Actualmente esta teoría enfatiza que las actividades sociales juegan un rol de «amortiguador» para atenuar el trauma de la pérdida de roles más importantes.

Este modelo sociológico afirma que solo el individuo activo puede ser feliz y satisfecho. La persona ha de ser productiva, útil en el servicio material en el contexto donde se encuentre. De lo contrario, la desgracia, el descontento, la sensación de inutilidad se centrará en él (Sáez, 2005).

Esta teoría, en línea con la afirmación de Havighurst (1961), de que diferentes personas con diferentes valores definirán de manera igualmente distinta lo que para ellos es un buena vejez, no trata de prescribir lo que sería un patrón estándar de comportamiento exitoso durante esa etapa, pues éste va a depender de la propia historia del sujeto. Lo que sí establece es que las personas mayores preferirán, como en otras etapas de sus vidas, los patrones de comportamiento que supongan una continuidad a aquellos otros que representen un cambio substancial. Esto no quiere decir que haya una completa ausencia de cambio, sino que lo que predominará es una disposición a mostrar tendencias que supongan la continuación de esquemas anteriores.

Por lo tanto, según esta teoría, durante el proceso de envejecimiento no se puede afirmar con carácter general que se produce una desvinculación social del sujeto, ni que un aumento de su actividad o participación llevará aparejado un incremento en su nivel de bienestar subjetivo en la misma medida. Lo que establece es que el nivel de actividad que una persona va a manifestar en este proceso estará en función de su trayectoria vital y del patrón de actividades que

haya presentado durante las etapas anteriores. La continuidad representa, de esta manera, un modo de afrontar los cambios físicos, mentales y sociales que acompañan al proceso de envejecimiento.

La teoría de la continuidad se basa en dos postulados básicos:

- ✓ El paso del tiempo en las personas trae consigo la vejez, la que es una prolongación de experiencias, proyectos y hábitos de vida del pasado. Prácticamente la personalidad de las personas como el sistema de valores que estas desarrollan a lo largo de sus vidas permanecen intactos.
- ✓ Al envejecer las personas aprenden a utilizar diversas estrategias o mecanismos de adaptación que les ayudan a reaccionar con resiliencia ante los sufrimientos y las dificultades de la vida (Atecheley, 1993).

Hétu (1988) resume en siete puntos esta teoría:

- Desde el punto de vista psicológico, los seres humanos evolucionan de una manera diferente.
- El individuo, desde su nacimiento a su muerte constituye una sola entidad coherente, por lo que, en un momento dado, cualquier estado depende en gran parte de lo que era anteriormente.
- A lo largo de su evolución, el individuo va integrando su experiencia e imagen de él mismo en lo que se conoce como «autoconcepto» y personalidad lo que va determinando sus respuestas a nuevas situaciones.
- En función de su coherencia y funcionamiento interno, cada individuo tiende a producir su propio ambiente que le corresponde. Éste se convierte en el factor externo que favorece la continuidad del estilo de vida que ha ido creando.
- Aplicado al envejecimiento, lo anterior implica que el estilo de personalidad establecido en la edad adulta es el mejor predictor del estilo de funcionamiento del sujeto para confrontar el envejecimiento.

- El envejecimiento no hace más que acentuar las líneas principales de fuerza que constituyen la armadura de su personalidad. El individuo que envejece se puede transformar de manera más ostensible en lo que siempre ha sido.
- Aunque estable, la personalidad sigue evolucionando durante toda la vida para integrar las experiencias que se le van presentando, en un proceso continuo de adaptación hasta el final de la vida.

En cuanto a las emociones, parece ser que con la edad se aprende a conservarlas (dirigirlas) mejor, o sea, hay también una selección. Así, con los años son menos las personas que pueden afectarnos; ello no quiere decir que la intensidad de la emoción sea menor en la vejez, sino que hay menos estímulos que producen emoción. (Belando, 2006)

2.3.4. Teoría de la dependencia estructurada.

La teoría de la dependencia estructurada intenta llamar la atención sobre el sistema social en general, en vez de dirigirla a las características de las personas. Propone que la estructura y la organización de la producción son el origen de las características de la dependencia, y contrapone una perspectiva que pone énfasis en la creación social (Mouzelis, 1991).

A finales de la década de los 70 surge un nuevo enfoque, la gerontología crítica, que entiende que la vejez no es una realidad biológica, sino una posición, un estatus socialmente construido, producto de la división del trabajo y de la estructura de la desigualdad. La gerontología crítica afirma que las sociedades construyen la vejez como construyen el resto de los grupos de edad, asignando roles y estatus, normas y expectativas de comportamiento, etc.

El punto de partida de la gerontología crítica -economía política de la vejez o teoría de la dependencia estructurada- es la observación de que, en las

sociedades industrializadas, los ancianos ocupan, en general, no sólo una posición social y económica baja, inferior a la de cualquier otro grupo de edad, sino además, dependiente y al margen de la sociedad, y que ese estatus ha sido construido y legitimado socialmente como consecuencia de las exigencias del capitalismo, con la intermediación del estado, y utilizando como instrumentos privilegiados las políticas públicas dirigidas específicamente o no a la vejez. Además, durante estos últimos años se han reforzado nuevos frentes que hacen aún más vulnerable la posición de la vejez, especialmente la jubilación anticipada, que comenzó siendo un intento político de gestionar la crisis del empleo y parece que ha terminado convirtiéndose en una característica estructural del empleo de este fin de siglo.

Según la gerontología crítica, esa posición inferior y al margen que caracteriza a la vejez en las sociedades industrializadas nace directamente de las necesidades del modo de producción capitalista; el estado regula las relaciones sociales y, por tanto, la relación entre vejez y sociedad. Las claves que explican ese estatus reducido son la expulsión de los ancianos del mercado de trabajo y los efectos de las políticas sociales en otros ámbitos (Belandó, 2006).

La posición de la dependencia estructurada ilumina cuestiones importantes, en especial las reglas y recursos que influyen y limitan la vida cotidiana de las personas mayores, a la vez que funciona como correctivo del individualismo de teorías anteriores sobre el envejecimiento (Bury, 1995).

Sin embargo, tal como señala Sara Arber y Jay Ginn (1996) todas estas teorías no cuestionan los supuestos que subyacen a la corriente dominante, examinando la vida de las personas en el contexto de los marcos sociológicos establecidos, y el ideal respecto al que se juzga a las personas mayores es la vida productiva y reproductiva de las generaciones jóvenes, lo que resulta completamente insuficiente para entender la vejez.

2.4. ENVEJECIMIENTO EN EL MUNDO, EN AMERICA LATINA Y EN CHILE.

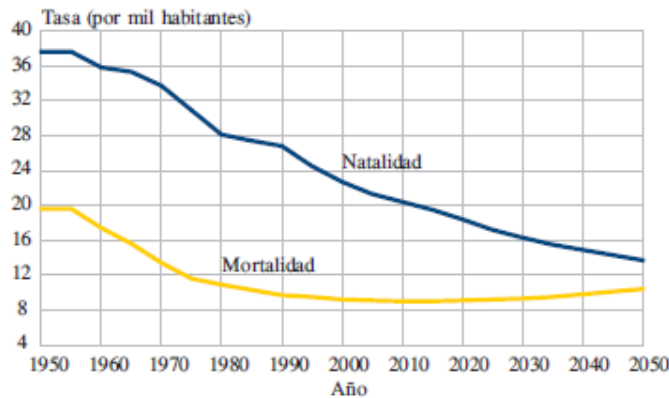
2.4.1. Envejecimiento de la población en el mundo.

El envejecimiento de la población es considerado un fenómeno global y relativamente reciente en el mundo. Este fenómeno se comenzó a desarrollarse principalmente en Europa alrededor del siglo XIX, posteriormente se expande aceleradamente en diversos países desarrollados y después de un tiempo esta situación también ha ido afectando a aquellos países que se encuentra en vías de desarrollo (Sanchez, 2000).

El envejecimiento de la población, es uno de los efectos más sorprendentes ocurridos en el mundo, producto de las transformaciones demográficas, el cual avanza aceleradamente y se consolidará a partir de la primera mitad del presente siglo. Demográficamente el envejecimiento tiene dos facetas. En primera instancia es posible de visualizar un aumento progresivo del peso relativo de las personas mayores de sesenta años y por otro lado, como un aumento de la longevidad, traducido en un incremento de las repercusiones que tiene el aumento de la esperanza de vida (CEPAL, 2004).

Durante la mayor parte de la historia de la humanidad la población creció muy lentamente. Se estima que la población mundial alcanzó los primeros mil millones alrededor del año 1810. Le tomó 120 años agregar otros mil millones, por lo que en 1930 sobrepasó los 2 mil millones. Treinta años después, hacia 1960, la población de la tierra superó 3 mil millones. Los siguientes mil millones se agregaron en quince años (1975), doce años después en 1987 se llegó a 5 mil millones y en otro lapso similar en 2000 alcanzó los 6 mil millones. Debido a la reducción del ritmo de crecimiento demográfico mundial, se estima que la población del orbe alcanzará su máximo tamaño algunos años después de 2050, con una población aproximada de 9 mil millones (Naciones Unidas, 2004).

Gráfico 1: Población Mundial, 1950 – 2050.



Fuente: (Naciones Unidas, 2004)

Como resultado de una mejor fecundidad y un aumento de la longevidad, la población de la mayoría de los países envejecerá rápidamente. Se prevé que, entre 2005 y 2050, el aumento de la población mayor de 60 años de edad representara cerca de la mitad del crecimiento total de la población mundial (CEPAL, 2007).

Las diferentes regiones del mundo se encuentran en diferentes etapas en el proceso de envejecimiento de la población. La proporción de personas mayores en los países desarrollados es del 21%, la cual es bastante mayor que la de los países en desarrollo que asciende al 8 %.

En los próximos decenios se registrará un envejecimiento más rápido de la población en los países en desarrollo que el que se registró en los países desarrollados y en los países con economías en transición. Como consecuencia de ello, la población de personas mayores en el mundo se irá concentrando cada vez más en los países en desarrollo. Para 2050, se prevé que el 79% de las personas mayores de 60 vivirán en países en desarrollo.

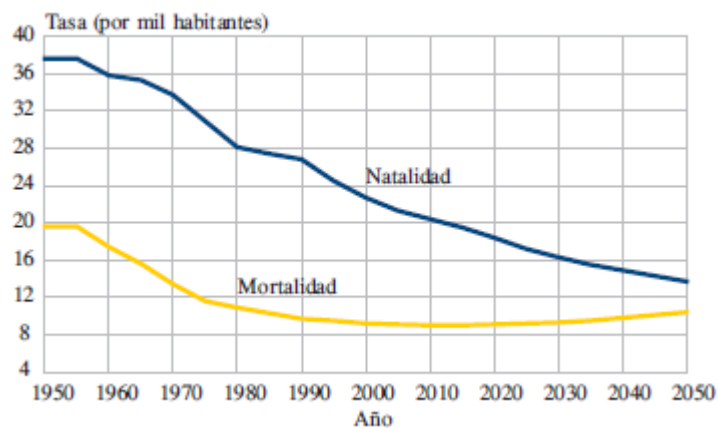
A diferencia de otras regiones en desarrollo, se prevé que África siga teniendo una población relativamente joven bien avanzado el siglo XXI. En 2005,

41% de la población de África era menor de 15 años, mientras que sólo 5% sobrepasaba los 60. Para 2050, la proporción de niños disminuirá 29%, y la de personas mayores aumentará a 10%.

Se estima que para el año 2025 existirán alrededor de 1200 millones de personas mayores. También se ha incrementado el grupo de las personas mayores de 80 años de edad, en los próximos 30 años constituirán el 30 % de las personas mayores en los países desarrollados y el 12 % en los llamados en vías de desarrollo (Coposortega, 1995).

Asimismo, se espera que los niveles de natalidad y mortalidad, continúen disminuyendo en la primera mitad del siglo en curso. La natalidad disminuirá hasta alcanzar 13.7 nacimientos por cada mil habitantes en 2050; mientras que la mortalidad se espera que alcance sus menores niveles alrededor del año 2015 (9 defunciones por cada mil habitantes) y a partir de ese momento aumente hasta alcanzar 10.4 en 2050, en estrecha relación con el incremento de la población de edades avanzadas (Naciones Unidas, 2004).

Gráfico 2: Transición demográfica mundial, 1950 – 2050.



Fuente: (Naciones Unidas, 2004)

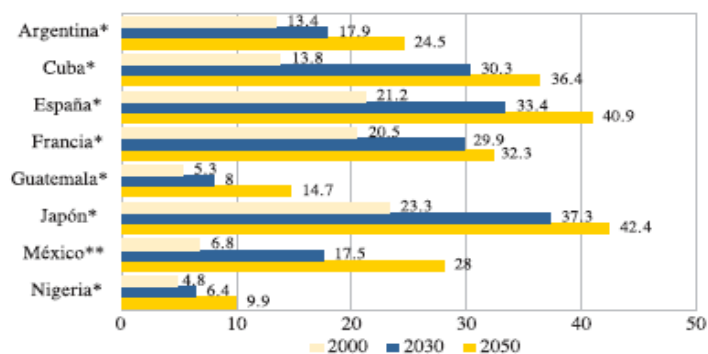
El proceso de transición demográfica que tiene lugar difiere entre países. La OMS ha considerado las tasas de natalidad, mortalidad y crecimiento natural para establecer los criterios que permiten clasificarlos en cuatro grupos de transición:

- Incipiente: tasa de natalidad alta, mortalidad alta, crecimiento natural moderado (2,5 %).
- Moderada: tasa de natalidad alta, mortalidad moderada, crecimiento natural alto (3,0 %).
- Completa: tasa de natalidad moderada, mortalidad moderada o baja, crecimiento natural moderado (2,0 %).
- Avanzada: tasa de natalidad moderada o baja, mortalidad moderada o baja, crecimiento natural bajo (1,0 %) (Alonso, Sansó, Diaz-Canel, Mayra, & Tania, 2007).

Entre los países con transición avanzada se encuentran, por ejemplo, Japón, Italia y Grecia. En Las Américas se encuentran Argentina, Bahamas, Barbados, Canadá, Chile, Estados Unidos, Jamaica, Martinica, Puerto Rico y Uruguay, entre otros. En este grupo también está Cuba, con una población con edad de 60 o más años por encima del 15 %.³ En este último país toda persona que alcanza los 60 años de edad y los supera es considerada un adulto mayor (AM) (Coposortega, 1995).

El envejecimiento de la población también se aprecia en la proporción que representa el grupo de 60 años y más respecto al total de habitantes de los países. Los países europeos, junto con Japón, son los que se encuentran más avanzados en este proceso. En la mayoría de ellos al menos una de cada cinco personas tiene 60 años de edad o más. Se estima que para 2050 alrededor de uno de cada tres sean adultos mayores en esos países. Mientras que en muchas regiones de las regiones menos desarrolladas los adultos mayores representarán a más de uno de cada cuatro habitantes (Naciones Unidas, 2004).

Gráfico 3: Porcentaje de la población de 60 años y mas, según países seleccionados, 2000, 2030 y 2050.



Fuente: (Naciones Unidas, 2004)

Dentro del proceso del envejecimiento relacionado con el género se puede mencionar que las mujeres viven más que los hombres, las mujeres constituyen la mayoría de las personas mayores en casi todos los países. Además, el porcentaje de mujeres aumenta apreciablemente con la edad. En todo el mundo, las mujeres representan el 55% de la población mayor de 60 años y superan en número a los hombres en unos 70 millones. Entre los mayores de 80 años de edad, las mujeres prácticamente duplican el número de hombres y representan el 65% de la población de este grupo de edad.

En los futuros decenios probablemente siga aumentando la cantidad de personas mayores y que incluso sea inevitable, ya que ello será fundamentalmente el resultado de cambios en la fecundidad, la mortalidad y la migración que ya se está produciendo en todo el mundo (Coposortega, 1995).

2.4.2. Envejecimiento en América Latina y el Caribe.

El envejecimiento de la población en demografía se refiere principalmente a un cambio en la estructura por edades de la población. Este cambio no es un fenómeno reciente, sino es un proceso que se ha llevado a cabo desde hace décadas a nivel mundial.

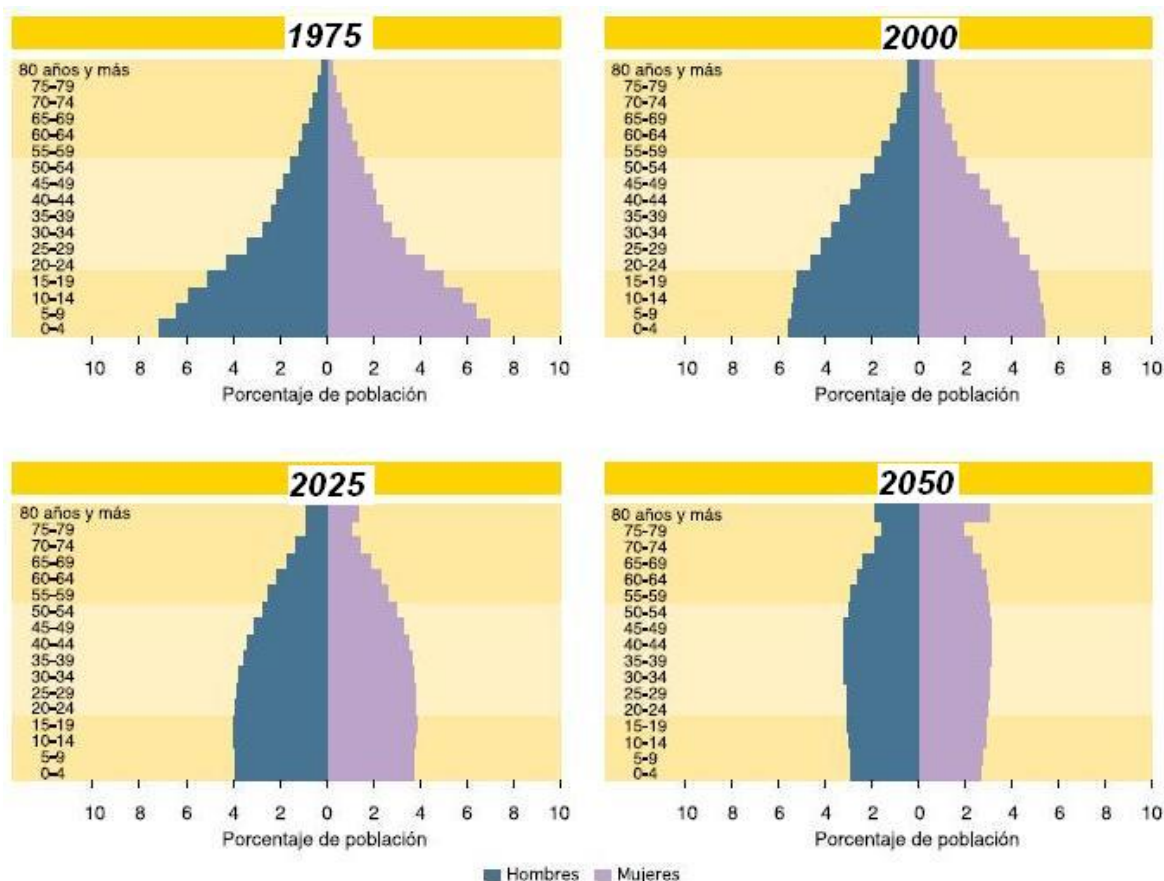
Esta transición demográfica ha incrementado el número de la población de edades maduras y longevas y ha disminuido la población de edades infantiles y juveniles. Este fenómeno se puede observar tanto a nivel mundial como a nivel país.

El envejecimiento de la población obedece a tendencias demográficas históricas. La reducción de las tasas de mortalidad en la década de 1950, y en particular de la mortalidad infantil, trajo consigo un aumento en la esperanza de vida en los países latinoamericanos. Sin embargo, sin lugar a dudas la disminución de la fecundidad en los años sesenta y comienzos de los setenta ha sido la principal fuerza remodeladora de las estructuras demográficas.

Estos cambios demográficos tuvieron un fuerte impacto en los distintos grupos que conforman la estructura etaria de la población, lo que se tradujo en una disminución de la proporción de la población infantil y, por consiguiente, en un aumento relativo de la proporción de grupos de edad más avanzada. Así, la forma clásica de la estructura por edades se va desdibujando y adquiere una nueva fisonomía, que tiende a ser rectangular.

Para América Latina, las proyecciones indican claramente que, hacia 2025 y 2050, la población adulta irá en aumento, llegando a cifras muy similares a los totales estimados de los tramos de menor edad, lo que en definitiva traerá consigo un envejecimiento paulatino de la población y una reducción del nivel de reemplazo de los grupos etarios. Lo anteriormente descrito, se puede observar en el siguiente gráfico (CEPAL, 2009):

Gráfico 1: América Latina: distribución relativa de la Población por edades y sexo, 1975 – 2050.



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL

A mediados de la década de los 60 América Latina y los países del Caribe iniciaron este mencionado proceso de transición demográfica, y es en estos mismos países donde la población mayor de 60 años crece sostenidamente, según lo señalado por la CEPAL se trata de un proceso generalizado de envejecimiento de las estructuras demográficas que lleva a un aumento tanto en el número de personas mayores como en el peso de esta población en la población total.

La proyección del aumento de la población según la CEPAL estima que entre los años 2000 y 2025, los 41 millones de personas mayores existentes

aumentarán en 16 millones, llegando a ser 57 millones de personas mayores. Entre 2025 y 2050 este incremento será de 29 millones más, llegando a ser un aproximado de 86 millones de personas mayores.

Los cambios futuros estarán relacionados con la situación actual y con la evolución futura de los indicadores demográficos. En la actualidad, el proceso del envejecimiento se encuentra más avanzado en Uruguay, Argentina, Cuba y Chile y en varios países del Caribe (Trinidad y Tobago y Barbados). En estos países, más del 10 % de la población es mayor de 60 años (CEPAL, 2012).

En el otro extremo se sitúan países menos avanzados en su transición demográfica, como Guatemala, Bolivia, Paraguay, Honduras, Haití y otros, donde menos de un 6.5% de la población sobrepasa los 60 años.

En todos los países aumenta la proporción de personas adultas mayores, pero según proyecciones de CEPAL para el año 2025, Cuba y la mayoría de los países del Caribe tendrán una estructura por edad más envejecida. De hecho, para el año 2050 se proyecta una proporción de adultos mayores superior a 15 % en todos los países y superior a 30% en varios ellos.

Respecto de la proyección a nivel de continente la CEPAL nos menciona que desde el año 2000 al 2025 la población de 60 años y mas aumentará más del 50%, pasando de 41,3 millones de personas a 98,2 y al año 2050, se duplicará la población llegando a un total de 184,1 millones de personas mayores de 60 años (CEPAL, 2012).

Tabla N°1: Indicadores del proceso de envejecimiento demográfico para América Latina y el Caribe en 2000, 2025 y 2050.

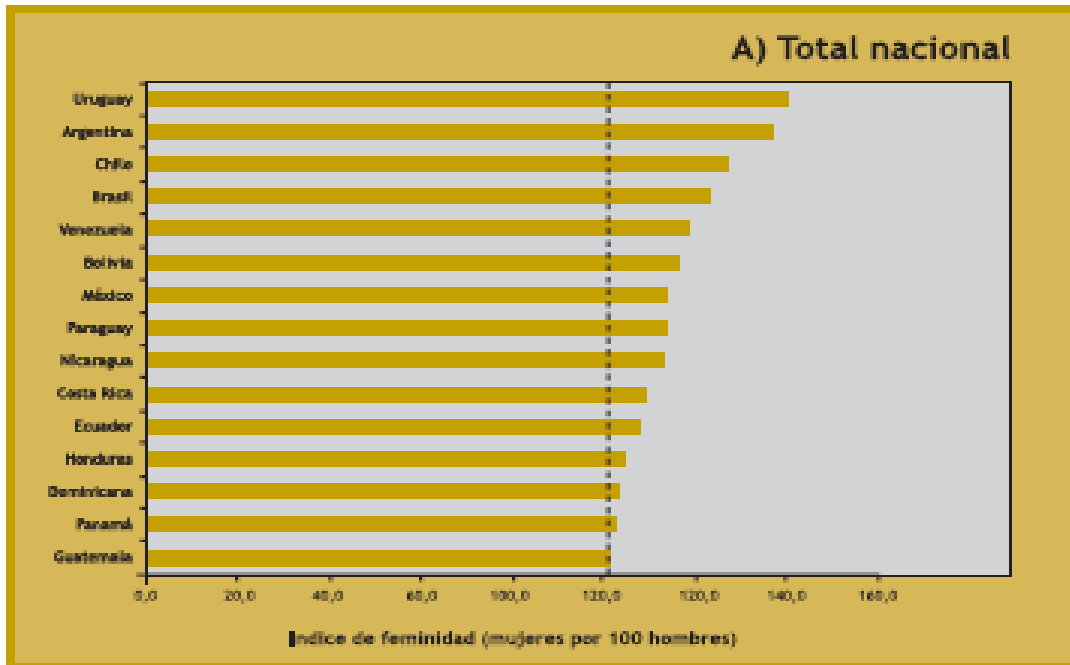
Indicador	2000	2025	2050
Población de 60 años y más en millones	41,3	98,2	184,1
Tasa de crecimiento 2000-25 / 2025-50	3,5	2,5	-
Índice de envejecimiento	25,2	60,7	128,2

Fuente: (CELADE, 2006)

Un factor importante de mencionar y que destaca en el proceso de envejecimiento es el predominio femenino que este tiene. Debido a la mayor sobrevivencia de las mujeres, se produce un aumento pronunciado de su proporción en las edades más avanzadas. En el año 2009, el total de personas mayores de 60 años eran alrededor de 53 millones, de esos 53, 29 millones son mujeres que representan el 55% de la población adulta mayor. Los hombres suman 24 millones y representan el 45% de la población adulta mayor (Huenchuan, Fassio, & Otros, 2010).

El índice de feminidad en la población de edad avanzada en la región es de 121 mujeres por cada 100 hombres. Este predominio femenino suele acentuarse en los Países con una esperanza de vida a los 60 años más elevada. Y se suma el hecho de que la brecha entre mujeres y hombres se ensancha a medida que la población envejece. Estos datos se pueden ver reflejados en el siguiente gráfico:

Gráfico 2: Índice de feminidad de la población de 60 años y más. Total urbano y rural. Censos de 2000. América Latina y el Caribe (países seleccionados).



Fuente: (Huenchuan, Fassio, & Otros, 2010)

El predominio femenino está en directa relación con las diferencias en la expectativa de vida a los 60 años, que, por lo general, es mayor para las mujeres. En el pasado, los años que les restaba por vivir a las personas de 60 años eran muy similares entre hombres y mujeres. Sin embargo, a medida que fue descendiendo la mortalidad (en particular, la materna) y aumentó la esperanza de vida de la población, la brecha entre hombres y mujeres se fue acentuando (Huenchuan, Fassio, & Otros, 2010).

Esta diferencia no es igual para todos los países de la región. Según las estimaciones y proyecciones para el período 2000-2005, Uruguay y Argentina exhiben la brecha más amplia, pues las mujeres de más de 60 años vivirían, en promedio, cinco años más que los hombres, alcanzando los 83 años de vida.

Guatemala, en cambio, no presenta diferencias entre hombres y mujeres (ambos vivirán 19,8 años más) y en Haití las mujeres mayores vivirán en promedio solo un año más que los hombres. Si bien esta diferencia seguirá vigente en las

próximas décadas, no existe una tendencia única en la región, ya que en algunos países se continuará ampliando y en otros podría hacerse menos ostensible (CEPAL, 2012).

Lo anterior permite realizar una reflexión referente a la representatividad del género femenino en la población adulta mayor. Las condiciones en las que las mujeres viven este ciclo de su vida son principalmente desfavorables para ellas, esto por los bajos montos en sus pensiones de vejez, muchas de ellas no tienen cónyuge, ya sea por la mayor frecuencia de la viudez o porque se mantuvieron célibes, con lo cual experimentan necesidades básicas no satisfechas y carencias afectivas. Además, se ven afectadas negativamente por una menor participación laboral, o bien por un trato desigual en el mercado laboral, percibiendo menor salario que los hombres por un trabajo de igual.

La relación entre pobreza y personas mayores, se acentúa cuando se relaciona con el género femenino debido a que en esta etapa son más evidentes las desventajas que se acumulan a lo largo de toda una vida y el género actúa como una variable estratificadora que se traduce en una mejor o peor posición económica de acuerdo a la trayectoria vital de las personas.

La pobreza en la vejez es la expresión de la desigualdad extrema en la posición económica. De acuerdo con la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, las desigualdades de edad y género están vinculadas a la pobreza, y la mayor incidencia de la pobreza entre las mujeres en comparación con los hombres no es accidental, sino multidimensional, en tanto nace de las múltiples desigualdades que sufren las mujeres a lo largo de la vida debido a su género, clase, etnia y estado civil (CEPAL, 2004).

Respecto del ámbito de la seguridad social, cabe señalar que la mayoría de las Personas Mayores no tiene acceso a la seguridad social. Señalándose en CEPAL que la cobertura de los sistemas de jubilaciones y pensiones en

Latinoamérica es muy baja, y con diferencias significativas según área de residencia. Además, los ingresos mensuales generados en la mayoría de los países son insuficientes para satisfacer las necesidades básicas de las personas mayores.

Menos de la mitad de la población urbana de 60 años y más es beneficiaria de la seguridad social, frente a un 38% en las zonas rurales; este último valor baja a apenas 10% si excluimos Brasil, cuya cobertura en las áreas rurales es especialmente elevada. Sólo en pocos países (Argentina, Brasil, Cuba, Chile y Uruguay) la cobertura sirve a más del 50% de los adultos mayores. En muchos otros (Bolivia, Colombia, Ecuador, El Salvador, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, República Dominicana y Venezuela) no alcanza al 25% de la población de 60 años y más.

La globalización del envejecimiento poblacional constituye uno de los principales desafíos del siglo veintiuno. La sociedad envejece a medida que la población de adultos mayores crece y se reduce la de menores de 15 años. Para el año 2050, la población mundial de adultos mayores estará compuesta por alrededor de 2 mil millones de personas, cifra que a esa fecha corresponderá a un 20% de la población (CEPAL, 2012).

El envejecimiento de la población es un proceso general, que afecta a toda la sociedad. El incremento sostenido de los grupos de mayor edad, tanto en cifras absolutas como en relación con la población en edad de trabajar, tiene una influencia directa en la equidad y la solidaridad intergeneracional e intrageneracional que son la base de la sociedad. Es también un proceso profundo, que tiene importantes consecuencias y ramificaciones en todas las facetas de la vida humana: en lo económico, incide en el crecimiento económico, el ahorro, la inversión y el consumo, los mercados de trabajo, las pensiones, la tributación y las transferencias intergeneracionales; en lo social, incide en la salud, la atención de la salud, la composición de la familia y las condiciones de vida, la

vivienda y la migración; en lo político, puede influir en los patrones de voto y la representación. El envejecimiento de la población es, en tercer lugar, un proceso duradero. La proporción de personas de edad ha venido aumentando durante todo el siglo XX y se espera que esta tendencia continúe durante el siglo XXI (Jiménez & Quezada, 2008).

2.4.3 Envejecimiento en Chile

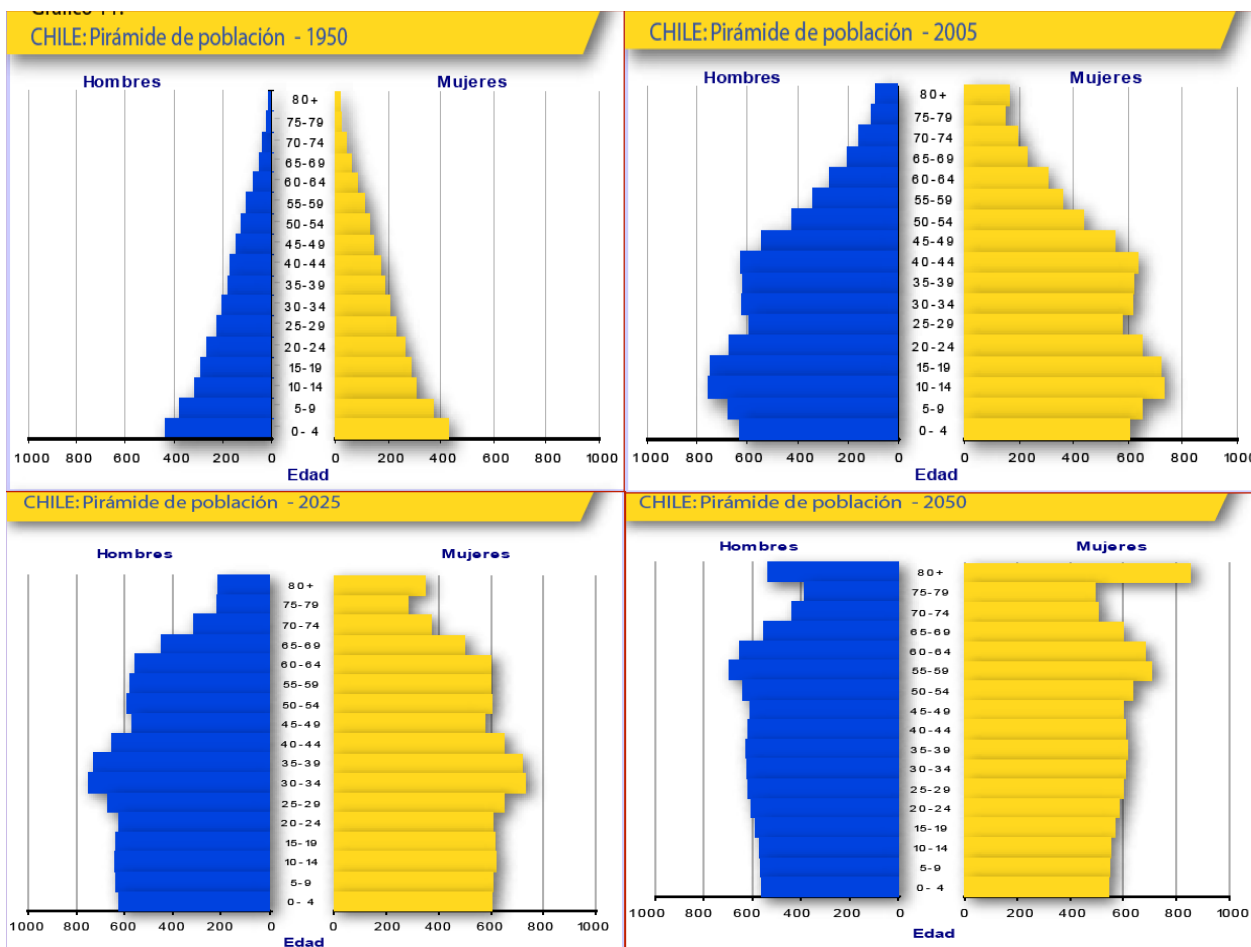
El proceso de envejecimiento es una realidad que crece sostenidamente, tanto a nivel mundial como nacional. Los indicadores demográficos muestran que nuestro país comparte las tendencias mundiales, ya que se encuentra en transición avanzada hacia el envejecimiento poblacional. Hoy existen 2.6 millones de chilenos mayores de 60 años y la esperanza de vida ha aumentado considerablemente, acompañada por una disminución de la tasa de natalidad.

Este proceso es un resultado de un mejoramiento en las condiciones de salud de la población desarrollada en el siglo XX, lo que conllevó a un aumento en la esperanza de vida. Desde el quinquenio 1980-85 hasta la actualidad la esperanza de vida ha aumentado alrededor de 7 años. De esta forma las estimaciones proyectan la esperanza de vida de 83,9 años para las mujeres y de 77,6 años para los hombres para el quinquenio 2025-2030. El promedio para el total de la población es de 80,7 años (SENAMA, 2012).

Las proyecciones estiman que para el 2025, nuestra sociedad tendrá el mismo número de niños entre 0 y 14 años que de personas de 60 años y más. La estructura etérea se transformará completamente, cambiando las necesidades sociales y políticas en torno a áreas tan diversas como el cuidado, el trabajo, la economía, salud, la educación, la previsión social, el género, entre otras. Esta

realidad se puede evidenciar al revisar el cambio demográfico de Chile en distintos años de evolución:

Grafico N°3: Envejecimiento en Chile para el año 2050



Fuente: (Minsal, 2009)

A modo de análisis de la información anterior, se desprende que en el año 1950 Chile era un país joven, ya que presentaba una alta natalidad, sin embargo se evidencia igualmente una baja expectativa de vida, por lo que las personas mayores no eran significativas en número.

Para el año 2005, se puede inferir que Chile se encontraba en un proceso de transición demográfica, ha disminuido la natalidad y aumenta el número de personas mayores, por lo que la expectativa de vida ha aumentado.

En el año 2050, según las proyecciones anteriormente entregadas, Chile se convertiría en un país envejecido, esto traducido en un aumento de la expectativa de vida, por lo tanto crece la población de personas mayores, y se evidencia un claro descenso de la natalidad. Para el 2050 se espera que la población mundial mayor de 65 años se triplique respecto a la actualidad y en América Latina las estimaciones indican que para la misma fecha 1 de cada 4 personas tendrá más de 60 años.

La población en Chile se caracteriza por un ritmo permanente de crecimiento, lo que se expresa en una disminución de la población joven, presentándose el mismo proceso que el presentando anteriormente en América Latina y el Caribe. Este fenómeno produce una reducción en la tasa de crecimiento de la población en Chile. Esto nos arroja como resultado que en un periodo de 50 años, el indicador variará de 16,8 adultos de 60 años y más por cada 100 menores de 15 a 90,8 en el año 2030 (SENAMA, 2012).

Nuestro País, con aproximadamente 17 millones de habitantes, se encuentra en una etapa avanzada del envejecimiento poblacional. Durante los últimos 50 años, la esperanza promedio de vida al nacer aumentó 4,2 años por década. Este cambio se experimentará con mayor nitidez cuando los mayores de 60 años, que actualmente representan alrededor del 15% de la población, lleguen a 5,8 millones en el año 2050 y representen casi al 30%. Actualmente, en promedio, la esperanza de vida de los chilenos bordea los 79 años, nivel ligeramente superior al de los Estados Unidos.

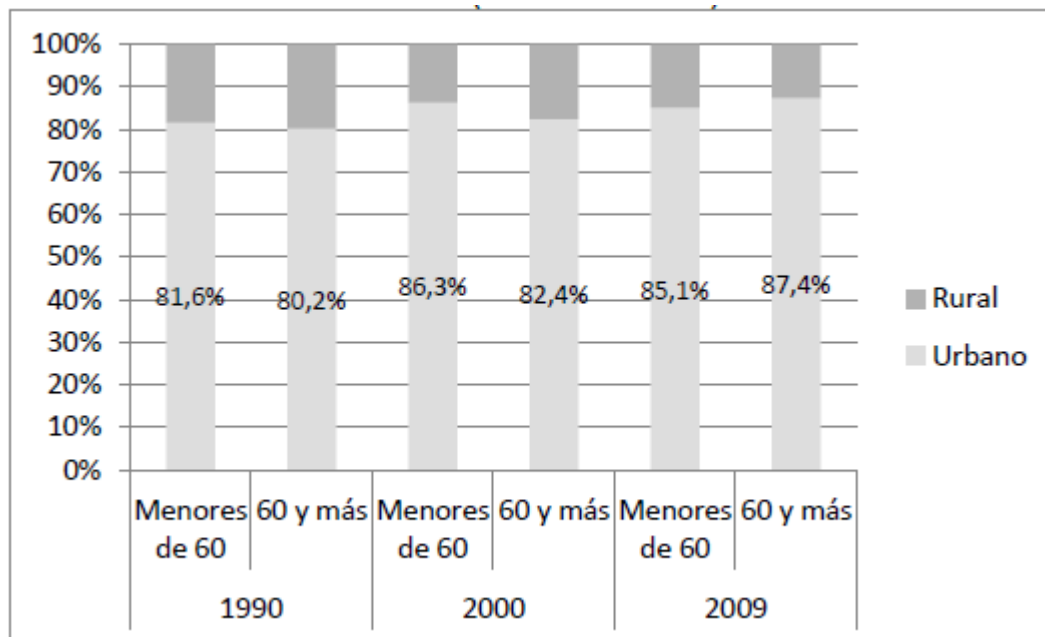
Es así como desde la década de los años 80, junto a Argentina, Cuba y Uruguay se encuentra en la etapa avanzada de transformación demográfica hacia el envejecimiento de la población con natalidad y mortalidad moderadamente baja, lo que se traduce en un crecimiento natural del orden del 1,4 por cada cien personas, anualmente. De hecho, actualmente, una de cada diez personas

pertenece al grupo Adulto Mayor y se espera que para el año 2025 esta proporción sea de uno por cada cinco.

Según los datos precedentes se puede observar no sólo la proporción de Mayores de 60 años con que contaba el país en el año 2000 (10,2%), sino que también el aumento sostenido en dicha proporción estimándose que al año 2050 esta población alcanzaría al 28,2% de la población del país, resultando particularmente destacable el aumento de la proporción de mayores de 80 años. En efecto la proporción de este segmento etario variaría de 1,3% en 2000 a un 6,9% en 2050, pasando a ocupar el primer lugar entre los subgrupos etarios de adultos mayores (INE, 2010).

Respecto de la distribución de las personas mayores en Chile en sectores urbanos y rurales, se puede mencionar que el fenómeno de la migración urbanos rural que caracterizó los el movimiento migratorio de la población chilena durante buena parte del siglo XX comenzó a disminuir en intensidad en las últimas décadas. Este fenómeno común a toda la población presentó un rezago en la población de adultos mayores, esto es, los adultos mayores migraron a una velocidad menor que el resto de la población a zonas urbanas. En efecto, tal como puede observarse en el gráfico N° 41, en 1990 la proporción de menores de 60 años residente de zonas urbanas era mayor que la misma proporción calculada para adultos mayores. Sin embargo, esa tendencia presenta un claro quiebre en 2009, ya que por primera vez la proporción de adultos mayores urbanos (87,4%) superó a la proporción de menores de 60 urbanos (85,1%) (SENAMA, 2012).

Gráfico 7: Evolución de la distribución urbano rural de la población por segmentos etarios.



Fuente: (Senama, 2012)

Resulta razonable pensar que la explicación a este fenómeno no radique en la migración efectiva de personas, ya que tradicionalmente han sido las personas más jóvenes aquellas que mayoritariamente se desplazan a zonas urbanas en búsqueda de oportunidades laborales. La causa más probable de este fenómeno es el envejecimiento de la población que en décadas anteriores fue joven. Ello porque al ser mayoritaria la población que reside en zonas urbanas, cuando los jóvenes urbanos se transforman en adultos mayores, lo hace en un volumen mayor que la población rural joven que se transforma en adulto mayor. Como resultado, es factible esperar que la tasa de ruralidad entre jóvenes y adultos mayores tienda a homologarse en el mediano plazo, no por la materialización de flujos migratorios específicos, sino más bien por la dinámica de envejecimiento de la población en su conjunto (SENAMA, 2012).

2.4.3.1 Caracterización de las personas mayores en Chile

El proceso de envejecimiento es el resultado de los cambios asociados a la modernidad. Entre los logros conseguidos por las sociedades modernas se encuentra el de una mayor expectativa de vida de la población, debido básicamente a la reducción de las tasas de mortalidad, resultado del avance de la medicina y la implantación de políticas públicas, fundamentalmente asociadas a la salud y el trabajo. Debido a cambios socioculturales, como el acceso de las mujeres a los medios de control de la natalidad y su creciente participación en el mercado laboral, se ha producido una reducción de las tasas de fecundidad. La conjugación de estos dos fenómenos, ha derivado en una transición demográfica hacia el envejecimiento de la población, que en Chile se encuentra en una etapa avanzada (CELADE, CEPAL, & SENAMA, 2007).

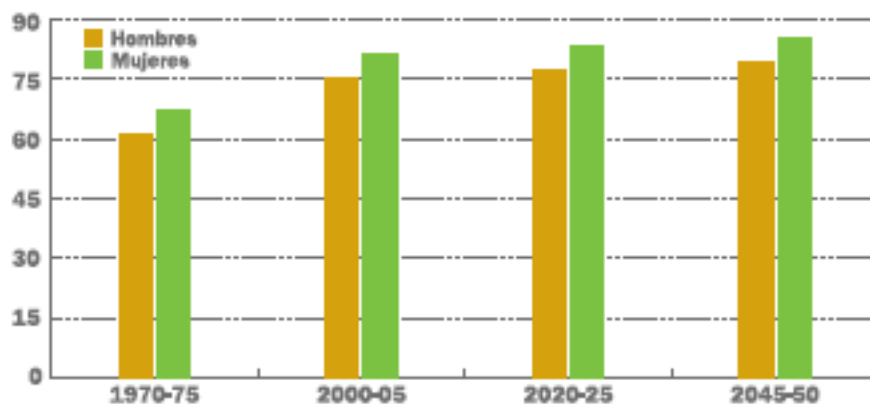
En base a lo anterior, se hace necesario realizar un análisis de las principales características que presentan las personas mayores en Chile, con el objetivo de conocer las principales características de este grupo etario:

- Envejecimiento de la Población de Mayores según Sexo.

Al separar la población de personas mayores por sexo, se observa una diferencia significativa entre el número de mujeres y de hombres, aunque la tendencia de crecimiento evoluciona en ambos de manera similar.

La principal diferencia se da en la mayor esperanza de vida que tienen las mujeres en comparación con los hombres, y se expresa en el número de hombres por cada 100 mujeres (índices de masculinidad). La razón era de 77,5 hombres por cada cien mujeres, en 1975, y descendió a 76,1 en el año 2000. Se estima que para el período 2025-2050 esta brecha será de 82 hombres por cada 100 mujeres (SENAMA, 2009).

Gráfico 8: Esperanza de vida al nacer por sexo



Fuente: (SENAMA, 2009)

En la actualidad, según datos de la CASEN 2006, existe un 43,8% de personas mayores hombres y un 56,2% de mujeres.

- Entorno familiar de las personas mayores.

Son las mujeres las que, en mayor medida, llegan a los años más tardíos del ciclo vital, lo que acarrea variadas consecuencias para éstas. En el plano sociodemográfico, destaca la alta proporción, dentro de las personas mayores viudas, que son mujeres, con 79,1% versus 20,1% de hombres. Al mismo tiempo, 35,8% de las mujeres mayores son viudas (SENAMA, 2009).

- El envejecimiento en el territorio nacional.

En todas las regiones del país se observa que las mujeres mayores sobrepasan en número a los hombres mayores. Esta situación muestra su mayor diferencia en la Región de Atacama, donde las mujeres prácticamente alcanzan el 60% de las personas mayores. Magallanes y la Antártica Chilena, presenta la tasa regional más alta de personas mayores en relación a la población total; 14,9% de las personas de la XII Región tienen 60 años o más. Asimismo la Región de

Atacama es la única del país que tiene una tasa menor a los diez puntos porcentuales (SENAMA, 2009).

- La Pobreza en las Personas Mayores.

La información sobre los hogares en que habitan personas mayores y su ubicación por quintiles de ingresos que entrega la encuesta CASEN 2006, muestra que alrededor del 40% de estos hogares corresponde a los 2 quintiles más pobres. Asimismo, la población de mayores en los quintiles de menores ingresos se incrementó sostenidamente entre 1990 y 2006, mientras descendió la proporción de personas de edad en los quintiles de mayores ingresos.

En el año 2006, un cuarto de los hogares del país dependía de una persona mayor, cuyo ingreso disminuye drásticamente luego de la jubilación. Se configura así un panorama en que los hogares con jefatura de personas mayores entre 60 y 64 años que contaban con los ingresos más bajos, comienzan a enfrentar condiciones económicas aún más precarias al momento de jubilar. La presión sobre las personas de edad aumenta cuantas más personas integran el hogar (CASEN, 2006).

- Trabajo y fuente de ingreso.

La población chilena de 60 años y participa del mercado del trabajo, con diferencias muy importantes por tramo de edad: La tasa de participación de las personas entre 60 y 64 años corresponde a una cifra cercana al 53%; descendiendo a medida que se incrementan las edades. Por otra parte existen importantes diferencias en la tasa de participación de las personas mayores por sexo. La tasa de participación de los hombres mayores es muy superior a la registrada para las mujeres mayores en los diferentes grupos. Cabe destacar que

en Chile no existen limitantes legales que impidan a hombres y mujeres pensionados continuar participando del mercado del trabajo.

El 43% de los hombres mayores de 59 años participa de la fuerza de trabajo, mientras que entre las mujeres de la misma edad la cifra desciende a 15,4%. La diferencia también es apreciable en el tramo de edad de 60 a 64 años, el segmento etario de mayor participación laboral entre las personas de edad; en este tramo, 74,3% de los hombres participaba en el mercado laboral, en tanto sólo lo hacía 33,4% de las mujeres.

La razón más importante por la que las personas mayores no buscaron trabajo en los últimos dos meses es la jubilación/pensión. En efecto, 59,5% de las personas mayores declaró esta razón para no buscar trabajo en ese año. Este porcentaje alcanza 82,6% en los hombres y 47,6% en las mujeres. Además, el porcentaje total de personas mayores que no busca trabajo por estar recibiendo alguna pensión se incrementa con la edad, llegando a 74,6% de la población de 76 años y más. Entre las mujeres existe una razón que adquiere mucha importancia, especialmente en las mujeres de 60 a 65 años: el trabajo doméstico y de cuidado. El 61,6% de las mujeres de 60 a 65 años declaró que no había buscado trabajo por esta razón. La creciente incorporación de las mujeres al mercado laboral en los últimos años, ha implicado frecuentemente que las abuelas asuman el trabajo de cuidado de los niños, además del trabajo doméstico que han debido ejercer a lo largo de la vida. Con la prolongación de la vida, a menudo ello incluye el cuidado de personas que caen en dependencia, como sus propios padres. En el caso de los hombres esta razón no se menciona. (CASEN, 2006).

- Educación.

Los datos sobre los niveles de instrucción de la población de personas mayores, establecen que el promedio de años de estudio, según datos de la

CASEN 2006, es de 7 años. El porcentaje de personas mayores que no ha superado la educación básica o que no tiene instrucción es del 43,8%; asimismo, el índice de personas mayores que completó la educación básica es de 33,6% y el indicador que mide el porcentaje de personas mayores con algún año de enseñanza media cursado es de 12,2%.

Del mismo modo se observó que la proporción de analfabetos de esta población se redujo del 15,9% al 13,2% entre los años 1990 y 2003. Se encontró además que 10,1% de las personas mayores de 60 años; 13,1% de las de 66 a 75 años y 18,2% de 76 años y más eran analfabetas(CASEN, 2006).

- Salud.

En el año 2004 la Encuesta de Protección Social (EPS), exploró la funcionalidad de las personas mayores. De manera global, 21,4% de la población de mayores necesitó ayuda de terceros o presentó algún grado de dificultad en sus actividades diarias. El 27% de las mujeres y 16% de los hombres declararon algún grado de dificultad necesitaron algún tipo de ayuda en sus actividades cotidianas. El 78% de ellas no necesitó ayuda alguna para realizar las actividades de la vida diaria (Ministerio del trabajo y protección social & Centro de micro datos de la universidad de Chile, 2004).

Respecto de las dificultades de comprensión y comunicación en las personas mayores, estas se relacionan directamente con el estado cognitivo, elemento esencial para el desempeño autónomo. En tal sentido, la Encuesta Nacional de Salud del año 2003, arrojó una prevalencia del deterioro cognitivo de 15% en las personas mayores. Esta prevalencia aumentó significativamente en los subrangos etarios más envejecidos, llegando a afectar al 43% de los adultos de 80 años y más, no encontrándose diferencias según sexo (PUC, 2003).

La encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE 2007) midió la dificultad o imposibilidad para realizar actividades básicas de la vida diaria (bañarse, vestirse, comer, usar el baño, cruzar un cuarto caminando), encuestando a personas mayores de la región metropolitana. El estudio mostró que 80,1% de las personas encuestadas no presentó ninguna dificultad o imposibilidad para efectuar las actividades básicas, 11,2% enfrentaba dificultades en uno y/o dos ámbitos y 8% en tres ámbitos o más.

A continuación se presentan algunos datos de la ENDISC² (2004) para la población de mayores del país:

- Las personas de 60 años y más representan 45,2% de las personas con discapacidad en Chile.
- Del total de personas mayores del país, 39% presenta alguna discapacidad.
- Del total de la población de mayores con algún grado de discapacidad, 17,3% presenta discapacidad leve, 11,1% padece discapacidad moderada y 10,7% sufre discapacidad severa.

- Participación y Asociatividad.

Desde hace un par de décadas, y con mayor énfasis en los últimos años, la participación ciudadana, social y comunitaria de las personas mayores se está transformando en un nuevo consenso. Gran parte de los organismos internacionales de mayor peso, pactos, planes y políticas gubernamentales están adoptando la participación de las personas mayores como estrategia de acción e incluso institucionalizándola como política social (Marquez, 2006).

² Estudio nacional de discapacidad.

Según la encuesta CASEN (2006), el 35% de las personas mayores del país estaba integrado a organizaciones sociales.

El aumento de la participación de los mayores a través de organizaciones ha sido un fenómeno explosivo y de grandes proporciones que es necesario observar. Los datos que arrojan los catastros realizados por SENAMA desde el año 1998 hasta el 2008, indican que en sólo 10 años, se triplica el número de personas mayores asociadas, se aumenta en más de tres veces el número de clubes y otras organizaciones de adulto mayor con presencia en casi todas las comunas de nuestro país, y crece 8 veces más el número de Uniones Comunales de Adulto Mayor a lo largo del territorio nacional.

Los datos indican que la mayor presencia femenina no sólo se puede observar desde el punto de vista demográfico, sino también en las organizaciones de adultos mayores, puesto que representan 71% de sus miembros. Los hombres mayores en tanto representan menos del tercio de los miembros (28,9%).

Otro dato relevante que se desprende del cuadro es que la presencia femenina en organizaciones es aún mayor que el promedio nacional en la Región Metropolitana (81,0%), y regiones más extremas tales como: Magallanes y Antártica Chilena (78,2%), Antofagasta (77,8%), Arica y Parinacota (75,0%), de Los Ríos y de Los Lagos (72,2% y 71,8%, respectivamente) (Marquez, 2006).

2.4.3.2 Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA).

En esta realidad es que nuestro país implementa en el año 2002 una importante política pública que definió la creación del Servicio Nacional del Adulto Mayor a través de la ley 19.828. La misión es contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas mayores, garantizando y promoviendo el conocimiento y ejercicio de sus derechos, y fomentando su plena integración a la sociedad, por

medio de la coordinación, implementación y evaluación de políticas, planes y programas. Donde se define que este organismo “velará por la plena integración del adulto mayor a la sociedad, su protección ante el abandono y la indigencia, y el ejercicio de los derechos que la Constitución de la República y las leyes le reconocen” (CEPAL, 2012).

La creación de SENAMA se enmarca en el modelo del Sistema de Protección Social sustentado en un nuevo concepto de las políticas sociales y la responsabilidad del Estado, donde el objetivo es apoyar el desarrollo de capacidades a través de la educación, la salud, protección ante riesgos sociales, considerando las dimensiones fundamentales para el desarrollo humano durante todo el ciclo de vida (CEPAL, 2012).

La misión del SENAMA se enmarca en fomentar la política del envejecimiento activo, además de desarrollar servicios sociales para las personas mayores, fortaleciendo su participación en la sociedad, promoviendo autocuidado y autonomía, favoreciendo el reconocimiento y ejercicio de sus derechos por medio de la coordinación intersectorial, el diseño, implementación y evaluación de políticas, planes y programas (SENAMA, 2009).

Los principales objetivos específicos del Servicio Nacional del Adulto Mayor son los siguientes:

- Fomentar la integración y participación social efectiva de las personas mayores.
- Articular una red de servicios sociales dirigida a personas mayores en situación de vulnerabilidad y/o dependencia.
- Inducir un cambio cultural que promueva la valoración positiva de las personas mayores.

La realidad nacional nos permite visualizar que Chile es un país que envejece a un ritmo acelerado, es por ello que los estados deben estar preparados para asumir de manera adecuada las necesidades de una población que demandará un aumento en el acceso a salud, vivienda, educación, recreación, entre otras dimensiones necesarias para su pleno desarrollo. Es por ello que los países con este acelerado proceso de envejecimiento deben replantear las políticas públicas existentes y crear nuevas políticas que vayan acorde a las nuevas exigencias de la población de personas mayores.

Chile comenzó a trabajar en el área de políticas referente al proceso de envejecimiento y vejez en la década de los 90, donde se adoptaron progresivamente las prácticas y recomendaciones internacionales, avanzando desde un enfoque asistencialista a otro de derechos y protección social. La institución encargada de la coordinación de las políticas públicas enfocadas en las personas mayores es SENAMA, donde se permitió visualizar el envejecimiento y la vejez en los ámbitos públicos y privados, así como la creación de programas específicos dirigidos a este grupo etario (SENAMA, 2012).

La creación de la política integral de envejecimiento positivo es un avance que abarca los desafíos del envejecimiento. Permite además proteger la salud funcional de las personas mientras van envejeciendo, frena el avance de los niveles de dependencia, fomenta el autocuidado, la identidad, la autonomía y la participación social de las personas mayores. Por otra parte intenta terminar con la exclusión y el maltrato y fomenta la integración social, económica y cultural desde la perspectiva de sujetos de derechos.

La política integral de envejecimiento positivo es una estrategia de los agentes públicos y privados que enfrenta el desafío del envejecimiento y la vejez incorporando al estado, en conjunto con la sociedad civil y las familias chilenas. Esta política resume y potencia el trabajo realizado hasta hoy, pero más

importante aún, genera las sinergias necesarias para abordar adecuadamente el envejecimiento con una perspectiva de futuro (SENAMA, 2012).

2.4.3.3. Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile, 2012 – 2025:

En la construcción de esta propuesta de política integral de envejecimiento positivo en Chile participaron prestadores de servicios y personas mayores, los que realizaron un trabajo grupal de revisión y priorización de propuestas.

El envejecimiento positivo más allá de solucionar problemas busca que las personas mayores sean autovalentes, se encuentren insertos socialmente y sus niveles de bienestar se encuentren en igualdad con lo de los jóvenes.

Esta es una política para todo Chile, ya que el envejecimiento es una realidad nacional y transversal “como concepto, el envejecimiento positivo contiene en sí mismo las significaciones del envejecimiento saludable y activo, que integran aspectos sociales y sanitarios en la promoción del buen envejecer y posicionan a las personas mayores como sujetos de derechos” (SENAMA, 2012).

El envejecimiento positivo no desconoce la ambivalencia que tiene la experiencia en las personas mayores, simultáneamente está marcada por aspectos positivos (permanecer activo dejando atrás deberes y obligaciones) y negativos (problemas de salud y dependencia).

Para evitar interpretaciones equivocadas es importante aclarar que el envejecimiento positivo busca incrementar los aspectos positivo por sobre los negativos y así llegar a esta etapa.

2.4.3.4. Objetivos Generales de la Política de envejecimiento:

1. Proteger la salud funcional de las personas mayores.
2. Mejorar su integración y participación en distintos ámbitos de la sociedad.
3. Incrementar, de forma transversal, el bienestar subjetivo de las personas mayores (SENAMA, 2012).

La política Integral de envejecimiento positivo busca potenciar algunos aspectos de la vida de las personas mayores, tales como:

- **Salud de las Personas Mayores:**

Para lograr avances en la salud funcional de las personas mayores es necesario contar con servicios especializados, escalonados e integrales de salud y cuidado. Cuando se habla de especializado es requisito que se cuente con profesionales del área y en cuanto a ser escalonados, los servicios de salud y cuidado deben operar con un principio de mínima intervención, evitando la llegada de las personas mayores a los hospitales y a los ELEM³, debe adoptar una forma de pirámide en la cual la base sea el hogar, posterior los centros de atención primaria y así sucesivamente. Es importante tener en cuenta que así como crece su dependencia sube escalones en esta pirámide.

Para los servicios de salud existe un enfoque centrado en el modelo atención integral en las personas mayores, que identifique factores de riesgo y causas tanto físicas como biológicas, síquicas y sociales, los que pueden llevar a distintos grados de dependencia y pérdidas de facultades cognitivas en las personas mayores. Existen dos pilares fundamentales en este modelo, un plan de rehabilitación y otro de demencia.

³ Establecimientos de larga estadía para adultos mayores.

El de rehabilitación apunta a abordar diversos procesos de rehabilitación o al menos a moderar la disminución de la capacidad motora de la persona.

El plan de demencia apunta al grado de deterioro de la capacidad cognitiva, estableciendo si es leve, leve con riesgo de demencia o demencia, esto con el propósito de dar curso a la intervención apuntada a recuperar o moderar el avance del deterioro cognitivo, si el nivel de avance es irrecuperable potenciar los mecanismos de apoyo familiares y comunitarios (SENAMA, 2012).

▪ **Integración de las Personas Mayores: Un Chile para todas las edades**

Siendo la educación en el caso de las personas mayores una dimensión aún deficitaria. En el año 2009, tres de cada diez no tenían la educación media completa, este mismo año a lo menos el 1% nivel estudios y un 4% recibió capacitación laboral. Es importante también mencionar que 9 de 10 personas mayores no ocupa internet, lo que restringe a estas personas a la posibilidad de acceder a este avance.

Un desafío sustancial para las políticas de envejecimiento es oportunidad de participación y seguridad económica, esto por la cada vez mayor esperanza de vida que tienen las personas, por lo que sus jubilaciones deben alargarse en el tiempo.

La integración también implica una adaptación tanto de viviendas como barrios, esto porque existe un alto porcentaje de personas mayores que manifiesta tener dificultad para salir y desplazarse por la mala calidad por ejemplo de sus veredas.

Debe existir también un nivel de integración cultural el que va de la mano con la posibilidad de recreación para las personas mayores y así disminuir el factor de riesgo que es la soledad (SENAMA, 2012).

▪ **Vivir más y mejor**

El lema de la organización mundial de la salud cambio, paso a ser de “Sumarle años a la vida” a “ponerle vida a los años”, con esto se desplaza el foco desde la enfermedad hacia la salud positiva, esto en concordancia con el paso de las enfermedades infecciosas hacia las crónicas, las que afectan actualmente a las personas mayores. Adquieren mayor importancia tanto para el médico como para el paciente los niveles de bienestar subjetivo y la felicidad (SENAMA, 2012).

2.4.3.5. Programas del Servicio Nacional del Adulto Mayor.

El Servicio Nacional del Adulto mayor (SENAMA) ofrece para sus beneficiarios programas que aportan al desarrollo integral de las personas mayores, fomentando tanto sus actividades laborales, tiempos de ocio y además les otorga protección. Dentro de estos programas se pueden mencionar:

1. Fondo Nacional del Adulto Mayor.

“Programa que entrega recursos a organizaciones de personas mayores para que desarrollen sus proyectos, promoviendo así su participación social, autonomía y autogestión”.

Este programa tiene como objetivo proteger los derechos y fomentar la participación social de las personas mayores, dando importancia a sus potencialidades.

“El Fondo Nacional del Adulto Mayor opera a través de tres componentes”:

- Fondo Autogestionado
- Fondos para ejecutores intermedios
- Convenios Institucionales (SENAMA, 2009)

2. Turismo Social:

“Programa que financia viajes por un día a lugares de interés histórico, cultural y turístico, para personas mayores en situación de vulnerabilidad social y con diferentes grados de dependencia”.

Este programa contribuye a mejorar la vida de las personas mayores vulnerables, potenciando acciones de recreación y ocio. Por diversas razones estas personas postergaron a lo largo de su vida laboral la posibilidad de viajar, lo que este programa les brinda es acceder a buenas alternativas de viaje con estándares de calidad adecuados (SENAMA, 2009).

3. Vínculos:

“Programa que entrega herramientas a personas mayores situación de vulnerabilidad social para que logren vincularse con la red de apoyo social de su comuna y con sus pares”.

Este programa consiste en entregar acompañamiento a las personas mayores de 65 años que ingresan a Chile Solidario (SENAMA, 2009).

4. Asesores Seniors.

“Programa de voluntarios mayores que brinda apoyo escolar a niños y niñas de familias en riesgo social”.

Este programa consiste en la entrega de ayuda académica a familias del Programa Puente que cuenten con niños cursando entre 1° a 8°, que tengan un bajo rendimiento escolar, en estos casos son personas mayores que en calidad de voluntarios acuden una vez a la semana a la casa de las familias que cumplan requisitos para entregar apoyo escolar, además las personas mayores deben realizar un plan de intervención a ejecutar.

En el caso de los voluntarios son generalmente profesores jubilados, los que fomentan hábitos de estudios en los niños y además involucran a las familias en el proceso de educación.

El programa proporciona materiales tanto para los niños como para los voluntarios seniors, además entrega un estipendio para los gastos de movilización en los que estos deben incurrir para acudir semanalmente a casa de las familias beneficiadas. También se dan instancias de capacitación con el propósito de actualizar conocimientos de los asesores seniors (SENAMA, 2009).

5. Servicio y Vivienda para el Adulto Mayor:

“Programa que brinda soluciones habitacionales y servicios de apoyo a personas mayores vulnerables y con diferentes grados de dependencia”.

Este programa tiene como objetivo que personas mayores en situación de vulnerabilidad que requieran una solución habitacional y de servicios de apoyo y/o cuidado, tengan una solución integral esto a través de la oferta pública disponible, para lo que se considera sus condiciones de funcionalidad y/o niveles de dependencia.

Este programa distingue tres tipos de soluciones habitacionales:

- “Establecimientos de larga estadía (ELEAM) para mayores en situaciones de dependencia severa, existiendo 13 proyectos en distintas etapas de ejecución a lo largo del país”.
- “Conjuntos de viviendas tuteladas (condominios), para mayores autovalentes. Actualmente contamos con 50 proyectos en diferentes etapas y con 21 nuevos proyectos programados para el año 2013, con una cobertura propuesta de 465 cupos a nivel nacional. Para el año 2013 se estima alcanzar una cobertura total de 1411 beneficiarios a lo largo del país”.

- “Viviendas stock SERVIU, que corresponden a los inmuebles construidos por dicho Servicio y que son traspasados gradualmente a SENAMA, para su entrega en comodato a mayores” (SENAMA, 2009).

6. Escuela para Formación de Organizaciones Mayores:

“Programa que forma a líderes mayores y que desarrolla las competencias de los dirigentes y el acceso a la información de la oferta pública nacional y regional, posibilitando así la inclusión y participación activa de este grupo etario” (SENAMA, 2009).

7. Programa contra la violencia y el abuso al Adulto Mayor.

Este programa que se fundamenta en tres objetivos:

- Pretende visibilizar acciones de buen trato hacia las Personas Mayores, tanto desde la red pública como privada y poner en conocimiento las reformas legales, la que incluyó el maltrato al Adulto Mayor en la legislación nacional, indica orientaciones como proceder frente a situaciones de maltrato tanto para profesionales, la ciudadanía y para las personas mayores, víctimas o no de maltrato.
- Entrega atención profesional especializada de profesionales altamente capacitados por el Servicio Nacional del Adulto mayor, en casos de maltrato, abandono o abuso hacia las personas mayores.
- Se desarrollan seminarios y encuentros con el propósito de sensibilizar en las temáticas de abuso hacia las Personas Mayores y como dichas acciones atentan contra la dignidad de las personas, la idea es poner frente la opinión pública y que se tome conciencia del proceso de envejecimiento poblacional en el que vivimos.

Pueden participar todos los Adultos Mayores y ciudadanos que sienten que se han vulnerado sus derechos, además de profesionales del área y dirigentes mayores que requieran capacitación y orientación” (SENAMA, 2009).

2.4.3.6. Otras políticas públicas para las Personas Mayores.

Chile ha estado trabajando en políticas de protección social y programas que responden a la demanda de las Personas Mayores en cuanto a protección y seguridad.

En cuanto a los programas de educación a personas mayores buscan entregar herramientas a una población que presenta los menores niveles de instrucción. La participación de las personas mayores en organizaciones genera cambios positivos en sus condiciones de vida.

“La Reforma Previsional permite el acceso a pensiones garantizadas para las personas mayores en situación de vulnerabilidad y contempla, a su vez, una serie de criterios de acceso para grupos de personas que anteriormente, por no haber realizado cotizaciones o por no participar del mercado formal, estaban exentos de contar con una previsión y por tanto se encontraban expuestos a potenciales escenarios de vulnerabilidad” (SENAMA, 2009).

Nuevo Sistema de Pensiones.

En el mes de marzo del año 2008 fue promulgada la ley sobre reforma previsional (Ley N°20.255), que crea un sistema de pensiones solidarias que beneficia a quienes por diversas razones no se han incorporado a un sistema previsional o que no tienen derecho a pensión. Sus principales beneficios son:

- Pensión Básica Solidaria de Vejez (PBSV): beneficio económico que se entrega mensualmente a las personas que no tienen la opción a pensionarse mediante el régimen previsional. Los costos de esta pensión son cubiertos por el fisco. Este beneficio durante el 2008 se entregó al 40% más pobre de la población y su monto era de \$60.000, a contar del 2009 su población objetivo aumento en un 5% y su monto quedó en \$ 75.000, la cobertura aumento gradualmente hasta llegar a un 60% el 2012.
- Aporte Previsional Solidario de Vejez (APSV): tal como su nombre lo indica es un complemento que se entrega a las personas pensionadas, las que tienen como característica el autofinanciamiento. Para recibir este aporte deben cumplir algunos requisitos que pone la ley, entre los que se puede mencionar una pensión inferior a \$ 255.000. Los fondos para la cancelación de estos complementos son obtenidos desde las arcas fiscales.
- Bono por Hijo Nacido Vivo: este beneficio se entregará a las mujeres que cumplan con los requisitos requeridos no importando si en algún momento fueron o no contribuyentes del sistema de pensiones durante su vida activa. La entrega de este beneficio es para incrementar su pensión entregando un bono por cada hijo nacido vivo (incluyendo los hijos adoptivos) (SENAMA, 2009).

Protección Social en Salud y Bienestar de las Personas Mayores.

En cuanto al sistema de salud con enfoque a Personas Mayores ha tenido notables avances, de los que se pueden mencionar su ampliación de cobertura y garantía de prestaciones a toda su población.

Dentro de las preocupaciones en salud de las personas mayores se han implementado programas de mantención y seguimiento pero también se han

realizado acciones para brindar apoyo a las personas que prestan servicios de cuidado en las familias.

- Se ha modificado también los centros de larga estadía.
- Acceso a salud:

Según los datos sobre el sistema de salud que aporta la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN 2006), las personas mayores atendidas por los sistemas públicos de salud se encuentran distribuidas equitativamente en los cuatro quintiles de más bajos ingresos, no obstante también se observa un alto porcentaje de las personas mayores pertenecientes al quinto quintil. Con respecto a las personas de más altos ingresos son atendidas se encuentran insertos en las fuerzas armadas e ISAPRES (SENAMA, 2009).

- Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas en Salud (AUGE):

El proceso de envejecimiento poblacional, cambio en las formas de vida, entre otros generó una reforma en las políticas de salud en la década del 2000-2010. Los objetivos planteados se orientan a:

- ✓ “Mejorar los logros sanitarios alcanzados”.
- ✓ “Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad”.
- ✓ “Corregir las inequidades en salud”.
- ✓ “Proveer servicios acordes con las expectativas de la población” (SENAMA, 2009).

El AUGE es un sistema de salud que cubre patologías tanto para afiliados a FONASA como a ISAPRE, cubriendo también terapias farmacológicas.

Los afiliados a FONASA pueden atenderse en los centros de salud primaria y los afiliados a ISAPRES a través de prestadores establecidos por su institución.

Programa de Salud del Adulto Mayor.

Chile cuenta con una política de salud del adulto mayor, la que plantea los siguientes objetivos:

- “Contribuir a mantener o recuperar la autonomía física, psíquica e intelectual de los mayores, para mejorar su calidad de vida”.
- “Prevenir la mortalidad por causas evitables, contribuyendo de esta manera a prolongar la vida” (SENAMA, 2009)

A modo de implementar las políticas, el Ministerio de Salud cuenta con un programa orientado exclusivamente a las Personas Mayores, el que contempla las siguientes acciones de prevención:

- “Control anual de salud”.
- “Controles periódicos de enfermedades cardiovasculares, respiratorias, reumatológicas, tuberculosis”.
- “PACAM (Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor) que entrega productos alimenticios: bebida láctea en forma gratuita a las personas mayores en condiciones de pobreza o aislamiento afiliadas a FONASA”.
- “Vacunación anual anti influenza a mayores de 60 años”.
- “Vacunación anual anti neumocócica a mayores de 75”.
- “Entrega de Lentes de Presbicia” (SENAMA, 2009).

También contempla acciones de recuperación tales como:

- “Consultas de morbilidad para las personas mayores que lleguen con cualquier tipo de enfermedad al consultorio u hospital, los que deberán ser atendidos dentro de las 48 horas desde que lo solicitan”.

- “Programa de atención ambulatoria de especialidades constituido por un conjunto de acciones focalizadas en consultas oftalmológicas y entrega de lentes, atención de otorrinolaringología y entrega de audífonos, atención integral odontológica y transferencia gratuita de sillas de ruedas, bastones, andadores, colchones y cojines antiescaras” .
- “Guías clínicas para trastornos cognitivos y demencias, depresión, artrosis, artritis reumatoidea, hipoacusia y enfermedades cardiovasculares”.
- “Unidades de Rehabilitación Integral Comunitaria. En ellas se trabaja en el manejo del dolor osteoarticular, ejercicios de mantenimiento y mejoramiento de la funcionalidad, atención de secuelados de accidentes vasculares (AVC), atención de enfermos de Parkinson, atención de personas mayores ciegas y/o de baja visión y entrega de ayudas técnicas” (SENAMA, 2009).

Los controles anuales para personas mayores o exámenes de medicina preventiva permiten identificar factores de riesgo y elaborar a tiempo un plan de intervención. En el caso de las Personas Mayores que pueden acceder al centro de salud por sus propios medios se les aplica un instrumento llamado Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM) y cuando no pueden ingresar por sus propios medios se les aplica el Índice de Katz.

Uno de los beneficios entregados a las personas mayores que ha causado gran impacto social es la eliminación del copago en el sistema de salud pública el año 2006.

3. CAPITULO

CUIDADO DE LAS PERSONAS MAYORES

3.1. CUIDADOS DE LAS PERSONAS MAYORES

3.1.1. ¿Qué es cuidar?

El cuidado existe desde el comienzo de la vida; el ser humano como todos los seres vivos ha tenido siempre la necesidad de ser cuidado, porque cuidar es un acto de vida, que permite que la vida continúe. Las personas necesitan atenciones desde que nacen hasta que mueren, por tanto cuidar es imprescindible para la vida y para la perpetuidad del grupo social (Herrera, 2007).

El cuidar es un acto inherente a la vida, es el resultado de una construcción propia de cada situación de promover, proteger y preservar la humanidad; en este contexto, la salud es asumida por la mujer en un medio de marginalidad de vínculos familiares, culturales y sociales de la forma como se concibe el cuidado (Reyes, Jara, & Merino, 2007).

Cuidar, según lo define Colliere (1989), “es un acto individual que nos prestamos a nosotros mismos desde que somos autónomos, pero es también un acto de reciprocidad que prestamos a toda persona que, temporal o definitivamente, tiene la necesidad de ayuda para realizar sus necesidades vitales”.

Según Mayeroff (1971), toda persona que brinda cuidados satisfactorios debe conocer y aplicar algunos componentes como son:

- El *conocimiento*, es decir para cuidar de alguien, se debe conocer quién es el otro, cuáles son sus potencialidades, limitaciones y necesidades.
- *El Ritmo* alternados, es decir no se puede cuidar apenas por hábito, se debe ser capaz de aprender a partir del pasado.
- *Paciencia*, cuando se da paciencia se da la posibilidad al otro de encontrarse a sí mismo en su propio tiempo.

- *Sinceridad*, en el cuidado se debe ser sincero al intentar ser verdadero, al cuidar de otro, se debe ver al otro como él es y no como nos gustaría que fuese, o como se piensa que debe ser.
- *Confianza* el cuidado implica confiar en el crecimiento del otro en su propio tiempo y de su propia manera, confiar en el otro significa dejarlo en libertad.
- *Humanidad* la persona que cuida es sinceramente humilde cuando se dispone a aprender más sobre el otro y sobre sí mismo, y sobre aquello que el cuidado comprende.
- *Esperanza* existe la esperanza de que el otro crezca a través de mi cuidado y donde no hay posibilidad de nuevo crecimiento habrá desesperanza.
- *Coraje* confiar en el crecimiento del otro y en la propia capacidad de cuidar da coraje para lanzarse a lo desconocido.
- *Humanización*; humanizar el cuidado significa la interacción entre los conocimientos de la ciencia y los valores del ser humano para poder establecer una asistencia con calidad.

Cuidar a otro es una relación y un proceso; no es la mera ejecución de tareas o la realización de procedimientos prescritos por un médico. El objetivo de los cuidados va más allá de la enfermedad o discapacidad. Es una clase de relación constituida por una disposición genuina para con el otro, reciprocidad y el compromiso de promover el bienestar del otro. El cuidado es un trabajo de amor y con ello se manifiesta su dualidad: el amor o interés emocional por la persona que recibe los cuidados y el aspecto práctico de cuidar a otro.

Uno de los problemas que trae consigo el envejecimiento de la población es el relacionado con el cuidado de las personas mayores, fundamentalmente cuando éste se torna dependiente de otros para realizar sus actividades de la vida diaria producto de enfermedades o por déficit funcionales asociados al envejecimiento (De la Cuesta, 2006).

3.1.2. Factores que influyen para que una persona mayor requiera atención de un cuidador.

Una persona mayor, que requiera de cuidados permanentes por otro, puede denominarse como un adulto con una enfermedad crónica o discapacitante, o una persona mayor la cual necesita asistencia continua para las tareas, o funciones básicas de la vida diaria. Estas tareas pueden incluir la gestión de medicamentos, el transporte, la higiene, el vestirse y el uso del baño. Estas personas que están necesitando asistencia pueden requerir cuidados de salud primarios o agudos o servicios de rehabilitación (Feninberg, 2002).

Uno de los factores preponderantes que constituye un elemento para que una persona mayor requiera atención de un cuidador es la discapacidad que pueden presentar las personas mayores. La discapacidad es un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo con una condición de salud y sus factores contextuales (CEMECE, 2008).

Esta perspectiva de interacción entre el sujeto con su contexto amplía la anterior noción que durante mucho tiempo planteaba que los asuntos de las limitaciones en la actividad y funcionalidad fueran consideradas, únicamente, con una perspectiva biologicista desarticulada de los contextos donde se desenvolvía. La anterior conceptualización establecida en la *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidad y Minusvalía* (1980) de la Organización Mundial de la Salud, consideraba tres conceptos de clasificación (Deficiencias, Discapacidad y Minusvalía).

En ese modelo, el déficit era el resultado de la enfermedad en un órgano, aparato o sistema que condicionaba la función física o psicológica del individuo. La discapacidad sugería la restricción o falta de capacidad para realizar una actividad. Por último, la minusvalía sería una barrera en el propio individuo, producto de la deficiencia o discapacidad, la cual evitaría o impediría el desarrollo

del rol esperable de un individuo en una situación normal. Este modelo representaba una secuencia lineal y específicamente centrada en el individuo y en la enfermedad sin hacer una consideración del contexto social y personal en donde el déficit se presentaba.

Por otro lado, la discapacidad ha sido conceptualizada como la disminución de la habilidad para realizar tareas y actividades específicas consideradas como esenciales para el autocuidado y la vida independiente. Entre los ancianos, la discapacidad es generalmente comprendida como producto del daño acumulado de múltiples enfermedades crónicas que llegan a ser más severas con el incremento de la edad. Esas pautas, señalan los investigadores, explican la prevalencia de la discapacidad, en la cual el desarrollo sigue un progresivo proceso biológico, mismo que inicia con un padecimiento, incluyendo anomalías psicológicas o bioquímicas (Mendez de Leon, Guaralnik, & Bandede-Roche, 2002).

Según lo que expone Rosa Rodríguez (2000) es importante reconocer cuáles son los factores determinantes para que una persona deba recibir ayuda por parte de un cuidador entre los que se destacan:

1. Factores físicos asociados con la edad que se dan cuando el adulto mayor se ve imposibilitado a realizar actividades que solían ser cotidianas y sencillas, tales como:
 - El deterioro natural del cuerpo por envejecimiento.
 - Enfermedades degenerativas
 - Disminución o pérdida total de las habilidades motrices, visuales o auditivas.

2. Factores psicológicos generados por:

- Depresión
- Trastornos del ánimo
- Alteraciones de la memoria

3. Factores sociales que tienen que ver con:

- Escasos recursos económicos
- Vivienda inadecuada para su desarrollo
- Falta de redes de apoyo familiares.

3.1.3. Etapas del cuidado.

Las razones por las que una persona se convierte en el cuidador de otra son diversas, como por ejemplo tras una enfermedad aguda, una hospitalización que requiera un periodo de convalecencia, un accidente, una enfermedad degenerativa, fragilidad física asociada al envejecimiento biológico normal, entre otras. Estas razones muchas veces no permiten al cuidador mentalizarse en relación a su nuevo rol, enfrentarse al hecho de que alguien cercano dependa de él para realizar sus actividades básicas cotidianas, no es una tarea fácil y va a depender de la preparación y los recursos internos que tenga el cuidador (IMSERSO, 2007).

Si bien este proceso de ajuste es distinto en cada caso ya que varía de un cuidador a otro, se distinguen una serie de etapas propias del proceso del cuidado:

- Etapas de Negación o falta de conciencia del problema: en los primeros momentos en que se enfrenta una enfermedad crónica u otra situación que requiera de cuidados, es frecuente la negación como medio para controlar

miedos y angustias, evitando hablar de la situación y manteniendo el equilibrio dentro de la familia. A medida que transcurre el tiempo, las dificultades aumentan y se hace más evidente la necesidad de cuidado del otro. Paralelo a ello se hace más difícil creer que el familiar está distraído o que se trata de una enfermedad temporal.

- Etapa de búsqueda de información: esta etapa se ejecuta a medida que se van proporcionando los cuidados, el cuidador va aceptando la situación de dependencia, comienza a darse cuenta que habrá una alteración profunda en su vida cotidiana y en la de las personas que lo rodean, producto de la situación de dependencia de la persona cuidada. Se comienza a buscar información para aprender lo máximo posible de la enfermedad o trastorno que sufre el familiar, esta búsqueda de información, es una estrategia básica de afrontamiento. En esta etapa es común que entre los cuidadores surjan sentimientos de malestar, asociados a la injusticia que supone que les haya tocado la presente situación. Se recomienda hablar de los sentimientos surgidos con alguna persona de confianza.
- Etapa de organización de los cuidados: las nuevas responsabilidades representan una sobrecarga para el cuidador, sin embargo, al contar con información y recursos de ayuda tanto familiar como social, además de claridad en las ideas respecto de los problemas a los que se enfrenta, aceptará de mejor manera la situación de cuidado y podrá sentirse con un mayor control en cuanto a su rol de cuidador.
- Etapa de adaptación: al alcanzar un mayor control de la situación, hecho que no es logrado por todos los cuidadores, se inicia una etapa donde los cuidadores son capaces de manejar la situación de cuidado, presentan mayor disposición de buscar la ayuda de otras personas con experiencias similares y se dedican mayor tiempo a sí mismo, haciéndose más independientes y dedicando tiempo a actividades sociales y recreativas. Es decir, el cuidador logra adaptarse a la nueva realidad de cuidar. Puede ser

un buen momento para reconstruir la imagen de la persona cuidada, lo que generará un ambiente más confortable en la labor del cuidador, remontándose a la relación que se mantuvo antes de la dependencia (IMSERSO, 2007).

3.1.4. Cuidado de las personas mayores dependientes.

Hasta mediados del siglo XX en todos los países los responsables de cuidar a las personas mayores dependientes eran sus familias.

La cultura, las religiones responsabilizan también a las familias en este tipo de cuidados y también surge un interés del cuidador por la herencia que la persona mayor pudiese dejar, sumado a esto el lazo afectivo que se pudiese tener hacia este familiar que requiere de cuidados.

Dentro de este grupo familiar a lo largo de la historia se ha identificado a la mujer como la encargada de los cuidados del hogar, los niños y las personas mayores, esto porque el hombre ha tomado un rol de proveedor.

Con el paso del tiempo la población mayor comenzó a crecer, por lo que los estados debieron adaptar su agenda política y considerar esta población emergente, con problemáticas distintas. Otro factor a tomar en cuenta es la incorporación de la mujer al mundo laboral, ya no sólo debían ser las responsables de los cuidados y asuntos domésticos, también era relevante el aporte que hacían desde lo económico.

A principio de los ochenta se seguía asociando a la familia como responsable de los cuidados de los adultos mayores y las preocupaciones estatales en el tema se seguían centrando en un tema asistencialista (Casado & Lopez, 2001).

Aunque se trata de mostrar a la familia y el estado como los únicos responsables frente al cuidado de las personas mayores, los privados también

juegan un rol importante, ya que muchos de los cupos en las residencias de larga estadía de propiedad privada son ocupados por personas mayores que pagan por su permanencia.

A medida que las personas envejecen surge con ello la dependencia, la que se puede dar por enfermedades crónicas, pérdida general de las funciones fisiológicas, entre otras. Existen variables de tipo personal y social que condicionan la aparición y el desarrollo de la dependencia, como por ejemplo la educación, entre más educación menos probabilidad de contraer enfermedades crónicas esto por la adquisición de mayor conocimientos en cuanto a una vida saludable.

Existen conductas que pueden agudizar la dependencia de las personas mayores, estas son:

- ✓ Con el fin de ayudar a las personas mayores en su autonomía los familiares suelen hacer tareas por ellos.
- ✓ Cuando las personas mayores se valen de sus propios medios para realizar alguna actividad, sus familiares lo reprenden con el sólo hecho de ayudar.
- ✓ Es habitual que cuando las personas mayores realizan sus actividades con autonomía no reciban elogios de su entorno y pasen desapercibidas, al ocurrir esto tienden a desaparecer (Casado & López, 2001).

Para los cuidados de las personas dependientes es necesario tener presente:

- ✓ Las personas mayores pueden aprender a ser más autónomas: esto mediante el refuerzo positivo de sus acciones y permitiéndole hacer cosas para las que aún se encuentre capacitado.
- ✓ La autonomía tiene un efecto positivo sobre la autoestima de la persona mayor: si los cuidadores toman en cuenta la opinión de las personas

mayores en las decisiones con respecto a su vida diaria tendrá un efecto positivo en su autonomía, por ejemplo si se respeta su privacidad en el baño elevara su autoestima.

- ✓ Favorecer la autonomía también beneficia al cuidador: el proporcionar cierta autonomía a las personas mayores requiere de en primera instancia de más paciencia y tiempo de parte del cuidador, pero a lo largo del tiempo también será satisfactorio para ambos ya que se mantiene en cierta medida su autonomía y dignidad.
- ✓ Acondicionar el entorno de la persona mayor para facilitar conductas independientes: será necesario para potenciar la autonomía de las personas mayores adaptar la vivienda.
- ✓ Observar a la persona mayor para conocer todo lo que puede hacer por sí misma: es habitual que los cuidadores centren su atención en las dificultades que presentan las personas mayores en lugar de las habilidades que atesoran, esto con el propósito de brindar ayuda en cuanto a sus carencias. Pero si se logra trabajar desde sus habilidades se fomentará a su autonomía.
- ✓ No hacer nada por la persona mayor que ésta pueda hacer por sí misma y ayudarla sólo en lo necesario: se debe potenciar las actividades que ellos aún pueden hacer de forma independiente. Se debe observar que es lo que aún pueden hacer con el propósito de recordárselos y animarlos a que lo hagan.
- ✓ Preparar la situación para que sea más fácil ser autónomo: se debe considerar que la rutina en las actividades que ellos realicen ayudará a su mantención, tratar de que siempre se realicen de la misma forma, en el mismo horario, es decir que sea un ritual para la persona mayor. Es importante también que participe de cada decisión que se tome con respecto a sus actividades, tomando en consideración como eran realizadas anteriormente.
- ✓ Comportarse con la persona mayor de modo que el trato favorezca la autonomía: el considerar y potenciar las conductas autónomas en las

personas mayores las hará sustentables en el tiempo, es decir reconocerlas y no ignorarlas generará su repetición (Casado & López, 2001).

3.1.5. Cuidados de las personas mayores sin dependencia.

Las personas mayores sin dependencia o funcionales son los que son capaces de enfrentar el proceso de envejecimiento a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal.

De esta forma el concepto de funcionalidad es clave dentro de la definición de salud para la persona mayor, por ello la organización mundial de salud en el año 1982 propone como el indicador más representativo para este grupo etario el estado de independencia funcional.

La funcionalidad o independencia funcional es la capacidad de la persona mayor de cumplir con las acciones necesarias en el diario vivir para mantener el cuerpo y subsistir independientemente cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida diaria se dice que la funcionalidad es adecuada.

Para medir la funcionalidad en las personas mayores se utilizaron algunos instrumentos de medición de funcionalidad como las escalas de Kast y Barthel (Sanhueza, Castro, & Merino, 2005).

La funcionalidad en Chile no ha sido un tema en el cuál se hayan realizado grandes investigaciones. “En el año 1985 el sociólogo Oscar Domínguez midió como parte de un estudio internacional, apoyado por la OPS el nivel de autonomía en la población Chilena, revelando que adultos mayores autónomos o autovalentes correspondían al 66,7% de la población frágiles a un 30% y totalmente dependientes a un 3,3%” (Sanhueza, 2003).

Actualmente el instrumento utilizado en Chile para medir la funcionalidad de las personas mayores es la Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM), este instrumento es aplicado en los centros de salud primaria por profesionales del área de enfermería.

Como una forma de contribuir al desarrollo de la funcionalidad y autonomía de las personas mayores en Chile propone programas integrales de actividades orientadas a satisfacer esta necesidad con el propósito de potenciar la autonomía funcional de las personas mayores. Este programa tiene los siguientes objetivos:

- Valorar la importancia de participar en un programa destinado a estimular la autonomía funcional.
- Identificar el autocuidado como una estrategia conducente a lograr un estilo de vida saludable.
- Propiciar la interacción y la participación social junto con estimular la amistad, la colaboración y la asociatividad entre las personas mayores (Sanhueza, Castro, & Merino, 2005).

3.1.6. Cambios que experimentan las Familias en el cuidado

La familia constituye la primera institución que genera cuidados en situaciones de dependencia. La mayoría de las personas nacen y se crían en el seno de una familia y están insertos en una red de relaciones familiares que se mantienen más o menos activas según las circunstancias y las afinidades de los distintos miembros (Meil, 2004).

Numerosos estudios determinan que la mayoría de los cuidadores que comienzan a serlo, no están adecuadamente preparados para ello. Presentan pocos conocimientos al respecto de todas las implicaciones que cuidar tendrá en su vida cotidiana, no han adquirido las destrezas suficientes para cuidar de su familiar y de sí mismo y tienden a subestimar los problemas y responsabilidades a los que tendrán que hacer frente.

Dentro de las principales carencias, que presentan las personas que son cuidadores se pueden mencionar:

- Desconocimiento acerca de la dolencia que afecta a la persona a cuidar y la forma en que se deben prestar los cuidados que va a necesitar.
- Ausencia de conocimientos y habilidades desarrolladas para minimizar el impacto de los cuidados de la salud y bienestar.
- Falta de destrezas desarrolladas para apoyar en las Actividades de la Vida Diaria y en las necesidades concretas de la persona cuidada.
- Desconocimiento del alcance de los cuidados que deben prestarse y de la responsabilidad que se adopta, así como de los posibles impactos que ello tendrá en la vida del cuidador y su familia (IMSERSO, 2010).

De este modo, la búsqueda de información es un elemento esencial en los inicios de la labor de los cuidadores, con el fin de conocer las dificultades propias de la situación de cuidados y la manera de enfrentarlas adecuadamente.

La aparición de una situación de dependencia ante la que hay que prestar cuidados afecta a todos los miembros que componen el núcleo familiar que son todos los implicados en la situación de cuidados: el familiar con dependencia, el cuidador principal y los restantes miembros de la familia. Aun existiendo la figura del cuidador principal, la implicación que exige cuidar a un familiar con dependencia para todos los miembros de la familia puede provocar que aparezcan tensiones y dificultades en las relaciones y en la comunicación.

La implicación de cada miembro en los propios cuidados, los nuevos roles y responsabilidades a adoptar en la nueva situación y los cambios profundos que se producen suelen ser motivo de aparición de conflictos. Para evitar éstos es recomendable:

- Definir claramente los roles que debe adoptar cada miembro del núcleo familiar en lo que respecta a los cuidados del familiar

- Valorar por igual todas las opiniones de los miembros de la familia en todo lo relativo a los cuidados del familiar: toma de decisiones, cambios a adoptar por todo el núcleo familiar, etc.
- Fomentar que todos los miembros del núcleo familiar se expresen y comuniquen cómo se sienten con la nueva situación.
- Consensuar en el mayor grado posible las decisiones que se deben adoptar (IMSERSO, 2010).

Otro aspecto importante es el cambio de roles que afecta principalmente a la persona con dependencia y al cuidador, y esto va a depender del parentesco que se tenga entre los dos.

El cambio de roles es especialmente difícil para la persona que entra en una situación de dependencia: el descenso en el grado de autonomía, le necesidad de apoyo de otros para realizar tareas básicas, el delegar la toma de decisiones, etc. supone un cambio de rol con impactos muy profundos en la vida cotidiana y con limitaciones muy marcadas con respecto a lo que la persona era capaz de hacer anteriormente a la situación de dependencia (Meil, 2004).

Como se mencionó anteriormente, los cambios que se producen dentro del grupo familiar con una persona dependiente son multidimensionales y se pueden distinguir los siguientes:

- Cambios en el trabajo y en la situación económica: cuidar a un familiar exige una enorme inversión de tiempo y esfuerzo. Por este motivo, muchos cuidadores se ven obligados a reducir su jornada laboral o abandonar el puesto de trabajo para dedicar ese tiempo y esfuerzo a prestar los cuidados que el familiar necesita.
- Cambios en el tiempo libre: el tiempo que se dispone cuando se cuida a una persona mayor dependiente cambia radicalmente. El tiempo libre con el que se contaba debe ser invertido en los cuidados.

- Cambios en el estado de salud: los cuidadores de personas con dependencia tienden a mostrar un estado de salud más deteriorado que las personas no cuidadoras, esto varía también dependiendo de si reciben apoyo en la labor que realizan.
- Cambios en los estados de ánimo y aparición de pensamientos erróneos: el bienestar del cuidador dependerá de la actitud que este tenga ante los cuidados. Una actitud positiva es fundamental para que los estados de ánimo no se vean afectados. Sin embargo, es frecuente que aparezcan pensamientos negativos que afecten el bienestar y la salud de los cuidadores (IMSERSO, 2007).

La familia que se enfrenta al cuidado de una persona dependiente, sufre los cambios mencionados basado principalmente en el cuidador, sin embargo, el sistema familiar sufre un desequilibrio en su totalidad al verse afectado uno de sus integrantes. Las familias se deben adecuar a esta nueva modalidad de desarrollo, con el fin de afrontar de manera adecuada el cuidado.

3.1.7. ¿Quién es el cuidador?

La experiencia de cuidado varía en función del parentesco que una al cuidador con la persona cuidada.

a) El esposo o la esposa como cuidador

Cuando uno de los integrantes de una pareja sufre un deterioro de la salud y necesita ayuda y asistencia para realizar sus actividades de la vida diaria, la función de cuidador es asumida por el otro miembro de la pareja que dispone de una mejor salud.

Este nuevo escenario, implica un cambio, es una situación nueva y como cualquier situación inesperada puede resultar difícil y exige una constante

adaptación a la situación que enfrenta la persona cuidada, el cuidador y el entorno familiar.

Cuando un miembro de la pareja tiene que brindar asistencia y cuidados, a su cónyuge puede generar tensiones en la pareja, por tal razón es necesario mantener una buena comunicación y actitud por parte de ambos.

Habitualmente es más fácil aceptar la ayuda del marido o de la mujer que la ayuda de familiares, amigos, vecinos o instituciones, en la medida en que se ve como una obligación transmitida de generación en generación, así como una muestra de cariño por los años de convivencia juntos.

Los esposos cuidadores reciben más apoyo y ayuda de otros familiares y de las instituciones que las mujeres cuidadoras (IMSERSO, 2004).

b) Las hijas y los hijos como cuidadores

Cuando el cuidador es hija o el hijo, existe un vínculo natural familiar con la persona dependiente que favorece la disposición del cuidado.

El hecho que un padre o madre no pueda valerse por sí mismo para realizar sus actividades diarias es muy impactante para los hijos, comienza el fenómeno de la inversión de roles, ahora es el hijo el que cuida, a este se le hace muy difícil aceptar la situación de cuidar a sus padres.

Este impacto también se ve afectado por el fenómeno de la inversión de roles, en cuanto que el papel de cuidador que se asigna al hecho de ser la hija soltera, la hija favorita, la que tenga menos carga familiar o de trabajo, la hija que vive más cerca, la única mujer entre los hermanos o el hijo favorito suelen ser las personas sobre las que recae la responsabilidad del cuidado de sus padres.

Cuando se asume el cuidado del familiar, muchas veces se piensa que va a ser una situación temporal, aunque, en muchas ocasiones, acaba siendo una situación que dura varios años con una creciente demanda de cuidados.

En ocasiones no existe el afecto que normalmente une a padres e hijos, bien porque no ha existido una buena relación previa padres-hijos, o, simplemente, porque tal relación no ha existido, como es el caso de los hijos criados con otros familiares (IMSERSO, 2004).

3.1.8. Sistemas de Cuidados

El aumento de la población de personas mayores y el paulatino incremento de la esperanza de vida han generado interés por el funcionamiento de los sistemas de cuidado existentes. El énfasis se debe, principalmente, a que el envejecimiento aumenta la demanda de servicios de asistencia, debido a que las personas de avanzada edad experimentan con frecuencia cierto deterioro de sus condiciones de salud (física y/o mental) y un debilitamiento de sus condiciones socioeconómicas y disminución de las redes sociales.

La población adulta mayor que requiere cuidados de forma permanente se encuentra en proceso de crecimiento acelerado. De acuerdo a estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en América Latina y el Caribe habrá aumentado la prevalencia de necesidad de cuidados en la población de edad avanzada, se proyecta para el año 2020 un 47 % de la población adulto mayor requerirá cuidados y asistencia cotidiana (WHO, 2002).

El cuidado de las personas mayores tradicionalmente ha sido delegado a la familia y una responsabilidad de las mujeres, las que debido a presiones económicas, sociales u opciones personales se han ido alejando progresivamente de estas tareas, por tanto la inserción de las mujeres en el mercado laboral del trabajo no siempre es acompañada, con el mismo énfasis, por una mayor

presencia de los hombres en las responsabilidades de cuidado, sea por socialización de género o porque quienes precisan de cuidado valoran menos el aporte que los hombres puedan realizar en esta tarea.

El acelerado incremento de la población de personas mayores es un problema para los sistemas de cuidados, la dificultad radica en que las sociedades y los Estados no han sido capaces de crear sistemas adecuados para enfrentar este fenómeno y sus consecuencias en las personas y las familias.

El cuidado es una acción social encaminada a garantizar la supervivencia social y orgánica de las personas con dependencia, es decir, de quienes carecen de autonomía física / o mental, necesitan ayuda de otros para la realización de actividades de la vida diaria. En este sentido, la necesidad de cuidado en las edades más avanzadas no es un asunto nuevo. En todas las sociedades siempre ha habido personas que han requerido la ayuda de otros para realizar las actividades cotidianas. Sin embargo, desde mediados del siglo XX, el modo como se ha dado respuesta a estas necesidades ha experimentado notables cambios y perspectivas de futuro (Casado & López, 2001).

Por una parte, y como en todas las épocas, existen personas que no pueden valerse por sí mismas, y por otra, los modos tradicionales de atenderlas están en crisis, justo en un momento en que aumenta la cantidad de personas que precisan ayuda por causas de distinto orden, tales como el envejecimiento, la extensión de la vida mediante métodos artificiales, la mayor supervivencia a los accidentes, entre otras (Sampere & Cavas, 2010). De ahí que numerosos estudios hayan calificado la necesidad de cuidados como un nuevo riesgo social, propio de las sociedades en transición o ya maduras, que demanda una serie de servicios de protección pública especializados.

3.1.9. Tipos de cuidados hacia las personas mayores

▪ Cuidados Formales o Profesionales:

Los Cuidados Formales o Profesionales son todos aquellos cuidados que son prestados por profesionales o semiprofesionales, tales como trabajadores sociales, médicos, abogados, personal de ayuda a domicilio y enfermeras que cuidan de personas mayores en una amplia variedad de ámbitos (James & Birren, 1996). Entre estos se deben considerar aquellos que son prestados por una institución pública o privada, con o sin fines de lucro, y los de profesionales autónomos, entre cuyas finalidades se encuentran la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sea en su hogar o en un centro especializado (Blasco, 2006).

Un tipo de cuidados formales o profesionales existen en nuestro país son los Establecimientos de larga estadía, llamados ELEAM⁴.

Establecimiento de larga estadía ELEAM

Los ELEAM están definidos como lugares “en que residen adultos mayores que, por motivos biológicos, psicológicos o sociales, requieren de un medio ambiente protegido y cuidados diferenciados para la mantención de su salud y funcionalidad”.

Según el catastro realizado en Chile el 2007-2008 denominado Estudio Actualización de Registro de Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores en Chile, el universo de ELEAM era de 663 en todo el país, de los cuáles fue posible levantar información de 563 ELEAM (un 84,9%); el resto rechazó participar en el proceso.

Con respecto a las personas mayores institucionalizadas el catastro arrojó que había un total de 13.187 en los ELEAM participantes en el estudio, también se

⁴ Establecimientos de larga estadía para adultos mayores.

determinó que cada ELEAM atendía un promedio de 25 personas mayores por institución (SENAMA, 2013).

En cuanto a las perspectiva de genero, no se aprecian diferencias en el tema de aceptación de hombres y mujeres en gran parte de los ELEAM (75,7%). Sin embargo cabe señalar que 1 de cada 5 (20%) sólo admite a peronas mayores del sexo femenino y en una menor proporción (4,3%) hombres.

Uno de los factores preponderantes a la hora de evaluar el ingreso de una persona a un ELEAM es su nivel de autovalencia, con respecto a esto el estudio arrojó que un 32,5% de las personas residentes de este tipo de institución es totalmente independiente, es decir es capaz de realizar sus actividades cotidianas sin la asistencia de otra persona, un 18,1% corresponde a personas mayores postradas, los que si necesitan asistencia para desarrollar casi la totalidad de sus actividades y donde se agrupa el mayor porcentaje (49,4%) de personas mayores residentes de los ELEAM es en los semi-valentes, estos son los que necesitan asistencia de otras personas para desarrollar algunas de sus actividades básicas o instrumentales (SENAMA, 2013).

En cuanto a la cobertura de los ELEAM el estudio arrojó que un 43, 5% de los establecimientos participantes está capacitado para atender a estos tres grupos de personas mayores, un 26, 5% puede brindar servicios a dos grupos, a los auto-valentes y dependientes, en un porcentaje muy inferior en comparación a los ya expuesto están los ELEAM que sólo atienden a postrados con un 0,6%.

Uno de los puntos en que el estudio permitió ahondar fue el sistema de cobros con los que trabajan los ELEAM a nivel nacional. En un 10% realizan un cobro al momento del ingreso de las personas mayores y el 90% restante lo hace mensualmente. En cuanto al monto de sus tarifas un 22,3% de los establecimientos trabaja con una tarifa plana, las que oscilan entre \$30.000 y \$728.000, estableciéndose como promedio \$229.378. En el caso de los centros donde se establecía un pago mensual diferenciado (73,9%), un porcentaje importante de estos (33%) consideraba como filtro la capacidad de pago del grupo

familiar o de la misma persona mayor, otro criterio utilizado (27,7%) es el tipo de habitación utilizado por las personas mayores, pudiendo ser esta individual o compartida, resultaba mayor el costo si se optaba por una habitación individual y más aún si esta tenía baño de exclusivo uso por la persona mayor. Otro factor que se tiene presente para definir el monto a pagar, aunque en un menor porcentaje (13,2%) es el perfil de funcionalidad de las personas mayores.

Respecto al recurso humano de los ELEM se puede visualizar tres escalafones, estos son: plana directiva-administrativa, plana de funcionarios de atención directa de personas mayores y auxiliares de apoyo (aseo, cocina y conducción).

En cuanto a los profesionales relacionados en forma directa o indirecta con las temáticas referente a adultos mayores se hace mención de lo siguiente: nutricionista (70,4%), paramédicos (69,2%), enfermeros/as (63,8%) y psicólogos (6,8%).

En la dimensión infraestructura, los antecedentes indican que gran parte de los ELEM utilizan dependencias ya existentes que han sido adaptadas para atender y cobijar a personas mayores (72,5%); un 21,5% de los centros posee una infraestructura ideal (instalaciones nuevas, especialmente edificadas para la función de atender a personas mayores) y, un 5,5% de centros que ocupan instalaciones existentes sin modificaciones (SENAMA, 2013).

En cuanto a datos más recientes se puede mencionar que según el Informe del SENAMA 2012, que existen un total de 726 ELEM, de los cuales 344 se ubican en Región Metropolitana y 149 en la quinta región, siendo ambas las regiones en donde existe el mayor número de establecimientos de esta índole (Económica, 2012).

De acuerdo a estudios elaborados por SENAMA, el 49,3% de las personas mayores institucionalizadas son dependientes. Correspondiendo un 30,3% a dependencia de tipo física y un 19,1% a dependencia de tipo psicológica.

3.1.10. Geronto/Cuidador.

La profesión denominada Gerocultor, etimológicamente proviene del griego geron (anciano) y cultor (que cuida), siendo el concepto persona que cuida a ancianos que están débiles o enfermos. En la actualidad es el profesional que se encarga de los cuidados de las personas mayores en su sentido más amplio, desde lo asistencial, y atendiendo los cambios biológicos que produce el envejecimiento, el soporte y la atención psicológica, hasta los aspectos sociales del envejecimiento (AFAL, 2005).

Con el envejecimiento de la población, la figura del gerocultor, auxiliar de geriatría o gerontólogo se ha convertido en un profesional muy demandado. Según la Real Academia Española, la gerontología es la ciencia que trata la vejez y los fenómenos que la caracterizan. Por lo tanto, este profesional es el responsable de ayudar y atender a las personas de la tercera edad en su día a día.

Las funciones del gerocultor pueden variar según la situación de la persona mayor, por lo general, se ocupan de los siguientes aspectos:

- Realizar su higiene personal.
- Darles su alimentación.
- Controlar y darles su medicación.
- Acompañar a los ancianos en sus paseos y salidas.
- Motivarles y entretenerles.
- Controlar que se cuiden, ayudarles en las comidas, estimular que se muevan y que se mantengan activos.

El gerontólogo puede ejercer en el ámbito administrativo, en el campo de la salud desde la promoción y la prevención, en la educación y en el trabajo comunitario a través de la formulación y la coordinación de proyectos. Este profesional puede trabajar en geriátricos, hospitales, centros de día, residencias,

domicilios privados, centros de jubilados y allí donde se requiera atención personalizada para la tercera edad (CARITAS, 1999).

3.1.11. Gerontocuidador no profesional.

En la inmensa mayoría de los casos, una persona no se convierte en cuidadora de un día para otro. Esto es así porque la mayor parte de las causas de dependencia de las personas mayores, son trastornos o enfermedades que implican un deterioro progresivo, asociado a un aumento de su necesidad de ayuda en las actividades de la vida cotidiana, esto es, de la dependencia (Dulcey-Ruiz, 2004).

Los gerontocuidadores no profesionales son personas que se hacen cargo del cuidado de los adultos mayores, sin haber recibido una preparación adecuada. Generalmente, el cuidador es un familiar cercano del enfermo (los padres, hermanos, los hijos y/o el cónyuge). Esta actividad implica aprender tareas para cuidar en forma adecuada a la persona, ya que debe asumir nuevos compromisos, porque tiene que desarrollar algunas de las funciones que realizaba el enfermo y adaptarse a un estilo de vida diferente (OMS, 1997).

En la mayoría de los casos son las mujeres quienes asumen el rol de cuidadores, y se encuentran en la edad entre 45 y 65 años de edad, esto debido a que el rol que la sociedad ha dado a la mujer coincide con el de paciente, abnegadas, serviciales y más prestas a soportar el sufrimiento. Esta mujer, considerada como cuidador principal:

- Contrae una gran carga física y psíquica.
- Se responsabiliza de la vida del enfermo: medicación, higiene, cuidados, alimentación, etc.

- Va perdiendo paulatinamente su independencia, porque el enfermo cada vez le absorbe más.
- Se desatiende a sí misma: no toma el tiempo libre necesario para su ocio, abandona sus aficiones, no sale con sus amistades, etc. y acaba paralizando, durante largos años, su proyecto vital (Barrera & Duarte, 2007).

3.1.12. Los cuidados informales o no profesionales.

Los cuidados Informales o no Profesionales son todos aquellos cuidados que son proporcionados por familiares o personas cercanas a la familia, realizando la tarea del cuidado bien en la casa de la persona mayor o en la casa del cuidador y que no están vinculadas a un servicio de atención institucionalizada (James & Birren, 1996).

Los cuidados informales, se caracterizan por la ausencia de organización explícita, lo que afecta su visibilidad y reconocimiento social, son un trabajo no remunerado, sin precio en el mercado laboral, se basa principalmente en relaciones afectivas, de parentesco, altruismo, reciprocidad, gratitud, por sentimientos de culpa del pasado, para evitar la censura de la familia, amigos, aprobación y reconocimiento social.

Se estima que hasta en un 88% del total de cuidados prestados corresponde a cuidados de tipo informal. El 68% de las personas con discapacidad recibe apoyo por parte de su familia (FONADIS, 2004).

La familia es la red más importante de apoyo y cuidado en la vejez, es la fuente de transferencias intergeneracionales de recursos materiales y de cuidados afectivos, esta función ha sido delegada principalmente a las mujeres quienes han asumido el cuidado de las personas mayores debido a que los servicios sociales

de apoyo a la reproducción social de la población adulta mayor no han logrado un pleno respaldo público.

Según un estudio cualitativo del SENAMA del año 2009, “Trabajo Doméstico y cuidado de las personas mayores” señala que si se tuviera que pagar a cada persona que cuida en su domicilio a una persona adulta mayor las horas que trabaja (el sueldo de las más de dos millones de cuidadoras (ya que casi el 80% son mujeres) sería de más de dieciocho mil millones de euros anuales. Según dicho estudio siete de cada 10 personas que cuidan a personas ancianas son mujeres. El 85% tiene una edad superior a los 45 años y el 56% dedica a esta labor más de 4 horas diarias.

3.1.13. Perfil del Cuidador.

Según el Estudio de IMSERSO del año 2004 el cuidado de las personas mayores se otorga mayoritariamente al interior de la familia, siendo una única persona la que asume la mayor parte de la responsabilidad en el cuidado, el perfil de estos cuidadores presenta las siguientes características:

- La mayoría de los cuidadores son mujeres.
- De entre las mujeres cuidadoras, un 43% son hijas, un 22% son esposas y un 7'5% son nueras de la persona cuidada.
- Las edades de los cuidadores fluctúan entre 45 y 65 años de edad.
- En su mayoría están casados.
- Una parte muy sustancial de cuidadores comparten el domicilio con la persona cuidada.
- En la mayoría de los casos no existe una ocupación laboral remunerada del cuidador.
- La mayoría de los cuidadores prestan ayuda diaria y permanente a su familiar mayor.

- Gran parte de los cuidadores no reciben ayuda de otras personas, por tanto la rotación familiar o sustitución del cuidador principal por otros miembros de la familia es moderadamente baja.
- La mayoría de los cuidadores comparten la labor del cuidado con otros roles familiares como el cuidado de los hijos y el trabajo doméstico.

3.1.14. Sobrecarga del Cuidador.

La experiencia de cuidar a otro involucra una gran responsabilidad y un enorme esfuerzo, provocando un aumento en la carga a quien otorga el cuidado, la cual si no se logra manejar adecuadamente puede traer repercusiones físicas, mentales y socioeconómicas y por lo tanto, comprometer la vida, la salud, el bienestar, el cuidado y autocuidado no sólo del cuidador, sino también de la persona dependiente de cuidados, por lo que se requiere de un soporte social más global (Díaz & Rojas, 2005).

Cuidar a una persona mayor con dependencia implica ver la vida de una manera diferente modificar las funciones a las que se está acostumbrado, tomar decisiones en medio de alternativas complicadas, asumir responsabilidades o realizar tareas y acciones de cuidado físico, social, psicológico y atender las necesidades cambiantes de la persona cuidada (Sánchez, 2005).

La Sobrecarga del cuidador es definida como una experiencia subjetiva de las demandas de atención, es un concepto multidimensional, con determinadas características objetivas y subjetivas. La carga objetiva corresponde a los cambios que debe realizar el cuidador en diversos ámbitos de la vida y la carga subjetiva se refiere a las reacciones emocionales frente a las demandas de cuidado (Zarit & Bottigi K, 2007).

Para dimensionar los efectos emocionales adversos que manifiesta el cuidador frente a la rutina diaria de cuidar a una persona, es decir la carga del cuidador, existen diversas pruebas, una de las más utilizadas es la Zarit Burden Interview, que considera factores emocionales, físicos, las finanzas, la actitud del cuidador hacia quien recibe los cuidados, la relación entre ellos, los comportamientos y actitudes expresadas por el receptor de cuidados, por lo que esta escala mide el riesgo de deterioro de su vida social, laboral, familiar, los problemas económicos y el sentimiento de sobrecarga en el rol de cuidar (Flores, 2012).

El cuidador de una persona mayor con dependencia severa debe enfrentar situaciones críticas asociadas al estrés de cuidar, el agotamiento, la falta de apoyo de otros miembros de la familia que en muchas ocasiones actúan como jueces, la reducción del número de vínculos, disminución de las oportunidades, la motivación y la energía para establecer y mantener relaciones sociales lo que los predispone a presentar el Síndrome del Cuidador.

Frecuentemente el cuidador ve afectado su estado de salud, su bienestar y se siente incapaz de afrontar esta responsabilidad, pasando a constituir para el área de la salud un paciente oculto o desconocido, que requiere de un diagnóstico precoz e intervención oportuna, antes de presentar el Síndrome del Cuidador.

La experiencia de cuidado puede generar altos niveles de ansiedad y depresión, estos efectos se acrecientan con el tiempo dedicado al cuidado, problemas conductuales de la persona cuidada como agresividad.

Pero también se han descrito efectos positivos asociados al cuidado, como el aumento de la autoestima, mayor satisfacción personal al sentir que el ser querido está siendo cuidado adecuadamente (Lara, Diaz, Herrera, & Silveira, 2001).

3.1.15. Efectos negativos y crisis en el cuidado.

Es necesario reconocer el carácter ambiguo que presenta el cuidado prolongado familiar, pues si bien los beneficios del cuidado aportado por las redes sociales son importantes para el tratamiento, sobrevivencia, diagnóstico, búsqueda de atención profesional a la salud de los adultos mayores con discapacidad; en la práctica cotidiana pueden aparecer relaciones conflictivas o contradictorias, por ejemplo, situaciones de maltrato como abandonos, abusos económicos, negligencia en la atención, relaciones de inequidad o la sobrecarga psicológica y física del cuidador y/o del adulto mayor que afectan las relaciones entre los miembros familiares y de las redes sociales (Vargas, 2011).

En base a lo anterior, es posible señalar que no es el cuidado en sí mismo el que origina los efectos negativos, ya sean en la salud, económicos, sociales, en las relaciones y en la cualidad de la atención, sino que las condiciones y contextos en donde se desarrolla son las que hacen de la noble labor de cuidar una práctica conflictiva, pues tanto cuidadores como adultos mayores, enfrentan situaciones de estrés debido a que la actividad supera su capacidad y recursos, lo que les afecta tanto en la esfera emocional, social y en la salud física (Mendoza & Rodríguez, 2000).

Robinson y colaboradores (2009) al estudiar los efectos psicológicos y de salud del cuidado concluyen que entre cuidadores y no cuidadores no había diferencias significativas en depresión, sentimientos de aislamiento social, así como que era posible encontrar cuidadores con mejores estados de salud que los no cuidadores.

Otro de los efectos negativos respecto del cuidado fue relacionado al trabajo. Los cuidadores con trabajo lo perdieron debido a las dobles responsabilidades. En tanto que los cuidadores con carencia en los servicios de apoyo, reportaron que perdieron el trabajo el doble de veces en comparación con

aquéllos que contaban con servicios adecuados (Robinson, Fortinsky, Kleppinger, Shugrue, & Porter, 2009).

La transformación de las dinámicas familiares es un efecto de la discapacidad y el cuidado, pues la aparición de las limitaciones en la actividad puede ocurrir súbitamente, de tal manera que los recursos familiares deben ajustarse a requerimientos inesperados, en donde la cotidianidad se ve afectada y requiere de adaptaciones para poder afrontar la situación de dependencia en el adulto mayor (Larralde, 2001).

Una manera negativa de acumulación de efectos negativos en el cuidado de las personas mayores es la que desencadena en la llamada crisis familiar. Las necesidades planteadas por el incremento progresivo del número de personas mayores en situación de dependencia unido a la disminución de la capacidad de las familias para atender sus necesidades, hace que cada vez sea más difícil la posibilidad de ofrecer cuidados de largo duración, que tradicionalmente han sido asumidos por la familia. Esto está provocando que el apoyo informal en el que principalmente se sustenta el cuidado de las personas mayores esté entrando en crisis (Duran, 2002).

Se puede hablar de dos motivos principales que provocan un menor potencial para asumir la responsabilidad de los cuidados en las familias: Por una parte los cambios demográficos y por otra los cambios sociales. El cambio social que más puede afectar las relaciones familiares y a su potencial de cuidados es la participación de la mujer al mercado laboral. Las mujeres suministran con mayor frecuencia los cuidados de atención personal y están más implicadas en las tareas de acompañamiento y vigilancia, es decir, asumen los cuidados más pesados, cotidianos y que exigen una mayor dedicación (IMSERSO, 2001).

Por otra parte la desaparición de la familia extensa y el predominio de la nuclear, la cual se caracteriza por un número menor de hijos o, en relación al cuidado, una disminución en la disponibilidad de los parientes cercanos como recursos de apoyo, son cambios que afectan la estructura familiar (Perez, 2008).

3.1.16. Estrés del cuidador

Una persona al enfrentarse a una situación de cuidado, enfrenta también repercusiones sociales y familiares, conflictos y tensiones con el resto de los familiares. Estos conflictos familiares tienen que ver tanto con la manera de entender la enfermedad y las estrategias que se emplean para manejar al familiar, como con las tensiones relacionadas respecto a los comportamientos y las actitudes que algunos familiares tienen hacia el mayor o hacia el propio cuidador que lo atiende (Crespo & Lopez, 2007).

Existen numerosos estudios que muestran que las personas que desempeñan labores que implican una relación constante y directa con otras personas, se ven afectadas por riesgos para su salud y bienestar emocional. Existen algunos aspectos de las condiciones en las que se presta cuidados que pueden potencialmente afectar a la salud psicológica, incluso a largo plazo física, de las personas cuidadoras.

Algunos de los principales factores de riesgo que enfrentan las personas que cuidan, según lo planteado por Crespo y Lopez (2007) son:

- Sufrimiento emocional por contacto diario con personas que presentan problemas importantes a nivel físico o psicológico.
- Conflicto en las relaciones con la persona a la que cuida y/o con otras personas (familiares) que le rodean.

- Trabajo aislado, ya que puede ser la única persona que está asumiendo el cuidado, no teniendo posibilidades de compartir dudas y problemas que le puedan surgir, mostrando sentimientos de aislamiento, soledad y falta de apoyo.
- Sobrecarga de trabajo (por la cantidad de trabajo que tiene que desempeñar, por tener que atender varias obligaciones) o también sobrecarga psíquica.
- Sensación de monotonía, de falta de realización personal o profesional.
- Horarios. En especial si el cuidador reside en el mismo domicilio de la persona a la que cuida es posible que sienta que su jornada no tiene principio ni fin.

En estas circunstancias, es posible que los cuidadores tengan la sensación de no poder con la situación del cuidado, generándole esto elevados grados de estrés, angustia incluso tristeza.

Con la presencia de estrés en los cuidadores, se ven afectadas las relaciones del cuidador con su entorno, con sus cónyuges, con sus hijos. Los problemas del cuidador principal con el resto de los familiares es una fuente de tensión no solo habitual, sino también muy importante, pues genera un gran malestar en la mayoría de las ocasiones. Tener un familiar mayor que necesita ayuda suele desencadenar antiguos conflictos familiares o crear otros nuevos. Uno de los problemas más importantes de los cuidadores principales es el sentimiento de soledad y de incompreensión, incluso con sus familiares más cercanos tales como cónyuge, hermanos, etc. (Bazo, 1998).

Se ha comprobado que las molestias causadas por la noche por los mayores repercuten más negativamente sobre las cuidadoras que conviven con su cónyuge que sobre aquellas no lo hacen; o que las cuidadoras que conviven con

hijas en el hogar experimentan una mayor sobrecarga por las discusiones familiares en comparación con las cuidadoras sin hijas (Anengozar & Serra, 1999).

El mayor dependiente necesita de su cuidador, pero a veces también se desarrolla un proceso de dependencia del cuidador respecto del familiar al que cuida. Muchos cuidadores se aíslan de la red social, viven sólo y exclusivamente para el familiar al que cuidan, transformando la díada cuidador-mayor dependiente en un sistema cerrado, esto también se transforma en un factor de riesgo que puede desencadenar altos índices de estrés en los cuidadores de personas dependientes.

La consideración y el estudio del estrés en los cuidadores ha partido de los modelos generales de estrés, en concreto de los modelos transaccionales o interaccionales, para los que el estrés es un proceso dinámico de interacción entre la persona y su medio (Lazarus & Folkman, 1984). Desde este punto de vista, la vivencia que la persona tiene de la situación depende tanto de la evaluación que ésta haga de la misma, como de las estrategias que tenga en su mano para hacerle frente. De este modo, los efectos de cuidar a un familiar mayor dependiente estarían mediatizados por las evaluaciones que los cuidadores hacen de la situación y por los recursos de todo tipo de los que dispongan para afrontarla.

La mayoría de estos modelos han sido pensados para dar cuenta de la problemática de los cuidadores de personas con demencia. No obstante, parecen generalizables a los cuidadores de personas mayores dependientes en general. Estos modelos son los siguientes:

- **Modelo de predisposición e incitación:**

Postula que hay elementos intrapersonales, tales como la personalidad, el estilo de afrontamiento, valores culturales, la relación previa con el familiar, que predisponen al individuo a responder al estresor de una manera predecible.

Algunas variables que modifican esta respuesta son los recursos comunitarios, económicos o familiares de los que disponga el cuidador. Por lo tanto, hay algunos individuos que están más predispuestos a sufrir unos resultados negativos cuando se produce un determinado estresor como es el de cuidar a un familiar mayor dependiente (Crespo & Lopez, 2007).

- **Modelo Diático cuidador – mayor**

Este modelo tiene en cuenta la interacción entre el mayor y su cuidador, al basarse en análisis realizados al aplicar un tratamiento de estimulación cognitiva. La relación entre ambos resulta decisiva a la hora de determinar si los cuidadores están bien adaptados o no a su situación.

Sigue la propuesta general de estrés anteriormente mencionada y se sitúa en la línea del modelo de adaptación al estrés para cuidadores ya que consideran el mismo esquema en ambos estudios. Es decir, se distinguen estresores, variables mediadoras y variable resultado.

Los denominados estresores, considerados como la variable antecedente, no son sino la frecuencia con la que el mayor presenta problemas de memoria y de conducta (Crespo & Lopez, 2007).

- **Modelo Multidimensional de agentes estresantes:**

Este modelo distingue cinco factores interrelacionados entre sí: antecedentes del sujeto, estresores primarios, estresores secundarios, resultados y variables moduladoras.

Los antecedentes del sujeto son las características socioeconómicas, historia del cuidador, disponibilidad de ayudas, composición y red familiar. El impacto que la dependencia del mayor tiene sobre los familiares que le cuidan es diferente en función de las características socioculturales y socioeconómicas de la familia (Crespo & Lopez, 2007).

3.1.17. Síndrome de Burnout en cuidadores formales de personas mayores dependientes.

El síndrome de Burnout, también conocido como síndrome de desgaste ocupacional o profesional, es un padecimiento que se produce como respuesta a presiones prolongadas que una persona sufre ante factores estresantes emocionales e interpersonales relacionados con el trabajo.

Edelwich y Brodsky (1980), lo describen como una pérdida progresiva de idealismo, energía y propósito, mientras que otros estudiosos en el campo de la psicología organizacional lo ubican como un estado de desgaste emocional y físico.

El Burnout es un problema característico de los trabajos de servicios humanos, es decir de aquellas profesiones que deben mantener una relación continua de ayuda hacia el cliente: médicos, profesores, enfermeras, asistentes sociales, psiquiatras, psicólogos, policías, etc. Por esta razón, una de las características propias del síndrome es el desgaste emocional que dicha interacción va produciendo en el trabajador, generando una situación estresante, la mayoría de autores ven en el Burnout un sinónimo de estrés ocupacional (García, 1991).

La definición de Burnout más conocida, señala que es una condición multidimensional de agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la realización personal en el trabajo, que se da en ocupaciones con contacto directo y vinculación con las clientes (Maslach, 1981).

La Organización Mundial de la Salud señala que el Burnout es una enfermedad relacionada con el desgaste profesional caracterizada por el agotamiento vital dentro de la categoría más amplia de problemas relacionados con dificultades para afrontar la vida, lo que llega a denotar la importancia de este padecimiento a nivel mundial.

Existen numerosas definiciones de Burnout, aplicables a la situación del cuidador de una persona mayor dependiente como:

"Sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador" (Freudenberger, 1974).

"Una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal".

"Un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por estar implicada la persona durante largos periodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente" (Pines & Kafry, 1981).

"Un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal" (Maslach & Jackson, 1981).

Dimensiones del Burnout en cuidadores de personas mayores dependientes:

- Agotamiento emocional, referido a las sensaciones de sobre esfuerzo físico y hastío emocional que se produce como consecuencia de las continuas interacciones que los trabajadores deben mantener entre ellos, así como con los clientes.
- Despersonalización, referida al desarrollo de actitudes y respuestas cínicas hacia las personas a quienes los trabajadores prestan sus servicios.

- Reducida realización personal, lo cual conlleva la pérdida de confianza en la realización personal y la presencia de un negativo autoconcepto como resultado, muchas veces inadvertido, de las situaciones ingratas (Sarros, 1988).

Predictores de Burnout en cuidadores formales de personas mayores dependientes:

- Intrapersonales, estas recogen las variables propias del individuo y hacen referencia a aspectos de su personalidad, sus sentimientos y pensamientos, sus emociones, sus actitudes, etc.
- Familiares. Hacen referencia a las variables relacionadas con la familia que pueden por sí mismas generar situaciones aversivas, o bien juegan un papel importante en la interacción continua cuidador-resto de la familia-enfermo.
- Interpersonales o ambientales, estos recogen las variables no relacionadas con el contexto familiar y sí con otros ámbitos que pueden originar fricciones importantes: amigos, estilos de vida, hábitos de ocio, etc (Peinado & Garces, 1998).

Las variables intrapersonales predictoras del Burnout:

- La indefensión aprendida, referida con el nulo control sobre la situación o evento aversivo, entendiéndose por tal la enfermedad y su manejo. (Jones, 1980).
- Interés social, entendido como el interés activo en fomentar el bienestar humano, en la medida que decrece el interés social en la persona aumenta la probabilidad de padecer Burnout. Si bien al inicio de la enfermedad el cuidador se plantea su labor como una tarea desinteresada y generosa, el desgaste emocional trae como consecuencia lógica de la aparición de desinterés con el paso del tiempo.

- Personalidad resistente, este patrón de personalidad se caracteriza por un sentimiento de compromiso hacia sí mismo y el trabajo, por una percepción de control del ambiente, así como por una tendencia a acercarse a los cambios de la vida con una actitud de desafío, personas con este tipo de personalidad previenen o reducen la incidencia del Burnout. (Ritch & Rich, 1987).
- Sexo, esta variable se alude no tanto porque por sí misma determine la existencia o no del síndrome, sino por el hecho que el sexo está ligado a una serie de características relacionadas con el trabajo, que predisponen especialmente a las mujeres a presentar mayor conflicto de rol, sintomatología depresiva, conflictos familia- trabajo, entre otras por lo que serán más propensas a presentar el síndrome (Pines & Kafry, 1981).
- Demandas emocionales, entendiendo que a mayores demandas mayor probabilidad de padecer el síndrome. En este caso, el aspecto fundamental es el hecho de percibir el individuo que se le hacen dichas demandas emocionales que él considera abrumadoras, y en el caso del cuidador son evidentes (Garden, 1989).
- Autoconcepto, un autoconcepto negativo de sí mismo predispone al Burnout resulta difícil encontrar cuidadores con niveles positivos de autoconcepto, por cuanto han de dar solución a aspectos de la enfermedad para los cuales no existe tal respuesta, por lo que su propio concepto transcurre paralelo a la propia evolución de la enfermedad .
- Expectativas personales, las expectativas ante los sucesos vitales que no se cumplen aumentan el riesgo de padecer Burnout (Friedman & Farber, 1992).

3.1.18. Duelo de los cuidadores.

En los últimos años se ha comprobado que los cuidadores debido al alto nivel de stress al que se someten por el rol que desempeñan sufren problemas de salud, malestar emocional claramente con una probabilidad mayor que el resto de la población.

Los cuidadores podrían presentar enfermedades de salud mental u otros malestares físicos, los que para afrontarlos de una mejor manera recurren al consumo de psicofármacos, lo que en la mayoría de las veces es automedicación, esto para poder paliar los síntomas de la situación que les ha tocado vivir.

Es habitual que los cuidadores adapten su vida a las necesidades del cuidado, dejando de lado sus necesidades y actividades, lo que por consiguiente afecta de manera negativa a su vida social, laboral, relaciones familiares, etc.

Con lo que respecta a estudios que investiguen que pasa con los cuidadores posteriores al fallecimiento de la persona mayor que cuidan no son muchos, sino más bien limitados y en su mayoría anglosajones, sin embargo en su mayoría coinciden en que existen dos puntos importantes a mencionar:

Se hace hincapié en el nivel de estrés en el que se ven sometidos por la situación de cuidados en la que viven, la que se agrava al pasar el tiempo e incluso podría crecer aún más con la muerte de la persona mayor. En contraposición a lo anterior se menciona el alivio que se genera con la muerte de la Persona mayor, la posibilidad de recuperar sus actividades cotidianas, sociales, ya sin la preocupación que generaba el cuidado del ser querido.

Con respecto a las conclusiones a las que se llegó tras estudiar a los cuidadores tras la muerte de su ser querido se puede mencionar que si bien sufren un impacto emocional por la pérdida, pero a partir de ello surgen ciertas evoluciones, el cese de las constantes demandas y cuidados genera un descanso tanto mental como físico, por consiguiente es una respuesta de alivio, lo que no quiere decir que no haya dolor asociada a la pérdida. Se podría dar también,

aunque minoritariamente que el duelo se intensifique a tal punto que se desarrolle lo que se denomina “duelo complicado”.

El duelo es el proceso psicológico que se produce a partir de la pérdida por la muerte de una persona querida. Es una experiencia humana universal, única y dolorosa. La experiencia emocional de enfrentarse a la pérdida la llamamos elaboración del duelo y conduce a la necesidad de adaptación a una nueva situación (Barreto, Yi, & Carmen, 2008).

El manual diagnóstico de los trastornos mentales DSM-IV, en problemas adicionales que puede ser objeto de atención clínica, incluye el duelo y lo define como la reacción ante la muerte de una persona querida (Association, 2001).

La intensidad y las alteraciones que provoca un duelo en el doliente van a depender de varios factores. Estos son, entre otros, la relación emocional y de dependencia con el ser perdido, las circunstancias de la muerte, el tiempo de dependencia del ser perdido, las circunstancias de la muerte, el tiempo de preparación para la pérdida, etc. También tiene mucha importancia los recursos de que disponen los sobrevivientes, tanto a nivel personas como familiar y social, así como las reacciones de respuesta en situaciones emocionales intensas previas en la experiencia del doliente. El duelo es, en principio un proceso normal que cumple una función adaptativa. No requiere en la mayoría de los casos de intervenciones específicas, siempre que el doliente disponga de recursos adecuados tanto internos como externos para hacer frente a la pérdida (Die & López, 2000).

El duelo patológico es aquel que no sigue el curso esperado y se le suele denominar también duelo patológico, crónico, etc. El Duelo Complicado interfiere sensiblemente en el funcionamiento general de la persona, comprometiendo su salud y esto puede durar años e inclusive cronificarse indefinidamente (Maddocks, 2003).

La experiencia advierte de la existencia de factores vinculados a resultados pobres en la resolución adecuada del duelo. Un factor de riesgo es un aspecto del

estilo de vida o conducta personal, una situación ambiental o una característica innata o heredada que, sobre la base de la evidencia epidemiológica, se sabe asociado a condiciones relativas a la salud que se considera importante prevenir.

Los factores de riesgo en el proceso de duelo aumentan el peligro de enfermedad incidiendo sobre el impacto en la salud (factor de vulnerabilidad) o en la velocidad de recuperación (factor de recuperación). Los factores de riesgo de duelo generales son factores de la personalidad o del contexto social que afectan la salud de dolientes y no dolientes y se subdividen en: factores que modulan los efectos del duelo y factores con efectos específicos en el duelo. Por ejemplo: El nivel socio-económico está relacionado a la salud en general pero no se ha probado que module los efectos del duelo. Por el contrario, el apoyo social parece estar relacionado a la salud en la población general y también intensifica el impacto del duelo o enlentece su recuperación. Predictores del duelo complicado (Barreto, Yi, & Carmen, 2008).

Factores de riesgo de duelo específico son aspectos de la situación de la muerte/duelo que influyen en el impacto que tiene la pérdida o en su recuperación. Por ejemplo, las circunstancias que rodean la pérdida, como en el caso de una muerte súbita que tendrá mayores consecuencias para el bienestar del doliente que si la muerte fuera previsible.

Desde una perspectiva clínica salutogénica es importante conocer, además de los factores de riesgo, los factores que pueden proteger a las personas que van a experimentar un proceso de duelo. Uno de los factores protectores más estudiados es el papel de las creencias religiosas y el apoyo social. Las personas practicantes de una determinada confesión religiosa recibirían no sólo apoyo espiritual sino también apoyo social de los mismos asistentes al grupo, característica común en países anglosajones de donde proceden dichas investigaciones. En cambio en nuestro medio, el apoyo social es principalmente recibido de los propios familiares, por ello en nuestro ámbito la influencia de las

creencias religiosas se vería matizado por este fenómeno (Barreto, Yi, & Carmen, 2008).

Las conclusiones apoyan la hipótesis del alivio del estrés en los cuidadores, sin embargo este alivio va de la mano con el afrontamiento de la muerte, la preparación que el cuidador tenga, el apoyo social que este reciba, el nivel de sintomatología depresiva durante la etapa del cuidado.

Si bien la mayoría de los cuidadores siente alivio frente a la muerte del ser querido, también hay un porcentaje que se ven afectados emocionalmente, viéndose incluso en la necesidad de pedir ayuda frente a la situación por ellos vivida. Generalmente estas situaciones se da cuando es el cónyuge el cuidador, por lo que es conveniente que ya en la etapa de cuidados se les prepare para el momento de la muerte (Crespo, Piccini, & Bernaldo, 2012).

3.1.19. Situación del Cuidado de las personas mayores en Chile.

Actualmente Chile, en comparación con el resto de los países de América Latina, se ubica entre el grupo de los países de transición demográfica avanzada y muy avanzada (junto con Argentina Costa Rica, Cuba y Uruguay) por lo que la dinámica poblacional tiende a la reducción de la tasa de crecimiento, de natalidad y de mortalidad. Así, la población infantil se reduce y aumenta la población adulta mayor.

Es importante considerar que en los países latinoamericanos los debates políticos y académicos sobre el cuidado social y familiar son incipientes y nuestro país no es la excepción. En relación con las evidencias empíricas, en Chile la provisión y la distribución de las responsabilidades de cuidado y sus costos no han sido suficientemente investigadas.

En Chile existe un predominio cultural y tradicional de que el cuidado de personas mayores es de responsabilidad privada con un régimen familiarista, es

decir es la familia la principal proveedora de los cuidados de personas mayores, se estimula a la ella a desempeñar su rol a través de la ayuda o apoyo estatal más que de intervenciones directas.

Investigaciones realizadas arrojan resultados importantes en materia de cuidado de personas mayores , se evidencia que el perfil de los cuidadores en su mayoría son las familias , en particular mujeres las que representan entre el 75% y el 84% que cumplen dicho rol (Zabala, Vidal, Castro, Quiroga, & Klassen, 2001).

Por lo tanto en Chile existe un marcado predominio por el cuidado informal de las personas mayores , lo que está muy ligado con la oferta insuficiente de servicios formales de cuidado, difícil acceso y alto costo, lo que conlleva el traspaso de la responsabilidad y costo del cuidado de la persona mayor a la familia, las que muchas veces no disponen de tiempo ni de las competencias necesarias para brindar un cuidado de calidad, en el caso de adultos mayores con altos niveles de dependencia o postración, los cuidados de salud son realizados en su mayoría en el seno familiar, generando un alto costo y una sobrecarga física y emocional al cuidador.

Cabe señalar que en nuestro país la preocupación por los cuidadores de personas mayores dependientes es reciente, hay experiencias de trabajos con cuidadores impulsadas por organismos no gubernamentales y Universidades, no existiendo una política gubernamental específica, si bien es cierto el Estado en los últimos años ha existido una preocupación creciente por las personas mayores centrándose en acciones de promoción que contribuyan a mantenerlas activas y funcionales quedando aun en deuda con aquellos que presentan grados de discapacidad, dependencia y de sus cuidadores.

En los sistemas de cuidados el problema no es el creciente aumento de la población adulta mayor, sino que los estados no hayan creado condiciones adecuadas para enfrentar el fenómeno del envejecimiento, como por ejemplo mejorar los ingresos por concepto de Pensiones que contribuiría a garantizar un vejez tranquila, y una serie de servicios sociales tanto públicos como privados que

favorecerían el logro de una mejor calidad de vida del adulto mayor, facilitando su integración social, y apoyo en condiciones adecuadas a las familias y cuidadores informales permitiéndoles otorgar acciones de cuidado dignas y de calidad a este grupo etario.

A pesar de las evidencias respecto a los problemas generados por los cambios estructurales a nivel demográfico, tanto en América latina y el Caribe, no existe consenso sobre el responsable de los cuidados de las personas mayores, la familia, el mercado o los Estados.

Por lo anterior podemos concluir en que nuestro país presenta problemas con el cuidado de personas dependientes, relacionado con el difícil acceso a los sistemas de cuidados como así también la poca valoración social que experimenta esta actividad, para lo cual se está trabajando en un Política pública dirigida al cuidado de personas dependientes, que incorpora los derechos tanto de las personas que requiere el cuidado como de quienes brindan el cuidado.

Régimen de cuidado de personas dependientes en que se intenta implementar en Chile se caracterizara por generar condiciones que brinden seguridad a las personas durante todo su ciclo vital, generándoles derechos sociales que les permitan reducir los riesgos en empleo, salud, educación y previsión social generando condiciones de igualdad y oportunidades, reconociendo el cuidado de personas dependientes como un problema público, en el que el Estado tiene una alta responsabilidad, incorporando derechos y deberes de las personas que requieran cuidados como así también de sus cuidadores, otorgando ayudas estatales económicas y humanas (SENAMA, 2009).

Otro aspecto importante de esta Política es la distribución de las responsabilidades de cuidado y sus costos así como la importancia y valoración social del rol de cuidador.

3.1.19.1 Situación de los cuidados domiciliario en Chile.

El servicio nacional del adulto mayor (SENAMA) en el marco de la política integral de envejecimiento positivo, dio inicio a las capacitaciones que forman parte del programa piloto de cuidados domiciliarios, en el que se dará asistencia a las personas mayores en su domicilio.

El total de asistentes que recibirá capacitación en el tema de cuidados de personas mayores es de 150, los que recibirán herramientas que permita desarrollar sus capacidades y potenciar sus habilidades.

Con esta iniciativa el SENAMA busca contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas mayores en situación de vulnerabilidad y dependencia, como también dar un respiro al cuidador. Otro de sus objetivos es lograr que las personas mayores estén el mayor tiempo posible en su entorno, insertos en su hogar, familia y comunidad, dando la posibilidad de que puedan seguir ejerciendo sus roles tanto familiares como sociales (SENAMA, 2013).

Para la etapa de implementación se ha destinado un presupuesto de \$ 177 millones, lo que permitirá beneficiar a 1.200 personas mayores vulnerables, esto sólo en las comunas pilotos de Santiago.

El cuidado domiciliario debe ser visto como una prestación individualizada para cada beneficiario, es decir que se ajuste a las necesidades que este puede tener. Para ello se hace necesario realizar una evaluación la que arrojará la cantidad de prestaciones, así como también la cantidad y duración de las visitas en el domicilio.

Requisitos de los beneficiarios/as

- Tener más de 60 años.
- Tener residencia en la comuna donde se implementa el Programa.

- Contar con un/a cuidador/al, entendiendo a este por un familiar, amigo, vecino que presta cuidados en forma regular y permanente, acreditado mediante un informe social.
- Persona mayor con grado de dependencia moderada o severa, dicha dependencia debe ser certificada por la evaluación funcional realizada con instrumento indicado por el Servicio de Salud.
- Pertenecer a los tres primeros quintiles de vulnerabilidad según Ficha Social o instrumento que la reemplace e informe social otorgado por un Trabajador Social de su comuna (SENAMA, 2013).

3.2. INVESTIGACIONES SOBRE CUIDADO/CUIDADOR.

3.2.1. Los tiempos del cuidado: El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores

De acuerdo a lo señalado por el presente estudio, realizado en el año 2009 por Jesús Rogero García y publicado en el año 2010 por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales al hacerse acreedor del Premio a Estudios e Investigaciones Sociales IMSERSO “Infanta Cristina”, el cuidado informal es un proceso social decisivo en la configuración del sistema económico, político y social. La situación de las personas dependientes y sus cuidadores es una cuestión que hasta hace poco permanecía escasamente explorada por las ciencias sociales y que hoy se reconoce de relevancia social incuestionable, debido fundamentalmente a la dinámica demográfica y a las transformaciones en el mercado, la familia y el Estado. La mayoría de los cuidados a personas dependientes se realizan en el interior de los hogares y son de carácter no remunerado, y sólo una pequeña parte son provistos por las instituciones sanitarias formales.

Definición de dependencia.

La dependencia es la “situación de una persona que no puede valerse por sí misma”. La entrada en la categoría de dependiente puede realizarse por varias vías: psicológica (autopercepción), social (percepción de los demás), médica (a través de un diagnóstico) y administrativa. Las diferentes administraciones públicas han establecido definiciones y criterios sobre la dependencia que conviene revisar someramente (Durán & García, 2005).

La definición de dependencia se fundamenta en las actividades que la persona no puede realizar o realiza con dificultad y en las que, por tanto, necesita algún tipo de ayuda. En esta línea, se define dependencia como “la situación en la que una persona con discapacidad, precise de ayuda, técnica o personal, para la realización (o mejorar el rendimiento funcional) de una determinada actividad” (Querejeta, 2003).

La dependencia es la respuesta social a la discapacidad. Pueden diferenciarse tres tipos de AVD

- a. Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): son aquellas actividades que permiten llevar una vida independiente en el propio hogar. Han sido definidas como “aquellas actividades que son comunes a todas las personas”.
- b. Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD): son actividades que implican una mayor autonomía e interacción que las ABVD. Se incluyen aquí tareas domésticas, de movilidad en el entorno y de administración del hogar.
- c. Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD): valoran aspectos de sociabilidad y roles familiares, así como participar en tareas de recreo u ocupacionales. Revelan un elevado nivel de funcionalidad física (Querejeta, 2003).

Dependencia y cuidado informal.

De acuerdo con lo anterior, dependiente es quien necesita ayuda de otros para desarrollar algunas actividades consideradas básicas. El cuidado prestado por familiares o amigos a individuos que no pueden realizar alguna actividad de autocuidado es una práctica social extendida, que manifiesta la importancia del componente social de la salud. En España, este tipo de cuidado es el mecanismo predominante para hacer frente al problema de la dependencia, superando ampliamente la acción del Estado (Duran, 2002).

Rasgos básicos y definición del cuidador informal.

El cuidado, según la RAE es la acción de cuidar, asistir, guardar, conservar. En el caso de las personas, supone proveer a éstas de los servicios que necesiten para la *conservación* de sus condiciones físicas, psíquicas y sociales. Paradójicamente, el cuidador, en su esmero por cumplir convenientemente su función, puede actuar en detrimento de sus propias condiciones de vida.

La segunda acepción del cuidado es la “solicitud y atención para hacer bien alguna cosa”. El cuidado tiene, en su concepción ideal, un componente de eficacia y eficiencia, y no puede entenderse la actividad de cuidado sin un mínimo nivel de diligencia en su ejecución. Finalmente, estar al cuidado de una persona conlleva “estar obligado a responder de ella. Ello añade a los significados anteriores una connotación de responsabilidad social, pues se trata de responder de ella *ante alguien*: uno mismo, la persona cuidada, la familia y/o la comunidad (Rogero, 2009).

La decisión de cuidar.

Las investigaciones sobre cuidado suelen olvidar la importancia y complejidad de las motivaciones (entendidas como “causas o razones que mueven para algo”) del proceso de toma de decisiones que se desencadena tras la situación de necesidad de un miembro de la familia. Los planteamientos presentes explícita o implícitamente en la literatura tienden a asumir: que los cuidadores toman la decisión de cuidar de manera individual y/o que existen factores estructurales (sociales, económicos y/o culturales) que determinan al cuidador a asumir este rol (Rogerero, 2009).

Las consecuencias del cuidado informal sobre el cuidador.

Según la *Encuesta de Apoyo Informal a los Mayores en España 2004* (EAIME 2004), el 87% de los cuidadores tienen problemas derivados del cuidado: el 56% en su estado de salud, el 61% en la esfera profesional o económica y el 80% en su ocio, tiempo libre o vida familiar. Aunque los efectos del cuidado suelen diferenciarse por ámbitos con un fin analítico, en la realidad se combinan e interaccionan de manera dinámica, y dan lugar a una gran heterogeneidad de experiencias de cuidado (Rogerero, 2009).

Consecuencias sobre la salud.

La mayoría de los estudios confirman que el impacto sobre la salud física y mental de los cuidadores es fundamentalmente negativo. Las principales consecuencias relacionadas con la salud identificadas por la literatura son de carácter emocional, como el estrés psicológico, estados de ánimos bajos, pérdida de sensación de control y autonomía, depresión (Montoro, 1999), sentimiento de culpa y frustración, pero también se ha comprobado que los cuidadores tienen tasas de morbilidad mayores que el resto de la población (Bazo, 1992).

Consecuencias sobre la situación económica.

El cuidado informal tiene profundas consecuencias económicas en el interior de los hogares que, agregadas, afectan a la evolución de la economía nacional. Las economías familiares redistribuyen sus recursos económicos y humanos para dar respuesta a las situaciones de dependencia, que pueden requerir adaptar la vivienda, contratar a un cuidador, comprar ayudas técnicas o dejar el trabajo por un tiempo indefinido. La mayoría de las consecuencias del cuidado en las economías familiares son considerados costes, aunque también puede haber efectos positivos: ayudas monetarias esporádicas, uso de la vivienda del receptor, compensaciones económicas futuras a través de herencias, etc. (Rogerero, 2009).

Consecuencias sobre las relaciones sociales.

Los científicos sociales han puesto de manifiesto, en repetidas ocasiones, la importancia de las relaciones interpersonales en la vida de los individuos. La calidad de las relaciones sociales ha sido equiparada incluso con la calidad de vida individual. Las consecuencias del cuidado informal en las relaciones sociales de los cuidadores son importantes y se reflejan en su uso del tiempo: suele confinar al cuidador en el hogar, aumentar el tiempo de trabajo no remunerado y reducir el tiempo libre. De este modo, el cuidado interfiere en la posibilidad de establecer y mantener relaciones sociales, en la calidad de esas relaciones y en la participación en actividades de interacción (Fast, Williamson, & Keating, 1999).

3.2.2. Estudio cualitativo: Trabajo Doméstico y de cuidado que realizan las personas mayores.

El presente estudio realizado para SENAMA por ARS Chile en el año 2009 presenta como principal objetivo describir y analizar las brechas de género

existentes en la definición de roles vinculados al trabajo doméstico y de cuidado de otros/as, de mujeres y hombres mayores, relevando su impacto a nivel familiar, social, económico y cultural. En función de este eje, el estudio establece cinco grandes dimensiones a considerar: Situación familiar de origen y familia de destino de las y los mayores, Condiciones laborales, Percepción sobre roles de género y trabajo, Condiciones actuales de vida, Percepciones sobre la vejez.

Respecto de la primera dimensión, los autores del estudio mencionan que la situación familiar de origen se vincula fuertemente a la estructura que tendrá la familia de destino. Así, el modelo familiar biparental parece ser perseguido tanto por hombres como mujeres, e independientemente de la zona de pertenencia o el nivel educacional (siendo mayor a menores niveles educacionales). Junto con ello, la construcción del imaginario sobre lo femenino y masculino se asocia fuertemente a las condiciones vividas en su familia de origen: de ella emerge la estructura de roles, siendo en la mayoría de los casos de carácter tradicional, donde es la madre (o la mujer de la familia que supla este rol, por ejemplo la abuela) quien se vincula al trabajo reproductivo, con labores domésticas y de cuidado. Independiente si trabaja remuneradamente o no. Por su parte, el padre asume el rol productivo en tanto proveedor.

Respecto de las dimensiones condiciones laborales, percepción sobre roles de género y trabajo y condiciones actuales de vida sus autores mencionan que las trayectorias laborales se caracterizan por una clara división sexual del trabajo; mientras los hombres se han dedicado al trabajo remunerado fuera del hogar, las mujeres se han mantenido cumpliendo roles de trabajo reproductivo y cuidado doméstico al interior del hogar. O bien, conjugando el trabajo productivo fuera del hogar, con las labores domésticas y reproductivas dentro de la casa (SENAMA, 2009).

Respecto de la percepción sobre los roles de trabajo, los autores mencionan que existe un fuerte arraigo de una visión tradicional sobre lo femenino

y lo masculino, y en mayor o menor medida las y los mayores refuerzan los roles de género tradicionales: la mujer como dueña de casa y madre y los hombres como proveedores. La mayoría de ellos y ellas reconoce que estas visiones son el resultado de la crianza y la socialización que recibieron desde pequeños/as, las que en general han reproducido en sus familias de destino. Por último el estudio menciona que en las condiciones actuales de vida una percepción de autosuficiencia y de actividad. Un denominador común es el querer seguir trabajando. Las motivaciones pueden ser la necesidad económica o el querer sentirse útiles y activos/as, pero la nostalgia por el trabajo está presente en la mayoría de los casos. Existe una valorización del tiempo libre y del poder descansar, pero todos/as añoran las actividades productivas.

Como parte trascendental del estudio se presentan las percepciones que las personas mayores tiene respecto de la vejez y los cuidados, mencionando que la vejez es percibida a nivel general como una etapa de la vida que si bien tiene desventajas importantes, también tiene ventajas diversas. Entre las primeras, la principal corresponde a temas de salud, a los “achagues” de la edad y a la mayor vulnerabilidad que enfrentan las personas mayores en este aspecto. La posibilidad de enfermarse y caer en una situación de dependencia es la mayor preocupación de los y las mayores entrevistados/as. Ninguno/a quiere ser una carga para la familia y en el caso de las mujeres, éstas intentan retribuir a su familia con su trabajo reproductivo y de cuidado. Es interesante destacar que la labor de cuidado que pudieran necesitar éstas personas es asociada directamente como un trabajo femenino, de modo que la mirada transversal es que si cayeran en una situación de pérdida de autovalencia serían las mujeres de la familia, hijas o nueras, las encargadas de cuidarlos/as (SENAMA, 2009).

Por otra parte, también se destacan ventajas importantes. El mayor tiempo libre y la posibilidad de dedicarse a otras actividades desplazadas durante su vida laboral, son referidas como ventajas de esta edad. En este caso, son las mujeres de menores niveles económicos quienes mayormente participan en actividades

comunitarias; ya sea en grupos de iglesia, de centros vecinales, grupos de apoyo, o centros de adultos/as mayores. Se destaca esta participación como un elemento de protección que permite afianzar los vínculos y mantener redes de apoyo, al mismo tiempo de afianzar la autoestima, seguridad y desenvolvimiento en las mujeres participantes.

El estudio concluye respecto de los cuidados de las personas mayores La realización de cuidados hacia otras personas no es un trabajo de dedicación exclusiva para la mayoría de las y los mayores entrevistados. A lo largo de su vida muchas mujeres sí se han dedicado a cuidar a otros/as, ya sea por sus trabajos remunerados, por el cuidado de sus hijos/as u otros familiares, labores que en algunas ocasiones han ocasionado a estas mujeres su salida del mercado laboral o trayectorias laborales esporádicas debido al cuidado de otros. A pesar de esto, en la actualidad, el cuidado específico de otros se da sólo en algunos casos. En estas situaciones, corresponde principalmente al cuidado de las y los nietos u otro familiar (hijos/as, esposos, etc.) como un apoyo importante otorgado a la familia.

Esta relativamente baja dedicación a labores de cuidado exclusivas, es consistente con una marcada característica presente en los/as mayores entrevistados: la alta participación en actividades sociales y agrupaciones. Entre quienes participan se destacan una serie de ventajas y beneficios asociados a dicha participación en estos grupos, razón por la cual se valora y privilegia estas actividades. En este sentido, si bien son bastante quienes no realizan labores de cuidado porque no hay quien lo requiera, en otros casos el apoyo a sus familiares está condicionado por su distribución del tiempo en beneficio de la realización de sus propias actividades (SENAMA, 2009).

3.2.3. Envejecimiento y sistemas de cuidados ¿oportunidad o crisis?

El presente estudio fue elaborado en el año 2009 por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, realizado conjuntamente con el Ministerio de Desarrollo Social de la República Argentina, a través de la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia, y su Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, de la que depende el Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios.

El estudio menciona que es evidente que el número de personas que puede necesitar ayuda en su vida cotidiana crece en todo el mundo. La necesidad de cuidados en las edades más avanzadas no es un asunto nuevo. En todas las sociedades ha habido siempre personas mayores que han requerido la ayuda de otros para realizar las actividades cotidianas. Sin embargo, desde mediados del siglo XX, el modo como se ha dado respuesta a estas necesidades ha experimentado cambios notables en los países desarrollados (CEPAL, 2009).

En América Latina la situación es diferente. La consideración de la necesidad de cuidados como un riesgo social es reciente en la región, y a inicios de esta década los cuidados descansan mayoritariamente en la capacidad familiar. Al respecto, el Primer Foro de Envejecimiento y Salud, que se celebró en Madrid en octubre de 2003, advirtió que *“la familia no puede continuar actuando como una ONG cuya labor se caracteriza por la falta de apoyo económico, social y asistencia. Existe una imperiosa necesidad de reorganizar los recursos económicos y asistenciales potenciando los cuidados domiciliarios tanto sociales como sanitarios e incluso aportando económicamente a aquellas personas que asumen directamente como cuidadores de sus familiares”* (Entorno Social, 2009).

La magnitud de este asunto, y la necesidad que los Estados asuman el envejecimiento y sus consecuencias como un tema prioritario de sus políticas públicas, es evidente. En Europa, por ejemplo, la Comisión Europea calcula que

en 2060 España dedicará a los gastos en pensiones, salud y prestaciones sociales derivados del envejecimiento más del 7% del PIB, frente a una media del 4,7% en la Unión Europea y del 5,5% en la zona euro. A continuación, el grueso de los países europeos, entre los que aparecen el Reino Unido o Alemania, registran proyecciones de crecimiento de este gasto entre el 4% y el 7%, mientras que otros como los escandinavos, Francia e Italia tienen previsiones por debajo del 4% (Comunidades Europeas, 2009).

La oferta de cuidados por parte del Estado puede ser amplia y diversa, tanto en relación con su acceso como con su forma de financiamiento y gestión, así como con los servicios que se proveen. En cuanto al acceso, es posible distinguir dos modalidades: universal y asistencial. La primera ocurre cuando el Estado se responsabiliza por los cuidados requeridos por todas las personas mayores, con independencia de su situación económica. La segunda, en cambio, es de carácter subsidiario, esto es, se tiene acceso únicamente cuando la persona mayor carece de apoyo familiar y/o recursos económicos (CEPAL, 2009).

El financiamiento puede provenir de las cotizaciones de la seguridad social o de los ingresos generados por el sistema impositivo en su conjunto. La forma de entrega de los recursos a la población beneficiaria es igualmente variada. En algunos casos se transfieren a las instituciones que prestan los servicios, en otros se les entregan directamente a la persona mayor (sea para comprar servicios formales o para remunerar los cuidados informales). Una tercera forma consiste en la entrega de un porcentaje de los recursos a las instituciones, y el restante a la persona mayor. También existe la posibilidad que los servicios de cuidados sean gestionados por los gobiernos locales (Casado & Lopez, 2001).

En todo caso, sea cual sea la forma de provisión formal de servicios de cuidados, el enfoque más aceptado es el de la “atención continuada”. Bajo esta perspectiva se ha producido un replanteamiento a nivel internacional del papel que deben jugar tanto las residencias como los hospitales (Casado & Lopez, 2001).

En cuanto a las primeras, existe la impresión generalizada que deberían constituir un recurso asistencial destinado a cubrir las necesidades de los individuos que exhiben un mayor grado de fragilidad o dependencia. Se considera una anomalía, por lo tanto, que se ofrezcan plazas a personas mayores totalmente autónomas para quienes debiera existir otra oferta de servicios distinta a la institucionalización. Los hospitales, en tanto, se conciben como un recurso destinado exclusivamente a individuos (dependientes o no) que requieran asistencia médica aguda (CEPAL, 2009).

Otro consenso generalizado en relación con el enfoque que se debiera adoptar al planificar los servicios de cuidados es la necesidad de promover la combinación de distintos tipos de servicios, considerando de este modo la heterogeneidad de las personas de edad avanzada. Parece razonable pensar que las necesidades de cuidado de las personas mayores varíen en función de sus características (grado de dependencia, situación familiar, económica, etc.), por lo que disponer de una amplia gama de servicios constituye la mejor garantía para dar respuesta adecuada a cada situación particular. En este contexto, se puede concluir que los cuidados domiciliarios cobran gran importancia, y entre sus ventajas se encuentra el hecho que permiten a las personas seguir viviendo con dignidad, aliviar la carga emocional y económica de los cuidadores familiares y reducir los conflictos en la familia, entre otros.

En cualquiera de las posibles modalidades de atención a las que pueden acceder las personas mayores, lo importante es que la institucionalización sea la última alternativa, y la menos utilizada. Así lo demuestra la experiencia de Alemania, país en el que las personas mayores reciben directamente las transferencias en dinero para elegir libremente la fuente de cuidado a la que desean acceder, y donde el 77% de los beneficiarios no institucionalizados ha escogido recibir exclusivamente cuidados informales (Who, 2000).

En este contexto, la potenciación de los servicios comunitarios debe ser entendida como una forma de hacer más viable y efectiva la ayuda que siguen proporcionando las familias a las personas mayores (Casado & Lopez, 2001).

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

CONCLUSIONES.

Las conclusiones obtenidas luego de la realización de la presente monografía están asociadas a los propósitos que se propusieron al principio del documento. A continuación se presentan las conclusiones que obtuvo el grupo al finalizar el proceso:

Propósito: Conocer la realidad del envejecimiento en América Latina y en Chile y los antecedentes generales respecto del cuidado y la familia.

En Chile, al igual que en el resto de los países de América Latina, las grandes desigualdades sociales están estrechamente vinculadas con la provisión desigual de cuidado familiar y social conformando un verdadero círculo vicioso, aquellas familias que disponen de más recursos económicos tienen mayor acceso a brindar cuidados de calidad tanto al interior de la familia o fuera de ella, por tanto aquellas familias que disponen de menos recursos deben asumir la totalidad de la responsabilidad del cuidado que en muchas oportunidades no disponen de competencias para brindar cuidados de calidad, además generando en la familia y principalmente en la persona que ejerce el cuidado una alta sobrecarga que en muchas oportunidades genera deterioro de las relaciones familiares y del bienestar tanto de la persona mayor cuidada y como de quien brinda el cuidado.

Chile se encuentra en un periodo de transición demográfica y epidemiológica avanzada, caracterizada por el aumento de la morbilidad de enfermedades crónicas no transmisibles del adulto. Esta realidad sociosanitaria aumenta la necesidad de cuidados permanentes hacia las personas mayores, principalmente con dependencia.

El aumento de la esperanza de vida y los procesos de modernización que experimenta la familia, caracterizados principalmente por la incorporación de la mujer al mundo laboral, hace necesario ampliar la oferta de cuidadores formales de personas mayores. Actualmente existe desigualdad en el acceso a centros especializados en cuidado, lo que se debe en cierta medida a la escasa oferta existente y al alto costo de acceso. Por tanto, existe una demanda insatisfecha referente a la institucionalización de las personas mayores.

En Chile, el cuidado hacia las personas mayores es mayoritariamente de tipo informal, caracterizado por una escasa capacitación de los cuidadores y valoración del cuidado como un trabajo. Existen escasos sistemas formales de protección e incentivos hacia la acción de cuidar a otro, relacionados principalmente con la dependencia severa de la persona cuidada.

La teoría de la actividad postula que un envejecimiento exitoso debe acompañarse de nuevas actividades para la persona mayor, que reemplace las que sostenía antes de la desvinculación, sin embargo, es importante señalar que en Chile a pesar de que existe una tradición de centros de adultos mayores y lugares donde se reúnen las personas mayores, estos congregan solo a aquellos que han participado en organizaciones sociales a lo largo de su vida. El acceso a las actividades grupales se focaliza principalmente en las personas mayores autovalentes, en el caso de aquellos que presentan algún grado de discapacidad su acceso es limitado y está supeditado al apoyo que le pueda brindar la familia u otra red de apoyo.

La importancia de la asociatividad en las personas mayores tiene relación con un envejecimiento positivo y se convierte en un factor protector en el bienestar en la vejez. La Teoría de la Continuidad postula que la vejez es una prolongación de otras etapas de la vida, por lo tanto las personas mayores mantienen sus gustos y hábitos. En este sentido la asociatividad es un factor protector en la vejez, lo que le permite al adulto mayor expresar sus habilidades y destrezas, y la

necesidad de complementariedad con otros. Los estados los responsables de dar facilidades para que puedan mantener la continuidad en sus actividades.

En Chile desde el año 1996 existe una Política Nacional explícita para el adulto Mayor, la que ha planteado como su objetivo general lograr un cambio cultural de toda la población sobre la valoración y trato hacia las personas mayores. Este objetivo implica que la sociedad en general tenga una percepción distinta acerca del envejecimiento con el fin de alcanzar mejores niveles de calidad de vida para todos los adultos mayores. Dentro de este marco general, se establece como un objetivo específico central en salud el mejoramiento y mantención de las condiciones de autovalencia en los Adultos Mayores. Esta política propone incentivar acciones en las áreas de promoción, prevención y atención curativa para el logro de un envejecimiento activo. Sin embargo, la alta demanda asistencial y la escasa motivación de profesionales para desempeñarse en el área de salud pública conlleva a la reducción de horas destinadas a la promoción de un envejecimiento saludable, priorizando los escasos recursos disponibles en salud a lo curativo.

En el año 2010, se modifica la ley 20.066 de Violencia Intrafamiliar para incluir el maltrato en las personas mayores en la Legislación nacional. El cambio más significativo dice relación con las personas mayores en situación de abandono, donde se menciona que en estos casos será el tribunal quien decretará la internación del afectado en alguno de los hogares o instituciones reconocidos por la Autoridad competente.

A pesar de esta modificación en la ley, en la que se incluye el maltrato al adulto mayor podemos concluir que la Legislación Nacional no exige ni otorga un rol importante a las familias en el cuidado de sus personas mayores, delegándolos a las Instituciones públicas, no logrando que las familias asuman responsabilidades en los cuidados de las personas mayores. Debiendo el estado asumir estos casos sociales sin poder resolverlos si no es por la vía de la institucionalización.

El envejecimiento de la población es uno de los efectos más sorprendentes ocurridos en el mundo, producto de las transformaciones demográficas, el cual avanza aceleradamente y se consolidará a partir de la mitad del presente siglo. Demográficamente el envejecimiento tiene dos facetas, en la primera es posible visualizar un aumento progresivo del peso relativo de las personas mayores de 60 años y por otro lado un aumento de la longevidad, como consecuencia del aumento de la esperanza de vida.

Dentro del proceso en envejecimiento relacionado se puede mencionar que las mujeres viven más que los hombres, las mujeres constituyen la mayor parte de las personas mayores en casi todos los países. En todo el mundo las mujeres representan el 55% de la población mayor de 60 años y superan en número a los hombres en unos 70 millones de personas. La realidad del cuidado de las personas mayores, tiene una tendencia a la feminización, lo que se puede relacionar con la mayor expectativa de vida de las mujeres, además de su mayor conciencia de los cuidados de salud y acceso a los sistemas de salud.

Respecto del envejecimiento en América latina y Chile, resalta un aspecto relevante relacionado con la representatividad del género femenino en la población adulta mayor. Las condiciones en las que las mujeres viven el envejecimiento son mayormente desfavorables, debido entre otras razones a los bajos montos en sus pensiones, experimentando necesidades básicas no satisfechas y carencias afectivas. Además, se ven afectadas negativamente por una menor participación laboral, o bien por un trato desigual en el mercado laboral, percibiendo menor salario que los hombres por un trabajo de igual.

Propósito: Profundizar en el estudio y comprensión de los cuidados hacia las personas mayores al interior de las familias y sus efectos en la dinámica familiar.

La familia es por excelencia la principal proveedora de los cuidados y protección de los adultos mayores ante una situación de dependencia, cuidar a un integrante de la familia puede ser una experiencia conmovedora y muy satisfactoria, puede hacer que los cuidadores descubran en sí mismos cualidades y habilidades que desconocían y en la persona cuidada facetas igualmente desconocidas. El cuidar a otro puede ser una experiencia muy agotadora, solitaria e ingrata, no obstante valiosa y merecedora de todo reconocimiento social.

El cuidado hacia las personas mayores se caracteriza por la invisibilidad, basada en los modelos culturales imperantes de la sociedad, que los han establecido como una función a cumplir en ambientes privados basado en un sistema familiarista y preferentemente de responsabilidad femenina.

En la presente monografía se consideraron una serie de teorías relacionadas con los tipos de envejecimiento y las formas en las que las personas mayores las vivencian. Se puede mencionar la teoría de la desvinculación que representa los roles sociales que las personas mayores dejan de desempeñar al entrar a la tercera edad, pudiéndose desarrollar un envejecimiento disfuncional que involucra la resistencia de las personas mayores a dejar los roles, actividades y posición social que mantuvieron a lo largo de su vida, generando sentimientos de frustración y desesperanza hacia el futuro y en muchos casos llegando a desarrollar patologías psiquiátricas como depresión.

Actualmente una de las estrategias que se utilizan implementadas por el Ministerio de Salud es la llamada Hospitalización domiciliaria, la cual consiste en que la persona mayor recibe los cuidados de salud al interior de su grupo familiar, con apoyo y supervisión del equipo de su Centro de Salud. Para acceder a este Programa se deben cumplir ciertos requisitos que permitan dicha hospitalización,

como estar estable en su patología, disponer de apoyo familiar, residir en un lugar cercano al Centro de Salud, además de disponer de condiciones de habitabilidad adecuada. Dicho programa permite generar un trabajo en conjunto entre la familia y las instituciones de salud pública en cuanto al cuidado de la persona mayor, ya que se mantiene en su entorno familiar con cuidados de salud. Sin embargo, esta estrategia es excluyente para aquellas personas mayores que residen en sectores alejados de los Centros Asistenciales de Salud y que no disponen de condiciones de habitabilidad adecuadas. Si bien es cierto, el estar cerca del entorno familiar contribuye a un mejor bienestar del enfermo, esta situación de cuidados domiciliarios puede generar en el cuidador una sobrecarga física y emocional, lo que puede generar que los cuidados entregados no sean los adecuados a las necesidades de la persona mayor.

Respecto a la situación habitacional de las personas mayores en Chile, podemos señalar que las características estructurales de las viviendas sociales no se adaptan a las condiciones físicas de las personas mayores y de su grupo familiar, generándose obstáculos para el cumplimiento de las actividades propias de la vida diaria de este grupo etario. Ante esta situación, las familias deben adaptar su entorno físico, redistribuyendo los espacios disponibles para la incorporación de la persona mayor.

Los actuales programas habitacionales en Chile han contribuido a mejorar las condiciones de habitabilidad de las personas mayores, no obstante existe una escasa difusión de estos programas. Por tanto es de real importancia considerar a las personas mayores y sus familias en el diseño de sus viviendas, con el objetivo de que estas respondan a las condiciones necesarias para el desarrollo de un envejecimiento positivo.

La familia que asume el cuidado de una persona mayor sufre diversos cambios y transformaciones en su interior. Estos cambios se pueden evidenciar en aspectos como la situación económica y de trabajo del cuidador, ya que el cuidar a un familiar exige una inversión de tiempo y esfuerzo. En estos casos, los

cuidadores deberán modificar labores y actividades realizadas anteriormente al cuidado de la persona mayor, lo que repercute en aspectos como la ocupación del tiempo libre, el estado de salud y los estados de ánimo del cuidador.

En Chile, a pesar del sostenido crecimiento de la población de personas mayores y sus necesidades de cuidado, no se han implementado políticas públicas tendientes a la formación profesional en las áreas de geronto geriatría. No obstante existe a nivel país un número muy reducido de médicos geriatras, los que no exceden en todo el país a 40 profesionales. Esta realidad conlleva a no satisfacer necesidades para un envejecimiento saludable y activo que asegure una mejor calidad de vida para el adulto mayor. Esto no se logra debido a que la gran mayoría de las personas mayores no tienen acceso a atención especializada oportuna y de calidad.

Propósito: Contribuir a generar discusión y conciencia sobre la necesidad de implementar sistemas de protección que aseguren los cuidados formales en Chile.

En el ámbito de la salud, existen escasos programas de formación continua para cuidadores informales que les entregue la capacitación necesaria y adecuada a las necesidades tanto de la persona cuidada como del cuidador. Estos programas son normativos y diseñados desde el nivel central, poco flexibles ante el nivel educacional, horarios disponibles de los cuidadores, entre otros.

Respecto de las políticas relacionadas con el sistema de pensiones para las personas mayores, podemos concluir que no existe el derecho en Chile a percibir una pensión de vejez por el hecho de cumplir el requisito de edad, sino que está asociado a la vulnerabilidad social medida por la ficha social. Esta realidad se traduce en una falencia en el sistema de pensiones, ya que no todas las personas mayores pueden contar con ingresos económicos estables al llegar a la tercera la edad.

Dentro de las Políticas Públicas en el sistema de pensiones que se han generado a nivel estatal se puede señalar la eliminación del 7% de salud a la población de personas mayores con menos ingresos. Lo que les permite el acceso real a una salud pública gratuita, además de acceso al sistema de libre elección. Sin embargo, existe un segmento de la población que no puede acceder al mencionado beneficio, por ser parte de los quintiles más altos según las clasificaciones socioeconómicas establecidas por el estado.

El envejecimiento es un proceso que abarca todo el ciclo vital y que involucra a toda la población, es un proceso complejo y multidimensional que trae consigo una serie de consecuencias y desafíos tanto para la persona que envejece, su núcleo familiar, el estado y la sociedad en general. Por lo tanto se hace necesario crear conciencia en la población respecto de la necesidad del logro de un envejecimiento saludable, que contribuya en la disminución de los factores de riesgo en salud.

Los cuidados hacia las personas mayores dependientes son otorgados en su mayoría por las familias de manera informal y en muchos casos no cuentan con las habilidades y los recursos para brindar cuidados dignos y de calidad, por tanto se debe considerar el cuidado como una responsabilidad social, reconociéndose como parte de las dinámicas de inclusión y de exclusión, en donde el estado tiene un rol protagónico como impulsor de políticas públicas que lo avalen, ello permitirá ampliar opciones, capacidades, libertades, implementando estrategias que consideren la asociatividad y el trabajo colaborativo entre el estado y las familias, avanzando hacia un régimen de cuidados más justo, igualitario y dignos para todas las Personas Mayores.

En el área de la capacitación, una de las dificultades que deben enfrentar las personas que se preparan para los cuidados de personas mayores, es que estos generalmente prefieren ser atendidos y reciben los cuidados de otros de edades similares a ellos, independientemente si posean o no conocimientos técnicos o preparación. Se puede desprender de esta conclusión, que las personas mayores valoran la experiencia del otro y esto les genera tranquilidad.

SUGERENCIAS

Los sistemas de cuidados hacia las personas mayores deben ser considerados dentro en las políticas sociales del estado. A través de un sistema de protección y atención sociosanitaria dirigido a las personas mayores, donde estos sean considerados de manera integral teniendo en cuenta su realidad biopsicosocial.

En relación a los cuidados formales es necesario ampliar la oferta tanto pública como privada. Para lograr este objetivo, el estado debe establecer programas que incentiven a particulares a invertir en sistemas de cuidados formales. En este sentido, el estado debe asumir un rol de fiscalizador activo de estos centros, asegurando que el cuidado se otorgue en las mejores condiciones posibles, garantizando el bienestar integral de la persona mayor.

Es necesario capacitar a las familias cuidadoras, entregando herramientas para brindar cuidados de calidad, valorando el cuidado como un trabajo a través de la capacitación y formación continua de cuidadores. Como así también establecer un sistema de protección hacia el cuidador que garantice su bienestar. Este sistema debe considerar acciones preventivas relacionadas con la sobrecarga y estrés al cual se ve expuesta la persona que cuida, otorgando estímulos económicos que garanticen una mejor calidad de vida.

Un envejecimiento funcional que va a depender de la preparación ante la desvinculación que tenga el adulto mayor, los mecanismos internos que posea para adaptarse a la nueva realidad y el apoyo que tenga tanto de su familia como de su entorno social más cercano. Por lo tanto es deber de los estados generar políticas que exijan en el ámbito laboral la implementación de programas de desvinculación programado, de acuerdo a las necesidades de las personas mayores involucrando a su grupo familiar y las redes de apoyo social.

Los programas de desvinculación deben relacionar a las personas mayores en actividades distintas a las que realizaba en su etapa adulta, considerando sus intereses, la realidad del adulto mayor, la situación socioeconómica y características geográficas del lugar donde reside.

En cuanto a la participación de las personas mayores el estado debe implementar políticas públicas inclusivas, no solo con la minoría de personas mayores que participan, ya que estos no representan la realidad, las necesidades y los intereses de este grupo etario que va en creciente aumento. Es necesario realizar diagnósticos que incluyan a la mayor cantidad de personas mayores, no solo los asociados, considerando intereses, condiciones físicas y psicológicas, situación económica, lugar de residencia e historial de participación a lo largo de su vida.

La implementación de Programas de capacitación pertinentes a la realidad del cuidador considerando su nivel educacional, tiempo disponible, horarios adecuados, situación socioeconómica, condiciones de habitabilidad, contribuirían a mejorar el bienestar de la persona mayor, disminuyendo a la vez la sobre carga del cuidador, ya que este contará con mas herramientas que le permitan brindar a la persona mayor cuidados de calidad.

Otro punto relevante en los cuidados de las personas mayores dependientes es la mantención de su autovalencia cognitiva. Una persona mayor que se mantiene cognitivamente funcional se convierte en un factor protector en el proceso de envejecimiento y a la vez contribuye a la disminución de la sobrecarga hacia sus cuidadores. Por lo tanto es relevante la implementación de Programas que fomenten la funcionalidad de la persona mayor, los que deben contener actividades que ayuden a fortalecer aquellas potencialidades que se han perdido por el desuso, entre las que se pueden mencionar la capacidad de comunicar, crear, relacionarse, dar y recibir afecto, preocupación por los otros, cultivar la espiritualidad y encontrar el sentido a la vida en esta etapa de su existencia.

Se sugiere implementar un sistema de pensiones que sea más inclusivo y equitativo, basado en las necesidades reales de las personas mayores, considerando ciertos aspectos como: costo de la vida, situación geográfica (urbano rural), entre otros. Con este sistema se aseguraría que las personas mayores mantengan una situación socioeconómica similar a la que mantuvieron en otras etapas de la vida.

Como una forma de prevenir la dependencia en las personas mayores, se sugiere la implementación de programas de autocuidado con enfoques promocionales y preventivos. Estos programas deben estar insertos en las comunidades, lo que aseguraría una participación activa de los adultos mayores. Es por ello que las coordinaciones para su implementación se deben realizar con las organizaciones territoriales y funcionales en las que participan las personas mayores.

Las instituciones educacionales, como centros de formación técnica y liceos técnicos que preparan para los cuidados hacia las personas mayores, deben mejorar en áreas como: difusión de malla curricular, campo ocupacional, entre otros aspectos. Con el fin de motivar a futuras generaciones en la capacitación y profesionalización en cuidados formales a personas mayores. Además, estas instituciones deben reformular la vinculación que poseen con áreas específicas del adulto mayor, tales como SENAMA, con el fin de contar con información relevante y responder concretamente a las necesidades que presentan las personas mayores. Por último, las instituciones educacionales, deben invertir en investigaciones que arrojen información valiosa que permita mantener o establecer cambios en malla curricular. Además se der una contribución en el mejoramiento de políticas públicas.

Finalmente, se puede sugerir mejorar la validación técnica en el ámbito de la salud que reciben los cuidadores formales capacitados en instituciones educacionales públicas o privadas no limitando su quehacer solo a actividades en el área doméstica.

**BIBLIOGRAFÍA
Y
WEBGRAFÍA**

Bibliografía.

- Alonso, P., Sansó, P., Diaz-Canel, A., Mayra, C., & Tania, O. (2007). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Revista Cubana de Salud pública*, 121-130.
- Aranibar, P. (2001). *Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina*. Santiago de Chile: Proyecto Regional de Población CELADE-FNUAP.
- Arber, S., & Ginn, J. (1996). *Relación entre género y envejecimiento enfoque sociológico*. Madrid: Narcea.
- Aronson, P. (1981). *Bournot de tedio al personal y crecimiento*. New York: Free press.
- Association, A. P. (2001). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson S.A.
- Atecheley, R. (1993). *Teoría de la continuidad y la evolución de la actividad en la edad adulta más tarde*. California: Sage Publications.
- Barrera, L., & Duarte, C. (2007). *Significado que el gerontocuidador no profesional da al cuidado del adulto mayor en el hogar*. Tunja: Biblioteca Lascasas.
- Barreto, P., Yi, P., & Carmen, S. (2008). Predictores del Duelo complicado. *Revista de Psicología*, 383-400.
- Bazo, M. (1992). *La ancianidad del futuro*. Madrid: Fundación Caja.
- Blasco, J. (2006). *La nueva ley de Promoción de Autonomía personal y atención a personas en situaciones de dependencia*. Valencia: Universidad de Valencia.
- Bury, M. (1995). *Envejecimiento, género y teoría sociológica*. Madrid: Nacea.
- CARITAS. (1999). *Manual básico para gerocultores y auxiliares geriátricos*. Madrid: Arias Montano.
- Casado, D., & Lopez, G. (2001). *Vejez, dependencia y cuidados de Larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro*. Barcelona: Fundación la Caixa.
- CASEN. (2006). *Encuesta Nacional*. Santiago: Ministerio de planificación.
- CELADE. (2006). *Panorama actual y proyecciones futuras del envejecimiento en Latinoamérica y Chile*. Santiago de Chile.

- CELADE, CEPAL, & SENAMA. (2007). *Protección y participación en la vejez: escenario futuro y políticas públicas para enfrentar el envejecimiento en Chile*. Santiago: CELADE.
- CEPAL. (2002). *Boletín informativo: Los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile.
- CEPAL. (2004). *Población, envejecimiento y desarrollo*. San Juan: CEPAL.
- CEPAL. (2007). *Estudio económico y social mundial desarrollo en un mundo que envejece asuntos económicos y sociales*. Naciones Unidas: CEPAL.
- CEPAL. (2009). *Envejecimientos y sistemas de cuidado ¿oportunidad y crisis?* Santiago: Naciones unidas.
- CEPAL. (2012). *Boletín informativo: los adultos mayores en América latina y el Caribe*. Santiago: CEPAL.
- Colliere, M. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. Lisboa: Nerea.
- Coposortega, S. (1995). *Características generales de la población de la tercera edad en el mundo*. Mexico: Centro interamericano de estudios de seguridad social.
- Crespo, M., & Lopez, J. (2007). *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa como mantener su bienestar*. Madrid: Onoff Imagen y Comunicación.
- Díaz, J., & Rojas, M. (2005). *Cuidando al Cuidador: efectos de un programa educativo*. Aquichán .
- Die, M., & López, E. (2000). *Aspectos psicológicos en cuidados paliativos. La comunicación con el enfermo y la familia*. Madrid: Ades.
- Dulcey-Ruiz, E. (24 de Junio de 2004). *El cuidado de las personas mayores*. Bogota, Colombia.
- Duran, M. (2002). *Los costes invisibles de la enfermedad*. Bilbao: Fundación BBVA.
- Duran, M. (2002). *Los costes invisibles de la enfermedad*. Madrid: Fundación BBVA.
- Duran, M., & Garcia, S. (2005). *Presente y futuro del cuidado de dependientes en España y Alemania*. Madrid: Perfiles y tendencias.
- Económica, C. I. (2012). *Versión Final Catastro ELEAM 2012*. SENAMA.
- Edelwich, J., & Brodsky, A. (1980). *Etapas de la desilusión en los profesiones de ayuda*. New York: Human sciences press.
- Eguiluz, L. (2003). *Un enfoque psicologico sistemico*. Mexico DF: Pax.

- Comunidades Europeas (2009). *El Envejecimiento Informe 2009: Los supuestos y metodologías de proyección, Bruselas*. Bruselas: Comunidades Europeas.
- Fast, J., Williamson, D., & Keating, N. (1999). Los costos ocultos de Cuidado de Ancianos informal. *Diario de Familia y Asuntos Económicos*, 301-326.
- Feninberg, L. (2002). *El estado de la técnica: evaluación del cuidador en los centros sanitarios*. San Francisco: Alianza de la familia del cuidador.
- Flores, E. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol de cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Revista Ciencia y Enfermería*, 29-41.
- Freudenberger, H. (1974). Staff burnout. *The Journal of Social Issues. Educational Research*, 28-35.
- Friedman, L., & Farber, B. (1992). Professional selfconcept as a predictor of teaches burnout. *Journal of educational research*, 28-35.
- FONADIS (2004). *Estudio nacional de discapacidad*. Santiago: Fondo nacional de discapacidad.
- García, M. (1991). Burnout en profesionales de enfermería de centros hospitalarios. *Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones*, 3-12.
- Garden, L. (1989). Burnout: el efecto de la psicología escrita en los hallazgos de la investigación. *Revista de psicología del trabajo*, 223-234.
- Havighurst. (1961). *La naturaleza y el valor de la actividad del tiempo libre*. New York: Agin and Leisure.
- Havighurst, R. (1948). *Developmental tasks and education*. New York: McKay.
- Herrera, E. (2007). *Cuidadoras y Cuidadores de personas dependientes y enfoque de género en Chile*. Santiago de Chile: Departamento de Programas y Proyectos, FONADIS, Gobierno de Chile.
- Hétu, J.-L. (1988). *Teoría del envejecimiento*. Montréal: Editions du meridien.
- Huenchuan, S., Fassio, A., & Otros. (2010). *Envejecimiento, Género y Políticas Públicas*. Montevideo: Ediciones Lucida.
- IMSERSO. (2001). *Salud y envejecimiento un documento para el debate*. Madrid: Ministerio del trabajo y asuntos sociales.
- IMSERSO. (2004). *Situación y evolución del apoyo informal a los mayores en España. Informe de resultados*. Madrid.

- IMSERSO. (2007). *Hablando de cuidadores. Cuidarnos para cuidar mejor*. Madrid: Sociedad española de geriatría y gerontología.
- INE. (2010). *Enfoque Estadístico "Población Adulta Mayor en el Bicentenario"*. Santiago.
- Ingrassia. (2012). Se acelera el envejecimiento de la población mundial. *La Nación sociedad, Argentina*.
- James, E., & Birren, E. (1996). *Encyclopedia of Gerontology: age, aging and the aged*. San Diego: Academic Press.
- Jiménez, A., & Quezada, M. (2008). *Extensión de la protección social en salud a poblaciones*. Unión Europea: Consorcio Eurosocial.
- Jones, J. (1980). *El síndrome del Burnout; la investigación actual, la teoría y las intervenciones*. Londres: Londres House.
- Laforest, J. (1991). *Introducción a la Gerontología; El Arte de Envejecer*. Barcelona: Herder.
- Lara, L., Diaz, M., Herrera, E., & Silveira, P. (2001). *Síndrome del Cuidadora en una población atendida por equipo Multidisciplinario de atención geriátrica*.
- Larralde, S. (2001). *¿Quién cuida a Esteban? Familias desgastadas. Unidades domesticas con enfermos crónicos*. Mexico DF: CIESAS.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing.
- Maddocks, I. (2003). *Dolor y duelo. Apoyo psicosocial*. New York: Social Force.
- Maddox, G. (1963). *La actividad y la moral: un estudio longitudinal de pacientes ancianos seleccionados*. Chicago: Social Force.
- Marquez, M. (2006). *Adultos mayores, ciudadanía y participación democrática*. Santiago: Centro de capacitación CEC.
- Maslach, C. (1981). *Medición de la experiencia de Burnout*. California: Consultores psicologos press.
- Maslach, C., & Jackson, C. (1981). *Manual de Burnout*. California: Consultoria Psicologos Press.
- Mayeroff, M. (1971). *On Caring*. New York: Harper y Row, Publishers.
- Meil, G. (2004). *Cambios en las relaciones familiares y en la solidaridad familias*. Madrid: Universidad Autonoma de Madrid.
- Mendez de Leon, C., Guaralnik, J., & Bandee-Roche, K. (2002). Cambiar la función física y la discapacidad a corto plazo: la salud y su estudio las mujeres que envejecen. *Diario de gerontología. Ciencias sociales*, 355-365.

- Mendoza, L., & Rodriguez, R. (2000). Colapso del cuidador. *Revista de geriatría*, 224-229.
- MINSAL. (2009). *Manual del cuidado de personas mayores dependientes y con pérdidas de autonomía*. Santiago: Duplika Ltda.
- Minuchin, S., & Fishman, C. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós Iberica S.
- Montoro, J. (1999). Las consecuencias psicosociales del cuidado informal a personas mayores. *Revista internacional de Sociología*, 7-29.
- Mouzelis, N. (1991). *Volver a la teoría sociológica*. Londres: Mc Millan.
- OMS. (1980). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista especializada de geriatría y gerontología*, 74-105.
- OMS. (1997). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista de la organización mundial de la salud*, 3-25.
- OMS. (2002). Grupo orgánico de enfermedades no transmisibles y salud mental "Envejecimiento activo: un marco político". *Revista española de geriatría y gerontología*, 74-105.
- Peinado, A., & Garcés, E. (1998). Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: el síndrome del asistente desasistido. *Anales de psicología*, 83-93.
- Pérez, A. (2008). *Dependencia, cuidados informales y función familiar: análisis a través del modelo sociocultural de estrés y afrontamiento*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.
- Pines, A., & Kafry, J. (1981). La experiencia del tedio, vida en tres generaciones de mujeres profesionales. *Roles sexuales*, 117-134.
- Planificación, M. D. (2003). *Encuesta nacional CASEN*. Santiago: Ministerios de Planificación.
- PUC, D. D. (2003). *Encuesta nacional de salud*. Santiago: Pontificia Universidad Católica.
- Querejeta, M. (2003). *Discapacidad/Dependencia. Unificación de criterios de valoración y Clasificación*. Madrid: Argraf.
- Ramos, J. (2009). Aporte para una contextualización de la vejez. *Revista de educación y desarrollo*, 38-52.
- Ramos, J. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de educación y desarrollo*, 220-233.
- Reyes, J., Jara, P., & Merino, J. (2007). *Adherencia de las enfermeras/os a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería*.

- Ritch, V., & Rich, A. (1987). Rusticidad, personalidad y burnout en el personal de enfermería femenino. *Revista de enfermería becas*, 63-66.
- Robinson, J., Fortinsky, R., Kleppinger, A., Shugrue, N., & Porter, M. (2009). Abroader View of family caregiving: effects of caregiving and caregiver conditions on depressive symtoms. *Journal of gerontology*, 788-798.
- Rodriguez, A. (1994). *Dimensiones psicosociales de la vejez*.
- Rodriguez, R. (2000). Manual de cuidados generales para el adulto mayor disfuncional o dependientes. Mexico: Literatura y alternativas en servicios editoriales SC.
- Rogero, J. (2009). Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Revista española de salud pública*, 393-405.
- Rogero, J. (2009). *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Madrid: ARTEGRAF.
- Sáez, J. (2005). Teoría Queer y psicoanálisis. Madrid.
- Saez, N., Rubidio, R., & Dosil, A. (1996). *Tratado de psicogerontología*. Valencia: Promolibro.
- Saez, N., & Vega, J. L. (1989). *Acción Socio educativa en la Tercera Edad*. Barcelona: CEAC S.A.
- Salvarezza, L. (1988). *Psicogeriatría. Teoría y Clínica*. Argentina: Paidós.
- Sampere, & Cavas. (2010). *Situaciones de dependencia, discapacidad y derechos*. Madrid: Dickinson SL.
- Sánchez, B. (2005). *Cómo cuidar a un enfermo en casa*. Buenos Aires: Aquichán.
- Sanchez, C. (2000). *Gerontología social*. Buenos Aires: Espacio.
- Sanchez, J. (2004). *Libro Verde sobre la dependencia en España*. Fundación AstraZeneca.
- Sanhueza, M. (Diciembre de 2003). Adultos mayores funcionales en Chile. Concepción, Bio-Bio, Chile.
- Sanhueza, M., Castro, M., & Merino, J. (2005). Adultos Mayores Funcionales un nuevo Concepto en Salud. *Ciencia y Enfermería*, 17-21.
- Sarros, J. (1988). La etiología del Burnout. *Journal of educational research*, 163-179.
- SENAMA. (2009). *Estudio cualitativo: trabajo domestico y cuidado que realizan las personas mayores*. Santiago: SENAMA.

- SENAMA. (2009). *Las personas mayores en Chile. Situación, avances y desafíos del envejecimiento y la Vejez*. Santiago de Chile.
- SENAMA. (2011). *Segunda encuesta Nacional. Inclusión y exclusión social del Adulto Mayor en Chile*. Santiago de Chile.
- SENAMA. (2012). *Estudio de recopilación, sistematización y descripción de información estadística disponible sobre vejez y envejecimiento en Chile*. Santiago de Chile.
- SENAMA. (2012). *Política Integral de envejecimiento positivo para Chile 2012 - 2025*. Santiago de Chile.
- SERNAM. (2000). Informe comisional nacional de la familia. Santiago, Chile.
- Ministerio de inclusión económica y social (2007). *Encuesta sobre salud, bienestar y envejecimiento*. Santiago: Ministerio de inclusión económica y social.
- Ministerio del trabajo y previsión social, centro de microdatos de Chile (2004). *Encuesta de protección social*. Santiago: Ministerio del trabajo y previsión social; Centro de micro datos de la universidad de Chile.
- Naciones Unidas (2004). *Perspectivas de la población mundial-Revisión 2002*. New York: Naciones Unidas.
- Vargas, E. (2011). *El proceso de cuidados familiares prolongados a los adultos mayores con discapacidad*. Mexico D F: Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social.
- Who. (2000). *Sistemas de salud en transición*. Berlin: Observatorio Europeo sobre los Sistemas de Atención de la Salud.
- Zarit, S., & Bottigi K, G. J. (2007). *Stress and caregivers*. En: *Fink get et al. Encyclopedia of Stress*. San Diego: Academic Press.

WEBGRAFÍA.

- AFAL. (2005). *Obra social caja madrid*. Recuperado el 20 de diciembre de 2013, de https://www.obrasocialcajamadrid.es/Ficheros/CMA/ficheros/OSMayores_Aula10Formal.PDF
- Alusztiza, A. (2007). *Centro de Estudios Demográficos*. Obtenido de Centro de Estudios Demográficos: <http://www.ced.uab.es/JPerez/PDFs/2003AAlustiza.pdf>
- BCN. (Agosto de 2013). *BIBLIOTECA DEL CONGRESO NACIONAL DE CHILE*. Recuperado el Octubre de 2013, de <http://www.bcn.cl/ecivica/concefamil/>
- Belando, M. (2006). Recuperado el 1 de 11 de 2013, de Observatorios Medios: <http://www.observatoriosmedios.org/mediateca/observatorio/xornadas/200702/artigo20.pdf>
- Carballeda, A. (2008). *Margen.org*. Recuperado el 30 de Diciembre de 2013, de <http://www.margen.org/.../Algunos%20cambios%20en%20la%20esfera%20>
- CEMECE. (24 de Junio de 2008). *CEMECE.SALUD.GOB*. Recuperado el 3 de Enero de 2014, de www.cemece.salud.gob.mx/fic/cif/index.html
- CEPAL. (5 de Mayo de 2009). *CEPAL*. Recuperado el 29 de 11 de 2013, de El Envejecimiento y las personas de edad: Indicadores sociodemograficos para América Latina y el Caribe: <http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/celade/noticias/noticias/6/35916/P35916.xml&xsl=/celade/tpl/p1f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom.xsl>
- Crespo, M., Piccini, A., & Bernaldo, M. (2012). *Alzheimer Universal*. Recuperado el 2 de Diciembre de 2013, de <http://www.alzheimeruniversal.eu/2013/11/24/estado-emocional-y-duelo-en-cuidadores-de-personas-con-demencia-tras-el-fallecimiento/>
- De la Cuesta, C. (23 de Junio de 2006). *El cuidado del otro: Desafíos y posibilidades*. Burgos, España. Recuperado el Diciembre de 2013, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072007000100012
- Entorno Social (25 de abril de 2009). *I foro de envejecimiento y salud. Envejecer con salud*. Recuperado el 15 de Diciembre de 2013, de www.entornosocial.es/content/view/full/132/27
- IMSERSO. (2010). *Ser Cuidador*. Recuperado el 28 de Noviembre de 2013, de Ser Cuidador: <http://www.sercuidador.es/Que-significa-ser-una-cuidadora-y-cuidador.html>
- Martínez, M. (2005). *Universidad Autonoma de Madrid*. Recuperado el 23 de Noviembre de 2013, de web.uam.es/personal_pdi/elapaz/mmmartin/8.../abp_articulo.doc

- Martínez, M., Polo, M., & Beatriz, C. (2001). *rua.ua.es*. Recuperado el 1 de Enero de 2014, de http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/4889/1/CC_11_08.pdf
- ONU. (2007). *Naciones Unidas, Centro de Informaciones*. Obtenido de Naciones Unidas, Centro de Informaciones: <http://www.cinu.org.mx/temas/familia.htm>
- Pulido, E. (2011). *Uv, mx*. Recuperado el 19 de Diciembre de 2013, de <http://www.uv.mx/personal/gralopez/files/2011/06/ENVEJECIMIENTO-Y-LONGEVIDAD.pdf>
- SENAMA. (8 de Mayo de 2013). *SENAMA*. Recuperado el 3 de Enero de 2014, de http://www.senama.cl/n4304_08-05-2013.html
- SERNAM. (2000). *SERNAM*. Recuperado el 15 de DICIEMBRE de 2013, de www.sernam.cl
- Zabala, M., Vidal, D., Castro, M., Quiroga, P., & Klassen, G. (2001). *Red Adultos Mayores*. Obtenido de Red Adultos Mayores: http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/JURID012_ZavalaGutierrez.pdf